

Bulletin luxembourgeois des questions sociales

2009

Volume 26

Jean-Paul WICTOR_Commémoration du dixième anniversaire de la loi sur les régimes complémentaires de pension **Amélie BECKER**_De l'assurance-maladie à l'assurance santé au Grand-Duché de Luxembourg: pourquoi la création d'une Caisse nationale de santé? **Romain SCHAUL**_L'application des dispositions concernant l'assurance maladie du nouveau règlement 883/2004 (et du nouveau règlement d'application) en matière de coordination des régimes de sécurité sociale **Vanessa DI BARTOLOMEO**_Evolution des recettes et des dépenses de l'assurance maladie entre 1998 et 2008 et perspectives pour l'avenir **Claudia HARTMANN-HIRSCH**_Welches Wohlfahrtsregime für einen Kleinstaat mit hoher Migration?



aloss

association luxembourgeoise
des organismes de sécurité sociale



a l o s s

association luxembourgeoise
des organismes de sécurité sociale

BP 1308
L-1013 Luxembourg

ISSN 2071-2486

Les articles reproduits n'engagent que la responsabilité
de leurs auteurs et non les administrations et les
institutions dont ils relèvent.

COMMÉMORATION DU DIXIÈME ANNIVERSAIRE DE LA LOI SUR LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES DE PENSION¹⁾

Jean-Paul WICTOR

*Premier Inspecteur de la sécurité sociale
Direction pensions complémentaires*

HISTOIRE DE 10 ANS DE CONTRÔLE DES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES DE PENSION

Pour raconter l'histoire de dix ans de contrôle l'auteur doit se poser la question suivante: De quel point de vue raconter cette histoire? Parmi les points de vue possibles il y en a deux qui sautent aux yeux: l'histoire du contrôle balisée par les divers articles de la loi du 18 juin 1999 dont l'application a fait problème après le 1er janvier 2000 ou bien l'histoire du contrôle rattachée aux étapes marquantes de la mise sur pied administrative du contrôle à partir de janvier 2000. L'exposé qui suit présente l'histoire du contrôle du point de vue du développement du service des pensions complémentaires et le sommaire qui suit comprend neuf chapitres dont sept traitent des étapes marquantes de la mise sur pied administrative du contrôle des régimes complémentaires de pension.

1) Contribution de Jean-Paul WICTOR au séminaire du 9 juin 2009 organisé par ESOFAC Luxembourg en collaboration avec Arendt & Medernach.

Sommaire

1. En guise d'introduction: Brève présentation du second pilier à partir de données connues à l'IGSS ou estimées par l'auteur.
2. Le sort du contrôle durant le processus de maturation de la loi sur les régimes complémentaires de pension (LRCP). (1980-1999).
3. Le défi représenté par le contrôle des RCP au début de l'année 2000 et les options prises pour le relever.
4. Le lancement du logiciel PENCOM. (2001-2002)
5. L'allègement du contrôle suite au goulet d'étranglement de 2002 dans le contrôle des cas de départ individuels.
6. Vers l'alimentation du logiciel PENCOM: élaboration et discussion du DAP de 2005 à 2006.
7. Une étape imprévue dans le développement de PENCOM: l'élaboration du DEP de 2006 à 2008.
8. La remise en cause du logiciel pour raisons de simplification administrative (2006-2009).
9. Présentation de l'évolution de la charge de travail du service des pensions complémentaires de l'IGSS entre 1999 et 2009.

Deux remarques:

- Les considérations introductives ont été ajoutées après l'exposé du 9 juin 2009 en réponse à des affirmations faites lors de la journée de commémoration de la loi du 8 juin 2008 tendant à montrer que l'importance du 2^{ième} pilier soit en régression relative depuis 2000 et que sa pénétration dans le monde des entreprises reste insuffisante. Comme les données chiffrées ont fait l'objet de publications isolées de par le passé, l'auteur profite de cette contribution écrite pour soumettre à l'appréciation du lecteur une vue d'ensemble des données chiffrées, actuellement encore très limitées, dont l'IGSS peut se servir, tant pour suivre le volume de travail et pour faire des statistiques, que pour élaborer des modèles.
- La présentation de l'évolution de la charge de travail par vérificateur du service des pensions complémentaires à l'IGSS n'est pas une étape proprement dite de la mise sur pied du contrôle, mais une présentation de l'impact que les dix années de contrôle ont eu sur les agents-vérificateurs du service.

**1) INTRODUCTION: QUELQUES INDICATIONS CHIFFRÉES
SUR L'ASSURANCE PENSION PROFESSIONNELLE
LUXEMBOURGEOISE**

Pour se faire une idée de l'importance, absolue et relative, des régimes complémentaires au G-D de Luxembourg ainsi que de l'évolution de ce deuxième pilier national, il faut essayer de répondre aux questions suivantes :

1. Quel est le nombre d'entreprises offrant à leurs salariés un régime complémentaire de pension(RCP)?
2. Quel est le nombre d'affiliés à ces RCP?
3. Quel est le pourcentage de la population active qui bénéficie d'une promesse de pension de la part de leur employeur?
4. Comment porter un jugement sur le degré de pénétration des RCP dans le monde des salariés occupés au Luxembourg?

AD question 1): L'évolution de 1999 à 2009 du nombre des entreprises offrant un RCP à leurs salariés.

Cette évolution est assez bien connue de l'IGSS car depuis 2000 ce nombre d'entreprises sert à fixer la charge de travail qui incombe à chaque vérificateur. En outre on dispose au moins d'une indication sur le nombre d'entreprises à RCP avant 2000; il s'agit de l'étude statistique menée par l'administration des contributions directes en 1996 sur les régimes complémentaires de l'exercice 1995. Selon le tableau 4) à la page 8 de cette étude, 404 entreprises du secteur privé et 55 entreprises du secteur public étaient, en 1995, concernées par un plan de pension complémentaire. Au 1er juin 2009 1675 entreprises privées sont enregistrées à l'IGSS. On peut donc affirmer que depuis janvier 1996 le nombre d'entreprises privées à RCP a été multiplié par quatre(4,15), ce qui correspond à une augmentation annuelle moyenne de 11,1%! Le tableau 1) ci-dessous montre que l'évolution observée depuis 1995 bien qu'irrégulière peut être résumée grossièrement par une évolution théorique de 11,11 % par an! Comme il est impossible à l'heure actuelle de voir apparaître dans cette évolution un niveau de saturation, une conclusion s'impose:

La loi du 8 juin 1999 n'a pas empêché, et n'empêche toujours pas, les employeurs à mettre sur pied des régimes complémentaires de pension!

Table 1: Evolution du nombre d'entreprises concernées par un RCP

Exercice	Entreprises à	Origine du	Date-valeur de	Taux de	Modèle à	Taux de
	à RCP	nombre	l'observation	croissance	partir de	croissance
1995	404	étude ACD	fin d'année	annuel	fin 1996	annuel
1996	404	étude ACD	début d'année	moyen	449	moyen sur
1997				entre	499	13,5 ans
1998				observations	554	
1999					616	
2000					684	
2001	683	Dossiers IGSS	fin d'année	9,1457%	760	
2002					845	
2003	930	Statistique GEST.	fin d'année	16,6893%	938	
2004	930	Statistique GEST.	début d'année		1043	
2005					1159	
2006					1287	
2007	1278	Registre IGSS	fin d'année	8,2709%	1430	
2008	1590	Registre IGSS	fin d'année	24,4131%	1589	
2009	1675	Registre IGSS	milieu de l'année	10,9776%	1675	11,11%

AD question 2): L'évolution du nombre des affiliés aux régimes complémentaires de pension créés par les entreprises du secteur privé

L'évolution du nombre des affiliés aux régimes complémentaires de pension est moins bien connue que celle des entreprises qui ont mis en œuvre ces régimes. Encore une fois le tableau 4) page 8 de l'étude assez fouillée de l'ACD nous apprend qu'en 1995 les 404 entreprises du secteur privé concernées par un RCP occupèrent 50.406 salariés dont 31.011 furent des employés privés et dont 28.709 furent affiliés à un RCP (71 affiliés par entreprise en moyenne). Un deuxième point d'appui est fourni par le recensement statistique des gestionnaires agréés, fait en 2004 sur les régimes de 2003, qui indique 52.565 affiliés pour 930 entreprises (56,5 affiliés par entreprise). Au nombre d'entreprises qui croît de 524 unités de fin 1995 à fin 2003 correspond une augmentation de 21.071 personnes affiliées aux RCP de ces entreprises, ce qui fait une augmentation moyenne de 40,2 affiliés par entreprise additionnelle enregistrée entre 1995 et 2003 ! Pour estimer le nombre d'affiliés aux RCP des entreprises enregistrées au milieu de l'année 2009, on peut procéder de trois façons:

- 1) soit faire une règle de trois à partir du nombre d'entreprises: si à une augmentation de 526 (930-404) entreprises correspond une augmentation de 23.856 (52.565-28.709) personnes affiliées, alors à une augmentation de 1271 (1675-404) entreprises correspond une augmentation de $23.856 \times 1.271 / 524 = 57.864$ affiliés. Selon ce calcul les 1720 RCP devraient couvrir en 2009 $28709 + 57.864 = 86.573$ personnes.
- 2) soit appliquer au nombre d'affiliés de 2003 (52565) le taux d'augmentation annuel moyen observé sur la période (fin 1995-fin 2003) qui s'élève à 7,85% par an. A ce rythme de 7,85% par an le nombre d'affiliés passe de 52.565 personnes fin 2003 à $52.565 \times (1,0785^{5,5}) = 52.565 \times 1,515 = 79.654$ personnes au milieu de l'année 2009.
- 3) ou bien partir du constat que le nombre d'affiliés par entreprise supplémentaire ne fait que diminuer. Ainsi on a vu plus haut que les 526 entreprises enregistrées entre 1995 et 2004 ont apporté chacune en moyenne 40 affiliés ce qui fait 56,4% du nombre moyen d'affiliés (71) des entreprises enregistrées début 1996 ! En appliquant ce rapport au nombre moyen d'affiliés des entreprises enregistrées fin 2003, on trouve $56,5 \times 0,564 = 31,9$ personnes par entreprise enregistrée entre fin 2003 et le milieu de l'année 2009. Il résulterait de ce calcul une augmentation du nombre d'affiliés de $(1.720-930) \times 31,9 = 23.740$ personnes et les RCP actuels devraient couvrir $52.565 + 23.740 = 76.305$ personnes.

En retenant le l'estimation prudente de 76.000 personnes force est de constater que la loi du 8 juin 1999 n'a pas empêché entre 1996 et 2009 un dédoublement du nombre des affiliés aux régimes complémentaires de pension des entreprises du secteur privé!

Le fait que la multiplication par 4,14 du nombre des entreprises n'a été accompagnée que d'une multiplication par 2,65 du nombre des affiliés, témoigne plutôt du succès que les RCP rencontrent auprès des petites et moyennes entreprises!

AD question 3: L'évolution du pourcentage de la population active couverte par les régimes complémentaires de pension créés par les entreprises du secteur privé

L'article 2 de la loi du 8 juin 1999 entend par "l'entreprise" toute personne physique ou morale, luxembourgeoise ou étrangère, **occupant du personnel au Grand - Duché de Luxembourg**, y compris l'Etat, les communes, les syndicats de communes et les établissements publics. Les affiliés potentiels aux RCP peuvent donc être indigènes, immigrés ou frontaliers. Les pourcentages de la population active couverte par des RCP sont à établir par rapport à la population active intérieure!

Le tableau 2 ci-dessous montre que le pourcentage de la population active intérieure bénéficiant d'un régime complémentaire de pension n'a fait qu'augmenter depuis la mise en vigueur de la loi du 8 juin 1999!

Table 2: Pourcentage de la population active intérieure couverte par des RCP

Origine du nombre d'affiliés	Étude ACD sur 1995	Statistique des gestionnaires sur 2003	Estimation pour 2009 (JPW)
Population affiliée	28.709	52.565	76.000
Population active intérieure (ADEM STATEC IGSS)	197.500	271.900	309.590
Pourcentage de la population couverte par des RCP	14,5%	19,3%	24,5%

Il ne faut pas perdre de vue que le taux de couverture de 24,5% résulte d'une estimation du nombre d'affiliés aux régimes complémentaires de pension établie pour le milieu de l'année 2009! L'affirmation que le deuxième pilier a progressé en termes relatifs depuis la mise en vigueur de la loi RCP n'est donc pas plus solide que l'estimation du taux de couverture de 24,5% sur laquelle elle repose. Mais la conclusion contraire avancée par l'UEL sur la diminution relative de l'importance du deuxième pilier au Luxembourg n'est pas très solide non plus!

La démarche de l'UEL fait fruit d'une analyse des "Primes et avantages en nature parmi les salariés" publiée en avril 2009 par Frédéric Berger dans les "Chroniques de l'enquête PSELL-3/2007 VIVRE AU LUXEMBOURG" menée par CEPS/INSTEAD. Cette publication contient un tableau indiquant pour le secteur privé les pourcentages de salariés résidents bénéficiant de certains compléments de salaire (primes et avantages en nature pour l'année 2007). Parmi les avantages en nature le tableau nous apprend que 17% des salariés du secteur privé bénéficient du financement d'une pension complémentaire d'entreprise.

Comparés aux pourcentages du tableau 2), ce taux de 17% est inférieur au taux estimé pour 2009 et en régression par rapport au taux de 2003. Tout comme la conclusion optimiste basée sur une estimation de la population affiliée en 2009 qui ne vaut pas plus que les hypothèses à la base de l'estimation, la conclusion pessimiste sur base de l'exploitation d'un échantillon de salariés ne peut être admise qu'à la condition que l'échantillon permette de faire une affirmation sur la population active intérieure dont proviennent les affiliés des RCP. Or l'étude de panel "Vivre au Luxembourg" vise explicitement les ménages de salariés résidents et elle exclut les salariés frontaliers, qui en 2009 représentent presque la moitié (47,55%) des salariés occupés au Luxembourg (147.224 sur 309.590 d'après le tableau de bord EMPLOI du 2 juin 2009). Un recalcul des taux du tableau 2) par rapport à la population résidente reviendrait à comparer les affiliés aux régimes complémentaires de pension (frontaliers compris), à la population résidente de laquelle les frontaliers sont exclus c.à.d. on comparerait "des pommes et des poires".

Bref, en attendant que les statistiques sur les exercices 2006 et suivants permettent de trancher la question, optimistes et pessimistes pourront camper sur leur position!

Ad question 4) Comment juger le degré de pénétration des RCP dans le monde des salariés occupés au Luxembourg?

Si la vue assez pessimiste de l'UEL sur le monde des pensions complémentaires luxembourgeois se base sur l'analyse d'un échantillon de salariés qui n'a pas été conçu pour fournir des informations sur les affiliés aux régimes complémentaires de pension, l'UEL va plus loin en jugeant insuffisante la pénétration des RCP dans l'économie luxembourgeoise. Ce faisant l'UEL émet un jugement de valeur ("la pénétration est insuffisante") sans fournir ni l'indicateur permettant de décrire l'offre de RCP aux salariés occupés au Luxembourg, ni la valeur numérique de l'indicateur en dessous de laquelle cette offre (pénétration) pourrait être jugée insuffisante!

Dans le volume 13 du bulletin luxembourgeois des questions sociales (BLQS) de 2003 qui reprend les contributions au séminaire de l'ALOSS des 21 et 22 novembre 2002 concernant les pensions complémentaires, l'auteur a essayé de présenter dans sa contribution un tel indicateur. Le tableau à la fin de son article présente, pour l'exercice 2002, une ventilation des assurés du régime légal selon le taux de remplacement calculé en fonction de la durée d'assurance à l'aide des formules de pension en vigueur à l'époque. Le taux de remplacement du régime légal est évalué par rapport au dernier traitement estimé de la carrière, calculé sur base d'une carrière projetée jusqu'à l'âge de retraite.

Le tableau est conçu pour répondre à la question suivante: Quel est le nombre de salariés à qui il faut un régime complémentaire pour atteindre, pension légale comprise, un taux de remplacement de x% du dernier traitement touché avant la retraite?

L'approche ressemble à une étude de marché: A combien de personnes peut-on vendre un RCP?

Le tableau distingue les employés privés des ouvriers, les femmes des hommes et, pour faire ressortir l'effet du nouveau mode de calcul introduit à la suite du "Rentendösch", les affiliés à carrière brève (35ans) des assurés à carrière longue (40ans).

Le tableau 3) présente un extrait du tableau de la page 15 du volume 13 du BLQS cité plus haut:

Table 3: Ventilation des actifs selon leur taux de remplacement estimé

Assurés dont le taux de remplacement est inférieur à	Hypothèse: 35 ans de service pour les deux sexes (209.902 personnes)	En % du total de la catégorie	Hypothèse: 40 ans de service pour les deux sexes (209.902 personnes)	En % du total de la catégorie
72% du dernier traitement				
Employés (113.860p)	49.902	43,83%	11.431	10,30%
Ouvriers (96042p)	19.291	20,09%	5.224	5,44%
Total	69.193	32,96%	16.655	7,93%
80%du dernier traitement				
Employés (113.860p)	87.429	76,79%	30.452	26,75%
Ouvriers (96042p)	46.327	48,24%	13.271	13,82%
Total	133.756	63,72%	43.723	20,83%

IL ressort clairement du tableau 3) à quel point le besoin en pensions complémentaires dépend:

- 1) du niveau de vie relatif dont les assurés sociaux veulent jouir durant leur retraite; le passage du taux de remplacement de 72% à celui de 80%, fait presque doubler (69.193 à 133.756) le nombre de personnes qui ont besoin d'une pension complémentaire pour atteindre le niveau de vie relatif visé
- 2) de l'agencement des dispositions légales du premier pilier; une ouverture du droit à la pension de vieillesse après une durée de cotisation de 40 ans au lieu de 35 ans ferait disparaître $\frac{3}{4}$ du besoin d'un complément de revenu de retraite (de 32,96% à 7,93% pour un niveau de vie relatif de 72% du dernier traitement d'activité) et elle ferait disparaître $\frac{2}{3}$ de ce besoin (de 63,72% à 20,83% pour un niveau de vie relatif de 80% du dernier traitement d'activité).

Le tableau 3) permet également de se faire une opinion sur la pénétration des régimes complémentaires dans le monde des salariés de 2002/2003 ! Les statistiques des gestionnaires sur l'exercice 2003 font état de 52.565 affiliés. Ce nombre dépasse les 49.902 employés privés du tableau 3) mais il est inférieur au nombre total de salariés dans le besoin d'une pension complémentaire (69.193 pour une durée de cotisation, assez réaliste, de 35 ans et un taux de remplacement raisonnable de 72%).

Grosso modo la couverture des salariés par des RCP fut assez bonne sur la période 2002/2003!

Mais qu'en est-il aujourd'hui?

A défaut de statistiques récentes sur les affiliés aux RCP et sans actualisation de l'estimation des taux de remplacement garantis par la pension légale aux assurés des régimes de pension légaux, personne n'est en mesure d'avancer une opinion sur la couverture de fait ou la couverture nécessaire des salariés par des RCP ! A cela s'ajoute que même si, pour une même année, le nombre de personnes couvertes par des RCP est assez proche du nombre de personnes dont le taux de remplacement requiert une couverture par un RCP, la question de savoir si les deux ensembles de salariés comprennent les mêmes personnes reste sans réponse. La réponse à cette question cruciale ne peut être fournie qu'après l'alimentation de la banque de données du service des pensions complémentaires de l'IGSS. Comme cette banque de données identifie chaque affilié à un RCP par son matricule de sécurité sociale, elle permettra de dire pour celui-ci si la pension complémentaire lui promise est requise au vu du taux de remplacement découlant de sa carrière d'assurance en tant qu'assuré social. Ce n'est que l'exploitation de la banque

de données du service des pensions complémentaires de l'IGSS, base sur laquelle s'appuie le logiciel PENCOM de l'IGSS, qui permettra de porter un jugement sur la pénétration des RCP dans le monde des salariés occupés au Luxembourg. Cette pénétration pourra alors être jugée sous les aspects de sous-couverture et de sur-couverture par des RCP, c.à.d. le nombre de personnes sans pension complémentaire qui par rapport à un taux de remplacement retenu comme but à atteindre devraient bénéficier d'une telle pension et le nombre de personnes affiliées à un RCP dont la pension légale garantit un taux de remplacement supérieur au but à atteindre convenu.

Evidemment un jugement normatif sur l'insuffisance de la pénétration des RCP dans le monde des salariés ne doit ni s'appuyer sur des statistiques ou autres données chiffrées ni se baser sur une comparaison du contenu de deux banques de données, il suffit d'avoir une conviction politique précise !

Si on est convaincu qu'une substitution à brève échéance des pensions légales par des pensions complémentaires est une façon d'éviter les problèmes financiers qui menacent le régime légal au vu de l'évolution démographique luxembourgeoise, on peut, partant de cette conviction, juger insuffisant n'importe quel degré de pénétration du monde des salariés par des RCP, tant que la substitution du régime légal par des régimes complémentaires n'est pas achevée.

La vue pessimiste de l'UEL au sujet du développement des RCP au Luxembourg est donc peu liée à l'évolution effective du deuxième pilier luxembourgeois mais relève plutôt de la propagande pour une parade à d'éventuels problèmes financiers du régime légal. Reste à savoir si la substitution des pensions complémentaires aux pensions légales est une parade utile c.à.d. à la hauteur du défi et politiquement acceptable?

Mais c'est là un tout autre débat!

2) LE SORT DU CONTRÔLE DURANT LE PROCESSUS DE MATURATION DE LA LOI SUR LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES DE PENSION (LRCP) (1980-1999)

C'est à juste titre que l'on dit que la législation luxembourgeoise sur les pensions complémentaires doit sa naissance à l'inévitable transposition de quatre directives européennes. D'un côté ces directives confrontent les pays membres de la communauté européenne à des objectifs assez généraux formulées de façon abstraite, et de l'autre, elles laissent aux pays membres beaucoup de liberté dans la transposition c.à.d. dans la réalisation concrète des objectifs abstraits visés par les directives.

Ainsi la Directive du Conseil (80/987/CEE) concernant le rapprochement des législations des Etats membres relatives à la protection des travailleurs salariés en cas d'insolvabilité de l'employeur, après avoir fixé le champ d'application et donné la définition de l'état d'insolvabilité d'un employeur, laisse aux pays membres la liberté de définir dans leur droit national les termes "travailleur salarié", "employeur", "rémunération", "droit acquis", "droit en cours d'acquisition". A l'époque aucun texte de loi luxembourgeois ne donna une définition du terme "droit acquis" voire du terme "droit en cours d'acquisition", il n'y eut que la Confédération Générale de la Fonction Publique qui fit usage du premier de ces termes dans sa défense des régimes statutaires de la fonction publique. Le législateur luxembourgeois aurait donc dû définir ces termes au début des années 1980 dans une loi transposant la directive "insolvabilité" dont le délai de transposition fut le 20 octobre 1983. Il faut dire que les directives européennes n'ont pas réussi à susciter dans le monde politique luxembourgeois un débat au sujet des régimes de pension complémentaire suffisamment large pour déclencher une initiative législative car les forces vives de la nation étaient préoccupées par une réforme globale du régime de pension légal assez prenante. Il y eut bien sûr des réactions individuelles, telle que la proposition de loi du député Fernand RAU en 1988, suivie d'une proposition de loi du député Jaques Yves HENCKES en 1989, qui ont maintenu en vie un débat minimal au sujet des pensions complémentaires. Pour prendre attitude à l'égard de ces propositions de loi ainsi que pour réagir à des décisions de la Cour de Justice européenne (affaires BARBER et COLOROLL) le gouvernement luxembourgeois institua en 1989 un groupe de travail interministériel qui présenta une première ébauche de texte en 1993. En 1994 le gouvernement annonça une loi- cadre pour les régimes complémentaires de pension. Cette déclaration gouvernementale fut suivie d'une préparation d'un projet de loi élaboré avec le soutien du consultant ESOFAC. La proposition de loi du député Nicky BETTENDORF rappela au gouvernement qu'il ne suffit pas de faire préparer discrètement un projet de loi dans le secret des bureaux du ministère mais qu'il faut de plus que le public puisse se rendre compte de ces efforts. En 1997 Madame Mady DELVAUX-STEHRRES, Ministre de la Sécurité Sociale, déposa le projet de loi 4341.

Le contrôle prévu au projet de loi déposé, se limita à une seule autorité compétente chargée de 4 missions:

- Enregistrer les RCP et leurs modifications.
- Etablir, à la demande de l'entreprise le certificat annuel attestant la conformité actuarielle et juridique du régime de l'entreprise.
- Motiver le refus du certificat demandé.
- Collecter les informations annuelles.

Il faut remarquer que si le projet de loi a une vue assez précise du contrôle, cela ne vaut pas pour les documents qui l'ont précédé:

- au niveau des directives européennes le contrôle est plutôt implicite et ressort des formules "les Etats membres s'assurent que, les EM prennent les mesures nécessaires afin que", les PM ont la liberté du choix des moyens face à une obligation de résultat sans aucune indication sur le moyen à mettre en œuvre;
- la première ébauche de 1993 passe sous silence le contrôle;
- les options politiques du gouvernement de 1995 présentent une version minimaliste du contrôle (vérification juridique et actuarielle des plans assortie de statistiques sur les RCP par une autorité compétente qui reste à désigner) Il faut dire qu'à l'époque le gouvernement eut le choix entre quatre institutions pouvant assumer le rôle d'autorité compétente dans le domaine des pensions complémentaires savoir: l'Administration des Contributions Directes(ACD) en charge du dossier depuis toujours, le Commissariat aux Assurances(CA) avec son expérience du contrôle des compagnies d'assurance qui pourraient gérer dans un futur proche de plus en plus de RCP sous forme d'assurance de groupe, l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale(IGSS) autorité de surveillance des organismes de sécurité sociale déjà en charge du régime légal de pension qui pourrait, suite à un rattachement des RCP, élargir et parfaire sa vue du monde des pensions et la Commission de Surveillance du secteur financier(CSSF) concernée par l'évolution future des fonds de pension;
- L'avant projet de loi se limita à prévoir une seule autorité compétente et évita ainsi de retenir une des quatre autorités en présence.

Même après le dépôt du projet de loi, le contrôle mit du temps à se préciser d'avantage car les avis des chambres professionnelles ou bien ne le touchèrent pas du tout ou bien n'en soulevèrent que des aspects assez particuliers. Voici deux vues sur le contrôle tirées d'avis émis par des chambres qui ont traité du contrôle:

- 1) Dans son avis de janvier 1998 la Chambre des employés privés remarque que les missions conférées à l'autorité compétente par le projet de loi 4341 "ne manqueront pas d'aboutir à un gonflement du personnel au niveau de cette administration" (L'IGSS d'après l'exposé des motifs du projet de loi). Nous y reviendrons au chapitre 9!
- 2) L'avis de la Chambre de Commerce du 16 décembre 1998 propose "de soumettre les différents véhicules de financement des pensions complémentaires, en raison de leurs spécificités propres, à leurs autorités de contrôle respectives".

La proposition de la Chambre de Commerce eut permis d'éliminer l'IGSS comme autorité compétente; la CSSF aurait contrôlé les fonds de pension, les assurances de groupe auraient été soumises au CA et l'ACD aurait continué la surveillance des régimes internes. Mais l'intérêt des autorités de contrôle partielles fut tiède, principalement à cause du principe de l'unicité du contrôle inscrit dans le projet de loi (le contrôle doit s'occuper de tous les RCP et non pas à d'une partie de ceux-ci), et accessoirement pour des raisons propres aux institutions: l'ACD jugea le dossier trop technique, la CSSF et le CA ne voulaient pas contrôler en amont de l'ACD de peur d'être considérés comme des agents du fisc. Restait l'IGSS qui jugea que la difficulté technique des RCP, abstraction faite de la gestion des actifs, était tout au plus égale à celle du régime légal de pension.

Le projet de loi amendé propose l'IGSS comme autorité compétente en matière de pensions complémentaires et il charge cette autorité de neuf missions:

Sont reprises du projet de loi:

- 1) L'enregistrement des RCP et de leurs modifications.
- 2) L'établissement du certificat de conformité actuarielle et juridique. D'annuel ce certificat de conformité juridique et actuarielle devient un certificat quinquennal
- 3) La motivation du refus du certificat de conformité
- 4) La collecte annuelle des informations nécessaires à l'exécution de ses missions.

Ont été ajoutées par les amendements faits au projet de loi :

- 5) L'établissement des bases techniques servant au contrôle du financement minimum (qui sont à actualiser tous les cinq ans.)
- 6) La fonction d'organe de liaison avec l'assureur insolvabilité.
- 7) L'analyse de l'impact des RCP sur les finances publiques, sur le niveau des pensions et sur le coût salarial au niveau des entreprises et
- 8) La publication des statistiques y afférentes.
- 9) L'établissement à la demande de l'ACD d'un certificat annuel au sujet du montant fiscalement déductible (qui remplace le certificat annuel de conformité établi à la demande de l'entreprise !)

En outre le projet de loi amendé confia aux autorités prudentielles (CA et CSSF) la surveillance des actifs gérés en relation avec les fonds de pension.

Le 8 juin 1999 le Parlement confirma l'autorité compétente prévue au projet de loi amendé avec les missions lui conférées.

3) LE DÉFI REPRÉSENTÉ PAR LE CONTRÔLE DES RCP AU DÉBUT DE L'AN 2000 ET LES OPTIONS PRISES POUR RELEVER CE DÉFI

Avec le vote de la loi du 8 juin 1999, l'IGSS devient l'autorité de contrôle légale en matière de pensions complémentaires dont les missions découlent des articles 27, 28, 30, 31, 49 et 50 de la loi. Entre le 8 juin 1999 et le 1er janvier 2000 la loi ne donna point de missions concrètes à l'IGSS. L'enregistrement des RCP débuta le 1er janvier avec la mise en vigueur de la loi. L'enregistrement des premiers régimes, avec le dépôt de leurs règlements de pension et de leurs plans de financement, marqua le début de la vérification de la conformité juridique de ces RCP. Parallèlement les gestionnaires soumièrent pour avis à l'IGSS les premiers cas de départ d'entreprise pour mise à la retraite ou non. C'est à ce moment où l'IGSS fut confrontée à son premier défi: "Comment garantir l'exécution conforme à la loi RCP de cas individuels liés à des RCP qui n'étaient pas déjà rendus conformes à cette dernière?" ou autrement dit: "Par quoi pallier l'absence du certificat quinquennal de conformité légale et actuarielle?". Après réflexion le service des pensions complémentaires de l'IGSS prit les options suivantes :

- 1) Chaque cas individuel de départ est à juger dans le contexte des dispositions légales qui s'appliquent à lui.
- 2) Pour statuer sur la conformité actuarielle d'un régime la mise en œuvre d'un logiciel de contrôle est incontournable.

Lors du contrôle d'un cas individuel de départ

- ou bien la conformité légale du régime peut être présumée, suite à la lecture intégrale du règlement de pension effectuée lors du dépôt,
- ou bien cette lecture intégrale n'a pas eu lieu, dans ce cas le régime est en "voie d'être mis en conformité", et le contrôle du cas individuel se limite à vérifier si les dispositions du règlement de pension appliquées ne contredisent un article précis de la LRCP.

En premier lieu le contrôle des cas individuels comporta, et comporte toujours, des vérifications sur l'exactitude matérielle de la situation de l'affilié:

- 1) L'affilié est-il ou a-t-il été salarié de l'entreprise du promoteur du RCP en d'autres mots: le salarié est-il ou a-t-il été un assuré social déclaré par l'entreprise et non pas un simple proche du patron?
- 2) Y a-t-il départ vers une autre entreprise au G-D de Luxembourg ou à l'Etranger ou le départ résulte-t-il d'un licenciement ou d'un acte volontaire de l'affilié?
- 3) L'affilié a-t-il des droits acquis et le montant de ces droits acquis est-il cohérent avec l'ancienneté du salarié dans l'entreprise?

Ensuite les vérifications traitent de l'exécution conforme à la loi du règlement de pension:

- 4) Le départ se fait-il avec un maintien des droits acquis (DA), un transfert des DA ou avec un rachat des DA? (respect des articles 11, 12 et 13 de la LRCP)
- 5) En cas de transfert ou de rachat de DA la ventilation des DA nés avant le 01/01/2000 ou après le 01/01/2000 est-elle correcte? Cette vérification se fait à l'aide des données de la sécurité sociale et des précisions fournies par le gestionnaire et sert à exécuter le point 18 de l'article 115 LIR.
- 6) Contrôle de la plausibilité de la valeur actuelle des droits acquis (VADA) Cette plausibilité résulte d'une comparaison avec le calcul de la valeur actuelle des DA en financement minimum qui est fait avec les bases techniques publiées en matière de financement minimum (art. 19 LRCP). Il faut que la VADA soit supérieure au financement minimum des DA requis.

Les vérificateurs contrôlent par lots de dossiers relevant d'un même plan d'entreprise ce qui leur évite de devoir changer de cas en cas la formule du plan donnant les prestations de retraite et les droits acquis.

Ajoutée au contrôle de la conformité légale des règlements de pension, la vérification parfois assez poussée des cas individuels a permis à l'autorité compétente de marquer une présence dans le monde des pensions complémentaires sans pour autant empêcher les gestionnaires de faire leur travail.

Parallèlement l'IGSS lança la mise sur pied du logiciel de contrôle PENCOM requis pour établir le certificat quinquennal de conformité actuarielle des régimes.

En effet la vérification de la conformité actuarielle d'un régime de pension ne peut se faire par l'analyse de quelques cas individuels, aussi intéressants et représentatifs qu'ils soient, mais elle requiert des jugements sur l'ensemble des affiliés au régime par exemple: "la vérification du respect des conditions relatives au financement minimum" telle que prévue à la mission c) de l'article 30 LRCP.

4) LE LANCEMENT DU LOGICIEL PENCOM

L'option prise en 2000 de doter l'IGSS d'un logiciel de contrôle des RCP découla des missions et tâches prévues par la loi du 8 juin 1999 comportant des calculs concernant tous les affiliés d'un régime ou l'exploitation de données concernant les affiliés de tous les régimes:

1. Les engagements et leur financement

Calcul de valeurs-pivot

Les deux questions centrales auxquelles doit répondre l'autorité compétente sont les suivantes: "Quelle est la valeur des DA cumulés dans le régime sous examen?" et "Le financement minimum de la valeur actuelle de ces DA est-il garanti?"

Pour calculer la valeur des droits acquis le logiciel fait usage de la formule du règlement de pension, de l'ancienneté notée au règlement (qui pour cette raison doivent être saisies dans la banque de données du logiciel) et de la règle du prorata tirée de l'article 10 LRCP. Le logiciel établit pour chaque affilié le DA minimal qui revient à l'affilié en application de la loi. Le gestionnaire peut mettre en compte l'ancienneté de façon différente, à condition de produire un montant de DA plus grand que la valeur-pivot qui résulte de l'article 10 LRCP. Le recours à des valeurs-pivot évite à l'IGSS de devoir reproduire au niveau du logiciel toutes les subtilités que les gestionnaires ont introduites dans leurs règlements de pension.

La valeur pivot du financement minimum

Les RCP sont préfinancés, donc les gestionnaires doivent financer au moins la valeur actuelle des DA découlant des périodes de service prestés au moment du calcul. Pour établir les engagements à couvrir l'actuaire du régime se sert de ses propres bases techniques (table de mortalité et taux d'intérêt technique). Ce financement doit être supérieur à la valeur-pivot de l'IGSS qui représente la VA des prestations découlant de l'application de l'article 19 LRCP calculée à l'aide des bases techniques fixées au règlement grand-ducal du 15 janvier 2001. Comme les engagements du régime ne peuvent être inférieurs aux VA financées d'après l'article 19 LRCP cet article fixe implicitement une limite inférieure aux engagements en valeur actuelle du régime.

2. Les cotisations dues au PSVaG (art.27 LRCP)

Le calcul de la "valeur partielle (VP), Teilwert"

La VP se calcule suivant le droit fiscal allemand en application de la convention bilatérale entre la République fédérale d'Allemagne et le Grand-Duché de Luxembourg du 22 septembre 2000.

Rappel: la définition de la valeur partielle

la VP est la différence entre la VA des prestations futures et la VA des primes futures fictives établies dans le respect du principe de l'équivalence individuelle pour des âges d'entrée et de sortie donnés.

Bases techniques

Les calculs se font à l'aide des bases techniques de l'assureur-insolvabilité.

3. Les informations destinées au PSVaG en cas d'insolvabilité (art. 28 LRCP)

La gestion du RCP d'une entreprise en cessation de paiements

Les gestionnaires n'aiment pas continuer la gestion des régimes d'une entreprise tombée en faillite ou proche de la faillite car la rémunération des services du gestionnaire devient dans ces cas très aléatoire.

L'IGSS organe de liaison

Pour garantir le calcul des cotisations et la communication des droits acquis menacés par l'insolvabilité de l'entreprise, l'IGSS doit pouvoir se substituer au gestionnaire, ce qui requiert un suivi assez précis des régimes internes de la part de l'IGSS

4. Le montant déductible fiscalement dans le chef de l'entreprise (article 31 LRCP)

La limite individuelle du financement fiscalement déductible pour l'entreprise

Le financement fiscalement déductible est limité à 20% de la rémunération annuelle ordinaire (REMANO) de l'affilié.

Le règlement grand-ducal du 14 août 2001

Ce règlement permet de prendre en compte les REMANOS de plusieurs exercices pour rendre déductible un financement de rattrapage dû à l'assimilation de périodes antérieures. D'où l'intérêt de pouvoir saisir les REMANOs dans la banque de données PENCOM sous une forme vectorielle

5. La collecte d'informations (point 3) de l'article 30 LRCP)

La loi du 8 juin 1999 s'inspire de la loi du 25 avril 1974

L'IGSS est habilitée à demander toutes les informations lui permettant d'exercer sa mission. Elle établit le relevé des informations que les entreprises doivent lui communiquer annuellement (paragraphe 3 de l'article 30 LRCP).

L'analyse de l'impact (mission g du paragraphe1 de l'article 30 LRCP)

L'IGSS doit étudier l'impact des RCP sur le niveau des pensions, le coût salarial et les dépenses publiques .Cette étude d'impact se sert des informations stockées dans les bases de données de l'IGSS.

Pour articuler son besoin d'un support informatique l'IGSS rédigea en 2001 un cahier de charges de 16 pages. Ce cahier des charges fut jugé trop rudimentaire par certains concernés et il fut étendu avec l'aide du consultant Price Waterhouse Coopers (PWC) en un cahier de charges de 80 pages dont 50 pages de formules actuarielles. Pour mettre les développeurs en mesure de faire des offres détaillées, le cahier des charges fut encore une fois augmenté d'une cinquantaine de pages concernant la validation des procédures.

Pour soutenir le service des pensions complémentaires de l'IGSS dans ses missions variées et les tâches nombreuses qui en découlent, on exigea du logiciel de faire usage de l'infrastructure ambitieuse suivante:

- Une banque de données ORACLE
- Un moteur de calcul MATHEMATICA
- Des interfaces supportées par une plate-forme du type Java JRE ("Java Run Environnement") qui utilise
- la norme de transaction "Enterprise Java Beans 2"

Le développement du logiciel PENCOM fut l'objet de l'adjudication publique du 30 novembre 2001 et par arrêté d'adjudication du 25 février 2002 les associés DOCUMENTA-Mathias FOEHR furent chargés du développement du logiciel PENCOM. Avant de rencontrer des l'opposition des entreprises concernées en 2006 (voir chapitre 8), le logiciel vit un développement régulier accompagné des difficultés usuelles liées

- à la collaboration de gens compétents dont les cerveaux travaillent de façon différente;
- à la soumission de MATHEMATICA au serveur d'applications JAVA;
- à l'utilisation d'EJB2, norme de transaction très ambitieuse;
- à la succession rapide des versions de la banque de données ORACLE.

Dès 2005 on put envisager le chargement de la banque de données avec les informations permettant au logiciel de fonctionner mais la négociation de la transmission des DAP s'est révélée assez longue (voir les chapitres 6 et 7!).

5) L'ALLÈGEMENT DU CONTRÔLE SUITE AU GOULET D'ÉTRANGLEMENT DE 2002 DANS LE CONTRÔLE DES CAS INDIVIDUELS

Pendant que le développement du logiciel occupa le chef du service, l'actuaire et la responsable des procédures, la mise en conformité légale des règlements de pension et le traitement des cas de départ individuels incombèrent à deux vérificatrices encadrées par la juriste. Leur tâche fut difficile pour plusieurs raisons:

- a) Pour mettre conforme un RCP les gestionnaires présentèrent généralement deux règlements de pension; l'ancien plan pour les salariés en service au premier janvier 2000 (ou avant la modification de régime) et le nouveau plan pour les salariés engagés après la mise en vigueur de la loi du 8 juin 1999 (ou après la modification du régime). La loi sur les RCP a non seulement exigé de la part des entreprises une mise en conformité des règlements existant au 1er janvier 2000, mais elle a suscité en outre la création de règlements nouveaux.
- b) Au niveau du contrôle des cas individuels, souvent les données fournies par les gestionnaires ne permirent pas aux vérificateurs de terminer le contrôle. D'où des demandes de détails supplémentaires, ce qui conduisit parfois à des va-et-vient fréquents entre les gestionnaires et le service des pensions complémentaires de l'IGSS.
- c) L'effectif initial des vérificateurs ne représenta que 50% du nombre de vérificateurs prévu dans l'étude EIS du 24 mars 1998: deux personnes au lieu de quatre.
- d) Le nombre d'entreprises concernées par un RCP augmenta plus vite que prévu. L'étude IES précitée retint 4 vérificateurs pour un contrôle de 600 entreprises dans l'hypothèse d'un contrôle actuariel quinquennal des régimes. Le premier recensement interne de l'IGSS fin 2001 fit état de 683 dossiers d'entreprise, le recensement des gestionnaires fait en 2004 constata 930 entreprises à la fin de 2003. Une interpolation linéaire fournit 806 entreprises à la fin de l'exercice 2002.

Pour faire face au volume de travail résultant uniquement de la croissance des entreprises sous examen l'effectif de vérificateurs aurait dû représenter une demi-douzaine de personnes au lieu de deux. Ce qui plus est : une vérificatrice quitta le service en 2002 et son remplacement ne se fit qu'en 2003. Le contrôle des RCP s'est fait donc avec un sixième de l'effectif requis au vu du nombre d'entreprises enregistrées. Les conséquences dues à l'insuffisance de l'effectif des vérificateurs ne se firent pas attendre; au cours de 2002 la secrétaire du service constata que 2000 dossiers attendaient leur vérification. Le service était bel et bien confronté à un goulet d'étranglement dans le contrôle des dossiers individuels!

Pour dégager le goulet d'étranglement il fallut une réaction immédiate. Après que l'examen des dossiers contrôlés eut montré que les cas avec imposition à la sortie sont beaucoup moins nombreux en 2002 qu'en 2000 il fut décidé de limiter le contrôle des dossiers individuels au cas avec imposition à la sortie donc aux cas anciens où les services ont été prestés en partie avant l'année 2000. Les cas d'affiliés après le 1er janvier 2000 dont les droits acquis sont libérés d'une imposition à la sortie (en train de devenir la grande majorité des cas) furent archivés et continués sans contrôle vers l'Administration des Contributions Directes(ACD). La décision ne passa pas sans soulever des discussions au sein du service:

- Sur les tâches intelligentes liées au contrôle de l'ancienneté, des DA et du montant soumis à imposition et les tâches simplement routinières liés à l'archivage des cas reçus et à leur transmission vers l'ACD.
- Sur la nécessité de recruter pour porter l'effectif des vérificateurs à la hauteur requise par le nombre d'entreprises enregistrées.
- Sur la nécessité d'ajouter au logiciel PENCOM à côté de ses fonctions de contrôle actuarielles, la fonction de "gestion du contrôle" permettant de libérer les vérificateurs des tâches routinières.

La décision de limiter le contrôle aux dossiers individuels comportant une imposition à la sortie, a permis à l'IGSS de clôturer en une seule fois des centaines de dossiers en attente et a permis de plus d'accélérer le contrôle de la minorité des dossiers où le contrôle reste légalement inévitable. A partir de l'exercice 2003 l'évacuation des dossiers individuels se fit de plus en plus dans le délai des trois mois prévu au point e) de l'article 30 LRCP.

6) VERS L'ALIMENTATION DU LOGICIEL PENCOM: ÉLABORATION ET DISCUSSION DU DAP DE 2005 À 2006

Après la phase de lancement le développement du logiciel PENCOM se trouva de plus en plus dans les mains des informaticiens de l'association DOKUMENTA-FOEHR et du consultant PWC qui non seulement assura le suivi de ce projet informatique mais qui se chargea également de la création des jeux de test servant à juger la qualité des routines programmées pour PENCOM. L'IGSS de son côté assista aux réunions de suivi du projet, essaya de répondre questions des techniciens et trancha les litiges qui surgirent au cours du développement Ainsi l'IGSS décida de ne pas abandonner les deux éléments les plus ambitieux de l'architecture: le moteur de calcul MATHEMATICA et la norme de transaction EJB2. Vers la fin de l'année 2004 la charpente du logiciel fut debout et la question de l'implémentation des routines de calcul et de contrôle se posa. Or on peut difficilement programmer ces routines sans connaître les champs de la banque de données sur lesquels ces routines doivent s'appuyer. Des tentatives visant à structurer la banque de données (BD) du logiciel PENCOM avaient accompagné le développement du

logiciel PENCOM dès le début. Une fois connue la structure de la BD se posa la question de son alimentation. Pour répondre à cette question le chef de projet M.F. proposa (dès 2003 selon les documents de l'auteur) une description de l'ensemble des données requises pour l'alimentation annuelle de la BD PENCOM. Cet ensemble d'informations appelé DAP (Données par Affilié et par Plan), ce qui dans la suite se révéla être un nom malheureux, dut permettre d'actualiser annuellement quelque 123 champs de la BD. Une fois connu le contenu du DAP, l'autorité compétente dut choisir entre une publication de ce contenu via règlement grand-ducal ou une discussion sur le contenu du DAP avec les gestionnaires suivie d'une publication par voie de "circulaire IGSS". Consacrant aux traditions de discussion et de négociation propres à notre pays, l'IGSS soumit aux gestionnaires, un projet de circulaire qui présentait le contenu du DAP. Après quelques réunions avec les gestionnaires l'IGSS put produire pour le 16 octobre 2005 un premier projet de circulaire dont les grandes rubriques furent les suivantes:

- 1) **Opération** contenu 1 champ à deux valeurs relatives à certains buts poursuivis par le DAP: ajout ou modification.
- 2) **Identification** (contenu: 9 champs décrivant les entités intervenant dans une affiliation à un plan: Matricule employeur, Matricule assuré, Qualité assuré, Matricule assuré à l'origine du droit, N°Plan, N°Catégorie, N°Sous Catégorie, Type Support financier, Données Indicatives).
- 3) **Données RemAnO** contenu: 2 champs servant à décrire la rémunération annuelle ordinaire de l'affilié.
- 4) **Données Carrière** contenu: 9 champs donnant une description de la situation de l'affilié par rapport au plan pour un exercice donné.
- 5) **Ouverture** contenu: 5 champs décrivant la situation de l'assuré au début de l'exercice.
- 6) **Contribution** contenu: 5 champs décrivant la contribution effectuée pour l'assuré durant l'exercice.
- 7) **DOPP** contenu: 6 champs décrivant le déficit dans le financement pour l'assuré des obligations relatives aux périodes passées.
- 8) **DOPAA** contenu: 7 champs relatifs à l'évolution du déficit dans le financement au profit de l'assuré des obligations résultant des périodes assimilées antérieures.
- 9) **ImposRM** contenu: 4 champs décrivant le transfert éventuel au cours de l'exercice de capitaux non imposées forfaitairement vers une situation où l'imposition forfaitaire est requise.
- 10) **TrsfOut** contenu: 8 champs décrivant le transfert de fonds constitués lors d'un départ de l'affilié vers un nouvel employeur.
- 11) **TrsfIn** contenu: 6 champs en relation avec les fonds reçus par l'employeur lors d'un transfert de la VADA accompagnant l'embauche d'un salarié.

- 12) **Rachat** contenu: 8 champs relatifs aux Da, aux VADA rachetées avec ou sans l'impôt retenu à la sortie.
- 13) **Décès Retraite** contenu: 6 champs tenant compte des excédents et découverts pouvant se présenter lors du décès d'un affilié et liés à l'âge du survivant
- 14) **Réversion** contenu: 6 champs permettant de documenter les montants liés au versement d'une rente de survie.
- 15) **Retraite/Liquidation** contenu: 6 champs pour imputer les rentes effectivement servies et les capitaux liquidés en une seule fois.
- 16) **Assurances** contenu: 3 champs pour l'assiette du PSVaG, La prime à l'assurance spécifique et pour l'impôt forfaitaire mis en compte sur cette prime.
- 17) **Clôture** contenu: 6 champs donnant une description de l'affilié à la fin de l'exercice.
- 18) **Fiscalité** contenu: 6 champs décrivant la situation fiscale de l'assuré relative au plan pour l'exercice en question.

Comparé à la première version documentée de 2003 du DAP, le projet du 16 octobre 2005 contient 18 rubriques avec un total de 103 champs (contre 19 rubriques avec 123 champs de la version de 2003) une vingtaine de champs n'ont donc pas survécu à l'examen du DAP avec les gestionnaires. Citons à titre d'exemple le champ SalT de la rubrique RemAnO destiné à recevoir la rémunération annuelle totale de l'affilié actif dans l'entreprise ou autrement dit le coût salarial direct que présente l'affilié actif pour son entreprise. Les gestionnaires ont refusé de collecter cette information avec les arguments suivants:

- Cette information est inutile car elle n'intervient ni dans le calcul des promesses basées sur SalPens ni dans la détermination du montant fiscalement déductible basé sur la RemAnO, ce qui explique pourquoi cette donnée n'est pas collectée par les gestionnaires auprès des employeurs.
- Les gestionnaires s'ils sont d'accord pour alimenter la BD de PENCOM avec les informations qui sont en leur possession n'ont nullement envie à aller collecter chez les employeurs des données rien que pour alimenter PENCOM!

Pour l'IGSS le fait de renoncer au champ SalT signifiait d'accepter un certain flou dans l'exécution de sa mission d'étudier l'impact des RCP sur le taux de remplacement et sur le niveau du coût salarial de l'entreprise. A défaut du vrai montant de référence on se servira de revenus d'approximation plus petits et l'impact des RCP sur les taux de remplacement et sur les coûts salariaux sera augmenté artificiellement.

7) UNE ÉTAPE IMPRÉVUE DANS LE DÉVELOPPEMENT DE PENCOM L'ÉLABORATION DU DER DE 2006 À 2008

Fin octobre 2005 les négociations au sujet du DAP furent presque terminées et le projet de circulaire aurait pu être publié. Mais les gestionnaires soulevèrent vers la fin 2005 un problème actuariel en relation avec le DAP-Risque. Ce DAP-Risque avait été conçu comme un sous-ensemble du DAP-Retraite pour servir à communiquer à l'IGSS les affiliés à un plan décès ou à un plan invalidité sans entrer dans le degré de détail requis pour les plans de retraite.

La question des gestionnaires fut la suivante: Comment traiter au niveau du DAP-Risque la pratique des ristournes de prime courante dans les assurances de groupe. En assurance invalidité- décès individuelle la ristourne de prime semble plutôt contre-intuitive: pourquoi rendre une partie de sa prime à un preneur d'assurance invalidité pour la simple raison qu'il n'a pas été frappé par le risque contre lequel il s'est assuré; sa prime a servi à indemniser d'autres preneurs d'assurance qui sont devenus invalides au cours de l'année ! Mais en assurance de groupe les choses sont différentes ! L'employeur qui contracte une assurance invalidité pour 3000 salariés dont l'âge dépasse 55 ans s'attend selon les bases techniques de son assureur à une soixantaine d'entrées en invalidité au cours de l'année. Si à la fin de l'année l'employeur n'est confronté qu'à une vingtaine d'invalides il le signalera à son assureur lors de la fixation des primes pour l'exercice suivant. Au vu des chiffres l'assureur, pour garder son client, se montrera flexible et accordera une ristourne de primes. L'IGSS dut s'incliner devant cette pratique ancienne des compagnies d'assurance et accepta de remplacer, en présence d'une ristourne de primes, les DAP-Risque par des DER (Données par Entreprise et par Régime).

Pour garder la cohérence entre ses circulaires, l'IGSS reporta la publication du DAP- Retraite et du DAP-Risque après l'élaboration de DER. Le lecteur qui désire connaître la dernière version du DAP, est prié d'ouvrir le site internet du ministère de la Sécurité Sociale (www.msss.public.lu) et de consulter sous la rubrique "Pensions Complémentaires" dans le chapitre "Législation" la Circulaire 2006/2 du 6 novembre 2006. Au même endroit il trouvera également une présentation du DER à la condition d'ouvrir la Circulaire 2008/02 du premier octobre 2008.

8) LA REMISE EN CAUSE DU LOGICIEL POUR RAISONS DE SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE (2007-2009)

La substitution du DER au DAP-Risque comporta une adaptation du logiciel PENCOM. Pour faire face au coût de cette adaptation, l'IGSS introduisit dans la loi de 23 décembre 2005 concernant le budget de l'Etat de 2006, la perception d'une taxe rémunératoire pour financer le fonctionnement du service des pensions complémentaires de l'IGSS. La loi budgétaire prévoit un règlement grand-ducal devant fixer les détails techniques relatifs à cette nouvelle taxe. Ce règlement fut élaboré par l'IGSS, soumis pour avis aux gestionnaires, et publié. (Mémorial A-2006-243 du 29 décembre 2006 page 4857). Sont frappés par la taxe, les gestionnaires agréés et les RCP (0,9% du financement du régime versé par l'employeur). Les employeurs furent donc confrontés à une nouvelle charge sans avoir été consultés auparavant.

Pour articuler leur opposition aux procédés de contrôle de l'IGSS et leur attitude à l'égard de la nouvelle taxe, les employeurs firent preuve d'originalité en saisissant le CNSAE (Comité national de Simplification Administrative en faveur des Entreprises) de la fiche de simplification administrative ex-post N°31 "Prévoyance professionnelle contre la vieillesse" datée du 9 mai 2006. Cette fiche accrocha la simplification administrative dans le domaine des pensions complémentaires au projet de circulaire 2005/4 de l'IGSS relative à la transmission du DAP. La page (6 sur 9) de la fiche présente, en trois paragraphes, les critiques des employeurs font au sujet du contrôle de l'IGSS et la page (7 sur 9) présente les quatre solutions esquissées par l'UEL dont trois sont reprises ci-dessous:

- 1) Au lieu de contrôler chaque dossier individuel, l'IGSS devrait contrôler la mise en place de procédures dont le suivi se ferait par des contrôles ponctuels à l'instar du CA et de la CSSF. Ce changement de la méthode de contrôle qui pourrait se faire sans changer la LRCP, réduirait considérablement le volume du travail de l'IGSS et des gestionnaires concernés.
- 2) La réduction du volume de travail entraînera une diminution des coûts administratifs telle quelle rendrait superflue la perception d'une taxe rémunératoire.
- 3) La nouvelle méthode de contrôle n'a plus besoin de s'appuyer sur de volumineux fichiers informatiques, et on pourrait purement et simplement renoncer au projet de mise en place de la BD PENCOM!

- Pour le chef du service des pensions complémentaires, (l'auteur), la simplification esquissée signifia l'annihilation de cinq années d'efforts consacrés à la mise sur pied du logiciel PENCOM et des crédits budgétaires qui ont permis le développement de ce logiciel. De plus il y vit une remise en cause fondamentale de la philosophie de contrôle de l'IGSS dans le monde des pensions complémentaires sept ans après le vote de la loi du 8 juin 1999 et il s'opposa farouchement aux simplifications esquissées par l'UEL en invoquant:
- La structure des qualifications du service qui correspond à un contrôle à distance, un contrôle sur place tel que préconisé par l'UEL exigerait un dédoublement des agents de la carrière supérieure;
- La modification de loi implicite à l'esquisse N°1 de l'UEL; contrairement aux affirmations de l'UEL, les missions de l'IGSS diffèrent de celles du CA et de la CSSF car ces organismes ne contrôlent pas en amont de l'ACD qui peut à tout moment demander un certificat sur la partie fiscalement déductible du montant consacré, pour un exercice donné, au financement d'un RCP. Pour répondre à la demande de l'ACD l'autorité compétente doit disposer d'une banque de données à partir de laquelle générer le certificat. Cet état des choses ne peut être changé que par le législateur qui pourrait supprimer la mission e) prévue à l'article 30 LRCP, ce qui reviendrait à déplacer vers l'administration des contributions directes les contrôles requis par cette mission.
- De même l'abolition envisagée de la taxe rémunératoire qui présuppose une abolition du règlement grand-ducal exige une modification de la loi budgétaire.

Confronté à un refus appuyé par des arguments (qui furent inspirés par la conviction du fonctionnaire que le comité de simplification administrative n'est pas un endroit pour débattre des changements à apporter à une loi, mais plutôt un instrument visant à favoriser l'exécution de cette dernière) les discussions au CNSAE changèrent et tournèrent autour des simplifications à apporter au DAP. Jugeant exagéré le nombre d'informations collectées par affilié et par plan le groupe ad hoc lié à la fiche 31 tenta de diminuer du nombre de champs sans se rendre compte que le DAP est l'ensemble maximal d'informations à injecter dans la BD et nullement le minimum de données à collecter par personne. Le progrès vers la simplification dans ces réunions fut de nouveau fortement freiné par la résistance de l'auteur qui essaya de préserver une structure du DAP longuement négociée avec les gestionnaires. Après quelques réunions la présidente du CNSAE conclut à l'échec des négociations de simplification et le chef du service des pensions complémentaires décida de faire fruit du paragraphe 3 de l'article 30 LRCP: préparer le règlement grand-ducal sur les données à communiquer annuellement par les entreprises à l'IGSS.

9) PRÉSENTATION DE L'ÉVOLUTION DE LA CHARGE DE TRAVAIL DES VÉRIFICATEURS DU SERVICE DES PENSIONS COMPLÉMENTAIRES DE L'IGSS

Déjà en 1998 dans son avis sur le projet de loi 4341 (voir chapitre 1) la Chambre des Employés privés redouta un gonflement des effectifs de l'IGSS suite au vote de la loi sur les régimes complémentaires de pension. Nous avons vu au chapitre 5 comment le manque de personnel fut la cause du goulet d'étranglement en 2002. Le tableau ci-dessous (basé sur le tableau 1 du chapitre 1) permet fournir une description de l'évolution des effectifs du service PENCOM après la mise en vigueur de la loi du 8 juin 1999.

Exercice	Nb d'entreprises estimées à	Total des agents	Nb de vérificateurs	Effectif des vérificateurs p.t.	Charge de travail effective	Vérificateurs p.t. estimés svt EIS
	partir de					
1995	fin 1996					4,04
1996	449	2				4,49
1997	499	2				4,99
1998	554	3				5,54
1999	616	4	1	1,25	494	6,16
2000	684	6	2	2,25	304	6,84
2001	760	6	2	1,25	602	7,60
2002	845	8	1	2,75	303	8,45
2003	938	9	3	3,25	282	9,38
2004	1043	9	4	4,25	238	10,43
2005	1159	9	4	4,25	263	11,59
2006	1287	10	4	4,25	290	12,87
2007	1430	11	5	5,25	259	14,30
2008	1589	12	6	5,75	262	15,89
2009	1675	14	7	6,75	246	16,75

L'estimation du nombre d'entreprises est tirée du tableau 1 du chapitre¹, les agents du service et les agents vérificateurs sont comptés par des nombres entiers et l'effectif des vérificateurs du service est exprimé en équivalent-agent-plein-temps. L'effectif des vérificateurs plein-temps de la dernière colonne du tableau est estimé en fixant la charge de travail à 100 entreprises par agent plein-temps.

La charge de travail retenue, ressort de l'étude de l'EIS du 24 mars 1998 qui prévoit en phase initiale un groupe de vérificateurs de 6 personnes dans l'hypothèse basse (600 entreprises à suivre chaque année), et dans l'hypothèse haute (1000 entreprises à suivre par an) un groupe de vérificateurs de 10 personnes ce qui fait 100 entreprises à suivre par vérificateur par an en période initiale. Les vues ambitieuses contenues dans cette étude permettent de comprendre pourquoi le service des pensions complémentaires a réussi à tenir la tête hors de l'eau durant les dix premières années du contrôle mais pour tenir les dix prochaines années face à une augmentation régulière du nombre d'entreprises à suivre le suivi de 250 entreprises par vérificateur n'est concevable qu'avec le soutien d'un logiciel approprié. L'idéal serait une prise en charge de 125 entreprises par vérificateur prévu par l'étude EIS en période normale ce qui donnerait au vu du nombre actuel d'entreprises enregistrées $1675 / 125 = 13,4$ vérificateurs à plein-temps. Le progrès le plus important dans la simplification du contrôle sera la mise sur pied des routines informatiques de la vérification actuarielle quinquennale des régimes. L'émission des certificats de conformité laissera aux gestionnaires les mains libres durant cinq ans.

L'achèvement du logiciel PENCOM est la "conditio sine qua non" d'un contrôle futur adapté aux exigences de la loi du 8 juin 1999.

DE L'ASSURANCE-MALADIE À L'ASSURANCE SANTÉ AU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG: POURQUOI LA CRÉATION D'UNE CAISSE NATIONALE DE SANTÉ?

Amélie BECKER

Caisse nationale de santé

INTRODUCTION

L'entrée en vigueur de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique ¹⁾, le 1er janvier 2009, marque le jour de naissance de la nouvelle Caisse nationale de santé. En effet, en plus de mettre fin à toute différence entre le régime des salariés du secteur privé, la loi porte une modification organisationnelle de la sécurité sociale qui se matérialise notamment par la fusion des caisses de maladie du secteur privé et des non-salariés en une Caisse nationale de santé.

Ce changement de nom n'est pas passé inaperçu comme en témoigne la presse nationale ²⁾. Elle se fait écho de la population des assurés sociaux, laquelle ne s'interroge pas rarement sur l'utilité d'un tel changement de dénomination et qui conclut parfois ironiquement: "Dorénavant les Luxembourgeois ne seront plus malades, mais tous en bonne santé !" Cette exclamation porte une certaine attente, à laquelle les dirigeants politiques et administratifs répondent que la caisse de maladie doit avoir un rôle plus significatif à jouer dans la prévention des maladies et dans la promotion de la santé ³⁾.

1) *Loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique*, Mémorial A-N° 60, 15.05.2008, p. 790.

2) *Voyez par exemple: MOLINARO, C., "‘J-9’ für die Gesundheitskasse", Tageblatt, 23.12.2008, p. 13.*

3) *Projet de loi n°5750 portant introduction d'un statut unique, Intervention de Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale devant la Chambre des Députés en sa séance n°36, 29.04.2008, www.chd.lu (11.05.2009).*

Les motivations du choix de dénomination, les objectifs visés, ainsi que d'éventuelles conséquences juridiques seront examinées dans le premier chapitre de ce travail. La définition des termes prévention des maladies et promotion de la santé permet de répondre à la question de savoir si l'assurance maladie doit avoir des compétences dans ce domaine et lesquelles. L'on peut, en effet, se demander si ces matières ne relèvent pas exclusivement du champ de la santé publique.

Néanmoins, ces définitions devraient permettre de conclure à la légitimité de l'assurance maladie d'agir en matière de prévention et de promotion de la santé. Le second chapitre offrira ainsi l'occasion d'un aperçu de l'état actuel des compétences de l'assurance maladie dans les politiques de prévention. L'analyse portera sur les instruments juridiques dont dispose aujourd'hui l'assurance maladie dans ce domaine et mènera à un examen critique de l'articulation des compétences de l'assurance maladie par rapport aux missions de la Direction de la santé.

Un troisième chapitre envisage finalement d'éventuelles missions nouvelles et futures de la Caisse nationale de santé dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, ainsi que les compétences nécessaires pour les réaliser. En effet, alors que le catalogue des services médicaux pris en charge par l'assurance maladie comporte une multitude d'actes destinés non seulement à la curation de maladies, mais aussi à la prévention de celles-ci, l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) remarque que la situation sanitaire de la population des assurés luxembourgeois n'est que moyenne sur le plan international ⁴⁾.

Cette conclusion est d'autant plus étonnante que les dépenses sanitaires sont relativement élevées au Luxembourg et que les inégalités d'accès aux soins sont réduites par une large prise en charge des soins offerts. L'OCDE recommande ainsi notamment d'investir plus dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. Dans ce contexte, il est intéressant, en fin de mandat politique, de se demander si l'engagement gouvernemental d'une loi cadre permettant le développement de programmes de médecine préventive ⁵⁾ a pu être tenu.

4) *Organisation de Coopération et de Développement Economiques*, Etude économique du Luxembourg 2008: Bien soigner et bien dépenser: renforcer l'efficacité économique des soins de santé; Synthèse, Paris, 2008, p.8, disponible en ligne http://www.oecd.org/document/51/0,3343,fr_33873108_33873574_40931187_1_1_1_1,00.html (11.05.2009).

5) *Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg*, Annexe à la déclaration gouvernementale. Accord de coalition, Luxembourg, 04.06.2004, disponible en ligne: <http://www.gouvernement.lu/gouvernement/programme/programme2004/index.html> (11.05.2009).

CHAPITRE 1: LA NAISSANCE DE L'ASSURANCE SANTÉ

SECTION 1: La Caisse nationale de santé

§1: Vers un système national de santé?

Alors que le projet de loi portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé prévoyait la création de la Caisse nationale d'assurance maladie ⁶⁾, la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique porte la création de la Caisse nationale de santé, résultant du regroupement de l'Union des caisses de maladie, des caisses de maladie des salariés du secteur privé et des caisses de maladie des non-salariés ⁷⁾.

Dans le respect des résultats des négociations tripartites ⁸⁾, Monsieur le Ministre de Sécurité Sociale proposait aux commissions parlementaires de donner ce nom à la nouvelle caisse. Ainsi, lors de leur réunion jointe du 6 mars 2008, la commission de la santé et de la sécurité sociale et la commission du travail et de l'emploi de la Chambre des députés adoptaient une série de 46 amendements parlementaires au projet de loi initial, dans lesquels figurait la nouvelle dénomination.

Certains ont pu se demander quelles étaient la signification et la motivation de ce changement de dénomination. Ainsi, dans son intervention devant la Chambre des députés lors de la séance de vote du projet de loi portant introduction d'un statut unique, l'honorable député Alexandre Krieps a demandé si le système contributif bismarckien allait être remplacé par un système de Beveridge avec la fiscalité comme mode de financement des dépenses sociales ⁹⁾.

Cette remarque n'est peut-être pas aussi fantaisiste qu'il n'y paraît, les systèmes de santé basés sur le modèle de Beveridge étant traditionnellement référés par systèmes nationaux de santé ¹⁰⁾.

De plus, les expériences de réformes survenues au Luxembourg et dans d'autres Etats européens témoignent d'une convergence des systèmes d'assurance et des systèmes de santé ¹¹⁾. Ainsi, les prestations offertes sont similaires dans la plupart des pays, qu'ils soient fondés sur l'un ou l'autre modèle, et tous présentent des éléments de financement aussi bien par les deniers publics que par les cotisations sociales. Au Luxembourg, l'indemnité pécuniaire de maternité est, par exemple, intégralement à charge de l'Etat ¹²⁾. Des systèmes de financement mixte apparaissent donc.

6) *Projet de loi n°5750 portant introduction d'un statut unique, déposé le 03.08.2007, www.chd.lu (11.05.2009).*

7) *Loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique, op. cit., note 1.*

8) *Projet de loi n°5750 portant introduction d'un statut unique, Rapport de la commission de la santé et de la sécurité sociale et de la commission du travail et de l'emploi, 24.04.2008, www.chd.lu (11.05.2009).*

9) *Projet de loi n°5750 portant introduction d'un statut unique, Intervention de Monsieur Alexandre Krieps devant la Chambre des Députés, op. cit., note 3.*

10) *Au Royaume-Uni, par exemple, la sécurité sociale est gérée par le "National Health Service" (NHS). Il en est de même au Danemark, en Finlande, en Suède ou en Espagne.*

11) *Sénat français, Note de synthèse, Paris <http://www.senat.fr/lc/lc10/lc100.html> (11.05.2009).*

12) *Code de la sécurité sociale, article 40.*

Plusieurs prestations sont prises en charge sur base de modèles de financement mixtes. Ainsi, les allocations familiales sont financées pour moitié par des contributions de l'Etat et pour moitié par des cotisations sociales ¹³⁾. Les programmes de médecine préventive, réalisés en collaboration entre la Direction de la santé et la Caisse nationale de santé, sont aujourd'hui également financés en partie par le budget de l'Etat et en partie par l'assurance maladie.

De plus, l'intervention de l'Etat dans les divers domaines de la sécurité sociale n'est pas négligeable. Ainsi, l'Etat supporte trente-sept pour cent des cotisations dues au titre des soins de santé et vingt-neuf virgule cinq pour cent des cotisations dues au titre des indemnités pécuniaires ¹⁴⁾. D'importants transferts vers la sécurité sociale sont chaque année prévus dans le budget de l'Etat ¹⁵⁾.

Une part non négligeable de la sécurité sociale luxembourgeoise est donc financée par l'Etat. Une hausse des taux de cotisations n'étant pas souhaitable, surtout pendant une période de crise financière, il n'est ainsi peut-être pas si imaginaire de penser que toute nouvelle dépense, notamment dans le cadre d'une politique de prévention pourrait peser sur l'Etat plutôt que sur l'assurance maladie. Le système s'orienterait alors un peu plus vers un système de santé.

Cette idée mérite donc d'être soulevée. Un financement de la prévention par la fiscalité aurait pour conséquence de garantir la gratuité des prestations offertes et donc l'accès du plus grand nombre aux mesures de prévention. Toutefois, cela signifierait d'éclipser le rôle de l'assurance maladie dans ce domaine. L'assurance maladie n'interviendrait alors qu'en cas de survenance du risque maladie. Elle ne disposerait d'aucun moyen pour réduire la survenance du risque qu'elle assure. De plus, le libre choix du prestataire ne pourrait plus être garanti, celui-ci étant une caractéristique essentielle des modèles d'assurance ¹⁶⁾.

Une discussion plus approfondie quant à l'opportunité de la mise en place d'un système de Beveridge dépasserait le cadre de ce travail, d'autant plus que le pouvoir politique a eu l'occasion de préciser que le 1^{er} janvier 2009 ne marquait pas la mise en place d'une réforme structurelle de la sécurité sociale au Luxembourg ¹⁷⁾.

13) Code de la sécurité sociale, articles 320 et 327.

14) Idem, article 31.

15) Voyez la loi du 19 décembre 2008 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2009, Mémorial A-N°200, 23.12.2008, p. 2771.

16) Busse, R., "Les systèmes de santé en Europe: données fondamentales et comparaison", La Vie économique Revue de politique économique, 2006, n°12, pp. 10-13, disponible en ligne: www.dievolkswirtschaft.ch/fr/editions/200612/pdf/Busse.pdf (11.05.2009).

17) Voyez les interventions de Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale devant la Chambre des députés lors de la séance de vote du projet loi n°5750 portant introduction d'un statut unique, op. cit., note 3.

§2: Mieux vaut prévenir que guérir!

Ainsi, Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, comme les rapporteurs des commissions de la Chambre des députés, lors du débat sur le projet de loi portant introduction d'un statut unique, le 29 avril 2008, ont clarifié que l'objectif du choix de nom de la Caisse nationale de santé est de permettre au principal organe gestionnaire de l'assurance maladie de jouer un rôle accru dans le domaine de la prévention de maladies et de la promotion de la santé ¹⁸⁾.

Ainsi, dans son intervention, Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale a remarqué qu'il ne suffit plus aujourd'hui "de courir après" et de s'appuyer sur des mesures de médecine curatives. "Il faut commencer avec la promotion de la santé, avec le maintien de la santé, avec la prévention, et une communauté solidaire, qui se retrouve dans une caisse de santé, a une responsabilité pour atteindre ces objectifs. Pour cela, nous nous structurons d'une façon nouvelle (...)" ¹⁹⁾.

Le Conseil d'Etat perçoit également le changement de dénomination comme soulignant "notamment le rôle de la Caisse dans la prévention des maladies" ²⁰⁾.

L'on peut citer l'exemple des caisses de maladie allemandes AOK (Allgemeine Orts-Krankenkasse), lesquelles ajoutaient "die Gesundheitskasse" à leur dénomination sociale de caisse de maladie pour souligner l'importance des nouvelles missions ²¹⁾ lorsque la loi du 20 décembre 1988 donnait aux caisses de maladie la responsabilité d'investir dans les politiques de prévention ²²⁾. Suivant cette expérience, le législateur luxembourgeois souhaite donc insister sur la place renforcée que la Caisse nationale de santé est appelée à prendre dans ce domaine.

Le choix politique de renforcer l'intervention de la caisse de maladie semble judicieux pour répondre aux pressions et attentes des citoyens. Néanmoins, la réforme ne semble pas accompagnée de missions et de compétences additionnelles pour l'assurance maladie pour mettre en œuvre des politiques de prévention. Si Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale a à plusieurs reprises répété que "le nom est programme" ²³⁾, il est regrettable

18) *Projet de loi n°5750 portant introduction d'un statut unique, Interventions de Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, de Monsieur Marcel Glesener et de Monsieur Romain Schneider devant la Chambre des Députés, op. cit., note 3.*

19) *Projet de loi n°5750 portant introduction d'un statut unique, Intervention de Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale devant la Chambre des Députés op. cit., note 3. Texte original en luxembourgeois, traduction de l'auteur.*

20) *Projet de loi n°5750 portant introduction d'un statut unique, Avis complémentaire du Conseil d'Etat, 08.04.2008, www.chd.lu (11.05.2009).*

21) AOK, Gesundheitsreformgesetz, http://www.aok-bv.de/lexikon/g/index_00366.html (11.05.2009).

22) *Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen, 20.12.1988, Bundesgesetzblatt I 1988, S. 2477.*

23) WOLTER, B., "Gesondheetskees: Strukturreform und neuer Name. Interview mit Gesundheitsminister Mars Di Bartolomeo", *Insight Santé Sécu*, 3, 2008, p. 6.

que la reconnaissance politique de la légitimité de l'assurance maladie d'intervenir dans des politiques de prévention ne soit pas accompagnée d'un cadre législatif. Il serait dommage que ce signal politique ne soit pas suivi d'un réel programme pour mettre en place des politiques de prévention durables et efficaces dans lesquelles la Caisse nationale de santé a un rôle important à jouer et que le changement de dénomination ne reste pas sans contenu.

Toutefois, il semble permis de se demander si l'assurance maladie a un rôle à jouer dans les politiques et si celles-ci ne relèvent pas du domaine de la santé publique. En effet, la prévention est souvent comprise notamment comme la protection des populations devant des maladies graves transmissibles et constitue une mission de santé publique. Les mesures de prévention actuellement mises en œuvre par le gouvernement dans le cadre de la grippe A (H1N1) en sont une illustration ²⁴⁾.

Ainsi, avant de pouvoir répondre à la question de savoir si l'assurance maladie est légitimée à intervenir dans des politiques de prévention et quelles devraient être ses missions et compétences, il semble utile de définir les termes de prévention des maladies et de promotion de la santé.

SECTION 2: Prévention et promotion de la santé

§1: Des définitions mondialement admises

Le petit Larousse définit la prévention comme étant un *"ensemble de moyens médicaux et médico-sociaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension de maladies, ou leurs conséquences à long terme"* ²⁵⁾.

Cette définition fait référence aux trois niveaux de prévention, identifiés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ²⁶⁾:

- la prévention primaire destinée à éviter l'apparition de maladies,
- la prévention secondaire consistant à dépister des maladies à un stade précoce où les chances de guérison sont plus grandes,
- la prévention tertiaire *"dont l'objectif est de diminuer les incapacités, les séquelles ou les récidives, et de faciliter la réinsertion sociale"* ²⁷⁾.

24) Voyez un aperçu de ces mesures sur <http://www.gouvernement.lu/dossiers/sante/grippeporcine/index.html> (11.05.2009).

25) Le petit Larousse illustré, Paris, 2005.

26) Organisation Mondiale de la Santé, Health Promotion Glossary, Genève, 1998, disponible en ligne www.who.int/entity/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf (11.05.2009).

27) Inspection générale des affaires sociales (France), Rapport annuel 2003. Santé, pour une politique de prévention durable, Paris, 2003, p. 72, disponible en-ligne: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/03400033_1/index.shtml (11.05.2009).

L'OMS distingue encore, à chacun des niveaux de cette première classification, entre la prévention individuelle et la prévention collective. La prévention individuelle vise à influencer les comportements individuels par des obligations de faire ou de ne pas faire ou par des incitations. Des exemples de prévention individuelle sont l'obligation de se faire vacciner, l'incitation à l'arrêt de la consommation de tabac ou encore celle de participer à des mesures de dépistage de maladies. Les mesures de prévention collective sont celles qui visent à adapter l'environnement écologique, économique et social des citoyens en limitant les facteurs de risques. Il s'agit, par exemple, de mesures d'amélioration des conditions de travail.

Ces premières classifications permettent de constater que la prévention dépasse le domaine sanitaire et concerne toute mesure visant à réduire les facteurs de risques de survenance ou d'aggravation de maladies. Ainsi entendues, des politiques de prévention doivent être menées par le secteur public dans son ensemble, ainsi que par le secteur privé. L'organisation de la quatorzième journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail par l'Organisation Internationale du Travail, le 28 avril 2009, est un exemple des initiatives de sensibilisation du secteur privé pour promouvoir la santé des travailleurs²⁸⁾. En effet, les accidents de travail et les maladies professionnelles ont été identifiés comme importantes causes de mortalité évitables, justifiant la mise en place de politiques de prévention à tous les niveaux.

Néanmoins, la définition de prévention proposée par le petit Larousse ne rend pas compte d'une autre dimension identifiée dans les politiques de la santé: la promotion de la santé. L'importance de cet élément a été soulevé au niveau international dès 1986 par les participants à la première Conférence internationale pour la promotion de la santé du 21 novembre 1986²⁹⁾.

En effet, dès 1986, la notion de promotion de la santé a été définie et reconnue comme un outil nécessaire pour atteindre l'objectif de "santé pour tous d'ici l'an 2000" fixé par l'Assemblée Mondiale de la Santé en 1981³⁰⁾.

La définition de la promotion de la santé dans la Charte d'Ottawa naît d'une reconnaissance progressive au niveau international de la persistance d'importantes inégalités en matière d'accès aux soins de santé³¹⁾. Afin d'y

28) Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, Journée mondiale de la Sécurité et de la Santé au Travail: "Santé et vie au travail: un droit humain fondamental", 28.04.2009, disponible en ligne: <http://osha.europa.eu/fop/luxembourg/fr/28-avril-2009-journee-mondiale-de-la-securite-et-de-lasante-au-travail> (11.05.2009).

29) Conférence Internationale pour la Promotion de la Santé, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Ottawa, 21.11.1986, disponible en ligne http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/2001_0827_2?language=french (11.05.2009).

30) Organisation Mondiale de la Santé, 34e Assemblée Mondiale de la Santé, Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, Genève, 1981, disponible en ligne http://whqlibdoc.who.int/publications/924280003_1.pdf (11.05.2009).

31) TEJADA DE RIVERO, D., A., "Alma-Ata Revisited", The Magazine of the Pan American Health Organization, 2003, vol. 8, n°2, disponible en ligne http://www.paho.org/English/dd/pin/Number17_article1_4.htm (11.05.2009).

remédier, les Etats du monde et de nombreuses organisations non gouvernementales identifiaient la nécessité de développer les soins de santé primaires, c'est-à-dire des soins essentiels rendus universellement accessibles aux individus à un coût acceptable pour la communauté et le pays ³²⁾.

Ces soins de santé primaires ne comprennent pas uniquement des mesures de médecine curative, mais également des "services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation" et notamment une éducation à la santé ³³⁾. Il est ainsi reconnu à l'individu un droit fondamental de participer individuellement et collectivement dans la planification des soins de santé qu'il est susceptible de recevoir.

Alors que les soins de santé primaires ont été reconnus indispensables au développement économique, essentiellement des régions pauvres du monde, de nombreux Etats industrialisés et des organisations non gouvernementales allaient franchir une nouvelle étape en 1986. Ils s'accordaient pour que au-delà des soins essentiels, l'individu ait le droit de prétendre aux moyens d'améliorer son état de santé et de bien-être.

Ainsi, la promotion de la santé a été définie comme ayant pour but:

"de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé: elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé; son ambition est le bien-être complet de l'individu" ³⁴⁾.

L'idée est que l'individu acquière un pouvoir (notion anglo-saxonne d'"empowerment") de décider de ses conditions et habitudes de vie et des conséquences que celles-ci auront sur sa santé et sur son bien-être. Cette formulation laisse rêver certains au développement futur d'une démocratie sanitaire ³⁵⁾.

32) Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaires, Déclaration d'Alma-Ata, Alma-Ata 12.09.1978, disponible en ligne www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf (11.05.2009).

33) Idem.

34) Conférence Internationale pour la Promotion de la Santé, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, op. cit., note 29.

35) DESCHAMPS, J.-C., "Une 'relecture' de la charte d'Ottawa", Santé publique, 2003, vol. 3, n°15, p. 315.

Les conférences internationales suivantes ont permis aux participants d'identifier les moyens à mettre en œuvre pour atteindre cet objectif et de conclure en 2005 qu'il s'agit de "combler l'écart entre les textes et leur mise en œuvre" ³⁶⁾.

§2: Une application hésitante

La transposition dans les droits nationaux des éléments de politiques de prévention définis au niveau international ne semble pas aisée. Ces définitions sont, en effet, relativement théoriques et difficiles à appliquer en pratique. Telle était la conclusion d'une étude réalisée en France sur les dépenses effectives réalisées par le secteur sanitaire pour des mesures de prévention ³⁷⁾.

Toutefois, la mise en œuvre de politiques de prévention, c'est-à-dire de mesures destinées à modifier les comportements individuels et les conditions de vie, notamment en donnant aux citoyens, malades ou en bonne santé, le pouvoir de prendre des décisions éclairées quant à leur santé, semble reconnue comme profitant au développement économique et social ³⁸⁾. Ainsi, dans la stratégie de Lisbonne, l'espérance de vie en bonne santé, plutôt que la durée de vie, est retenue comme indicateur structurel ³⁹⁾.

Les politiques de prévention étant ainsi identifiées comme un facteur de croissance économique, l'assurance maladie, financée majoritairement par les cotisations sociales, paraît légitimée d'agir dans ce domaine pour éventuellement attendre un effet bénéfique sur ses recettes.

Supposant ce lien entre la santé et la prospérité économique, la commission européenne a récemment souligné l'importance de politiques de prévention dans un livre blanc, intitulé "*Ensemble pour la santé: une approche stratégique pour l'UE 2008-2013*" ⁴⁰⁾. Selon la commission, le vieillissement de populations en bonne santé permettrait de réduire de moitié les dépenses de santé résultant du vieillissement ⁴¹⁾.

36) *Conférence Internationale pour la Promotion de la Santé*, Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, Bangkok, 11.08.2005, disponible en ligne www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf (11.05.2009).

37) LE FUR, P., PARIS, V., PEREIRA, C., RENAUD, T. et SERMET, C., "Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé", drees. Etudes et Résultats, n°247, 2003, p. 3, disponible en ligne: <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er247.pdf> (11.05.2009).

38) *Conférence Internationale pour la Promotion de la Santé*, Déclaration de Jakarta pour la promotion de la santé au XXe siècle, Jakarta, 1997, disponible en ligne <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/print.html> (11.05.2009).

39) Commission européenne, COM(2005) 24 final, Communication au Conseil européen de Printemps. Travaillons ensemble pour la croissance et l'emploi. Un nouvel élan pour la stratégie de Lisbonne, Bruxelles, 02.02.2005, disponible en ligne: http://eurlex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=fr&type_doc=COMfina&an_doc=2005&nu_doc=24 (11.05.2009).

40) Commission européenne, COM(2007) 630 final, Livre blanc. Ensemble pour la santé: une approche stratégique pour l'UE 2008-2013, Bruxelles, 23.10.2007, disponible en ligne: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/health_strategy_fr.htm (11.05.2009).

41) Idem, p. 8.

Si le conditionnel doit être utilisé dans cette matière où les résultats éventuels ne sont perceptibles qu'à long terme, l'auteur du présent travail n'entend pas discuter de l'opportunité de mise en œuvre de politiques de prévention. Constatant la tendance nationale et internationale ⁴²⁾ de reconnaître l'effet bénéfique de telles politiques sur la croissance économique, il semble que l'assurance maladie ne doive pas en être écartée, notamment au regard de son intérêt à voir diminuer la survenance du risque maladie qu'elle assure.

En effet, *"la prévention fait partie intégrante du soin, qui ne se réduit pas au soin curatif"* ⁴³⁾. L'assurance maladie, en tant qu'assureur du risque maladie, semble ainsi avoir intérêt à agir sur les facteurs de survenance de ce risque, en vue d'une éventuelle diminution de ses dépenses pour les soins curatifs. De plus, l'assurance maladie prend en charge l'indemnité pécuniaire compensant la perte de revenu en cas de maladie ou d'accident non professionnel au-delà de la période de conservation légale ou conventionnelle de rémunération et intégralement pour les assurés visés à l'article 426, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale ⁴⁴⁾. Elle semble ainsi avoir un intérêt certain à diminuer la survenance d'un risque de maladie.

Or, le droit de la santé publique luxembourgeois ne contient pas de définition des notions de prévention ou de promotion de la santé. Certains textes légaux renvoient à la prévention ou à la médecine préventive, sans pour autant en donner une définition. Ainsi, la loi du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé ⁴⁵⁾ confie à celle-ci une série de missions destinées au maintien et à la protection de la santé et crée une division de la médecine préventive et scolaire, sans définir ces termes et le champ d'application des mesures à prendre.

En France, une réticence était sentie quant à l'introduction du concept de promotion de la santé dans le droit de la santé publique. Avant sa modification, l'article L.1417-1 du Code de santé publique définissait la politique de prévention comme *"ayant pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé"* ⁴⁶⁾.

42) Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, J.O.C.E., C 364/1, 18.12.2000, article 35. Cet article consacre le droit de toute personne d'accéder à la prévention en matière de santé.

43) Inspection générale des affaires sociales (France), Rapport annuel 2003. Santé, pour une politique de prévention durable, op. cit., note 27.

44) Code de la sécurité sociale et article, article 11 et statuts de la Caisse nationale de santé, article 174.

45) Loi du 21 novembre 1980 portant organisation de la direction de la santé, Mémorial A-N° 79, p. 2012, articles 1 et 3.

46) Code de la santé publique, ancien article L. 1417-1. Modifié par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, n°2004-806, J.O.R.F., 11.08.2004 (France).

Dans cette définition, la promotion de la santé n'était pas perçue comme un élément distinct de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, mais comme un moyen au service de politiques de prévention.

Depuis la modification législative de 2004, le Code de la santé publique prévoit que la politique de santé publique concerne notamment *"la prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités, l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes; l'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires (...); la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé"*⁴⁷⁾. La promotion de la santé, c'est-à-dire l'information et l'éducation à la santé, forme ainsi un élément de la politique de prévention.

Cette définition se rapproche de la définition proposée dans un projet de loi allemand pour le renforcement de la prévention du 15 février 2005, rejeté par une majorité du conseil fédéral et traduisant une tendance majoritaire. La prévention (*"gesundheitliche Prävention"*) y était définie comme visant à éviter l'apparition de maladies, à réduire l'évolution d'une maladie en la dépistant à un stade précoce et à éviter son aggravation, ainsi qu'à favoriser les facultés individuelles et les structures nécessaires à une augmentation de l'autodétermination de chaque individu quant à sa santé⁴⁸⁾.

Ainsi, selon une doctrine majoritaire, prévention et promotion de la santé sont deux formes d'intervention complémentaires, la première agissant pour réduire la maladie et la seconde pour renforcer la santé. La prévention est donc entendue comme une forme d'intervention sur les causes de la maladie, alors que la promotion de la santé intervient pour permettre un renforcement des compétences individuelles par l'éducation et l'information ainsi que l'adaptation du milieu écologique et socioéconomique de l'individu⁴⁹⁾.

Conformément à l'idée proposée par Aaron ANTONOVSKY, dite de *"salutogenèse"*, il n'est ainsi pas suffisant d'agir sur les risques auxquels les

47) Code de la santé publique, article L. 1411-1 (France).

48) Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/ Die Grünen, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention, *Deutscher Bundestag, Drucksache 15/4833, 15.02.2005, Artikel 1, Abschnitt 1, §2, disponible en ligne: <http://dip21.bundestag.de/dip21.web> (11.05.2009).*

"Gesundheitliche Prävention im Rahmen der Zwecksetzung nach § 1 ist:

1. Vorbeugung des erstmaligen Auftretens von Krankheiten (primäre Prävention);
2. Früherkennung von symptomlosen Krankheitsvor- und -frühstadien (sekundäre Prävention);
3. Verhütung der Verschlimmerung von Erkrankungen und Behinderungen sowie Vorbeugung von Folgeerkrankungen (tertiäre Prävention);
4. Aufbau von individuellen Fähigkeiten sowie gesundheitsförderlichen Strukturen, um das Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit zu erhöhen (Gesundheitsförderung)".

49) HURRELMANN, K., KLOTZ, T. et HAISCH, J., *"Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung"*, in K., HURRELMANN, T., KLOTZ et J., HAISCH, *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, Bern, Huber, 2007, p. 12.

individus sont exposés, mais il faut donner à l'individu les moyens de s'informer et de se former pour renforcer les éléments qui font que, malgré une exposition constante aux risques, il reste en bonne santé ⁵⁰⁾. Cette idée rend compte de la classification de la prévention en prévention collective et prévention individuelle. Il s'agit d'intervenir tant au niveau des conditions de vie que des comportements individuels, en donnant à chacun les compétences nécessaires pour prendre les décisions bénéfiques pour sa santé.

Dans le projet de loi allemand, la promotion de la santé était un élément distinct de la prévention primaire, secondaire et tertiaire pouvant toutefois interagir avec celles-ci ⁵¹⁾. En effet, la promotion de la santé est susceptible d'intervenir à chacun des niveaux de la prévention. Ce n'est que s'il dispose d'une information complète quant à sa santé que l'individu, malade ou en bonne santé, peut prendre des décisions éclairées quant à sa santé.

Le projet de loi allemand avait été critiqué essentiellement pour les charges administratives et financières que supposait la mise en œuvre d'un fonds spécial financé par les assureurs sociaux ⁵²⁾. Les auteurs du projet avaient, en effet, prévu une charge financière trop lourde pour l'assurance maladie. Le rejet du texte démontre que les politiques de prévention supposent une organisation et un financement multidisciplinaire. Si les assureurs du risque maladie ont un intérêt à voir diminuer celui-ci, ils ne sont cependant pas les seuls concernés et compétents.

Les auteurs d'un avant-projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé suisse définissent également promotion de la santé, d'une part, et prévention, d'autre part ⁵³⁾.

Le Conseil économique et social remarque qu'un système de santé est constitué notamment *"d'une médecine préventive comprenant une éducation à la santé et un environnement et des conditions de travail sains, (...) des soins adéquats de réhabilitation ou de rééducation, (...) des soins de longue durée (...)". Plus particulièrement, "des mesures de prévention" sont entendues comme des mesures qui "prolongent l'espérance de vie, visent à empêcher l'incidence ou la propagation de maladies chroniques, et sont surtout indispensables à l'épanouissement des êtres humains dans la vie privée et au travail"* ⁵⁴⁾.

50) ANTONOVSKY, A., *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*, Jossey Bass, San Francisco, 1987.

51) *Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/ Die Grünen, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention*, op. cit., note 48.

52) ROSENBROCK, R., *Das deutsche Präventionsgesetz 2005 - ein gescheiterter Anlauf*, Berlin, 2008, disponible en ligne: <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=0117> (11.05.2009).

53) Confédération suisse, *Loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé*, 25.06.2008, disponible en ligne: www.admin.ch/ch/f/gg/pd/documents/1638/Vorlage2.pdf (11.05.2009).

54) Conseil économique et social, *Evolution économique, sociale et financière du pays 2009, Luxembourg*, 03.04.2009, p. 55, disponible en ligne: <http://www.ces.etat.lu/AVIS/ANNUELS.HTM> (11.05.2009).

Au regard de ce qui a été dit précédemment, la définition de mesures de prévention donnée par le Conseil économique et social semblerait se rapprocher de la définition que le législateur français avait donné de politiques de prévention, identifiant la promotion de la santé comme outil à la réalisation de mesures de prévention de maladies.

Il n'est pas utile pour le présent travail de définir la place de la promotion de la santé dans des politiques de prévention. Les éléments indispensables à une définition de telles politiques sont énumérés dans le paragraphe suivant et semblent être identiques, que la promotion de la santé soit un élément de la prévention ou qu'elle soit une forme d'intervention complémentaire à celle-ci.

§3: Les éléments d'une politique de prévention

La prévention a été définie comme regroupant des mesures de prévention primaire, de prévention secondaire et de prévention tertiaire ⁵⁵⁾. La promotion de la santé consiste quant à elle "à *permettre aux gens de mieux maîtriser leur santé et les facteurs qui la déterminent et par-là même améliorer leur santé*" ⁵⁶⁾.

Or, prévention collective et individuelle de maladies et promotion de la santé semblent devoir être considérées comme deux éléments constitutifs de politiques de prévention efficaces. En effet, que la promotion de la santé soit considérée comme une forme d'intervention complémentaire à la prévention ou plutôt comme un instrument permettant de mettre en œuvre des mesures de prévention, ce qui importe est d'éviter le cloisonnement entre médecine curative et médecine préventive et de ne pas instaurer une nouvelle barrière entre des mesures de prévention et des mesures de promotion de la santé.

Ainsi, des politiques de prévention menées par l'assurance maladie peuvent promettre de bons résultats dans la mesure où elles ne créent pas une frontière entre les soins curatifs et la prévention. En effet, si l'assurance maladie dépense un budget déterminable pour des programmes de médecine préventive réalisés en collaboration avec l'Etat, il est important de remarquer qu'elle prend également en charge de nombreux actes de prévention qui ne sont pas présentés comme tels. Ces actes de prévention, essentiellement individuelle, interviennent à chacun des niveaux de la prévention précédemment définis. Cette analyse fait l'objet du prochain chapitre.

La question reste ouverte de savoir quel est le rôle de l'assurance maladie dans la mise en œuvre de mesures de promotion de la santé, autre volet de politiques de prévention. Les mesures de promotion de la santé visent essentiellement à fournir aux citoyens, malades ou en bonne santé, des

55) *Organisation Mondiale de la Santé, Health Promotion Glossary, op. cit., note 26.*

56) *Conférence Internationale pour la Promotion de la Santé, Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, op. cit., note 36.*

informations leur permettant d'acquérir les compétences nécessaires pour prendre des choix quant à leur santé en connaissance des conséquences. Or, l'assurance maladie semble disposer de nombreuses informations dans la mesure où elle a un contact direct tant avec les assurés sociaux qu'avec les prestataires de soins. Intéressée à la réduction de la survenance du risque maladie et au développement économique du pays, l'assurance maladie semble avoir un intérêt à communiquer des informations aux assurés sociaux, en vue de les responsabiliser quant à leur santé. Néanmoins, les informations dont elle dispose sont limitées aux conditions légales et administratives, aux taux et tarifs de prise en charge de prestations. Si elle paraît donc légitimée à agir dans le domaine de la communication, l'assurance maladie ne doit pas être le seul diffuseur d'information. Le troisième chapitre permettra de soulever qu'une communication efficace en matière de santé devrait résulter d'une collaboration entre le Ministère de la santé et la Caisse nationale de santé.

Au vu de ce qui précède, il semble permis d'avancer que l'absence de frontière visible entre le curatif et le préventif au niveau des politiques de prévention n'est peut-être pas si désavantageux. Les politiques de prévention menées par l'assurance maladie peuvent être considérées comme parcourant divers domaines dans lesquels prévention et promotion de la santé sont susceptibles d'être développées⁵⁷⁾. Cette idée sera plus longuement discutée dans le troisième chapitre.

57) HURRELMANN, K., KLOTZ, T. et HAISCH, J., "Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung", op. cit., note 48, p. 17.

CHAPITRE 2: MÉDECINE PRÉVENTIVE ET PROMOTION DE LA SANTÉ AU LUXEMBOURG

SECTION 1: *La reconnaissance progressive du rôle de l'assurance maladie dans la prévention de maladies*

§1: La Direction de la santé

Au vu des nombreux succès de la recherche médicale et de l'essor de la médecine susceptible de guérir toute pathologie, les pouvoirs politiques des Etats occidentaux ont fait le choix, au 20^e siècle, d'investir principalement dans la médecine curative au détriment de la médecine préventive. Ainsi, dès sa naissance, l'assurance maladie s'est vu attribuer comme principale mission l'assurance du risque maladie et non la prévention de celui-ci ou la promotion de la santé ⁵⁸⁾.

Toutefois, alors que les choix politiques portaient essentiellement sur le développement de la médecine curative et des techniques médicales, dès la fin de la seconde guerre mondiale, l'arrêté grand-ducal du 13 juillet 1945 créa le poste de médecin-directeur de la santé publique ⁵⁹⁾, chargé notamment de *"la surveillance de toutes les mesures destinées à favoriser l'hygiène sociale et à combattre les maladies sociales"* ⁶⁰⁾.

L'administration d'un service sanitaire, assurée par le collège médical et des médecins-inspecteurs, a ainsi été renforcée par le médecin-directeur de la santé publique dont les missions ont évolué vers l'organisation et la direction de l'éducation sanitaire de la population en suivant une tendance internationale.

Les participants à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata en 1978 s'accordaient que *"tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés"*, en particulier les soins de santé primaires, compris comme l'éducation à la santé ou encore la prévention d'épidémies par la vaccination ⁶¹⁾.

Cet engagement pris par le Luxembourg de mettre l'accent sur la planification sanitaire et l'éducation pour la santé, en plus du constat des limites de la médecine curative, insuffisante car ne tenant pas compte de l'autre volet de la médecine, la prévention de maladies, se retrouve dans

58) STÖCKEL, S., "Geschichte der Prävention und Gesundheitsförderung", in K., HURRELMANN, T., KLOTZ et J., HAISCH, Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Bern, Huber, 2007, p. 21.

59) Arrêté grand-ducal du 13 juillet 1945 portant création du poste de Médecin-Directeur de la Santé Publique, Mémorial A-N °36, 21.07.1945.

60) Arrêté grand-ducal du 29 août 1946, portant fixation des attributions du Médecin-Directeur, de la Santé Publique, Mémorial A-N° 51, 14.11.1946.

61) Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaires, Déclaration d'Alma-Ata, op. cit., note 32.

l'exposé des motifs du projet de loi portant organisation de la direction de la santé ⁶²⁾.

Sans définir les notions de prévention ou de promotion de la santé, la loi du 21 novembre 1980 crée la division de la médecine préventive et sociale au sein de la Direction de la santé, avec pour mission de prendre les mesures de prévention des maladies et des infirmités ⁶³⁾, en parallèle avec la division de la médecine scolaire ou encore de celle de la santé au travail qui ont des missions de prévention dans des domaines définis.

Progressivement, une réorganisation administrative s'est ainsi imposée dans le domaine de la prévention. La légitimité de l'intervention de l'assurance maladie, en tant qu'assureur du risque maladie, dans les politiques de prévention a été reconnue dès la mise en place, en 1991, du programme de médecine préventive permanent de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie ⁶⁴⁾ et finalement consacrée en 1992 ⁶⁵⁾.

§2: La reconnaissance de la multidisciplinarité des politiques de prévention

Déjà avant la réforme de l'assurance maladie par la loi du 27 juillet 1992 ⁶⁶⁾, l'article 11 du Code des assurances sociales comportait une ouverture pour une collaboration entre les services du ministère de la santé et les caisses de maladie dans le domaine de la prévention. Cette collaboration devait être régie dans un règlement grand-ducal susceptible de prévoir une exonération totale ou partielle de la participation des assurés participant à des mesures de prévention.

Toutefois, avant qu'un tel règlement grand-ducal sur la prévention ne soit pris, les discussions autour du projet de loi portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé, en 1992, ont conduit à l'introduction d'une réelle base légale pour la participation de l'assurance maladie dans le domaine de la médecine préventive. L'assurance maladie s'est vue confier la compétence de prendre en charge des prestations de médecine préventive au même titre que les actes et services de médecine curative ⁶⁷⁾.

Conformément à la rédaction initiale de l'article 17 du Code des assurances sociales, tout programme de médecine préventive devait rencontrer l'accord

62) *Projet de loi n°2274 portant organisation de la Direction de la santé publique*, 09.01.1979, p. 2, disponible en ligne: www.chd.lu (11.05.2009).

63) *Loi du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé*, op. cit., note 45, articles 3 et 4, 3).

64) FEIDER, J.-M., "La médecine préventive dans le droit social et le droit médical luxembourgeois", BLQS, 1996, p. 66.

65) *Loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé*, Mémorial A-N°52, 27.07.1992.

66) Idem.

67) *Projet de loi n°3513 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé, deuxième série d'amendements gouvernementaux*, 05.05.1992, p. 33, disponible en ligne: www.chd.lu (11.05.2009).

des deux partenaires, l'Etat et l'assurance maladie, chacun ayant un droit d'initiative. Néanmoins, dans son avis du 18 juin 1992, le Conseil d'Etat remarquait la large portée du texte de l'amendement et proposait de le nuancer pour insister sur la place prépondérante que devait garder la Direction de la santé dans les politiques de prévention, dépassant largement le champ de l'assurance maladie ⁶⁸⁾.

Ainsi, dans la rédaction finale de l'article 17 du Code des assurances sociales, *"les programmes de médecine préventive sont élaborés par la direction de la santé en collaboration avec l'union des caisses de maladie. Pour autant qu'il s'agit d'une organisation commune, les modalités de réalisation et de financement du programme font l'objet d'une convention entre le ministre ayant dans ses attributions la santé et l'union des caisses de maladie"* ⁶⁹⁾.

Le texte de cet article est resté inchangé dans le Code de la sécurité sociale ⁷⁰⁾. La Caisse nationale de santé, substituée dans les droits et obligations de l'Union des caisses de maladie ⁷¹⁾, ne s'est donc pas vue attribuer des compétences plus larges dans les politiques de prévention. Une convention est conclue entre la Caisse nationale de santé et la Direction de la santé uniquement pour les programmes profitant d'une collaboration ⁷²⁾.

Cette rédaction semble conforme aux enseignements du premier chapitre. En effet, si l'assurance maladie a un intérêt à investir dans des politiques de prévention, présentant un aspect prévention et un aspect promotion de la santé, elle n'est légitimée à intervenir qu'en tant qu'assureur du risque maladie. Son intervention vise ainsi la prise en charge de prestations de professionnels de la santé et la diffusion d'informations liées à la prise en charge de celles-ci. L'assurance maladie semble ainsi essentiellement légitimée à prendre des mesures de prévention individuelle, qu'elle soit associée aux programmes de médecine préventive initiés par la Direction de la santé ou qu'elle introduise des incitants dans ses propres instruments, comme les statuts de la Caisse nationale de santé. Des politiques de prévention ayant un objet plus large, des mesures de prévention collective et d'information quant à la santé, relèvent de la compétence de la Direction de la santé.

La multidisciplinarité semble ainsi essentielle dans la mise en place de politiques de prévention. Les auteurs de l'amendement de l'article 17 du Code des assurances sociales commentaient, en 1992, qu'il était important

68) *Projet de loi n°3513 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé, avis du Conseil d'Etat, 18.06.1992, p. 17, disponible en ligne: www.chd.lu (11.05.2009).*

69) *Loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé, Mémorial A-N°52, 27 juillet 1992, entrée en vigueur le 01.01.1994.*

70) *Loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique, op. cit., note 1.*

71) *Idem, Article 15.*

72) *Projet de loi n°3513 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé, avis du Conseil d'Etat, op. cit., note 68, p. 17.*

"d'imposer la responsabilité commune de l'Etat et des parties directement intéressées, à savoir les gestionnaires de l'assurance maladie et des prestataires de soins" ⁷³⁾. La collaboration entre la Direction de la santé et la Caisse nationale de santé ne peut, en effet, pas aboutir sans une participation des prestataires de soins. Cette intervention des prestataires de soins dans des politiques de prévention n'est pas prévue dans le Code de la sécurité sociale, mais dans des textes conventionnels.

Ainsi, la convention conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et l'Union des caisses de maladie, maintenant la Caisse nationale de santé, prévoit que l'organisation représentative des médecins et médecins-dentistes peut soumettre des propositions de programme de médecine préventive à la Caisse nationale de santé, afin que celle-ci négocie avec la Direction de la santé conformément à l'article 17 du Code de la sécurité sociale ⁷⁴⁾. De plus, les parties à cette convention s'engagent à contribuer à des "*actions de prévention et d'éducation sanitaires*" initiées soit par l'une d'elles, soit par les pouvoirs publics, soit par une autre organisation compétente en matière de santé ⁷⁵⁾.

Le corps médical peut encore être à l'initiative de politiques de médecine préventive par sa représentation dans le Conseil scientifique dans le domaine de la santé. Ce Conseil scientifique, créé à la suite de la réunion du Comité quadripartite du 13 octobre 2004, est un organe indépendant, institué auprès du Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale ⁷⁶⁾. Conformément à sa mission principale d'élaboration et de diffusion de référentiels de bonne pratique, le Conseil scientifique émet des recommandations en matière de prévention primaire des maladies vasculaires cardiaques, des maladies cérébrales et périphériques. De plus, les travaux de ce conseil concernent les antibiothérapies, la prescription des imageries médicales et l'oncologie. Ces recommandations sont communiquées au ministre compétent, ainsi qu'aux professionnels de la santé concernés.

Les recommandations du Conseil scientifique peuvent ainsi inciter le Ministère de la Santé à prendre l'initiative d'un programme de médecine préventive, auquel la Caisse nationale de santé est associée. Toutefois, même en dehors d'un programme de médecine préventive, les recommandations du Conseil scientifique affectent les prestations de prévention prises en charge par l'assurance maladie. En effet, lorsque le Conseil scientifique recommande aux médecins "*de prendre la tension à*

73) *Projet de loi n°3513 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé, deuxième série d'amendements gouvernementaux*, op. cit., note 67, p. 33.

74) *Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association des médecins et médecins-dentistes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales*, Mémorial A-N°100, 24.12.1993, p. 2065, article 84.

75) *Idem*, article 83.

76) *Règlement du Gouvernement en Conseil du 29 avril 2005 instituant un Conseil scientifique dans le domaine des soins de santé*, Mémorial A-N°69, 20.05.2005, p. 1054.

chaque visite avec examen physique au début aux 2 bras" ⁷⁷⁾ en vue de surveiller l'hypertension artérielle, facteur de risque de nombreuses maladies, l'assurance maladie prend en charge des prestations de prévention individuelle, dont des experts reconnaissent l'efficacité. Les recommandations du Conseil scientifique peuvent ainsi se révéler d'une grande importance pour la Caisse nationale de santé dans la négociation des prestations qu'elle prend en charge à travers les nomenclatures, ainsi que dans la détermination des incitants qu'elle met en fixant les conditions et taux de prise en charge dans ses statuts.

L'assurance maladie intervient ainsi de deux manières dans des politiques de prévention. D'une part, elle est associée aux programmes de médecine préventive, d'autre part, elle prend en charge de nombreux actes et fournitures, à travers les instruments qui la lient, qui visent un but de prévention plutôt que de cure.

SECTION 2: La répartition des compétences entre la Direction de la santé et la Caisse nationale de santé

§1: Les programmes de médecine préventive

a) Le droit d'initiative

Conformément à l'article 17 du Code de la sécurité sociale précité, les programmes de médecine préventive sont réalisés en collaboration entre la Direction de la santé et la Caisse nationale de santé, l'initiative revenant à la Direction de la santé. Avant d'examiner certains des programmes réalisés sur cette base, il semble intéressant de remarquer qu'il a été dit plus haut que l'Association des médecins et médecins-dentistes a la possibilité de proposer des initiatives de programmes de médecine préventive à la Caisse nationale de santé, afin que celle-ci négocie avec la Direction de la santé conformément à l'article 17 du Code de la sécurité sociale ⁷⁸⁾.

Ainsi, si la Direction de la santé est compétente pour élaborer le programme de médecine préventive et pour convenir ensuite des modalités de réalisation et de financement avec la Caisse nationale de santé, l'initiative du programme ne lui est pas réservée et peut venir de l'organisation représentative des médecins. De plus, dans une Charte de bonne collaboration en matière de programmes de médecine préventive, soumise par le Conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie au Ministre

⁷⁷⁾ Conseil scientifique dans le domaine de la santé, Prise en charge de l'hypertension artérielle, Version 1.1, 02.06.2008, disponible en ligne: <http://www.conseil-scientifique.lu/index.php?id=65> (11.05.2009).

⁷⁸⁾ Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association des médecins et médecins-dentistes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales, op. cit., note 74, article 84.

de la Santé en février 2008, "*l'initiative pour proposer un nouveau programme ou pour adapter un programme existant revient à chacune des parties*" ⁷⁹⁾.

Les programmes de médecine préventive sont jusqu'à aujourd'hui essentiellement réalisés à l'initiative de la Direction de la santé. Néanmoins, si le vœu politique se confirme de renforcer la place de la Caisse nationale de santé dans des politiques de prévention, il semble permis de penser que celle-ci propose une collaboration à la Direction de la santé, peut-être notamment dans certains domaines dans lesquels elle dispose des recommandations des experts du Conseil scientifique. Il serait ainsi imaginable que la Caisse nationale de santé désire prendre en charge des mesures de prévention primaire ou secondaire des maladies vasculaires cardiaques, des maladies cérébrales et périphériques dans le cadre d'une véritable politique de prévention et propose une collaboration à la Direction de la santé, celle-ci disposant de l'expertise médicale qui manque à la Caisse nationale de santé.

b) Une collaboration entre acteurs concernés

Le programme de médecine préventive permanent de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie est le premier programme de médecine préventive réalisé en collaboration par la Direction de la santé et l'Union des caisses de maladie.

Ce programme souffrait au départ d'un défaut de base légale, le règlement grand-ducal d'exécution de l'article 11 du Code des assurances sociales n'ayant jamais été pris ⁸⁰⁾. Toutefois, la volonté politique d'une collaboration dans ce domaine s'exprimait dans des conventions et accords de coopération formalisés dès l'entrée en vigueur de la loi portant réforme de l'assurance maladie ⁸¹⁾, sur base de l'article 17 du Code des assurances sociales ⁸²⁾.

Le programme mammographie est un exemple d'une collaboration efficace de l'Etat et de l'assurance maladie dans le domaine de la médecine préventive, présentant de nombreux éléments considérés comme essentiels pour une prévention durable ⁸³⁾:

- le programme s'adresse au public cible de manière personnalisée, garantissant ainsi un accès égal au dépistage et aux soins.

79) *Conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie*, Charte relative à l'organisation de programmes de médecine préventive dans le cadre des conventions visées à l'article 17 du Code des assurances sociales, conclues entre le Ministre de la Santé et l'Union des caisses de maladie, 13.02.2008.

80) *Il s'agit de l'article 11 du Code des assurance sociales avant la réforme introduite par la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé*, op. cit., note 69.

81) *Loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé*, op. cit., note 69.

82) *Convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des Caisses de Maladie portant organisation d'un programme permanent de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie*, Mémorial A-N°167, 19.11.2003.

83) *Inspection générale des affaires sociales (France)*, Rapport annuel 2003. Santé, pour une politique de prévention durable, op. cit., note 27, p. 354.

- Il met en place plusieurs organes responsables de la coordination et de la bonne coopération entre les parties. Ainsi, un comité consultatif composé d'experts des mondes scientifiques et administratifs, offre un espace de concertation entre les parties au programme. Cet organe multidisciplinaire désigne en son sein une commission technique et scientifique, composée de spécialistes médicaux et chargée notamment de l'orientation scientifique du programme, du bon fonctionnement du programme et de la qualité des soins offerts. Finalement, un centre de coordination est organisé au sein de la Direction de la santé responsable notamment de la coordination générale du programme, en ce compris son évaluation statistique.
- Cette organisation rend compte d'une bonne répartition des compétences entre les divers acteurs du programme, notamment entre l'Etat et l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie. En effet, la coordination générale du programme se situe au niveau de la Direction de la santé, alors que la Caisse nationale de santé assure essentiellement la prise en charge des actes médicaux. Il existe ainsi une définition cohérente des responsabilités de chaque partie, tout en permettant un échange entre les parties au programme au sein du comité consultatif, évitant ainsi un cloisonnement néfaste.

D'autres programmes de médecine préventive réalisés en collaboration entre la Direction de la santé et l'Union des caisses de maladie ont suivi ce premier programme mammographie. Ils visent le dépistage prénatal d'anomalies congénitales ⁸⁴⁾, la vaccination de certaines parties de la population contre l'hépatite B ⁸⁵⁾, la méningite à méningocoque C ⁸⁶⁾ ou la grippe ⁸⁷⁾.

De tels programmes sont mis en place sur initiative de la Direction de la santé, qui en garde le pilotage. À l'assurance maladie revient avant tout la prise en charge des prestations médicales prévues dans les règlements grand-ducaux portant nomenclatures des actes et services pris en charge par l'assurance maladie. Ainsi, afin de pouvoir exécuter un programme de médecine préventive réalisé en collaboration, il arrive que les partenaires, Direction de la santé et Caisse nationale de santé, doivent, chacun dans la sphère de leurs compétences, proposer les amendements nécessaires aux

84) *Convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un programme de médecine préventive pour la réalisation et la prise en charge, au niveau national, du dépistage prénatal d'anomalies congénitales*, Mémorial A-N°117, 17.07.2007, p. 2164.

85) *Convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des Caisses de Maladie portant institution d'un programme de vaccination contre l'hépatite B*, Mémorial A-N°170, 31.12.2001, p. 3799. Convention dénoncée au 01.09.2008.

86) *Convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des Caisses de Maladie portant institution d'un programme de vaccination contre la méningite à méningocoque C*, Mémorial A-N°170, 31.12.2001, p. 3802.

87) *Convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des Caisses de Maladie portant institution d'un programme de vaccination de certaines personnes à risque contre la grippe*, Mémorial A-N°170, 31.12.2001, p. 3804.

textes relatifs à l'assurance maladie. L'exécution de la convention organisant le dépistage prénatal d'anomalies congénitales, par exemple, porte l'engagement des parties de proposer des adaptations du règlement grand-ducal portant les actes de laboratoire ⁸⁸⁾.

Il se peut donc que les actes et services prévus dans la convention de médecine préventive doivent rencontrer l'assentiment d'une commission de nomenclature composée de membres de l'assurance maladie et du gouvernement, mais également de professionnels de la santé ⁸⁹⁾. Tous les acteurs concernés par le programme sont ainsi consultés et entendus, ce qui permet une plus large acceptation du programme et facilite son exécution. De plus, les principaux acteurs d'un programme se retrouvent généralement dans un organe d'évaluation et de suivi du programme ⁹⁰⁾.

c) *Une collaboration susceptible d'être améliorée*

Toutefois, tous les programmes de médecine préventive n'ont pas été mis en place dans de telles conditions optimales de collaboration et d'accord entre les acteurs concernés. Ainsi, l'initiative de la Direction de la santé d'un programme de médecine préventive pour la vaccination contre le human papilloma virus ⁹¹⁾ a pu être perçue par certains comme motivée essentiellement par la pression populaire et électorale. En effet, à la suite de certains Etats américains, les pays d'Europe occidentale incluent progressivement, dans leur système légal de sécurité sociale, la prise en charge d'un vaccin contre les papillomavirus humains dont certaines formes peuvent être à l'origine de cancers du col de l'utérus.

Ainsi, au Luxembourg, comme dans les Etats voisins, la prise en charge des vaccins est proposée, alors même que seuls deux groupes pharmaceutiques proposent le vaccin et que les seules études sur l'efficacité présumée de ces vaccins ont été réalisées par leurs fournisseurs. Toutefois, face à l'attente du public d'une prise en charge d'un vaccin susceptible d'éviter le développement d'un cancer et sans connaître la publication d'études indépendantes sur l'efficacité et les effets éventuels à long terme de ce vaccin, la Direction de la santé, sous la responsabilité du Ministre de la Santé

88) *Convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un programme de médecine préventive pour la réalisation et la prise en charge, au niveau national, du dépistage prénatal d'anomalies congénitales*, op. cit., note 84, article 12.

89) *Code de la sécurité sociale*, article 65.

90) Voyez, par exemple, la composition et la mission du comité scientifique et technique responsable de la direction du programme de médecine préventive relatif au dépistage prénatal d'anomalies congénitales: *Convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un programme de médecine préventive pour la réalisation et la prise en charge, au niveau national, du dépistage prénatal d'anomalies congénitales*, op. cit., note 84, p. 2164, articles 14 à 16.

91) *Convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un programme de médecine préventive pour la vaccination contre Human Papilloma Virus*, Mémorial A-N°22, 27.02.2008, p. 348.

et de la Sécurité Sociale, a proposé la collaboration à un programme de médecine préventive à l'Union des caisses de maladie.

Malgré les doutes exprimés par l'assurance maladie et partiellement par le corps médical, la convention de médecine préventive a finalement été signée. Toutefois, le conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie, en réponse à la pression exercée par le ministère pour l'adhérence de l'assurance maladie à ce programme, a adressé un projet de charte de bonne collaboration ⁹²⁾ au Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale. Cette charte, qui n'a pas été signée à ce jour, propose que chacune des parties s'engage à laisser à l'autre un délai de réflexion avant toute annonce publique d'un projet de convention de médecine préventive, permettant une analyse financière et la prise d'avis d'experts. Elle témoigne de l'intention de l'assurance maladie de ne pas être enfermée dans un rôle de payeur, mais de s'investir activement dans la définition et la mise en place de programmes de médecine préventive susceptibles d'atteindre les objectifs sanitaires et financiers fixés à l'avance.

La faiblesse du programme de vaccination pourrait apparaître au niveau de son évaluation. En effet, alors que la Caisse nationale de santé s'est engagée à transmettre annuellement à la Direction de la Santé un fichier des données relatives au programme à des fins d'évaluation, aucun organe multidisciplinaire de coordination n'est prévu. La Caisse nationale de santé n'a ainsi qu'un rôle financier et administratif dans le programme, sans pouvoir intervenir au niveau de l'évaluation du programme. Or, dans son récent avis, le Conseil économique et social rappelle qu'il invitait les responsables d'initiatives de prévention à mettre en place des instruments permettant une meilleure évaluation, déjà en 2001 ⁹³⁾.

La mise en place du programme de médecine préventive portant création d'un Centre de Prévention pour le dos aurait également pu être accompagnée de réflexions et d'études plus approfondies de la part de l'assurance maladie. Ce programme présente également une faiblesse quant à son évaluation. Le Service de Santé au Travail Multisectoriel a contacté l'Union des caisses de maladie lorsque les fonds européens, ayant permis la création d'un "Centre de prévention pour le dos", étaient expirés.

Dans une convention ⁹⁴⁾, l'Etat s'est engagé à cofinancer le centre, géré par le Service de Santé au Travail. L'assurance maladie, quant à elle, prend en charge 90% de la rémunération des travailleurs participant au programme de

92) *Conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie*, Charte relative à l'organisation de programmes de médecine préventive dans le cadre des conventions visées à l'article 17 du Code des assurances sociales, conclues entre le Ministre de la Santé et l'Union des caisses de maladie, 13.02.2008.

93) *Conseil économique et social*, Evolution économique, sociale et financière du pays 2009, op. cit., note 54, p. 57.

94) *Convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant création d'un centre de prévention pour le dos*, Mémorial A-N°39, 04.04.2008, p. 629.

médecine préventive. Aucun organe de gestion responsable de l'évaluation du programme n'est prévu. Seul un relevé établi par le Service de Santé au Travail en vue du décompte annuel entre les avances de la Caisse nationale de santé et les frais effectifs du programme permet à l'assurance maladie d'évaluer le programme.

Il est important de souligner que l'auteur ne critique aucunement la mise en place de programmes de médecine préventive et reconnaît que des services de santé au travail obligatoires, comme le Service de Santé au Travail Multisectoriel, sont des institutions indispensables au développement de politiques de prévention.

Seule la forme de mise en place de certains programmes est mise en question. En effet, les programmes de médecine préventive engendrent des coûts, dont les effets bénéfiques éventuels ne peuvent être mesurés qu'à long terme. De plus, la communauté scientifique n'est pas unanime pour reconnaître les avantages de mesures de prévention par rapport aux dépenses de l'assurance maladie. Finalement, par définition, les politiques de prévention représentent des investissements destinés à modifier les habitudes individuelles néfastes et à intervenir sur le milieu de vie. Avant d'intervenir, il paraît donc utile d'évaluer les avantages et désavantages éventuels à moyen et long terme d'une mesure de prévention, à défaut de pouvoir les connaître, avant sa mise en place. La prudence semble donc devoir guider toute politique de prévention.

Le ministère de la santé et la Caisse nationale de santé réfléchissent actuellement à la mise en place de nouveaux programmes de médecine préventive visant le diagnostic du cancer colorectal ou encore la prise en charge de la contraception jusqu'à un certain âge. Les discussions autour de ce dernier projet semblent avoir essentiellement porté sur la question de l'âge des jeunes filles visées par le projet. Néanmoins, alors qu'aucune décision ne semble avoir été définitivement arrêtée, la presse annonçait récemment que la contraception serait remboursée par le ministère de la santé, la Caisse nationale de santé refusant une intervention financière dans un tel programme⁹⁵). L'on peut présumer qu'il s'agit d'une mauvaise interprétation des informations, mais de telles annonces risquent de nuire à une collaboration efficace et indispensable entre les responsables du secteur sanitaire.

Néanmoins, l'on peut soulever la question de savoir si l'assurance maladie légitimée à prendre en charge de mesures de contraception. Ne s'agit-il pas plutôt d'une mesure relevant du domaine de la santé publique? En effet, il a été conclu dans le chapitre précédent que l'assurance maladie a un intérêt à agir pour limiter la survenance d'un risque maladie. L'assurance maladie rembourse certes les interruptions volontaires de grossesses dans certaines

95) HARF, L., "Comme lionne en cage. Le planning familial appelle à une révision de la loi sur l'avortement", Le Jeudi, 19.02.2009, p. 9.

circonstances⁹⁶⁾, mais il n'est pas certain que leur nombre justifie l'intervention de l'assurance maladie dans la prise en charge de moyens de contraception.

Cette question semble entrer dans le cadre plus large d'une discussion relative à la participation de l'assurance maladie à des initiatives de prévention en matière d'éducation sexuelle. Il ne serait sans doute pas superflu d'entamer ainsi une étude sur les dépenses de l'assurance maladie en relation avec les pathologies liées à une infection au virus de l'immunodéficience humaine, tant au niveau des dépenses de prévention (diagnostique) que de soins curatifs. En effet, le Comité de surveillance du SIDA note, dans son rapport d'activité 2008, que souvent les patients ne sont diagnostiqués qu'au moment où ils présentent une complication grave de leur infection⁹⁷⁾. L'assurance maladie pourrait ainsi proposer une collaboration à la Direction de la santé en vue d'une meilleure utilisation des prestations qu'elle prend déjà en charge. Les campagnes de prévention du Ministère de la Santé pourraient, par exemple, être complétées par un programme de médecine préventive prévoyant un dépistage gratuit et régulier d'une population d'âge à risque, systématiquement convoquée et incitée à profiter du dépistage⁹⁸⁾.

§2: Les politiques de prévention par l'assurance maladie

Il a déjà été remarqué plus haut qu'en plus des programmes de médecine préventive élaborés sur base de l'article 17 du Code de la sécurité sociale, l'assurance maladie prend en charge des prestations prévention, sans que celles-ci ne soient identifiées comme telles dans son budget. Ainsi, le budget de la Caisse nationale de santé comporte un poste "*médecine préventive et divers*" estimé pour l'année 2009 à 6,9 millions d'euros. Ce chiffre paraît faible par rapport à des dépenses courantes totales estimées à 1.956,8 millions d'euros, d'autant plus que des prestations sans rapport avec des politiques de prévention sont comptabilisées sous l'indication "*divers*".

Néanmoins, ces chiffres ne rendent pas compte des dépenses réelles de la Caisse nationale de santé. Ainsi, il convient peut-être de nuancer la conclusion de l'OCDE que les dépenses du Luxembourg ne sont pas élevées en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé⁹⁹⁾.

96) Loi du 15 novembre 1978 relative à l'information sexuelle, à la prévention de l'avortement clandestin et à la réglementation de l'interruption de la grossesse, Mémorial A-N°81, 06.06.1978, p. 1968, article 13.

97) Comité de surveillance du SIDA, Rapport d'activité 2008, Luxembourg, 2009, p. 22, disponible en ligne: <http://www.sante.public.lu/fr/catalogue-publications/rester-bonne-sante/sida-prevention/comitesurveillance-sida-2008-rapport-activite/index.html>.

98) Selon les données statistiques du Comité de surveillance du SIDA, le nombre le plus élevé de contaminations en 2008 est remarqué dans la tranche d'âge entre 26 et 35 ans. Comité de surveillance du SIDA, Rapport d'activité 2008, op. cit., note 97, p. 6.

99) Organisation de Coopération et de Développement Economiques, Etude économique du Luxembourg 2008: Bien soigner et bien dépenser: renforcer l'efficacité économique des soins de santé; Synthèse, op. cit., note 4, p. 7.

D'une part, toutes les prestations prises en charge dans le cadre de programmes de médecine préventive réalisés sur base de l'article 17 du Code de la sécurité sociale ne sont pas comptabilisées sous la rubrique "*médecine préventive*". En effet, un certain nombre des consultations réalisées par les médecins dans le cadre de ces programmes est comptabilisé sous le poste "*honoraires médicaux*", sans différenciations qu'elles aient un objectif essentiellement préventif ou curatif.

D'autre part, la rubrique "*médecine préventive et divers*" ne comporte aucune des prestations de prévention que l'assurance maladie prend en charge à travers les textes qui la lient. Les expériences étrangères, discutées plus longuement à la fin du prochain chapitre, démontrent qu'il est très difficile d'estimer les dépenses effectives de l'assurance maladie en matière de prévention, la limite entre les soins curatifs et les prestations préventives étant extrêmement difficile à trouver¹⁰⁰). Un tel travail ne semble être réalisable que par un groupe d'experts médicaux et administratifs.

Néanmoins, il semble possible d'identifier certaines prestations prévues dans divers instruments juridiques liant l'assurance maladie comme présentant les caractéristiques d'actes de prévention individuelle, incitant les assurés à adopter un certain comportement face à leur santé, qu'ils soient en bonne santé ou malades.

Ainsi, afin d'éviter l'apparition d'une maladie, les assurés sont incités à profiter de certaines offres de soins destinés à réduire les risques d'apparition d'une maladie. L'article 39 des statuts de la Caisse nationale de santé est un exemple d'une telle disposition. En effet, seuls les assurés ayant consulté un médecin-dentiste à titre préventif annuellement au cours des deux années qui précèdent la délivrance d'une prothèse dentaire peuvent prétendre à un remboursement intégral de celle-ci.

Il semble, néanmoins, que la difficile ligne à tracer entre soins curatifs et soins préventifs, permette de déduire que les actes pris en charge par l'assurance maladie correspondent essentiellement à des mesures de prévention secondaire et tertiaire.

Ainsi, certains actes d'imagerie médicale semblent pouvoir être qualifiés d'actes de diagnostics, c'est-à-dire de prévention secondaire. Certains examens gynécologiques paraissent constituer un autre exemple de prévention secondaire. En général, les visites médicales de routine auprès de médecins généralistes ou de médecins spécialistes pourraient être qualifiées de prestations de prévention. Il en est de même d'analyses de laboratoire destinées à diagnostiquer une pathologie.

100) Voyez, par exemple, l'étude réalisée en France identifiant des groupes de pathologies pour déterminer les dépenses de prévention: FENINA, A., GEFFROY, Y., MINC, C., RENAUD, T., SARLON, E. et SERMET, C., "Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France", Questions d'économie de la santé, n° 111, 2006, pp. 1-8, disponible en ligne: <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Qes2006.html>.

Ces prestations, inscrites dans les nomenclatures visées à l'article 65 du Code de la sécurité sociale ou dans les listes prévues par les statuts de la Caisse nationale de santé, sont opposables à l'assurance maladie (article 12 des statuts de la Caisse nationale de santé) et remboursées aux assurés conformément aux statuts de la Caisse nationale de santé. Or, les taux de remboursement prévus par les statuts de la Caisse nationale de santé prévoient une participation des assurés sociaux ne dépassant pas 20%, en règle générale. À première vue, il paraît possible de conclure que cette faible participation des assurés permette un accès généralisé aux actes de prévention. Une telle conclusion serait, toutefois, hâtive et devrait être confirmée après une analyse approfondie des tarifs des prestations de prévention et des taux de remboursement y associés.

Finalement, l'assurance maladie prend en charge certaines prestations pouvant être qualifiées de prévention tertiaire. Il semble permis de dire qu'à ce niveau, il est possible de percevoir la prise en charge d'actes de promotion de la santé par l'assurance maladie. Ainsi, les prestations offertes lors d'un séjour stationnaire ou ambulatoire dans le Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation ne sont pas uniquement curatives et visent également la diminution des séquelles d'une maladie et des incapacités et favorisent la réinsertion sociale des assurés ¹⁰¹). Les conseils d'économie articulaire et les conseils d'hygiène de vie en général proposés par les professionnels du centre sont un exemple de telles mesures.

Si certains actes prestés au Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation sont ainsi identifiables comme éléments de politiques de prévention, ils semblent néanmoins difficilement comptabilisables. En effet, ces actes sont pris en charge directement par la Caisse nationale de santé conformément à un budget négocié entre l'établissement et la Caisse nationale de santé ¹⁰²). Il faudrait ainsi que les actes de prévention soient identifiés dans ce budget pour que la Caisse nationale de santé soit en mesure de les comptabiliser comme prestations de prévention dans ses dépenses.

Les actes supportés par l'assurance dépendance répondent également à la définition de politiques de prévention ¹⁰³). En effet, l'assurance dépendance s'adresse aux personnes dépendantes, c'est-à-dire à toute personne "qui par suite d'une maladie physique, mentale ou psychique ou d'une déficience de même nature a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie" ¹⁰⁴). Il s'agit ainsi de mesures de

¹⁰¹) Statuts de la Caisse nationale de santé, article 82.

¹⁰²) Convention entre l'Union des caisses de maladie et l'Entente des hôpitaux luxembourgeois, conclue en exécution de l'article 74 et suivants du Code des assurances sociales, Mémorial A-N°17, 21.03.1996, p. 759.

¹⁰³) Loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance, Mémorial A-N°48, 29.06.1998, p. 710.

¹⁰⁴) Code de la sécurité sociale, article 348.

prévention tertiaire, destinées à améliorer la qualité du milieu de vie de la personne protégée et son état de santé et de bien-être. Or, l'assurance dépendance, gérée par la Caisse nationale de santé, constitue une branche indépendante de la sécurité sociale et possède un budget propre. Ses dépenses de prévention ne doivent ainsi pas être confondues avec celles de l'assurance maladie. Néanmoins, elles devraient être prises en compte dans le cadre d'un calcul global des dépenses de prévention effectuées par la sécurité sociale luxembourgeoise, en vue de nuancer les conclusions de l'OCDE.

En conclusion, il semble permis de retenir de ce second chapitre que la Caisse nationale de santé ne mène pas de véritables politiques de prévention. D'une part, si elle prend en charge des prestations de prévention individuelle, primaire, secondaire ou tertiaire, elle ne dispose pas des moyens de calculer les dépenses que ces mesures de prévention représentent. Ainsi, la Caisse nationale de santé est dans l'impossibilité de mettre des objectifs chiffrés déterminés et d'évaluer l'efficacité de ces mesures. D'autre part, la Caisse nationale de santé n'agit pas vraiment au niveau de la promotion de la santé, c'est-à-dire de l'information des assurés. Pourtant cette forme d'intervention semble se développer, comme en témoignent les textes internationaux cités dans un premier chapitre. L'objet du dernier chapitre est ainsi de formuler certaines propositions permettant à la Caisse nationale de santé de mettre en œuvre des politiques de prévention efficaces et durables.

CHAPITRE 3: L'ASSURANCE SANTÉ DANS LE FUTUR

SECTION 1: *Les moyens de l'assurance maladie pour des politiques de prévention*

§1: Un investissement dans la promotion de la santé

L'OCDE notait dans une récente étude économique que la situation sanitaire de la population luxembourgeoise restait dans la moyenne des pays membres de l'organisation internationale, malgré une importante offre de prestations et une couverture généralisée¹⁰⁵. Cette situation serait expliquée par des dépenses de santé moyennes et par plusieurs causes médicales et non-médicales, comme l'importance de pathologies de foie, des accidents de la circulation ou encore une prévalence de l'obésité.

Pour remédier à cette situation, l'OCDE préconise "de promouvoir les soins préventifs et les modifications du mode de vie"¹⁰⁶. Or, il a été remarqué au chapitre précédent que les dépenses de l'assurance maladie ne rendaient pas compte de l'offre de prestations de prévention prise en charge. Néanmoins, il a également été conclu que son investissement dans le domaine de la promotion de la santé était limité et pourrait être accentué, en collaboration avec d'autres acteurs responsables dans le domaine sanitaire. La nouvelle caisse de santé semble s'orienter vers une plus grande communication aux assurés afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées quant à leur santé, dans les limites de ses compétences¹⁰⁷.

Il paraît intéressant de parler d'une proposition de directive relative aux droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers que le Parlement européen a approuvé, avec une faible majorité, en première lecture le 23 avril 2009¹⁰⁸. S'agissant d'une proposition de directive basée sur l'article 95 du Traité instituant une communauté européenne, le texte amendé a été transmis au Conseil européen qui peut soit retenir ces amendements, soit proposer une position commune. Dans l'hypothèse d'une position commune, celle-ci devra être retenue en seconde lecture par le Parlement européen. Si la proposition de directive a donc encore un long chemin institutionnel, il est néanmoins indispensable de prendre en compte dès maintenant les principes

¹⁰⁵105 Organisation de Coopération et de Développement Economiques, Luxembourg Etude économique du Luxembourg 2008: Bien soigner et bien dépenser: renforcer l'efficacité économique des soins de santé; Synthèse, op. cit., note 4, p. 7.

¹⁰⁶Idem.

¹⁰⁷WOLTER, B., "Gesondheitskees: Strukturreform und neuer Name. Interview mit Gesundheitsminister Mars Di Bartolomeo", op. cit., note 23, p. 6.

¹⁰⁸Parlement européen, Commission de l'environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire, rapporteur John Bowis, Rapport sur la proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (COM(2008)0414 - C6-0257/2008 - 2008/0142 (COD)), A6-0233/2009, 03.04.2009, disponible en ligne: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A6-2009-0233&language=FR> (11.05.2009).

qu'elle contient. Cette proposition de directive vise notamment à renforcer l'information donnée aux patients par les Etats membres ¹⁰⁹⁾.

Le rôle de l'assurance maladie dans la communication aux assurés ne peut, toutefois, être que limité à ses compétences et devrait être complémentaire aux initiatives du Ministère de la Santé. Les informations juridiques et administratives concernant les conditions, tarifs et taux de prise en charge devraient également bénéficier d'une collaboration entre la Caisse nationale de santé et les partenaires sociaux, membres de son comité directeur, ainsi que les prestataires de soins auxquels elle est liée.

§2: La communication à distance

Les textes internationaux précités identifient les technologies de l'information et de la communication comme une possibilité offerte par la mondialisation d'influencer les habitudes individuelles et de renforcer les compétences des citoyens de prendre des décisions éclairées quant à leur santé ¹¹⁰⁾. La proposition de directive relative aux droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers de la commission comporte ainsi une obligation d'information des patients par les Etats membres quant aux soins de santé transfrontaliers ¹¹¹⁾. Conformément au texte adopté en première lecture par le Parlement européen, les Etats membres devraient rendre accessibles des informations "*impartiales, comparatives et complètes*" relatives aux soins de santé offerts, aux prestataires, aux normes de qualité et de sécurité applicables, ainsi qu'à la législation applicable en cas de préjudice ¹¹²⁾.

De telles informations devraient être rendues accessibles à tout citoyen, notamment par des moyens électroniques ¹¹³⁾.

L'OMS définit l'expression "*télématique sanitaire*" comme comprenant "*des activités, services et systèmes en rapport avec la santé mis en oeuvre à distance au moyen de technologies de l'information et de la communication afin de promouvoir la santé, de lutter contre la maladie et de développer les soins de santé ainsi que l'éducation, la gestion et la recherche en santé à l'échelle mondiale*" ¹¹⁴⁾.

¹⁰⁹⁾Idem, article 11.

¹¹⁰⁾Conférence Internationale pour la Promotion de la Santé, Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, op.cit., note 36. Voyez également le livre blanc de la Commission européenne: Commission européenne, COM(2007) 630 final, Livre blanc. Ensemble pour la santé: une approche stratégique pour l'UE 2008-2013, op. cit., note 40, p. 3.

¹¹¹⁾Commission européenne, Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, COM/2008/0414 final - COD 2008/0142, 02.07.2008, disponible en ligne: <http://www.europarl.europa.eu/oeil/file.jsp?id=5661632> (11.05.2009), article 10.

¹¹²⁾Parlement européen, Commission de l'environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire, rapporteur John Bowis, op. cit., note 108, articles 10, 1 et 1bis.

¹¹³⁾Idem, article 10, 2.

¹¹⁴⁾OMS, Politique de la santé pour tous pour le XXI^e siècle: "télématique sanitaire", Genève, 1998, disponible en ligne: http://ftp.who.int/gb/archive/pdf_files/EB_1_01/pdf/fran/fraid9.pdf (11.05.2009).

Les informations dont dispose l'assurance maladie pourraient ainsi être diffusées notamment au moyen d'un portail Internet, en collaboration avec d'autres acteurs. Ainsi, le 27 avril 2009, le Ministre de la Santé et le Ministre de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative ont présenté le "*portail santé*", un portail Internet offrant des informations relatives à la santé ¹¹⁵⁾. Ce portail offre notamment des conseils de prévention, des informations relatives aux campagnes de prévention de la Direction de la santé et celles qui sont menées en collaboration avec la Caisse nationale de santé, ou encore des explications quant à des maladies ou examens. Le portail diffuse également des informations quant à la prise en charge de soins de santé par l'assurance maladie. Il adresse également des questions spécifiques de publics cibles, identifié en fonction de l'âge des personnes visées.

Ce portail répond à une attente des citoyens qui ont changé d'attitude face à leur santé ou à leur maladie en conséquence d'une abondance de sources d'informations disponibles notamment sur Internet ¹¹⁶⁾. Il semblait ainsi nécessaire de mettre en ligne des sources fiables. Il est néanmoins dommage que le portail n'ait pas été élaboré en plus étroite concertation avec la Caisse nationale de santé.

En effet, certaines informations sont erronées ou incomplètes. Ainsi, les explications relatives aux soins de santé à l'étranger ne sont, par exemple, pas complètes et les citoyens risquent même d'être induits en erreur. On y lit que la demande d'autorisation préalable n'est pas nécessaire pour les soins ambulatoires et que le citoyen doit avancer les frais pour se faire rembourser par la suite au Luxembourg. D'une part, le citoyen ne trouve pas de réelle définition des soins ambulatoires sur la page et il n'est pas informé qu'il a le choix entre un remboursement suivant la législation de l'Etat dans lequel il se fait traiter ou suivant la législation luxembourgeoise. S'il choisit la première hypothèse, il devra toujours disposer d'une autorisation préalable. Certaines données devraient ainsi être redressées en collaboration avec les acteurs responsables dans chacun des domaines traités dans le portail, notamment la Caisse nationale de santé.

L'objectif des auteurs du portail est, dans une seconde et une troisième phase, de créer un véritable espace d'interaction avec le citoyen, permettant à celui-ci de consulter des données personnelles en s'identifiant par voie de signature électronique ¹¹⁷⁾. Les informations visées devraient essentiellement être des informations détenues par la Caisse nationale de santé. Il conviendra de vérifier la conformité de la mise à disposition de celles-ci à la déclaration

¹¹⁵⁾ L'adresse du portail santé est <http://www.sante.public.lu> (11.05.2009).

¹¹⁶⁾ RAULT-DOUMAX, P., L'assurance-maladie au risque de la mondialisation. La crise structurelle du système de santé, Paris, L'Harmattan, 2008, p. 201.

¹¹⁷⁾ Voyez l'article publié sur le portail du gouvernement: http://www.gouvernement.lu/salle_presse/actualite/2009/04-avril/27-bartolomeo-sante/index.html (11.05.2009).

délivrée par la Commission nationale pour la protection des données, celle-ci devant éventuellement être adaptée ¹¹⁸⁾.

Le "*portail santé*" comporte de nombreux liens vers le site des Organismes de sécurité sociale ¹¹⁹⁾ ou encore vers le nouveau site de la Caisse nationale de santé ¹²⁰⁾. Ces trois portails semblent ainsi fonctionner de manière complémentaire, le portail des Organismes de sécurité sociale dispensant essentiellement une information législative et jurisprudentielle et le portail de la Caisse nationale de santé une information limitée à ses compétences.

Ce dernier portail, récemment créé, devrait au fil du temps offrir une information plus large sur les conditions de prise en charge des prestations. Il pourrait même éventuellement proposer des informations quant aux prestataires de soins enregistrés auprès de la Caisse nationale de santé. En effet, la diffusion d'une telle information semble devoir être envisagée dans un futur plus ou moins éloigné. Ainsi, la version de la proposition de directive sur les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, telle qu'amendée par le Parlement européen, prévoit que les Etats membres mettent à la disposition des citoyens des informations relatives au nom, au numéro d'enregistrement et au lieu d'exercice des prestataires agréés, ainsi que toute restriction éventuelle à leur pratique, au moyen d'outils informatiques ¹²¹⁾. Ici aussi, il conviendra de vérifier la conformité à l'autorisation de traitement de données délivrée par la Commission nationale pour la protection des données ¹²²⁾. De plus, les informations délivrées sur un portail Internet devraient correspondre aux informations que les médecins sont en droit d'inscrire sur leur plaque d'entrée au cabinet ou sur leur propre portail Internet, conformément au Code de déontologie médicale ¹²³⁾.

§3. Une communication plus directe

Le portail Internet est un mode de communication complémentaire à la communication téléphonique. La Caisse nationale de santé a déjà eu l'occasion de se rendre compte que la centrale téléphonique dont elle disposait était insuffisante pour répondre aux attentes de ses assurés. Il semblerait ainsi souhaitable qu'elle se dote d'un service téléphonique performant, composé de personnel formé pour répondre aux questions des assurés.

118) Texte coordonné de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel, Mémorial A-N°131, 08.08.2007, p. 2339.

119) <http://secu.lu> (11.05.2009).

120) <http://www.cns.lu> (11.05.2009).

121) Parlement européen, Commission de l'environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire, rapporteur John Bowis, op. cit., note 108, article 10, 2bis.

122) Texte coordonné de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel, op. cit., note 118.

123) Code de déontologie médicale approuvé par l'arrêté ministériel du 7 juillet 2005 approuvant le code de déontologie des professions de médecin et de médecin-dentiste édicté par le Collège Médical, Mémorial A-N°160, 27.09.2005, p. 2752, articles 20 et 21.

Pourrait-on imaginer qu'à l'exemple de centres de services mis en place par les caisses de maladie étrangères, un conseil téléphonique, accessible gratuitement au-delà des heures de bureau, dépasse des informations juridiques et administratives ¹²⁴⁾? Cela supposerait, d'une part, que la Caisse nationale de santé engage du personnel médical qui, sans pouvoir poser de diagnostic à distance, pourrait donner des conseils de prévention ou des explications quant à un diagnostic posé. Il faudrait analyser si la population assurée est réellement demandeuse d'un tel service, en évaluer les coûts et les avantages, notamment en collaboration avec le corps médical. Du point de vue juridique, une ouverture au-delà des heures de bureau paraît difficilement conciliable avec la législation relative au personnel de l'Etat ¹²⁵⁾, les agents de la Caisse nationale de santé étant, en effet, assimilés aux fonctionnaires de l'Etat. De plus, les informations devraient être conformes notamment au Code de déontologie médicale ¹²⁶⁾.

Si un conseil téléphonique médicalisé ne semble pas réalisable à court terme, il pourrait néanmoins être envisagé à plus long terme en collaboration étroite avec le Ministère de la Santé et le corps médical. La mise en place d'un conseil juridique et administratif relatif aux conditions de prise en charge paraît plus utile et moins difficile à mettre en place dans un premier temps. Il permettrait de répondre aux attentes des assurés et de leur offrir un conseil individualisé et fiable. Cela suppose, toutefois, la mise à disposition de personnel qualifié et formé. En parallèle à la formation des agents, une base de savoir pourrait être progressivement développée, fixant les bases de la formation dispensée. Cette base de savoir pourrait être alimentée ensuite par les réponses données aux questions spécifiques des assurés, permettant ainsi de dégager les problèmes d'interprétation et les incertitudes des textes législatifs de l'assurance maladie maternité et de l'assurance dépendance, voire d'autres branches de la sécurité sociale si les institutions de sécurité sociale collaborent à sa mise en place et détachent du personnel pour créer un centre d'appels commun.

Le centre d'appels commun serait peut-être plus efficace et moins coûteux que le "réseau d'agences multifonctionnelles, servies par des agents détachés par les différentes institutions" prévu par le Code de la sécurité sociale ¹²⁷⁾. Le code envisage ainsi la possibilité pour les institutions de sécurité sociale de mettre en place un "guichet unique" pour la diffusion d'informations, sous la direction du Centre commun de la sécurité sociale. Le fonctionnement de ce réseau reste à déterminer par règlement grand-ducal.

124) AOK Rheinland-Hamburg, AOK Clarimedis, 2009, voyez: <http://www.aok.de/rh/rd/clarimedis-175203.php>, (11.05.2009).

125) Loi du 16 avril 1979 fixant le statut des fonctionnaires de l'Etat, Mémorial A-N°31, 17.04.1979, p. 622.

126) Arrêté ministériel du 7 juillet 2005 approuvant le code de déontologie des professions de médecin et de médecin-dentiste édicté par le Collège Médical, op. cit., note 123.

127) Code de la sécurité sociale, article 413, alinéa 3.

Suite à la fusion, la Caisse nationale de santé a conservé le réseau d'agences de certaines caisses de maladie des salariés pour assurer une proximité au public. Les premières statistiques démontrent que les agents des agences répondent à de nombreux appels téléphoniques, dont la majorité concernent la prise en charge de prestations. Une étude de faisabilité pourrait ainsi être menée pour déterminer notamment les coûts et les avantages éventuels à détacher du personnel qualifié dans ces agences et à mettre éventuellement en place un réseau de centres d'appel, plutôt qu'un centre d'appels centralisé. À première vue l'avantage d'une exploitation des agences serait, qu'en plus du conseil juridique et administratif par téléphone, les assurés pourraient bénéficier d'un conseil direct.

Finalement, afin de rendre les agences plus attrayantes et pour permettre un accès généralisé aux informations offertes sur le portail Internet, des bornes pourraient être mises en place dans les agences.

Le réseau d'agences des institutions de sécurité sociale pourrait ainsi devenir un véritable centre de services par lequel les différentes branches de la sécurité sociale répondraient à leur mission de promotion de la santé, c'est-à-dire d'information dans la limite de leurs compétences respectives.

Section 2: *Vers une réorganisation de l'assurance maladie?*

§1: Une possible collaboration entre institutions de sécurité sociale

a) Une branche de la sécurité sociale

Contrairement à son intention exprimée dans l'accord de coalition du 4 juin 2004, le gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg n'a pas proposé de projet de loi-cadre sur la prévention au cours de son mandat ¹²⁸⁾. Le gouvernement avait également prévu une révision de la loi sur la Direction de la santé en vue d'optimiser les investissements dans le domaine de la prévention. Une telle révision semble être restée à l'état de projet.

Ces idées de réformes, si elles aboutissent, ne semblent pas devoir concerner la Caisse nationale de santé, Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale ayant précisé que la nouvelle caisse portait la création de structures permettant une meilleure planification et une offre efficace de prestations de médecine curative et préventive dans un système de solidarité, sans pour autant envisager la réorganisation de la nouvelle caisse ¹²⁹⁾. Il a déjà été signalé que la nouvelle caisse de maladie dispose ainsi d'une nouvelle dénomination, mettant l'accent sur la prévention, sans être munie d'instruments juridiques additionnels ou d'une politique définie encadrant son rôle dans des politiques de prévention. "*Le nom est*

¹²⁸⁾Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, Annexe à la déclaration gouvernementale. Accord de coalition, op. cit., note 5.

¹²⁹⁾WOLTER, B., "Gesondheetskees: Struktureform und neuer Name. Interview mit Gesundheitsminister Mars Di Bartolomeo", op. cit., note 23, p. 6.

programme" est l'objectif politique exprimé à plusieurs reprises par Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale ¹³⁰⁾. Mais le contenu concret du programme semble faire défaut. À tout le moins, il n'est pas formellement inscrit dans un texte juridique. L'objet de la présente section est d'analyser si un nouveau cadre légal est nécessaire pour doter la nouvelle caisse de santé d'un réel programme en matière de prévention ou si des adaptations des textes dont elle dispose ne suffisent pas.

L'expérience de plusieurs Etats européens montre que la mise en place d'un cadre législatif pour la prévention n'est pas aisée, notamment en raison de controverses existant quant à l'efficacité des politiques de prévention et quant à la répartition des compétences entre les divers acteurs concernés.

Ainsi, en Allemagne, un projet de loi pour le renforcement de la prévention proposait d'ériger la prévention en branche indépendante du système d'assurance sociale ¹³¹⁾. Reconnaisant que des politiques de prévention devaient être menées à chaque niveau de la sécurité sociale, le projet prévoyait une répartition des compétences et des finances entre l'assurance maladie, l'assurance pension, l'assurance accidents, l'assurance dépendance et l'Etat fédéral ¹³²⁾. Le système proposé était complexe, car il prévoyait l'intervention de nombreuses organisations et institutions dans les politiques de prévention. Néanmoins, il avait pour avantage de souligner le caractère multidisciplinaire de la prévention. Ainsi, la prévention devait être organisée au niveau national par une fondation financée par chacun des assureurs sociaux, les auteurs du projet constatant que les assureurs sociaux assumaient déjà avant la loi de nombreuses missions de prévention ¹³³⁾. Cette fondation ne devait donc pas être financée par la fiscalité, mais par les cotisations.

L'idée d'une collaboration entre les organismes de sécurité sociale dans le domaine de la prévention a déjà été évoquée plus haut dans le cadre de la promotion de la santé par la mise en commun de centres d'appels. Néanmoins, l'absence d'estimations complètes quant aux dépenses de prévention au Luxembourg, constitue un obstacle majeur à une telle mise en commun. En effet, la gestion commune d'un organe responsable de la prévention requiert une répartition équilibrée des finances entre chaque institution compétente, bien au-delà du détachement d'un ou de plusieurs agents pour la création d'un "*guichet unique*" d'information aux assurés ¹³⁴⁾.

130)Idem.

131)ROSENBROCK, R., Das deutsche Präventionsgesetz 2005-ein gescheiterter Anlauf, op. cit., note 52, p. 2.

132)Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/ Die Grünen, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention, op. cit., note 48, Artikel 1, Abschnitt 1, §7.

133)Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/ Die Grünen, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention, op. cit., note 48, Artikel 2, §3.

134)Code de la sécurité sociale, article 413, alinéa 3.

Or, les chapitres précédents ont révélé que ni les dépenses de prévention effectuées dans le cadre des programmes de médecine préventive, ni celles résultant de la prise en charge d'actes de prévention conformément aux textes légaux liant l'assurance maladie, ne sont comptabilisés comme actes de prévention dans le budget de la Caisse nationale de santé. Ainsi, une estimation des dépenses de prévention devrait être réalisée pour chaque institution de sécurité sociale avant de pouvoir envisager la création d'un organe de gestion commun. Chaque institution devrait ainsi contribuer au financement de cet organe à concurrence d'un montant calculé en fonction de ses dépenses de prévention et de son intérêt à agir.

Si la prise en charge des prestations de prévention devait être confiée à cet organe, les contributions des institutions devraient correspondre au budget prévention de chacune. Cela supposerait donc une estimation préalable des dépenses de prévention. Ce travail préalable d'estimation des budgets prévention pourrait être substitué ou complété par une cotisation spéciale pour le financement d'un organe indépendant de gestion de politiques de prévention. Le projet de loi fédérale suisse sur la prévention et la promotion de la santé, actuellement en discussion, prévoit ainsi une augmentation de la cotisation à l'assurance maladie pour financer l'organe gestionnaire de la prévention ¹³⁵⁾. Néanmoins, une augmentation de la contribution de l'Etat au financement de la prévention pourrait être préférée à une hausse des cotisations. Les politiques de prévention profiteraient alors d'un mode de financement mixte.

Finalement, toutes les institutions de sécurité sociale, définies à l'article 396 du Code de la sécurité sociale, notamment la Caisse nationale des prestations familiales, ne participeraient peut-être pas au financement d'un tel organe, alors que l'organe serait largement financé par le budget d'autres organismes, comme la Caisse nationale de santé. Une répartition équilibrée des compétences devrait donc être fixée par le législateur.

b) Une collaboration possible au sein d'un comité pour la prévention

Cette brève analyse révèle la complexité de la création d'un tel organe indépendant compétent pour les politiques de prévention. Néanmoins, les politiques de prévention profiteraient certainement d'une collaboration entre institutions de sécurité sociale. Ainsi, les mesures de prévention édictées par l'Association d'assurance contre les accidents sur base de l'article 154 du Code de la sécurité sociale pourraient éventuellement être complétées par des initiatives financées par la Caisse nationale de santé. Par exemple, la fréquentation du Centre de prévention pour le dos, crée par une convention sur base de l'article 17 du Code de la sécurité sociale, pourrait éventuellement bénéficier d'une telle collaboration. Le projet de loi fédérale

¹³⁵⁾Confédération suisse, Loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé, op. cit., note 53, article 28.

suisse sur la prévention et la promotion de la santé comporte une telle coordination des bases légales pour la prévention d'accidents et la protection de la santé au travail ¹³⁶⁾.

Or, si la création d'un organe de gestion commun ne peut être envisagée qu'à long terme, il est imaginable que la loi introduise une possibilité de collaboration entre les institutions de sécurité sociale en matière de prévention dans le Code de la sécurité sociale. Cette collaboration ne devrait pas nécessairement s'exprimer dans des instruments contraignants comme des conventions.

Les institutions de sécurité sociale, légitimées pour intervenir en matière de prévention, pourraient, par exemple, être invitées à collaborer dans un comité ayant pour objet la mise en place de politiques de prévention en matière de sécurité sociale. L'investissement ne serait alors peut-être pas aussi élevé que pour la création d'un "*guichet unique*", chaque institution détachant un ou plusieurs agents compétents pour siéger dans ce comité. Chaque institution comptabiliserait les actes de prévention qui relèvent de sa compétence dans son budget, éventuellement sous une rubrique spécifique, mais l'analyse notamment de l'opportunité, des coûts et des avantages des politiques de prévention reviendrait au comité d'experts, qui remettrait un avis à l'institution demanderesse. De plus, le comité d'experts pourrait avoir la possibilité de proposer des initiatives de politiques de prévention à chaque institution.

Il serait souhaitable que le comité dispose ainsi d'une certaine expertise médicale. Il pourrait ainsi soit être composé d'agents de la Direction de la santé et du Contrôle médical de la sécurité sociale, soit travailler en étroite collaboration avec des organes comme le Conseil scientifique dans le domaine de la santé. Finalement, la mise en place d'un tel comité pourrait comporter un représentant de l'Inspection générale de la sécurité sociale, autorité de surveillance des institutions de sécurité sociale. Une telle représentation entrerait dans le champ de ses missions prévues par le Code de la sécurité sociale ¹³⁷⁾.

La mise en place d'un tel comité permettrait ainsi à chaque institution de sécurité sociale, ayant un intérêt à la réussite de politiques de prévention, d'être concertée avant la mise en place d'une telle politique. De plus, elle permettrait de combler le manque de personnel affecté à cette matière. En effet, le cadre du personnel de la Caisse nationale de santé ne prévoit pas l'engagement de personnel médical ou scientifique ¹³⁸⁾ et, dans

¹³⁶⁾Confédération suisse, Loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé, op. cit., note 53, article 5.

¹³⁷⁾Code de la sécurité sociale, articles 409 et 423.

¹³⁸⁾Règlement grand-ducal du 11 décembre 2008 concernant le statut du personnel de la Caisse nationale de santé, de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux, Mémorial A-N°187, 16.12.2008, p. 2536.

l'organigramme de la Caisse nationale de santé, la prévention tombe sous la responsabilité du département "médicaments et dispositifs médicaux" ¹³⁹⁾. Il est regrettable que les dirigeants politiques et administratifs n'aient pas profité de la réforme pour prévoir un département responsable pour la prévention dans l'organigramme de la nouvelle caisse de santé, alors qu'ils avaient la volonté d'insister sur l'importance de l'assurance maladie dans la prévention. Si la Caisse nationale de santé ne devait ainsi pas disposer du personnel nécessaire pour créer un tel département de prévention, sa représentation par un ou plusieurs agents au sein d'un comité multidisciplinaire paraîtrait recommandable pour s'impliquer dans des politiques de prévention dépassant les programmes de médecine préventive réalisés en application de l'article 17 du Code de la sécurité sociale.

c) *Une évaluation possible des dépenses de prévention*

Que les politiques de prévention soient organisées par un organe indépendant financé par les organismes de sécurité sociale, par un comité de collaboration ou par chaque institution séparément ou en collaboration avec l'Etat, toute initiative de prévention profiterait sans doute d'une estimation fiable des coûts et des dépenses réelles effectuées en matière de prévention et de la fixation d'objectifs chiffrés. Ainsi, si la Caisse nationale de santé connaissait ses dépenses pour des actes répondant aux critères de la prévention, comme les consultations de routine chez les médecins spécialistes, elle pourrait éventuellement décider d'offrir ces prestations de manière plus efficace. En Allemagne, par exemple, le paragraphe 20 du livre V du code social ("*Sozialgesetzbuch*") oblige les caisses de maladie à prendre des mesures de prévention primaire s'élevant à 2,56? par an par assuré ¹⁴⁰⁾. Les caisses de maladie comptabilisent ainsi les actes de prévention primaire dans leurs comptes et peuvent en évaluer l'efficacité.

Or, il a été constaté plus haut que l'assurance maladie prenait essentiellement en charge des mesures de prévention secondaire et tertiaire par application des textes législatifs qui la lient. Ainsi, le constat que "*malgré une abondance des soins et une couverture généralisée, l'état de santé de la population luxembourgeoise reste dans la moyenne de l'OCDE*" ¹⁴¹⁾ doit être nuancé dans la mesure où le budget de l'assurance maladie ne rend pas compte des nombreuses prestations de prévention offertes aux assurés. En France, une étude a estimé qu'en 2002 les dépenses de prévention du secteur de la santé représentaient le double des dépenses comptabilisées comme dépenses de prévention, à savoir 10,5 milliards d'euros au lieu de 4,7

139) Caisse nationale de santé, Caisse nationale de santé d 'Gesondheetskees. Conférence de presse 28 décembre 2008, Luxembourg, 2008, disponible en ligne: www.cns.lu/files/presse/Conference_2008_1222.pdf.

140) Cette disposition peut être consultée en ligne: http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0502000.

141) Conseil économique et social, Evolution économique, sociale et financière du pays 2009, op. cit., note 54.

milliards ¹⁴²⁾. En sachant que la plupart des dépenses pour des actes de diagnostics, c'est-à-dire de prévention secondaire, étaient déjà comptabilisées comme prestations de prévention, cette estimation confirme que le constat de l'OCDE doit être relativisé.

Une telle étude pourrait également être réalisée au Luxembourg par un groupe d'experts. Si la limite entre soins curatifs et services préventifs n'est pas aisée à tracer, une telle étude permettrait d'isoler les actes à caractère essentiellement préventif. Ainsi, si une personne souffrant d'hypertension artérielle consulte son médecin tous les trois à six mois, conformément aux recommandations du Conseil scientifique dans le domaine de la santé ¹⁴³⁾, les prestations ont un caractère essentiellement préventif. Si de telles consultations pouvaient être saisies sous un code spécifique par le médecin sur son mémoire d'honoraire, l'assurance maladie pourrait comptabiliser la prestation sous une rubrique prévention. Elle pourrait ainsi progressivement gagner une vue de ses dépenses de prévention effectives et décider de modifier son offre. Les représentants de la Caisse nationale de santé pourraient ainsi proposer à la commission de nomenclature de se réunir pour négocier des tarifs spécifiques pour des prestations à caractère préventif, conformément à l'article 65 du Code de la sécurité sociale. Progressivement, l'assurance maladie pourrait ainsi connaître ses dépenses de prévention, évaluer l'efficacité de prise en charge des diverses mesures et éventuellement décider d'offrir certaines prestations suivant une certaine logique. Certaines prestations pourraient être, par exemple, systématiquement et gratuitement offertes à une certaine catégorie de personnes, en fonction de leur âge.

§2: Une offre de prestations par l'assurance maladie dans une vision de politiques de prévention

a) Une réorganisation des nomenclatures

Une révision éventuelle des nomenclatures suppose une collaboration avec les prestataires de soins. Or, les négociations au sein de la commission de nomenclature prévue à l'article 65 du Code de la sécurité sociale ne sont pas toujours aisées et le résultat final consiste souvent en un compromis.

L'OCDE remarque à ce sujet que la Caisse nationale de santé est un "*organisme de plus grande dimension et plus puissant, auquel il faudrait accorder une certaine autonomie tout en le responsabilisant davantage*" ¹⁴⁴⁾.

¹⁴²⁾FENINA, A., GEFFROY, Y., MINC, C., RENAUD, T., SARLON, E. et SERMET, C., "Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France", op. cit., note 100, p. 5.

¹⁴³⁾Conseil scientifique dans le domaine de la santé, Prise en charge de l'hypertension artérielle, op. cit., note 77.

¹⁴⁴⁾Organisation de Coopération et de Développement Economiques, Etude économique du Luxembourg 2008: Bien soigner et bien dépenser: renforcer l'efficacité économique des soins de santé; Synthèse, op. cit., note 4, p. 8.

Cette autonomie et responsabilisation permettraient à la Caisse nationale de santé de renforcer sa position de négociation pour "*agir comme acheteur avisé de services de santé*" en s'appuyant sur "*des analyses coût-efficience*" ¹⁴⁵⁾.

Or, d'une part, la Caisse nationale de santé, comme les autres institutions de sécurité sociale, est placée sous la surveillance du gouvernement. Cette surveillance s'exerce par l'Inspection générale de la sécurité sociale ¹⁴⁶⁾. D'autre part, la Caisse nationale de santé ne semble pas plus puissante que les caisses auxquelles elle est substituée ¹⁴⁷⁾, notamment dans l'élaboration de programmes de médecine préventive ¹⁴⁸⁾, dans la conclusion de conventions ¹⁴⁹⁾ ou dans les négociations des nomenclatures avec les prestataires de soins ¹⁵⁰⁾.

Ainsi, l'introduction d'un code et d'un tarif spécifique pour les consultations de routine des médecins généralistes ou des médecins spécialistes devrait rencontrer l'accord des représentants de la commission de nomenclature. Il semble, par exemple, que les professionnels identifient progressivement l'intervention du médecin généraliste comme essentielle pour la réussite de politiques de prévention ¹⁵¹⁾. La Caisse nationale de santé pourrait ainsi vouloir introduire des éléments de politiques de prévention dans les discussions autour du dossier médical du médecin généraliste. L'on peut également imaginer qu'une étude réalisée par un comité d'experts scientifiques et administratifs souligne, par exemple, l'importance de consultations de routine annuelles auprès d'un médecin spécialiste en gynécologie à partir d'un certain âge.

La réussite éventuelle de telles politiques de prévention offrant des consultations annuelles de routine supposerait sans doute l'introduction d'un tarif spécifique dans la nomenclature des actes et services des médecins à charge de l'assurance maladie ¹⁵²⁾. Si le corps médical ne devait pas être convaincu de l'utilité de telles mesures ou devait retenir son accord en vue de négocier un autre intérêt, l'initiative de prévention de la Caisse nationale de santé pourrait être retardée, voire échouer. De plus, il peut s'avérer difficile de fixer le tarif des actes de prévention. Soit il est plus élevé qu'une consultation normale, ce qui risque d'induire une surconsommation de prestations de

145)Idem.

146)Code de la sécurité sociale, article 409.

147)Loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique, op. cit., note 1, article 15.

148)Code de sécurité sociale, article 17.

149)Code de la sécurité sociale, articles 61 et 75.

150)Code de sécurité sociale, article 65.

151)JOURDES, L. et RUELLE, Y., Mission de prévention: Quels moyens pour le médecins généraliste?, Tours, 2006, disponible en ligne: <http://www.isnar-img.com/CONGRES/060106-art-PREVENTION.pdf>.

152)Règlement grand-ducal du 27 février 2009 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins, Mémorial A-N°40, 09.03.2009, p. 565.

prévention, soit il est inférieur et les médecins auront tendance à préférer la facturation d'actes de médecine curative. Cet effort de balancement devrait sans doute revenir à un groupe d'experts, toutefois, l'on peut se demander si la prestation de prévention ne pouvait pas, dans un premier temps, avoir le même tarif que celle de médecine curative. Cela permettrait à l'assurance maladie de la saisir dans ses comptes, tout en incitant la population à profiter d'une offre de prévention.

En complément, le comité directeur de la Caisse nationale de santé, compétent pour établir les statuts de la Caisse nationale de santé, pourrait décider d'inscrire le remboursement intégral de certaines consultations de routine annuelles pour un public cible dans cet instrument ¹⁵³). Dans un objectif d'évaluation, l'assurance maladie pourrait alors saisir ces prestations sous une rubrique "*prévention*" du budget.

L'on pourrait également imaginer que la Caisse nationale de santé décide de modifier les taux de prise en charge de certaines prestations pour inciter les assurés à participer à des politiques de prévention et à modifier leurs comportements individuels. L'OCDE recommande ainsi la diminution de la participation financière des assurés participant à des mesures de prévention ¹⁵⁴). Cette recommandation ne semble, toutefois, pas conforme au modèle de solidarité luxembourgeois, visant à garantir un accès égal aux soins de santé à toute personne. De plus, le code de déontologie médicale prévoit que le patient a le droit de ne pas savoir et peut refuser d'être informé sur son état de santé. Les statuts de la Caisse nationale de santé risqueraient ainsi d'être contraires à ce texte s'ils conditionnaient la prise en charge de certains actes à une obligation pour le patient de s'informer régulièrement sur son état de santé, d'autant plus que les instruments en question sont au même niveau dans la hiérarchie des normes.

La Caisse nationale de santé dispose ainsi d'une certaine autonomie pour initier des mesures de prévention par l'établissement de ses statuts. Toutefois, cette autonomie est limitée par le contrôle exercé par l'Inspection générale de la sécurité sociale, les statuts de la Caisse nationale de santé devant, en effet, être approuvés par arrêté ministériel ¹⁵⁵). L'on pourrait éventuellement se demander s'il pourrait être opportun de réduire ce contrôle et de permettre à la Caisse nationale de santé de prendre les initiatives de prévention qu'elle juge utiles. Toutefois, il a été remarqué plus haut que la Caisse nationale de santé ne disposait que d'un nombre très limité de personnel affecté aux politiques de prévention et qu'elle ne disposait pas de personnel médical. De plus, même si la Caisse nationale de santé basait ses mesures de prévention sur des expertises scientifiques externes, le contrôle

¹⁵³)Code de la sécurité sociale, article 45, alinéa 3, 5).

¹⁵⁴)Organisation de Coopération et de Développement Economiques, Etude économique du Luxembourg 2008: Bien soigner et bien dépenser: renforcer l'efficacité économique des soins de santé ; Synthèse, op. cit., note 4, p. 8.

¹⁵⁵)Code de la sécurité sociale, article 45, alinéa 4.

gouvernemental ne devrait pas être écarté, surtout en matière de prévention où des investissements à court terme, parfois conséquents, n'engendrent des résultats qu'à long terme.

La recommandation de l'OCDE de confier plus d'autonomie à la Caisse nationale de santé pourrait ainsi éventuellement être transposée pour lui donner plus de compétences dans ses négociations avec les prestataires de soins, mais ne semble pas devoir être interprétée dans le sens d'une autonomie par rapport à la surveillance du gouvernement.

b) La conclusion de conventions avec des prestataires autres que ceux qui sont visés par le Code de la sécurité sociale

Le manque d'autonomie dans les négociations avec les prestataires de soins s'exprime également au niveau des conventions que la Caisse nationale de santé est habilitée à conclure avec les établissements hospitaliers visés par la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers¹⁵⁶⁾ ou les prestataires de soins énumérés à l'article 61 du Code de la sécurité sociale. La question de l'interprétation du texte légal avait déjà été posée en cas de désaccord entre les prestataires de soins concernés et l'Union des caisses de maladie. Cette question de savoir si le texte légal doit être interprété dans le sens que la Caisse nationale de santé est compétente pour conclure des conventions uniquement avec les prestataires de soins précités reste d'actualité.

Ainsi, elle a récemment été posée dans le cadre de l'exécution de la convention instituant un programme pilote d'aide au sevrage tabagique. Cette convention prévoit, en effet, que les médecins remplissent une feuille de suivi pour chaque patient dans le cadre du programme de médecine préventive. La feuille en question doit être conventionnellement fixée par l'association représentative des médecins et la Caisse nationale de santé¹⁵⁷⁾. Cette obligation est conforme au Code de la sécurité sociale qui prévoit que les instruments organisant la transmission et la circulation de données et d'informations entre les prestataires de soins, les assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale ou l'assurance maladie font l'objet d'une convention¹⁵⁸⁾.

Or, alors que la signature de la convention date du 30 novembre 2007, les négociations autour de l'introduction de la feuille de suivi dans une convention n'ont toujours pas abouti et la Caisse nationale de santé ne dispose pas de moyens juridiques pour rendre la convention opposable à l'Association des médecins et médecins-dentistes qui y est tiers.

¹⁵⁶⁾Code de la sécurité sociale, articles 60, alinéa 2, 74 et 75. Loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, Mémorial A-N°78, 18.09.1998, p. 1564.

¹⁵⁷⁾Convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un programme pilote d'aide au sevrage tabagique, Mémorial A-N°222, 14.12.2007, p. 3842, article 10.

¹⁵⁸⁾Code de la sécurité sociale, article 64.

L'engagement pris par l'association représentative des médecins dans la convention conclue en exécution des articles 61 et suivants du Code de la sécurité sociale à contribuer à la réalisation d'actions de prévention et d'éducation sanitaires ne semble pas suffisant pour lui rendre opposable la convention de médecine préventive relative au projet pilote d'aide au sevrage tabagique ¹⁵⁹⁾.

Pour éviter que des politiques de prévention ne puissent devenir otages des négociations entre la Caisse nationale de santé et les prestataires de soins, le législateur pourrait prévoir que les modalités d'exécution d'une convention portant un programme de médecine préventive, conclue en application de l'article 17 du Code de la sécurité sociale, fassent l'objet d'un règlement grand-ducal. Il reviendrait alors à l'Inspection générale de la sécurité sociale d'imposer les formulaires et autres instruments nécessaires à l'exécution de la convention de médecine préventive ¹⁶⁰⁾. Une telle disposition législative supposerait ainsi une plus grande implication de l'Inspection générale de la sécurité sociale dans la mise en place du programme de médecine préventive.

Toutefois, même en dehors d'une telle contrainte législative, l'Inspection générale de la sécurité sociale dispose déjà d'une possibilité d'intervention en cas d'inexécution d'une convention portant organisation d'un programme de médecine préventive. Cette hypothèse pourrait, en effet, être interprétée comme relevant du champ d'application de l'article 410, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, selon lequel le ministre pourrait donner l'injonction à l'autorité de surveillance d'agir à la place de la Caisse nationale de santé, laquelle manquerait à l'obligation que lui impose une convention.

Finalement, la question se pose de savoir si les textes législatifs ne permettraient pas à la Caisse nationale de réaliser une convention avec d'autres prestataires que ceux visés aux articles 60 et 61 du Code de la sécurité sociale, notamment dans le cadre de politiques de prévention menées en collaboration avec l'Etat ou de sa propre initiative.

L'article 61 du Code des assurances sociales prévoit que, dans le domaine extra-hospitalier, les relations entre l'assurance maladie et les prestataires de soins, exerçant légalement leur profession au Luxembourg, sont notamment réglées par des conventions. Un second alinéa énumère les prestataires de soins avec lesquels une convention est conclue. Dans le domaine hospitalier, la Caisse nationale de santé est compétente pour conclure des conventions avec les établissements hospitaliers visés par la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers ¹⁶¹⁾.

¹⁵⁹⁾Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association des médecins et médecins-dentistes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales, op. cit., note 102, article 83.

¹⁶⁰⁾Code de la sécurité sociale, article 423.

¹⁶¹⁾Code de la sécurité sociale, articles 60, alinéa 2, 74 et 75. Loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, op. cit., note 156.

Or, la question est soulevée de savoir si cette énumération est exclusive et interdit la conclusion d'une convention spécifique avec une personne morale d'utilité publique, comme la Ligue luxembourgeoise de prévention et d'action médico-sociales (Ligue médico-sociale) dont l'objet est de contribuer à la promotion de la médecine préventive et sociale ¹⁶²⁾. En effet, cette ligue propose, par exemple, des consultations aux personnes désireuses d'arrêter de fumer. Les prestations, effectuées par des professionnels de la santé, sont prises en charge par l'assurance maladie, si elles sont délivrées conformément aux textes juridiques réglant les conditions de prise en charge.

Or, la Ligue médico-sociale est ni un prestataire de soins, ni un établissement hospitalier. À première vue, la Caisse nationale ne semble ainsi pas compétente pour conclure une convention avec un tel organisme. Néanmoins, l'intervention de l'Etat permet de lier la Caisse nationale de santé à de tels prestataires pour la réalisation de politiques de prévention. La convention conclue entre l'Etat et l'Union des caisses de maladie pour la création d'un Centre de prévention lie l'assurance maladie au Service de Santé au Travail Multisectoriel ¹⁶³⁾.

Il semble ainsi que la Caisse nationale de santé n'ait la possibilité de s'associer à des personnes autres que celles visées aux articles 60 et 61 du Code de la sécurité sociale pour réaliser des politiques de prévention uniquement dans le cadre des conventions qu'elle conclut avec l'Etat sur base de l'article 17 du Code de la sécurité sociale. Pour toute action de prévention qu'elle pourrait vouloir mener en dehors de ce cadre, la Caisse nationale de santé ne pourrait s'associer qu'aux prestataires de soins ou à des établissements hospitaliers énumérés par la loi.

¹⁶²⁾Loi du 25 avril 1983 portant modification de la loi du 19 mars 1910 conférant la personnalité civile à la Ligue luxembourgeoise contre la tuberculose et approbation du changement de dénomination de ladite Ligue en Ligue luxembourgeoise de prévention et d'action médicosociales, Mémorial A-N°33, 13.05.1983, p. 769.

¹⁶³⁾Convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant création d'un centre de prévention pour le dos, op. cit., note 94.

CONCLUSION

Cette brève analyse sur la signification de la création d'une Caisse nationale de santé au Luxembourg relève qu'il n'est pas suffisant pour le pouvoir politique d'affirmer que "*le nom est programme*" ¹⁶⁴).

Le changement de dénomination semble destiné à souligner le rôle et la légitimation de l'assurance maladie, en tant qu'assureur du risque maladie, dans les politiques de prévention.

Néanmoins, afin que le nom de la nouvelle caisse de maladie ne reste pas sans contenu, il semble important que celle-ci se dote d'un véritable programme en matière de politiques de prévention. Or, la Caisse nationale de santé ne dispose pas de nouveaux instruments dans cette matière et aucune réforme structurelle n'est prévue. Ainsi, la Caisse nationale de santé est appelée à mettre en œuvre des politiques de prévention dans le cadre législatif dont elle dispose.

Une analyse des mesures de prévention menées actuellement par l'assurance maladie permet de conclure que celles-ci sont multiples, mais que leur comptabilisation budgétaire ne permet pas d'en rendre compte, ce qui amène un organisme international, comme l'OCDE, à déplorer le bas niveau de dépenses de prévention du Luxembourg ¹⁶⁵). Or, les mesures de prévention de la Caisse nationale de santé, d'une part, s'inscrivent dans le cadre de programmes de médecine préventive réalisés en collaboration avec l'Etat et, d'autre part, résultent de la prise en charge de prestations de prévention à travers les instruments juridiques qui lient l'assurance maladie.

Certaines pistes de solutions ont été proposées, dans un troisième chapitre, pour permettre à la Caisse nationale de santé de rendre son intervention en matière de prévention plus visible et pour la munir d'instruments d'évaluation de l'efficacité de ses dépenses de prévention. Ainsi, la Caisse nationale de santé pourrait intervenir plus largement dans la promotion de la santé, c'est-à-dire de l'information aux assurés pour leur permettre de prendre des décisions éclairées quant à leur santé. Cette information pourrait se faire en collaboration avec le Ministère de la Santé et d'autres organismes de sécurité sociale, chacun dans la limite de ses compétences. Au-delà d'une collaboration en matière de communication au public, il est imaginable que les organismes de sécurité sociale, légitimés à intervenir en matière de prévention, s'unissent en vue de l'élaboration de politiques de prévention. Même en dehors de toute collaboration, la Caisse nationale de santé dispose de certains instruments pour mener des initiatives de prévention ciblées et organisées.

¹⁶⁴WOLTER, B., "Gesondheitskees: Strukturreform und neuer Name. Interview mit Gesundheitsminister Mars Di Bartolomeo", op. cit., note 23 p. 6.

¹⁶⁵Organisation de Coopération et de Développement Economiques, Etude économique du Luxembourg 2008: Bien soigner et bien dépenser: renforcer l'efficacité économique des soins de santé; Synthèse, op. cit., note 4, p. 7.

Le "*programme*" politique accompagnant le changement de dénomination n'ayant jamais été rendu public, il revient peut-être à la Caisse nationale de santé de proposer les initiatives qui lui paraissent utiles, celles-ci nécessitant des adaptations législatives plus ou moins importantes. La nouvelle caisse de santé, si elle entend donner un contenu à son nom, semble devoir actuellement s'appuyer sur les instruments dont elle dispose, d'autant plus qu'elle naît en période électorale et de crise économique. La prévention ne sera peut-être pas une préoccupation principale du prochain gouvernement. Néanmoins, la Caisse nationale de santé conserve sa légitimité à mettre en place des politiques de prévention dont les résultats éventuels sont susceptibles d'affecter tant ses recettes que ses dépenses. Cette légitimité d'action est ainsi peut-être renforcée face à une situation économique difficile.

Bibliographie

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, *Journée mondiale de la Sécurité et de la Santé au Travail*: "Santé et vie au travail: un droit humain fondamental", 28.04.2009, disponible en ligne:

<http://osha.europa.eu/fop/luxembourg/fr/28-avril-2009-journee-mondiale-de-la-securite-et-de-la-sante-au-travail> (11.05.2009)

ANTONOVSKY, A., *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*, Jossey Bass, San Fransisco, 1987.

AOK Rheinland-Hamburg, *AOK Clarimedis*, 2009, voyez:

<http://www.aok.de/rh/rd/clarimedis-175203.php>, (11.05.2009).

AOK, *Gesundheitsreformgesetz*,

http://www.aok.bv.de/lexikon/g/index_00366.html.

Busse, R., "Les systèmes de santé en Europe: données fondamentales et comparaison", *La Vie économique Revue de politique économique*, 2006, n°12, disponible en ligne:

www.dievolkswirtschaft.ch/fr/editions/2006_1_2/pdf/Busse.pdf (11.05.2009)

Caisse nationale de santé, *Caisse nationale de santé d'Gesondheetskees. Conférence de presse 28 décembre 2008*, Luxembourg, 2008, disponible en ligne: www.cns.lu/files/presse/Conference_2008_1_222.pdf.

Comité de surveillance du SIDA, *Rapport d'activité 2008*, Luxembourg, 2009, disponible en ligne:

<http://www.sante.public.lu/fr/cataloguepublications/rester-bonne-sante/sida-prevention/comite-surveillance-sida2008-rapport-activite/index.html>

Conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie, *Charte relative à l'organisation de programmes de médecine préventive dans le cadre des conventions visées à l'article 17 du Code des assurances sociales, conclues entre le Ministre de la Santé et l'Union des caisses de maladie*, 13.02.2008.

Conseil économique et social, *Evolution économique, sociale et financière du pays 2009*, Luxembourg, 03.04.2009, p. 55, disponible en ligne: http://www.ces.etat.lu/AVIS_ANNUELS.HTM (11.05.2009).

Conseil scientifique dans le domaine de la santé, *Prise en charge de l'hypertension artérielle*, Version 1.1, 02.06.2008, disponible en ligne:

<http://www.conseil-scientifique.lu/index.php?id=65> (11.05.2009).

DESCHAMPS, J.-C., Une "relecture de la charte d'Ottawa", *Santé publique*, 2003, vol. 3, n°15, p. 315.

FEIDER, J.-M., "La médecine préventive dans le droit social et le droit médical luxembourgeois", *BLQS*, 1996, p. 66.

FENINA, A., GEFFROY, Y., MINC, C., RENAUD, T., SARLON, E. et SERMET, C., "Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France", *Questions d'économie de la santé*, n°1 11, 2006, pp. 1-8, disponible en ligne: <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Qes2006.html>

Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, *Annexe à la déclaration gouvernementale. Accord de coalition*, Luxembourg, 04.06.2004, disponible en ligne: <http://www.gouvernement.lu/gouvernement/programme/programme2004/index.html> (11.05.2009).

Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, Avis du comité de coordination tripartite, 28 avril 2006.

HARF, L., "Comme lionne en cage. Le planning familial appelle à une révision de la loi sur l'avortement", *Le Jeudi*, 19.02.2009, p. 9

HURRELMANN, K., KLOTZ, T. et HAISCH, J., "Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung", in K., HURRELMANN, T., KLOTZ et J., HAISCH, *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, Bern, Huber, 2007, p. 17.

Inspection générale des affaires sociales (France), *Rapport annuel 2003. Santé, pour une politique de prévention durable*, 2003, disponible en-ligne: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports_publics/03400033_1/index.shtml, p. 354.

JOURDES, L. et RUELLE, Y., *Mission de prévention: Quels moyens pour le médecins généraliste?*, Tours, 2006, disponible en ligne: http://www.isnarimg.com/CONGRES/060_1_06-art-PREVENTION.pdf

LE FUR, P., PARIS, V., PEREIRA, C., RENAUD, T. et SERMET, C., "Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé", *drees. Etudes et Résultats*, n°247, 2003, p. 3, disponible en ligne: <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er247.pdf> (11.05.2009).

LEPPIN, A., "Konzepte und Strategien der Gesundheitsprävention", in K., HURRELMANN, T., KLOTZ et J., HAISCH, *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, Bern, Huber, 2007, p. 36.

Le petit Larousse illustré, Paris, 2005.

MOLINARO, C., "'J-9' für die Gesundheitskasse", *Tageblatt*, 23.12.2008, p. 13.

Organisation de Coopération et de Développement Economiques, *Etude économique du Luxembourg 2008: Bien soigner et bien dépenser: renforcer l'efficacité économique des soins de santé*; Synthèse, Paris, 2008, p.8, disponible en ligne

http://www.oecd.org/document/51/0,3343,fr_33873108_33873574_40931187_1_1_1_1,00.html (11.05.2009).

RAULT-DOUMAX, P., *L'assurance-maladie au risque de la mondialisation. La crise structurelle du système de santé*, Paris, L'Harmattan, 2008, p. 201.

ROSENBROCK, R., *Das deutsche Präventionsgesetz 2005 - ein gescheiterter Anlauf*, Berlin, 2008, disponible en ligne:

http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=0_117 (11.05.2009).

Sénat français, Note de synthèse, Paris

<http://www.senat.fr/lc/lc10/lc100.html>.

STÖCKEL, S., "Geschichte der Prävention und Gesundheitsförderung", in K., HURRELMANN, T., KLOTZ et J., HAISCH, *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, Bern, Huber, 2007, p. 21.

TEJADA DE RIVERO, D., A., "Alma-Ata Revisited", *The Magazine of the Pan American Health Organization*, 2003, vol. 8, n°2, disponible en ligne

http://www.paho.org/English/dd/pin/Number17_article_1_4.htm.

WOLTER, B., "Gesondheetskees: Strukturreform und neuer Name. Interview mit Gesundheitsminister Mars Di Bartolomeo", *Insight Santé Sécu*, 3, 2008, p. 6

**L'APPLICATION DES DISPOSITIONS
CONCERNANT L'ASSURANCE MALADIE
DU NOUVEAU RÈGLEMENT 883/2004
(ET DU NOUVEAU RÈGLEMENT D'APPLICATION)
EN MATIÈRE DE COORDINATION
DES RÉGIMES DE SÉCURITÉ SOCIALE**

Romain SCHAUL

Caisse nationale de santé

INTRODUCTION

Dans le contexte d'une Europe invitant les citoyens de plus en plus à exercer leur droit à la libre circulation, une bonne coordination communautaire des systèmes de sécurité sociale facilite ces échanges.

Plutôt que de mettre en place des mesures visant à harmoniser les législations des États membres, le droit communautaire prévoit une coordination des systèmes nationaux. [...] Dans le cadre de la coordination, l'État membre conserve son droit de déterminer les types de prestations et les conditions d'octroi. ¹⁾

La coordination en matière de sécurité sociale entre les États membres de l'Union européenne est actuellement assurée par le règlement (CEE) 1408/71 et son règlement d'application (CEE) 574/72. Ces règlements ont, depuis leur adoption, subi un grand nombre de modifications et d'amendements, tant à cause de changements au niveau national qu'à cause de changements au niveau communautaire. Ces modifications sont notamment engendrées par les interprétations des textes législatifs par la Cour de justice européenne. En effet, les dispositions du règlement (CEE) 1408/71 et de son règlement d'application (CEE) 574/72, "modifiés et complétés pratiquement chaque année, [...]

1) http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/c10521_fr.htm

finissaient néanmoins par constituer un cadre dépassé et un ensemble très complexe et peu clair de dispositions ajoutées les unes aux autres." ¹⁾

Le 29 avril 2004 le Conseil de l'Europe a adopté un nouveau règlement de coordination, le règlement (CEE) 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et qui remplacera le règlement (CEE) 1408/71. Après de longues années de négociations, la date d'entrée en vigueur est programmée pour le 1er mai 2010, date à laquelle le règlement d'application entrera en vigueur à son tour. Ce règlement d'application (CEE) 987/2009 a été adopté le 16 septembre 2009 et a été publié au Journal officiel de l'Union européenne le 30 octobre 2009. La période transitoire que le règlement prévoit est de 2 ans, donc le 1er mai 2012, les 27 pays de l'Union européenne devront tous avoir changé leurs modalités de travail en commun, afin de garantir la coordination des différents systèmes de sécurité sociale en respectant les nouvelles exigences du règlement de base (CEE) 883/2004 et de son règlement d'application (CEE) 987/2009.

Les nouveaux règlements de coordination n'établissent pas un changement radical, les principes de base restent les mêmes que ceux applicables actuellement:

- Le principe de l'unicité de la législation applicable
- Le principe de l'égalité de traitement
- Le principe de l'assimilation de prestations, de revenus, de faits ou d'événements (d'où la généralisation du principe de l'exportabilité)
- Le principe de la totalisation des périodes

Les objectifs principaux visés par le règlement (CEE) 883/2004 sont la simplification, la clarification et la modernisation des dispositions existantes. Les droits des personnes protégées sont ainsi améliorés et la libre circulation facilitée. Les nouvelles dispositions s'inscrivent de ce fait complètement dans la logique fixée par le traité instituant la communauté européenne ²⁾. En aucun cas, une personne qui se déplace à l'intérieur de l'UE ne devra donc se voir lésée par le fait même de sa mobilité. Le règlement (CEE) 883/2004 paraît par moments même encourager les gens à se déplacer plutôt que de vouloir limiter la mobilité tel que le laissent entendre divers articles du règlement (CEE) 1408/71. Le règlement (CEE) 883/2004 lève à tel point les obstacles en ce qui concerne le déplacement, que les personnes qui choisiront de se déplacer entre divers pays en vue d'obtenir un remboursement optimal pour les soins de santé qu'elles estiment le mieux adaptés à leur état de santé risquent d'augmenter. Parmi les Considérants du règlement d'application (CEE) 987/2009, on peut en effet trouver des

1) Jean-Claude Fillon, *Union européenne et sécurité sociale: les nouveaux règlements de coordination*, *Revue Droit du Travail*, juin 2009

2) Le règlement (CEE) 883/2004 se réfère de manière globale au traité instituant la Communauté européenne, et plus spécialement à ses articles 42 et 308.

formulations du type: "Le règlement prévoit des mesures et des procédures destinées à favoriser la mobilité des travailleurs et des chômeurs." ¹⁾

Il faut noter que le vote du règlement (CEE) 883/2004 se situait le 29 avril 2004, avant l'élargissement de l'Union européenne aux 27 États membres actuels. Vu que les systèmes de sécurité sociale de ces États membres présentent des spécificités qui n'ont pas été pris en compte en 2004, c'est au moment du vote du règlement d'application, que des dispositions complémentaires et modificatives ont été adoptées et intégrées dans le règlement (CEE) 883/2004. D'autres dispositions complémentaires et modificatives ont aussi été intégrées à cause de l'évolution des dispositions de coordination depuis la date du vote en avril 2004 jusqu'à l'entrée en application définitive le 1er mai 2010. Ainsi, le règlement (CEE) 883/2004 prend en considération, dans la mesure où les États membres de l'Union européenne ont pu trouver des accords ou compromis, les inflexions données à la coordination par la jurisprudence européenne et aussi par les dispositions du traité européen. C'est le règlement (CEE) 988/2009, adopté le 16 septembre 2009 et publié le 30 octobre 2009 qui regroupe toutes ces modifications ainsi que les mises à jour des annexes du règlement (CEE) 883/2004. La coordination future entre les États membres sera ainsi réglée par 3 règlements adoptés séparément et à cinq ans d'intervalle.

En dehors des dispositions du règlement (CEE) 883/2004 il faudra veiller à l'application des nombreuses conventions bi- ou multilatérales dont un certain nombre d'articles s'articulent plus ou moins explicitement par rapport aux dispositions du règlement (CEE) 1408/71. Il s'agit notamment des droits accordés aux personnes couvertes par ces dispositifs bi- ou multilatéraux, des formulaires modulés à partir des formulaires Exxx ou encore des modalités de remboursement entre les institutions concernées.

Le présent texte vise à analyser l'application du nouveau règlement 883/2004 et de son règlement d'application (CEE) 987/2009 dans le domaine de l'assurance maladie maternité. Le présent texte relève les exigences des nouveaux règlements par rapport aux dispositions actuellement en vigueur suivant les dispositions du règlement (CEE) 1408/71 et de son règlement d'application (CEE) 574/75. L'analyse pourra servir de documentation aux techniciens travaillant quotidiennement à l'application concrète des dispositions des nouveaux règlements et pourra aider les agents des institutions de sécurité sociale en contact quotidien avec les personnes protégées exerçant leur droit à la libre circulation. Le présent texte traitera principalement les dispositions du chapitre 1 du Titre III "Prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées" mais examinera aussi les autres dispositions qui ont leur incidence sur ce chapitre.

1) *Règlement d'application (CEE) 987/2009, considérant n° 13.*

Table des matières

INTRODUCTION

DISPOSITIONS GÉNÉRALES (TITRE PREMIER DU RÈGLEMENT (CEE) 883/2004)

- Définitions
- Champ d'application personnel
- Champ d'application matériel
- Egalité de traitement
- Autres dispositions générales

DÉTERMINATION DE LA LÉGISLATION APPLICABLE (TITRE II DU RÈGLEMENT (CEE) 883/2004)

- Règles générales et particulières
- Exercice d'activités dans deux ou plusieurs États membres
- Dispositions diverses

PRESTATIONS DE MALADIE, DE MATERNITÉ ET DE PATERNITÉ ASSIMILÉES (TITRE III DU RÈGLEMENT (CEE) 883/2004)

Section 1 *Les personnes assurées et les membres de leur famille, à l'exception des titulaires de pension et des membres de leur famille*

- Dispositions générales
- Résidence dans un État membre autre que l'État membre compétent
- Séjour dans l'État membre compétent alors que la résidence se trouve dans un autre État membre
- Séjour hors de l'État membre compétent
- Déplacement aux fins de bénéficier de prestations en nature - Autorisation de recevoir un traitement adapté en dehors de l'État membre de résidence
- Prestations en espèces
- Demandeurs de pension

Section 2 Titulaires de pension et membres de leur famille

Droit aux prestations en nature en vertu de la législation de l'État membre de résidence

Absence de droit aux prestations en nature en vertu de la législation de l'État membre de résidence

Séjour dans un État membre autre que l'État membre de résidence

Séjour dans l'État membre compétent

Autorisation de recevoir les soins nécessaires hors de l'État membre de résidence

Dispositions spécifiques applicables aux travailleurs frontaliers pensionnés

Cotisations du titulaire de pension

Section 3 Dispositions communes

Disposition générale

Règles de priorité en matière de droit à prestations en nature

Prestations en nature de grande importance

Cumul de prestations pour des soins à longue durée

Mesures d'application particulières

Coopération

DISPOSITIONS FINANCIÈRES

Remboursement entre institutions

Section 1 Remboursement des prestations sur la base des dépenses réelles

Section 2 Remboursement des prestations sur la base de forfaits

Méthode de calcul des forfaits mensuels et du forfait total

Notification des coûts moyens annuels

Section 3 Dispositions communes

Procédure de remboursement entre institutions

Délais d'introduction et de paiement des créances

Intérêts de retard et acomptes

Relevé des comptes annuels

ÉCHANGE ÉLECTRONIQUE

Définitions

Format et mode des échanges de données

**DISPOSITIONS TRANSITOIRES (TITRE VI DU RÈGLEMENT (CEE)
883/2004)****CONCLUSION****Bibliographie**

DISPOSITIONS GÉNÉRALES (TITRE PREMIER DU RÈGLEMENT (CEE) 883/2004)

Définitions

L'article 1er du règlement (CEE) 883/2004 contient un nombre de définitions à caractère général et qui s'appliquent donc aussi aux dispositions du chapitre 1 du Titre III "Prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées". Ces définitions reprennent globalement les définitions utilisées sous le règlement (CEE) 1408/71. Il y a pourtant certaines nouvelles définitions et l'abandon de certaines qui ont longtemps servi. Les notions de "travailleur salarié" et "travailleur non salarié" disparaissent au profit des notions "activité salariée" et "activité non salariée". Le règlement se réfère de manière globale pour l'application de ses dispositions aux personnes soumises à la législation de sécurité sociale d'un ou de plusieurs États membres.

La définition de l'"activité salariée" est utilisée notamment au titre II (Détermination de la législation applicable) et afin d'éviter une énumération compliquée, il est renvoyé à la législation de l'État où l'activité est exercée pour déterminer s'il s'agit d'une activité salariée ou non.

A la place des différentes catégories de personnes énumérées sous le champ d'application du règlement (CEE) 1408/71, dans le règlement (CEE) 883/2004 la notion de "personne assurée" est utilisée dans les chapitres maladie et décès. Elle renvoie aux personnes qui remplissent les conditions de la législation applicable pour avoir droit aux prestations.

La définition de "travailleur frontalier" a été reprise avec des légères adaptations de celle en vigueur avec le règlement (CEE) 1408/71. "Travailleur frontalier" est donc:

toute personne qui exerce une activité salariée ou non salariée dans un État membre et qui réside dans un autre État membre où elle retourne en principe chaque jour ou au moins une fois par semaine. ¹⁾

Les travailleurs frontaliers sont en effet des personnes concernées quotidiennement par les règlements de coordination et cette définition claire permet de pouvoir appliquer les articles qui conviennent et de ne pas léser ces personnes dans leurs droits. La définition permet notamment de faire la distinction avec une personne couverte par une assurance continuée ou des travailleurs comme les gens de mer qui du fait de leur inscription particulière tombent hors des dispositions applicables aux travailleurs frontaliers.

Le point v) bis i) de l'article 1 du règlement 883/2004 établit une nouvelle définition des prestations en nature. Pour l'application du chapitre III (Prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées), cette définition rattache les prestations en nature à la définition existant dans l'État

1) Règlement (CEE) 883/2004, Article premier "Définitions" point f)

membre où la personne assurée reçoit des soins, services ou fournitures. Elle comprend tous les frais annexes aux soins médicaux, notamment les frais de transport et les prestations pour soins de longue durée. L'arrêt Molenaar a en effet assimilé les soins de dépendance, désignés par "soins de longue durée" dans les nouveaux règlements, aux soins de l'assurance maladie en ce qui concerne l'application des dispositions de la coordination ¹⁾.

Dans l'article 1 point i) du règlement (CEE) 883/2004 se trouve la définition explicite des termes "membre de la famille":

- 1) i) *toute personne définie ou admise comme membre de la famille ou désignée comme membre du ménage par la législation au titre de laquelle les prestations sont servies;*
- ii) *pour ce qui est des prestations en nature selon le titre III, chapitre 1, sur la maladie, la maternité et les prestations de paternité assimilées, toute personne définie ou admise comme membre de la famille ou désignée comme membre du ménage par la législation de l'État membre dans lequel réside l'intéressé)*

Cette définition correspond à l'application actuelle et ne change donc pas les modalités existantes. L'État membre de résidence continue à déterminer les membres de famille qui sont à prendre à charge selon ses propres dispositions légales. D'éventuelles dispositions légales applicables dans un État membre mais non reconnues dans certains autres États membres ne peuvent pas être utilisées pour remettre en question la détermination des membres de famille à charge et donc pas non plus pour refuser la prise en charge d'éventuelles prestations de soins de santé.

Champ d'application personnel

Les personnes qui tombent sous le champ d'application du règlement (CEE) 883/2004 sont définies dans son article 2.

L'approche catégorielle historique (travailleurs salariés, travailleurs indépendants, étudiants...) est abandonnée au profit d'une approche globale (citoyens de l'Union européenne assurés ou ayant été assurés ²⁾.

La limitation du champ d'application du règlement par l'énumération des catégories de personnes auxquelles il s'applique n'est donc pas maintenue et la nouvelle approche permet une extension considérable du champ d'application. Le règlement (CEE) 883/2004 dans son article 2 stipule l'application "aux ressortissants de l'un des États membres, aux apatrides et aux réfugiés résidant dans un État membre qui sont ou ont été soumis à la législation d'un ou de plusieurs États membres, ainsi qu'aux membres de leur famille et à leurs survivants."

1) Arrêt Molenaar, affaire C 160/96, arrêt de la Cour du 5 mars 1998

2) Jean-Claude Fillon, *Revue de Droit du Travail*, juin 2009

L'intégration des non-actifs dans le champ d'application a une grande importance surtout sur le droit à la pension; l'assurance maladie couvre désormais tous les citoyens des États membres européens à la condition que ces personnes soient ou aient été soumises à la législation de sécurité sociale d'un ou de plusieurs États membres. Une résidence à l'intérieur de l'Union européenne n'est plus une des conditions pour bénéficier des droits en application du règlement (CEE) 883/2004: "Le champ territorial est désormais *mondialisé* et non plus limité au seul espace géographique de *notre bonne vieille Europe*". ¹⁾ Ces personnes sont aussi assurées de se voir appliquer les principes de l'égalité de traitement.

Les pays qui donnent un droit à la sécurité sociale sur base de la résidence sont obligés d'appliquer ces droits au niveau coordination. Certaines dispositions ont pourtant été intégrées dans le règlement afin d'éviter des transferts de charge injustifiés entre les États membres.

Cet article 2 permet ainsi une extension mais aussi une simplification. L'approche catégorielle nécessitait en effet un nombre assez élevé de définitions complexes et tout un dispositif de règles particulières et d'exceptions pour chaque catégorie existante.

Le règlement (CEE) 859/03 qui étend les dispositions du règlement 1408/71 aux ressortissants de pays tiers reste en vigueur ²⁾. La proposition de règlement COM (2007) 439 qui permettrait l'extension des dispositions du règlement (CEE) 883/2004 aux ressortissants de pays tiers est actuellement en cours de négociation. Les dispositions actuelles et les dispositions nouvelles vont de ce fait exister en parallèle ce qui pourra poser des difficultés en ce qui concerne leur application par rapport à une situation concrète.

Champ d'application matériel

Avec le règlement (CEE) 883/2004, toutes les prestations de sécurité sociale qui sont prévues au niveau national tombent dans la coordination. Il n'y a plus d'exceptions comme pour le règlement (CEE) 1408/71.

L'article 3 du règlement (CEE) 883/2004 étend le champ d'application matériel par rapport aux dispositions actuelles. En plus des prestations de maternité, le champ d'application comprend les prestations de paternité assimilées. Selon le considérant 19 du règlement de base, il s'agit des prestations de maternité et de paternité assimilées qui peuvent dans certains cas être accordées à la mère ou au père et sont alors servies durant les premiers mois de la vie de l'enfant. De ce fait, les prestations de maternité et

1) CLEISS, BLI 1-2007, L'IMPACT PREVISIBLE DU NOUVEAU REGLEMENT EUROPEEN (CE) 883 / 2004 SUR LES INSTITUTIONS FRANCAISES DE SECURITE SOCIALE, Éric TROTTMANN, Directeur du CLEISS Françoise ROGER, Directrice des affaires juridiques, CLEISS, Pierre SITKO, Directeur de l'informatique, CLEISS, page 20.

2) Cf. règlement (CEE) 883/2004, article 90 paragraphe 1a) et règlement d'application (CEE) 987/2009, article 96 paragraphe 1a)

de paternité assimilées sont réglementées ensemble. Les prestations de paternité ne concernent pas le Luxembourg où ce type de prestations n'est actuellement pas prévu par les statuts de l'assurance maladie maternité.

Le champ d'application comprend en plus les prestations de préretraite. La définition concernant la préretraite permet de la distinguer des prestations de chômage et des prestations anticipées de vieillesse. Au niveau des institutions luxembourgeoises, le traitement des personnes en préretraite correspond au traitement des personnes en activité. Les nouvelles dispositions du champ d'application matériel n'apportent donc pas de vrai changement.

L'article 3 confirme, comme dans le règlement (CEE) 1408/71, que l'assistance sociale et médicale est exclue du champ d'application du nouveau règlement. En plus, sont explicitement exclus du champ d'application du nouveau règlement les régimes de prestations en faveur des victimes de la guerre, et de manière large, toutes les prestations qui sont accordées par un État à titre d'indemnisation aux victimes pour des dommages dont cet État assume la responsabilité.

Egalité de traitement

L'article 4 du règlement (CEE) 883/2004 reprend explicitement ce principe qui figure déjà au considérant numéro 5: "Il convient, dans le cadre de cette coordination, de garantir à l'intérieur de la Communauté aux personnes concernées l'égalité de traitement au regard des différentes législations nationales". Ce principe est en effet une des principales exigences de l'ensemble des dispositions du règlement. Toute personne sera ainsi traitée de la même façon, sans considération de sa nationalité. L'exportation des prestations devient la règle et les éventuelles clauses de résidence existantes avec le règlement 1408/71 sont supprimées.

En matière d'égalité, l'assimilation des faits est généralisée. Dans le domaine des prestations familiales, ce principe d'interdiction de discrimination a été établi par l'arrêt Pinna qui se base sur le traité instituant la Communauté européenne et notamment sur les dispositions relatives à l'égalité et à la libre circulation des travailleurs.¹⁾

Autres dispositions générales

Le règlement d'application (CEE) 987/2009 fixe à son tour des dispositions générales qui ont évidemment aussi trait au chapitre relatif aux "prestations de l'assurance maladie, de maternité et de paternité assimilées."

1) Arrêt Pinna, affaire C 359/87, arrêt de la Cour du 2 mars 1989

Terminologie

L'article 1 du règlement (CEE) 987/2009 remplace en bloc le mot "formulaire" qui est utilisé dans le règlement (CEE) 1408/71 par le mot "document". En effet, l'échange d'informations qui s'effectue actuellement au moyen de formulaires en format papier sera remplacé, autant que possible, par des échanges électroniques et le terme "document" vise ainsi l'ensemble des données à échanger, quel que soit leur support.

Portée et modalités des échanges

L'article 3 du règlement (CEE) 987/2009 régit la "portée et [les] modalités des échanges entre les personnes concernées et les institutions". L'article entier concerne le devoir d'information que doivent remplir les institutions tout en respectant le droit des personnes concernant la protection des données à caractère personnel. Le principe de la "protection des données à caractère personnel" figure par ailleurs dans l'article 77 du règlement (CEE) 883/2004. Cet article 77 constitue un rappel des diverses directives communautaires qui se rapportent à la protection de la vie privée et aux communications électroniques. Y figurent de manière explicite les exigences de la "protection des personnes physiques à l'égard du traitement et de la libre circulation des données à caractère personnel".

Les États membres qui remplissent leur devoir d'information sont en plus invités à veiller "à la convivialité des services fournis ¹⁾" tout en essayant de raccourcir au maximum les délais des divers échanges.

Cet article 3 précise que les décisions négatives doivent être motivées et indiquer les voies et délais de recours, obligations qui existent déjà dans la législation nationale luxembourgeoise et qui sont donc déjà appliquées lors du travail quotidien.

Valeur juridique de pièces justificatives

L'article 5 du règlement (CEE) 987/2009 statue sur la valeur juridique des pièces justificatives établies dans un État membre de l'Union européenne. Tout document établi par une institution est en principe un document valide aussi pour toute autre institution et devra donc être accepté comme tel ²⁾. S'il existe de sérieux doutes quant à la validité des données inscrites sur le document, l'institution émettrice procède aux éclaircissements nécessaires et, le cas échéant, le retire dudit document. Seul l'institution émettrice peut donc annuler un document établi. Si deux institutions n'arrivent pas à trouver un accord quant à la validité d'un document, la commission administrative pourra être saisie pour empêcher des litiges interminables.

1) *Règlement (CEE) 987/2009, article 3 paragraphe 1*

2) *Carine Pigeon, DBLE0022 Analyse règlement 883-2004, tableau Excel: "Il s'agit de la transposition de la jurisprudence de la Cour de justice (notamment dans l'affaire Banks, C-178/97 arrêt du 30/03/2000)"*

Application provisoire d'une législation

L'article 6 du règlement (CEE) 987/2009 clarifie les nouvelles procédures quant à l'application provisoire d'une législation et l'octroi provisoire de prestations. Ce principe de l'inscription provisoire est prévu dans un grand nombre de dispositions, ceci afin d'éviter que des personnes ne tombent hors du champ d'application du règlement (CEE) 883/2004 à cause de problèmes de délai ou d'autres difficultés empêchant une inscription définitive jusqu'à une analyse plus approfondie du dossier au niveau des institutions.

En cas de désaccord, l'affiliation provisoire est à effectuer selon un ordre de priorité précis:

1. L'État membre où est exercée l'activité
2. L'État membre de résidence si la personne y exerce une partie de l'activité ou si elle n'exerce pas d'activité.
3. L'État membre qui a été adressé en premier, s'il y a exercice de plusieurs activités dans plusieurs États membres.

La régularisation rétroactive de l'affiliation et donc aussi des prestations versées et cotisations perçues se fera "au plus tard à partir de la date de l'affiliation provisoire ou du premier octroi à titre provisoire des prestations en cause" ¹⁾, c'est-à-dire dès le premier jour de l'inscription provisoire. Le remboursement des prestations en nature se fait selon le titre IV du règlement (CEE) 987/2009 "Dispositions financières" détaillé plus bas.

Le même principe de réclamer les frais de soins de santé à l'État membre réellement compétent pourrait s'appliquer aussi en cas d'utilisation d'une carte européenne de sécurité sociale utilisée par une personne protégée alors que cette carte, suite à un changement de droit, ne devrait plus être en circulation. Cette possibilité est envisagée par certains États membres mais ne fait pas l'unanimité. Les discussions concernent surtout la problématique de la validité d'un document émis et qui doit de ce fait être honoré par l'État membre émetteur. La remise en question rétroactive des documents émis par un État membre et utilisé dans un autre État membre peut en effet mettre en danger les principes même de la coordination. Cette régularisation d'une inscription provisoire ne règle pas non plus les éventuels problèmes de fraude de la part des personnes protégées. Les droits et devoirs peuvent en effet changer avec le règlement (CEE) 883/2004 et les personnes protégées en situation non régularisée pourraient éventuellement augmenter la charge financière que doit supporter un État membre.

1) Règlement (CEE) 987/2009, article 6, paragraphe 4

Relations entre le présent règlement et d'autres instruments de coordination

Les relations entre le présent règlement et d'autres instruments de coordination sont indiqués dans l'article 8 du règlement (CEE) 883/2004. Deux ou plusieurs États membres ont la possibilité de conclure des conventions entre eux s'ils les estiment utiles et nécessaire, et l'article précise que ces conventions doivent être "fondées sur les principes et l'esprit du présent règlement". Les articles 8 et 9 du règlement d'application (CEE) 987/2009 détaillent les dispositions concernant d'éventuels arrangements entre 2 États membres. En principe, le règlement (CEE) 883/2004 et le règlement (CEE) 987/2009 se substituent aux conventions antérieures à leur entrée en application. Mais, certaines conventions antérieures peuvent être maintenues si elles sont inscrites en l'annexe II du règlement (CEE) 883/2004 et les arrangements relatifs à ces conventions peuvent être maintenus s'ils sont eux-mêmes inscrits en l'annexe 1 du règlement d'application (CEE) 987/2009.

Un grand nombre des dispositions de ces accords bi- ou multilatéraux ont été adoptées par rapport aux dispositions existantes sous le règlement (CEE) 1408/71. Ces accords nécessitent donc pour la plupart une révision ou des amendements pour éviter que les institutions concernées ne doivent procéder à l'application en parallèle de deux systèmes de coordination parfois légèrement différents. De manière générale, les systèmes informatiques nationaux devront être adaptés afin de permettre, du moins temporairement, l'existence en parallèle de deux systèmes.

Déclarations des États membres concernant le champ d'application du présent règlement

L'article 9 du règlement (CEE) 883/2004 reprend les déclarations que les États membres doivent faire étant donné qu'elles sont requises pour l'application de certains articles du règlement. Ces déclarations sont déjà prévues en application de l'article 97 du règlement (CEE) 1408/71 mais ce qui change par rapport à ces dispositions actuelles est que "lesdites notifications sont adressées chaque année à la Commission des Communautés européennes et publiées au Journal officiel de l'Union européenne". ¹⁾ Ces déclarations à adresser à la Commission européenne concernent:

- les dispositions conventionnelles à inclure dans le champ d'application du règlement (CEE) 883/2004 (selon l'article 1 point I)
- les législations et les régimes compris dans le champ d'application du règlement (CEE) 883/2004 (selon l'article 3)
- les conventions conclues entre États membres (selon l'article 8)
- les prestations minimales prévues en application des dispositions du chapitre "Pensions de vieillesse et de survivant" (selon l'article 58)

1) Règlement (CEE) 883/2004, article 9, paragraphe 2

Détermination de la résidence

La coordination européenne s'effectue suivant le principe de l'unicité de la législation applicable. Cette unicité dépend en grande partie de la détermination claire de la résidence d'une personne protégée.

L'article 11 du règlement (CEE) 987/2009 précise certains éléments qui sont à prendre en compte pour la détermination de la résidence. En cas de vues divergentes entre 2 institutions, il s'agit de procéder à une "évaluation globale de toutes les informations disponibles concernant les faits pertinents". Il s'agit de déterminer une seule résidence pour la personne concernée étant donné que sans cette indication de base, les dispositions de coordination ne pourront s'appliquer. Il arrive qu'un problème se pose au niveau des institutions parce que dans certains pays, notamment la France, les communes inscrivent les personnes protégées sans avoir des déclarations de sortie de la commune où elles résidaient jusqu'alors. De ce fait, 2 institutions de 2 États membres ont parfois, pour une même période, des adresses différentes, mais validées toutes les 2 par les communes respectives des lieux de résidence. Dans ces cas, il est quasi impossible de déterminer l'institution compétente, responsable de la prise en charge financière d'éventuelles prestations de soins de santé qui ont été délivrées à la personne concernée. Si l'analyse objective n'aboutit pas à obtenir une décision sur l'adresse d'une personne protégée, le paragraphe 2 de l'article 11 propose une solution qui consiste à prendre en compte la "volonté de la personne en cause". Dans tous ces cas, les institutions devront bien se coordonner et faire preuve de flexibilité pour résoudre les difficultés.

Dans le titre I du règlement (CEE) 883/2004 et les titres I et II du règlement d'application (CEE) 987/2009 sont donc regroupés un ensemble de principes communs qui ne sont plus répétés pour chaque branche. Par rapport aux règlements (CEE) 1408/71 et 574/72, ceci permet notamment une importante simplification.

DÉTERMINATION DE LA LÉGISLATION APPLICABLE (TITRE II DU RÈGLEMENT (CEE) 883/2004)

Les dispositions de ce titre II visent à éviter la soumission concomitante d'une personne à plusieurs législations nationales. Le principe de l'unicité de législation applicable est généralisé, et les dispositions particulières, nombreuses sous le règlement (CEE) 1408/71, sont fondues dans les principes généraux.

Règles générales et particulières

Généralités

L'article 11 du règlement (CEE) 883/2004 établit un ensemble de principes généraux qui reprennent essentiellement les dispositions de l'article 13 du règlement (CEE) 1408/71. En principe, l'exercice d'une activité salariée ou non salariée dans un État membre exige la soumission à la législation de cet État membre. Les personnes qui bénéficient d'une prestation du fait ou suite à l'exercice d'une activité restent soumises à la législation de l'État d'activité. L'article 11 stipule, que, de manière générale, les "fonctionnaires sont soumis à la législation de l'État membre dont relève l'administration qui les emploie" et que l'État membre qui appelle ou rappelle une personne sous les drapeaux ou afin d'effectuer une période de service civil soumet cette personne à sa législation.

Contrairement au principe général, les anciens travailleurs frontaliers au chômage, sont soumis à la législation de leur État de résidence s'ils y bénéficient de prestations de chômage. Cette disposition est particulièrement importante pour le Luxembourg et ses nombreux travailleurs frontaliers. Même si ces anciens travailleurs au chômage peuvent se voir accorder le droit de retourner dans le pays où ils ont exercé leur activité dans le but d'y rechercher un emploi, seul l'État membre de résidence verse des prestations.

Les personnes non couvertes par ces dispositions, notamment les personnes non actives sont de manière générale soumises à la législation de leur État membre de résidence et ceci sans préjudice d'éventuelles dispositions particulières. Les dispositions particulières qui existent actuellement pour le "personnel roulant ou navigant" ou pour les entreprises réparties sur 2 pays ont été supprimées dans le nouveau règlement au profit des seules dispositions générales.

Détachement

Le règlement (CEE) 883/2004 s'occupe beaucoup à régler les nombreux cas de personnes détachées dans un État membre de l'Union européenne. L'article 12 règle la situation où un employeur détache une personne afin qu'elle effectue un travail pour son compte dans un autre État membre. L'employeur qui exerce normalement ses activités dans un État membre détache une personne dans un autre État membre et, pour qu'il y ait

détachement, cette personne reste soumise à la législation du premier État membre. Le détachement est possible à condition que la durée prévisible du travail à effectuer dans le 2^e État membre n'excède pas vingt-quatre mois et que la personne en question ne soit pas envoyée en remplacement d'une autre personne.

L'article 14, paragraphe 2 du règlement (CEE) 987/2009 précise ¹⁾ le sens de l'expression "y exerçant normalement ses activités." Cette expression désigne un employeur qui de manière générale exerce "des activités substantielles autres que des activités de pure administration interne sur le territoire de l'État membre dans lequel il est établi" et permet aux agents des institutions concernées de bien appliquer la législation. Dans la même volonté d'éviter des difficultés d'interprétation, la désignation d'une personne détachée en tant que personne qui "exerce une activité non salariée dans un État membre" est clarifiée dans le paragraphe 3 de l'article 14 du règlement (CEE) 987/2009. ²⁾ Cette qualification désigne une personne "qui exerce habituellement des activités substantielles sur le territoire de l'État membre dans lequel elle est établie". Cette personne doit donc avoir déjà exercé son activité pendant un certain temps avant la date à laquelle elle souhaite bénéficier des dispositions se rapportant au détachement. En plus elle doit pendant toute période d'activité temporaire dans un autre État membre, "continuer à remplir dans l'État membre où elle est établie les conditions pour la poursuite de son activité de manière à pouvoir reprendre celle-ci à son retour."

L'article 15 du règlement (CEE) 987/2009, dans un souci de transparence et de sécurité juridique, établit que lorsqu'une personne exerce une activité dans un État autre que celui dont la législation est applicable, l'institution compétente doit être informée. Les cas de détachement doivent donc être relevés en vue de garantir la couverture de ces personnes.

L'article 12 du règlement (CEE) 883/2004 fixe la durée possible d'un détachement à un maximum de 24 mois. Les procédures concernant le détachement sont ainsi simplifiées par rapport aux dispositions du règlement (CEE) 1408/71 qui limite la durée d'un détachement à 12 mois avec une prolongation possible d'une durée maximale de 12 mois. Les formalités, notamment celles que le patron doit respecter pour avoir l'autorisation d'une prolongation, seront de ce fait facilitées. Les formulaires E101 et E102 attestant la législation applicable en application du règlement (CEE) 1408/71 pourront donc être remplacés par un seul document portable et SED ³⁾ en application du règlement (CEE) 883/2004.

1) Précision apportée dans le règlement conformément à la jurisprudence de la Cour de justice, notamment dans l'arrêt Fitzwilliam, affaire C-202/97, arrêt de la Cour du 10 février 2000.

2) Précision apportée dans le règlement conformément à la jurisprudence de la Cour de justice, notamment dans l'arrêt Banks, affaire C-178/97, arrêt du 30/03/2000.

3) Document portable (PD, portable document) et SED (structured électronique document): voir plus bas, chapitre sur l'échange électronique.

Etant donné que les cas de détachement qui dépassent cette durée de 24 mois sont assez fréquents, les exceptions continueront à se faire sur accord du Ministère de la sécurité sociale. Celui-ci informe la CNS sur les dérogations accordées en vue de garantir le remboursement d'éventuels frais de soins de santé à la personne concernée. La possibilité de dérogation aux articles 11 à 15 est définie dans l'article 16 du règlement (CEE) 883/2004 qui reprend les principes de l'article 17 du règlement (CEE) 1408/71.

Le règlement (CEE) 987/2009 fixe dans le paragraphe 7 de son article 14 des dispositions permettant la distinction entre la situation d'une personne qui est détachée temporairement dans un autre État membre (article 12 paragraphe 1 et 2 du règlement (CEE) 883/2004) et la situation d'une personne qui exerce son activité sur le territoire de plusieurs États membres (article 13 du règlement (CEE) 883/2004). Cette distinction est importante puisque les règles de détermination de la législation applicable sont différentes selon la situation et la différenciation est faite principalement sur la durée des activités. Si donc ces activités dans plusieurs États sont permanentes, il s'agirait plutôt d'un cas d'application de l'article 13 du règlement (CEE) 883/2004. Si ces activités sont temporaires ou ponctuelles, il s'agirait plutôt d'un cas d'application de l'article 12 du règlement (CEE) 883/2004. Les situations doivent de toute manière être analysées au cas par cas mais les nouvelles dispositions permettent de garder une ligne de distinction claire.

Situation des entreprises intérimaires

Le règlement (CEE) 987/2009 fixe dans son article 14 un aspect important par rapport à la situation des entreprises intérimaires. Le mode de fonctionnement de ces entreprises est malheureusement assez défavorable pour les personnes engagées et pose en plus des difficultés aux institutions de sécurité sociale. En effet, les personnes qui travaillent sur base d'une série de contrats à durée déterminée vont de manière habituelle effectuer des soins de santé les jours où ils ne travaillent pas et ne sont ainsi pas couverts pour les soins de santé en question. En plus, les entreprises intérimaires offrent de nombreux contrats pour un nombre précis de jours par semaine mais avec des interruptions régulières. De ce fait, la mise en place d'une carrière d'assurance est problématique. Or, l'existence de ce type d'entreprises est voulue au niveau politique et les institutions doivent appliquer la réglementation de coordination aussi bien que possible à ces personnes travaillant sur base de ce type de contrat à durée déterminée. D'après le paragraphe 1 de cet article 14, il est tout à fait possible d'engager une personne en vu d'un détachement sous condition que la personne avait une affiliation "juste avant le début de son activité salariée" dans l'État membre où est établi l'employeur. Un travailleur engagé par une entreprise de travail intérimaire luxembourgeoise pour être détaché dans un autre État membre est donc affilié à la sécurité sociale luxembourgeoise à condition d'avoir été assuré au Luxembourg, avant le début de l'activité pour la société de travail intérimaire.

Exercice d'activités dans deux ou plusieurs États membres

Les institutions qui déterminent la législation applicable des personnes qui exercent des activités dans 2 ou plusieurs États membres se servent des dispositions de l'article 13 du règlement (CEE) 883/2004. Les principes sont essentiellement ceux de l'article 14 du règlement (CEE) 1408/71 mais une nouvelle terminologie est introduite. L'article 13 se base sur les notions de "partie substantielle" et "centre d'intérêt" d'une activité.

Afin de réduire au minimum les problèmes quant à l'interprétation concrète de ces notions, le règlement (CEE) 987/2009 apporte des informations supplémentaires. Le paragraphe 8 de l'article 14 précise la signification de la notion "partie substantielle d'une activité salariée ou non salariée" exercée dans un État membre. Cette notion veut dire qu'"une part quantitativement importante de l'ensemble des activités du travailleur salarié ou non salarié est exercée [dans un État membre], sans qu'il s'agisse nécessairement de la majeure partie de ces activités". La partie substantielle est déterminée selon des critères indicatifs, qui concernent:

- dans le cas d'une activité salariée, le temps de travail et/ou la rémunération;
- dans le cas d'une activité non salariée, le chiffre d'affaires, le temps de travail, le nombre de services prestés et/ou le revenu;
- dans le cadre d'une évaluation globale, la réunion de moins de 25 % des critères précités indiquera qu'une partie substantielle des activités n'est pas exercée dans l'État membre concerné.

Le paragraphe 9 de l'article 14 du règlement (CEE) 987/2009 précise les critères pour la détermination du "centre d'intérêt des activités d'un travailleur non salarié". Il s'agit de prendre en compte l'ensemble des éléments qui composent ses activités professionnelles, c'est à dire:

- le lieu où se trouve le siège fixe et permanent des activités de l'intéressé;
- le caractère habituel ou la durée des activités exercées;
- le nombre de services prestés;
- la volonté de l'intéressé telle qu'elle ressort de toutes les circonstances.

Le paragraphe 10 de cet article 14 stipule en outre que la législation applicable est déterminée sur base de la situation future. Pour garantir la sécurité juridique des personnes protégées, les institutions des États membres ne reviennent pas sur les situations passées, sauf si une institution constate un cas de fraude.

La législation applicable est ainsi déterminée suivant des critères de priorité clairement définis dans l'article 13 du règlement (CEE) 883/2004 et qui diffèrent des critères applicables sous le règlement (CEE) 1408/71.

En cas d'exercice d'activités pour plusieurs employeurs, la législation de l'État de résidence s'applique, même si aucune activité n'est exercée dans cet État.

En cas d'exercice de plusieurs activités pour le même employeur, ce n'est plus, comme avec le règlement (CEE) 1408/71 la législation de l'État de résidence qui s'applique dans tous les cas. L'État membre de résidence devient l'État membre compétent seulement si l'activité substantielle est exercée dans cet État. Par contre, si l'activité substantielle n'est pas exercée dans l'État membre de résidence, c'est la législation de l'État du siège de l'employeur qui s'applique.

Le paragraphe 11 de l'article 14 du règlement d'application (CEE) 987/2009 apporte une disposition complémentaire à l'article 13 du règlement (CEE) 883/2004: En cas de travail dans plusieurs États membres et si l'employeur n'est pas établi à l'intérieur de l'Union européenne, la législation de l'État de résidence s'applique, même si le travailleur n'y exerce pas d'activité substantielle.

Dans l'article 13, paragraphe 3, il est clairement établi que pour l'affiliation d'un travailleur, l'activité salariée prime toujours sur l'activité non salariée. L'annexe VII actuelle du règlement (CEE) 1408/71 "Cas dans lesquels une personne est soumise simultanément à la législation de deux États membres" n'existera plus. Un double assujettissement ne sera donc plus possible. Du fait de l'abolition de cette annexe VII, il y aura certains changements en ce qui concerne la situation des travailleurs frontaliers qui résident en Belgique et travaillent au Luxembourg. Le principe de la non-inscription des salariés luxembourgeois exerçant aussi une activité d'indépendant en Belgique disparaîtra et donc le nombre de formulaires BL1 ¹⁾ pour travailleurs frontaliers et les membres de leur famille va augmenter. (Environ 1000 formulaires BL1 de plus.) Etant donné que le Luxembourg sera alors le pays compétent, les frais décomptés par formulaire E125 à charge du Luxembourg vont donc aussi augmenter. Le remboursement complémentaire auquel ces personnes ont droit au titre de la Convention belgo-luxembourgeoise du 24 mars 1994 ²⁾ augmente moins fort. En effet, le droit au remboursement complémentaire luxembourgeois est ouvert sur base de l'activité frontalière d'un des membres du ménage. Les membres de famille à charge bénéficient actuellement déjà en grande partie du remboursement complémentaire, indépendamment de l'éventuelle activité d'indépendant exercée en Belgique par un membre du ménage.

1) Le formulaire BL1 est l'équivalent du formulaire E106 qui sert d'attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité dans le cas des personnes qui résident dans un autre pays que le pays compétent.

2) Convention entre le Grand-duché de Luxembourg et le Royaume de Belgique sur la sécurité sociale des travailleurs frontaliers, signée à Arlon le 24 mars 1994

L'article 16 du règlement (CEE) 987/2009 fixe la "Procédure pour l'application de l'article 13 du règlement de base". Lors de l'exercice d'activités dans plusieurs États membres, afin de pouvoir déterminer la législation applicable, les institutions concernées doivent d'abord déterminer où est exercée l'activité principale et où se situe le "centre d'intérêt". La personne concernée a donc comme devoir d'entamer la procédure en informant l'institution de son lieu de résidence sur le fait qu'elle exerce plusieurs activités. Il y a de la part de l'institution du lieu de résidence un examen de la situation et la désignation d'une institution compétente provisoire qui devient définitive après un délai de 2 mois suivant la notification. Il arrive que l'institution du lieu de résidence n'est pas en mesure de déterminer provisoirement la législation applicable ou qu'une institution signale dans les 2 mois ne pas être d'accord avec la détermination provisoire. Un accord est alors recherché et pour éviter que pendant les discussions entre les institutions, la personne ne soit couverte par aucune législation. D'ordinaire, l'article 6 du règlement (CEE) 987/2009 "application provisoire d'une législation et octroi provisoire de prestations" s'applique pendant cette période.

Dispositions diverses

Assurance volontaire ou assurance facultative continuée

Les modalités de l'assurance volontaire de l'article 14 du règlement (CEE) 883/2004 ont globalement été reprises du règlement (CEE) 1408/71. Une personne soumise à l'assurance obligatoire dans un État membre ne peut pas être soumise dans un autre État membre à un régime d'assurance volontaire ou facultative continuée. Si une personne a le choix entre plusieurs régimes d'assurance volontaire ou facultative continuée, elle n'est admise qu'au régime qu'elle a choisi. Il semble être évident que ce choix doit rester valable et que la personne concernée ne peut pas à tout moment faire de nouveaux choix.

Agents contractuels des Communautés européennes

L'article 15 du règlement (CEE) 883/2004 reprend en les adaptant les dispositions de l'article 16 du règlement (CEE) 1408/71. Les "règles particulières concernant le personnel de service des missions diplomatiques et des postes consulaires ainsi que les agents auxiliaires des Communautés européennes" sont avec le règlement (CEE) 883/2004 limitées aux seuls "agents contractuels". Le choix de la législation applicable et donc réservé aux seuls "agents contractuels" et ne peut "être exercé qu'une seule fois". Il prend effet à la date d'entrée en service. Il s'agit d'une restriction jointe à une modification de terminologie, étant donné que les "agents auxiliaires" ont été remplacés par des "agents contractuels" dans les institutions européennes.

PRESTATIONS DE MALADIE, DE MATERNITÉ ET DE PATERNITÉ ASSIMILÉES (TITRE III DU RÈGLEMENT (CEE) 883/2004)

Section 1 Les personnes assurées et les membres de leur famille, à l'exception des titulaires de pension et des membres de leur famille

Dispositions générales

Le règlement (CEE) 883/2004 propose dans l'article 1 une nouvelle définition de ce qu'il faut comprendre par prestations en nature. Elles désignent:

aux fins du titre III, chapitre 1 (Prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées), les prestations en nature prévues par la législation d'un État membre qui sont destinées à fournir, mettre à disposition, prendre en charge ou rembourser des soins de nature médicale et des produits et services annexes à ces soins, y compris les prestations en nature pour les soins de longue durée.

Toutes les prestations prévues par la législation nationale sont à prendre en charge à l'instar des dispositions du règlement (CEE) no 1408/71, mais à partir du 1er mai 2010, les prestations en nature comprennent donc en plus les frais pour soins de longue durée. La commission a aussi insisté pour intégrer dans la coordination les frais de transport tels qu'ils sont prévus par les législations nationales. En ce qui concerne le Luxembourg, le transport est déjà considéré comme faisant partie de la coordination mais cette définition de l'article 1 ne permettra pas vraiment de résoudre les problèmes existants de prise en charge. Chaque fois qu'un transporteur d'un État membre effectue un transport sur le territoire d'un autre État membre, la prise en charge n'est pas clairement définie et les situations sont à analyser au cas par cas sans que l'on puisse trouver une solution globale satisfaisante.

Dans le chapitre sur les Prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées, le règlement d'application (CEE) 987/2009 fixe des "dispositions générales d'application" supplémentaires.

L'article 22 paragraphe 1 du règlement (CEE) 987/2009 est un rappel du devoir d'information que doivent remplir les agents des diverses institutions ou autorités par rapport à leurs assurés ¹⁾. Ces informations concernent "les procédures et les conditions d'octroi des prestations en nature" et ceci aussi pour d'éventuelles prestations perçues en dehors de l'État membre compétent. L'information qui est mise à disposition des personnes protégées concerne donc notamment le type de prestations remboursables suivant les

1) Carine Pigeon, DBLE0022 Analyse Règlement 883-2004: Ce devoir d'information est également prévu dans la proposition de directive COM(2008) 414 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, qui prévoit en outre la mise en place de points de contact nationaux pour les soins de santé transfrontaliers.

pays et le système et procédures d'autorisation éventuellement requises. Il est difficilement imaginable que les agents des divers pays soient obligés d'avoir des notions des dispositions statutaires des 27 pays membres de l'Union européenne. Peut-être qu'il est prévu de remplir cette obligation à l'aide d'un accès à des banques de données communes permettant de retrouver facilement les informations requises. Il paraît plus simple de procéder comme jusqu'à présent, c'est-à-dire renvoyer la personne protégée vers l'institution de l'État membre de séjour qui délivre ou a délivré les prestations. Cette institution a de fait les informations les plus complètes et pourra donc renseigner au mieux la personne protégée.

Résidence dans un État membre autre que l'État membre compétent

L'article 17 du règlement (CEE) 883/2004 "Résidence dans un État membre autre que l'État membre compétent" reprend les dispositions de l'article 19 du règlement (CEE) 1408/71 en ce qui concerne les situations actuellement réglées par la série 100 des formulaires communautaires (E106, E109, E120 et E121).

La personne assurée et ses membres de famille à charge ont droit à toutes les prestations dans leur pays de résidence comme s'ils y étaient assurés et les prestations sont logiquement délivrées par l'institution du lieu de résidence pour le compte de l'institution compétente.

La procédure d'inscription est détaillée par l'article 24 du règlement (CEE) 987/2009. Le paragraphe 1 de cet article 24 reprend les échanges actuellement appliqués entre institutions en ce qui concerne les modalités d'inscription. La personne assurée et ses membres de famille doivent, tel que le prévoient déjà les dispositions des règlements (CEE) 1408/71 et 574/72, s'inscrire auprès de l'institution du lieu de résidence en vue de leur ouverture de droit. Les documents attestant ce droit sont les formulaires E1xx et qui seront donc remplacés par les SED et documents portables ¹⁾ qui s'y rapportent, à partir de l'entrée en vigueur du nouveau règlement, le 1er mai 2010.

Normalement, la caisse compétente établit le document d'ouverture de droit adapté à la situation de la personne protégée et fournit à cette dernière le document à remettre à l'institution en charge dans le pays de résidence. Cette institution procédera aux vérifications, à la mise à jour de ses fichiers informatiques et à la notification de sa décision d'inscription ou de non inscription en retournant le document avec l'information nécessaire à l'institution du pays compétent.

Actuellement, pour les travailleurs frontaliers qui doivent s'inscrire via les formulaires E106, le principe de l'envoi à l'assuré pour que ce dernier continue le formulaire à sa caisse de maladie du pays de résidence est

1) *Document portable (PD, portable document) et SED (structured electronic document): voir plus bas, chapitre sur l'échange électronique.*

simplifié pour les affiliés luxembourgeois résidant en France dans les départements 57 et 54. Un envoi direct de ces formulaires E106 de la CNS aux CPAM en France facilite les chemins administratifs. L'échange entre institutions est donc simplifié et accéléré par rapport aux dispositions du règlement et va être poursuivi et élargi avec les SED et la future banque d'échanges EESSI (*Electronic Exchange of Social Security Information*) ¹⁾.

Le règlement (CEE) 883/2004 ne touche pas les personnes couvertes par des conventions bilatérales mais les modalités de l'échange actuellement en cours entre la CNS et les mutuelles belges en application de la Convention belgo-luxembourgeoise du 24 mars 1994 pourraient servir d'exemple à l'amplification de certains échanges électroniques. Actuellement, pour les résidents belges travaillant au Luxembourg, un formulaire BL1 (équivalent au formulaire E106) est envoyé à la mutuelle belge si cette dernière est connue à la CNS, donc pour tous les salariés à l'exception des nouveaux affiliés.

Le paragraphe 2 de l'article 24 du règlement (CEE) 987/2009 stipule que tout document d'inscription émis par l'institution compétente en application des dispositions du paragraphe 1 reste valable jusqu'à ce que l'institution compétente informe l'institution du lieu de résidence de son changement ou annulation. Les dispositions actuelles de l'article 17, paragraphe 2 du règlement (CEE) 574/72 concernant la durée de validité limitée à un an pour les documents émis par les institutions françaises, allemandes, portugaises et italiennes ne sont pas repris. Cette particularité a pu être enlevée des dispositions du nouveau règlement. Tous les documents émis par les institutions européennes pourront être traités de la même façon.

Le paragraphe 3 de ce même article 24 ajoute que ces dispositions valent aussi pour les demandeurs de pension et les pensionnés, c'est-à-dire en plus de l'article 17, il se réfère aux articles 20, 22, 24, 25 et 26 du règlement de base (CEE) 883/2004. Il n'y a plus comme dans le règlement (CEE) 574/72 des articles particuliers pour les titulaires de pension.

Ce qui change aussi par rapport aux dispositions actuelles, est que chaque personne protégée aura un document individuel attestant son droit aux prestations de soins de santé. La procédure actuelle, où les membres de famille à charge sont ajoutés sur le formulaire E1xx de l'assuré principal, est donc à revoir, tout comme certaines des inscriptions dans le système informatique de la CNS (E121, E109). C'est au pays de résidence de déterminer les membres de famille à charge d'un travailleur frontalier. Ceci implique qu'une ouverture de droit doit être demandée lors de l'inscription pour permettre aux numéros matricules d'être créés et aux membres de famille à charge de pouvoir bénéficier de soins de santé dans le pays compétent sans difficultés administratives. Actuellement, le formulaire E106 (ou formulaire BL1) qui est réceptionné par la caisse de maladie du pays de

1) Ces dispositions sont détaillées plus bas, dans le chapitre sur l'échange électronique.

résidence est confirmé par cette dernière qui inscrit aussi les membres de famille à charge sur le formulaire en question. Les nouvelles procédures d'inscription et d'échanges d'information électroniques sont en élaboration. La phase de test des nouveaux SED va démarrer en janvier 2010 entre 6 pays portés volontaires et permettra de clarifier définitivement ces nouvelles procédures.

Séjour dans l'État membre compétent alors que la résidence se trouve dans un autre État membre

L'article 18 du règlement (CEE) 883/2004 "Séjour dans l'État membre compétent alors que la résidence se trouve dans un autre État membre - Dispositions spécifiques applicables aux membres de la famille des travailleurs frontaliers" reprend dans le paragraphe 1 les dispositions de l'article 21 du règlement (CEE) 1408/71. Les membres de famille à charge des personnes protégées qui résident hors de l'État membre compétent peuvent y aller chercher des prestations s'ils le souhaitent. Les prestations sont alors servies par l'institution compétente "comme si les personnes concernées y résidaient" et les prestations sont entièrement à la charge de cette même institution compétente.

Une nouveauté est inscrite dans le paragraphe 2 de cet article 18 du règlement (CEE) 883/2004. Les membres de famille d'un travailleur frontalier peuvent, comme le travailleur frontalier lui-même, bénéficier de prestations en nature dans l'État membre compétent. Ce droit peut être limité si les États membres le limitent expressément en s'inscrivant à l'annexe III du règlement (CEE) 883/2004: "Restriction du droit des membres de la famille d'un travailleur frontalier à des prestations en nature." Les États membres inscrits à l'annexe III limitent le droit aux soins délivrés dans l'État membre compétent aux soins nécessaires tels que définis par l'article 19 du règlement (CEE) 883/2004. Dans cette annexe III figurent actuellement 11 pays:

DANEMARK

ESTONIE (inscription limitée à 4 ans: voir l'article 87, paragraphe 10bis)

IRLANDE

ESPAGNE (inscription limitée à 4 ans: voir article 87, paragraphe 10bis)

ITALIE (inscription limitée à 4 ans: voir article 87, paragraphe 10bis)

LITUANIE (inscription limitée à 4 ans: voir article 87, paragraphe 10bis)

HONGRIE (inscription limitée à 4 ans: voir article 87, paragraphe 10bis)

PAYS-BAS (inscription limitée à 4 ans: voir article 87, paragraphe 10bis)

FINLANDE

SUÈDE

ROYAUME-UNI.

Le Luxembourg ne figure pas à cette annexe III. L'application de ce 2e paragraphe et de l'annexe III correspond de fait aux dispositions de l'article 20 du règlement (CEE) 1408/71 qui limite le droit aux prestations en nature des membres de famille dans le pays compétent à l'urgence ou à une autorisation préalable. Cet article 20 du règlement (CEE) 1408/71 n'est plus appliqué par le Luxembourg depuis un certain nombre d'années. Les statuts de l'assurance maladie du Luxembourg accordent déjà ce droit aux membres de famille à charge des travailleurs frontaliers en élargissant les droits établis par le règlement (CEE) 1408/71. De ce fait, cette nouveauté de l'article 18 n'a pas d'influence sur le fonctionnement des services de la CNS concernés. La CNS doit pourtant veiller à appliquer de manière stricte les restrictions que souhaitent les États membres repris en l'annexe III pour les membres de famille de travailleurs frontaliers qui résident sur leur territoire et donc limiter les droits actuels.

L'article 87, paragraphe 10bis du règlement (CEE) 883/2004 limite l'inscription à l'annexe III d'office à 4 ans à partir de la date d'entrée en vigueur pour les 6 États membres repris, c'est-à-dire, l'ESTONIE, l'ESPAGNE, l'ITALIE, la LITUANIE, l'HONGRIE et les PAYS-BAS.

L'article 87, paragraphe 10ter prévoit en outre une révision générale de cette annexe dans le but de l'abroger complètement au plus tard le 31 octobre 2014. Il est souhaité en effet que tous les États membres souscrivent pleinement à la volonté politique de la libre circulation et permettent ainsi le plus rapidement possible aux membres de famille d'un travailleur frontalier à bénéficier de prestations en nature dans l'État membre compétent.

Il faut noter que la charge des prestations en nature délivrées aux membres de famille par l'État compétent est pour l'État compétent. Cette obligation reste donnée si les membres de famille résident dans un État membre autre que celui dans lequel réside la personne assurée (actuellement, inscription par formulaire E109) et ceci même pour les cas où l'État de résidence a opté pour les remboursements sur base d'un forfait mensuel. Cette régulation pose le problème de la charge équilibrée des frais entre les États membres. Selon les nouvelles dispositions, en cas d'inscription par formulaire E109, le remboursement s'effectue en principe sur base des coûts réels et donc l'État compétent peut de fait rembourser directement les frais à l'assuré sans avoir besoin de passer par la procédure du décompte. Ceci n'augmente pas la facture pour l'État membre concerné. Il en est autrement si le remboursement continue à se faire sur base de forfaits. L'État compétent verse un forfait mensuel à l'État de résidence afin de couvrir les frais de soin de santé. Si maintenant la personne inscrite moyennant formulaire E109 bénéficie des prestations dans l'État membre compétent, ce dernier prendra en charge ces soins et aussi le forfait. Ces prestations ne sont pas comprises dans le calcul du forfait de l'État membre de résidence et donc le forfait à payer par l'État membre compétent peut diminuer de façon minime mais probablement sans rapport aux frais pris en charge. L'État membre compétent devant payer des

forfaits risque donc de se voir pénalisé. L'abattement de 15% au lieu de 20% (voir l'annexe IV du règlement (CEE) 883/2004: "droit supplémentaire pour pensionnés") semble en partie corriger cette inégalité car la charge sera ainsi mieux répartie. Malheureusement cet abattement est limité aux dispositions concernant les pensionnés et ne fait pas référence aux membres de famille. La solution pour éviter ces inégalités est que tous les États membres procèdent au remboursement sur base de frais réels et adaptent donc leur système de remboursement.

Séjour hors de l'État membre compétent

L'Article 19 du règlement (CEE) 883/2004 concerne les personnes protégées lors de leur séjour hors de l'État membre compétent et qui sont actuellement couvertes par les dispositions concernant la carte européenne de sécurité sociale et son certificat provisoire de remplacement. Cet article pose le problème identique à l'article 18 en ce qui concerne la charge équilibrée des frais en cas de décompte par forfaits étant donné que les prestations sont toutes à charge de l'institution compétente.

Le paragraphe 1 de l'article 19 stipule que les "prestations en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours du séjour, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour" sont à délivrer à la personne protégée selon les dispositions de l'État de séjour et donc comme si la personne était assurée en vertu de cette législation. Ceci correspond pour le principe à l'application actuelle de l'article 22 du règlement (CEE) 1408/71.

Le paragraphe 2 reprend le principe d'une "liste" à établir par la commission administrative qui reprend un ensemble de prestations en nature qui pour pouvoir être délivrées pendant un séjour nécessitent un accord préalable entre la personne et l'institution dispensant les soins. La disposition de ce paragraphe 2 figure actuellement à l'article 22, paragraphe 1bis du règlement (CEE) 1408/71. Avant son séjour dans un autre État membre, la personne concernée se fait confirmer par l'institution dispensant les soins que la disponibilité de ces soins est garantie. L'établissement de cette liste est surtout dû aux pays qui ont des listes d'attente pour certains traitements ou qui peuvent effectuer certains traitements uniquement dans des centres spécialisés. Cette disposition est prise en vue d'une bonne protection des personnes qui peuvent alors s'assurer au préalable que le traitement nécessaire leur sera dispensé. La liste annexée à la nouvelle décision S3 de la commission administrative énumère les prestations concernées: "dialyse rénale; oxygénothérapie; traitement spécial pour l'asthme; échocardiographie en cas de maladie chronique d'auto-immunité; chimiothérapie". Cette décision met à jour la liste contenue dans la décision CASSTM 196 du 23 mars 2004.

L'article 25 du règlement (CEE) 987/2009 détaille les procédures en cas de séjour dans un État membre autre que l'État membre compétent.

Portée du droit

La personne assurée qui nécessite des soins de santé présente au prestataire de soins la carte européenne ou un certificat provisoire de remplacement. Comme avec le règlement (CEE) 1408/71, l'institution du lieu de séjour peut sur demande ou en cas de besoin obtenir un document attestant le droit aux soins de santé. Ce document atteste le droit aux prestations en nature "aux mêmes conditions que celles applicables aux personnes assurées au titre de la législation de l'État membre de séjour".

Les dispositions de cet article 25 précisent que la personne ne doit pas être obligée à rejoindre l'état membre compétent avant la fin prévue de son séjour, mais devra bénéficier de tous les soins nécessaires. Cette disposition correspond à la définition de "soins nécessaires" contenue dans la décision CASSTM 194 du 17 novembre 2003 qui est ainsi insérée dans le règlement lui-même.

Modalités de prise en charge et/ou de remboursement

Si la personne assurée a payé les soins au prestataire dans le pays de séjour, elle peut demander le remboursement de ses frais à l'institution du lieu de séjour, "si la législation appliquée par l'institution du lieu de séjour permet le remboursement de ces frais". Le remboursement s'effectue "dans les limites et conditions des tarifs de remboursement prévus par sa législation". ¹⁾ Même si cette disposition ne figurait pas textuellement dans le règlement (CEE) 1408/71, elle était déjà d'application.

En vue du remboursement des soins de santé, la personne assurée a donc le choix d'effectuer les formalités dans le pays de séjour ou de demander le remboursement dans le pays compétent. Pour cette dernière hypothèse, les frais sont remboursés selon les tarifs en vigueur dans le pays de séjour. Afin de garantir un remboursement équitable, la tarification des soins de santé est actuellement demandée à l'État membre de séjour à l'aide du formulaire E126 et la personne concernée est ainsi remboursée à hauteur du montant qui lui aurait été remboursé si elle avait demandé le remboursement dans l'État membre de séjour.

Par dérogation à ce principe de tarification, le remboursement peut se faire selon les limites et conditions des tarifs du pays compétent, sur accord de la personne assurée. En ce qui concerne la CNS, l'accord est en pratique considéré comme acquis si la personne envoie la facture. Une lettre accompagnante n'est pas forcément requise. Il s'agit d'une reprise de l'article 34 du règlement (CEE) 574/72, sans pourtant la limitation du droit suivant un montant maximal qui est fixé par la commission administrative. Actuellement la décision CASSTM 176 du 24 juin 1999 établit que l'article 34 s'applique si "le montant global des frais exposés pendant le séjour

1) Règlement (CEE) 987/2009, article 25, paragraphe 4

temporaire est inférieur ou égal à un montant fixé par chaque État membre dans la limite générale de 1.000 euros".

Il existe parfois des problèmes avec les dispositions actuelles. Par exemple, un assuré luxembourgeois en séjour en Autriche, nécessite un transport en hélicoptère qui ne donne lieu à aucun remboursement de la part de l'institution autrichienne car l'entreprise de transport n'a pas de convention avec cette institution. Pour cette facture à hauteur d'environ 4000 euros, la tarification via formulaire E126 donne donc un remboursé 0 et la CNS ne peut ainsi procéder à aucun remboursement. Or, pour un pays non européen, le tarif luxembourgeois est pris par analogie, donc la personne en séjour en Autriche se trouve actuellement lésée. Avec l'abandon du montant maximal de 1000 euros, la personne assurée pourra désormais être remboursée à hauteur du tarif de référence luxembourgeois.

Avec les nouvelles dispositions, en cas de remboursement 0 selon les dispositions en vigueur dans le pays de séjour, l'institution compétente peut appliquer ses tarifs et procéder au remboursement s'il est prévu par ses statuts. Il est évident dans ces cas que "Le montant remboursé à la personne assurée ne dépasse pas, en tout état de cause, celui des frais qu'elle a effectivement supportés". ¹⁾ Cette disposition est une reprise de l'article 34 du règlement (CEE) 574/72 et d'un principe tout à fait logique visant à éviter un tourisme en matière de sécurité sociale qui pourrait s'établir si une personne pouvait grâce aux déplacements faire des bénéfices.

L'article 25, paragraphe 9 du règlement (CEE) 883/2004 reprend la possibilité d'avances à accorder à une personne protégée ayant dû effectuer des dépenses substantielles. C'est une reprise de l'article 34 du règlement (CEE) 574/72 et les statuts de l'assurance maladie du Luxembourg prévoient aussi cette possibilité. La CNS n'a pas encore été confronté à une telle demande ce qui est probablement dû au bon fonctionnement du système du Tiers Payant et de manière générale aux délais de remboursement réduits entre la présentation d'une facture et son remboursement.

L'article 25 du règlement d'application détaille ainsi le principe selon lequel les prestations sont habituellement remboursées selon la législation du lieu où elles ont été dispensées; d'où le grand nombre de demandes de tarification par formulaire E126 pour que l'État membre de séjour informe l'État membre compétent sur le montant exact à rembourser. Le Luxembourg a beaucoup de problèmes à la réception d'un formulaire E126 relatif à des factures d'hôpital ou de laboratoire. La tarification n'est pas faisable car au Luxembourg, ces établissements sont budgétisés et le remboursement se fait d'ordinaire via le système du Tiers Payant. Ces établissements ne devraient pas établir de facture aux personnes protégées mais tâcher d'obtenir une carte européenne ou un certificat provisoire de remplacement

1) Règlement (CEE) 987/2009, article 25, paragraphe 8

qui leur permettrait un décompte via le système du Tiers Payant. La solution actuelle pour aider les personnes qui ont payé les factures établies par ces prestataires de soins est de retourner le formulaire E126 avec les factures à l'assuré pour qu'il prenne contact avec le prestataire. Celui-ci remboursera l'assuré et décomptera les frais avec la CNS via le système du Tiers Payant.

En plus, actuellement, s'il s'agit de soins non urgents mais de déplacements en vue d'obtenir des soins qui normalement nécessitent un formulaire E112, certains pays refusent catégoriquement la tarification ce qui rend difficile un remboursement correct. Or, ces pays ne font qu'appliquer de manière stricte les dispositions de l'article 34 du règlement (CEE) 574/72 qui ne prévoit pas la tarification pour les soins dispensés sur base de formulaires E112. D'autres pays comme l'Espagne n'effectuent tout simplement aucune tarification. La CNS n'effectue de ce fait plus d'envois de formulaires E126 en Espagne mais rembourse d'office les factures espagnoles que les assurés font parvenir à la CNS suivant la jurisprudence Kohll-Decker en appliquant les tarifs luxembourgeois. Les E126 espagnols reçus par le Luxembourg sont par contre tarifiés sans difficulté.

En respect de la décision S3 de la commission administrative qui remplacera les décisions 194, 195 et 196, les dispositions du séjour selon l'article 19 (et l'article 27 pour les pensionnés) comprennent aussi les soins en rapport avec des maladies chroniques ou en rapport avec la maternité, voire avec l'accouchement. Evidemment, il ne doit pas s'agir d'un déplacement en vue d'obtenir les prestations en question. En cas de déplacement qui a comme but de recevoir un traitement médical dans le pays voulu, il y a des procédures spéciales à respecter.

Déplacement aux fins de bénéficiaire de prestations en nature - Autorisation de recevoir un traitement adapté en dehors de l'État membre de résidence

L'article 20 du règlement (CEE) 883/2004 fixe les modalités qui correspondent aux dispositions se rapportant à l'actuel formulaire E112. En principe la personne qui envisage de se rendre dans un autre État membre aux fins d'y bénéficier de prestations en nature demande l'accord à l'institution compétente. Dans le règlement (CEE) 883/2004, le critère médical est mis en évidence pour l'octroi de l'autorisation et l'autorisation est accordée lorsque:

les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et que ces soins ne peuvent lui être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie. ¹⁾

1) Règlement (CEE) 883/2004, article 20, paragraphe 2

Pour accorder ou non un déplacement aux fins de bénéficier de prestations en nature, la situation concrète de la personne doit être prise en compte.

Les modalités de remboursement (frais effectifs ou forfait) tel que définies à l'article 35 du règlement (CEE) 883/2004 déterminent l'État membre à considérer comme État compétent. En cas de remboursement sur base de frais réels, c'est l'État membre compétent qui a la charge des frais et qui devra établir l'autorisation, en cas de remboursement sur base de forfaits, c'est l'État membre de résidence qui a la charge des frais et est ainsi à considérer comme compétent et devra pour les personnes concernées établir l'autorisation demandée.

La procédure détaillée concernant les soins programmés se trouve dans l'article 26 du règlement d'application (CEE) 987/2009.

Procédure d'autorisation

Un document délivré par l'institution compétente donne droit aux soins ; actuellement ce document est le formulaire E112. Le paragraphe 1 précise que lorsque l'État membre de résidence applique la méthode de remboursement sur la base de forfaits, celui-ci est à considérer comme institution compétente. D'où le renvoi au paragraphe 4 de l'article 20 (actuellement formulaire E109) et au paragraphe 5 de l'article 27 (actuellement formulaire E121) du règlement de base (CEE) 883/2004.

De manière générale, l'autorisation est demandée à l'institution de l'État membre de résidence qui la transmet sans délai à l'institution compétente pour que celle-ci détermine si l'accord est à donner ou non. Lorsque la demande est transmise à l'institution du pays compétent, l'institution du pays de résidence certifie que "ces soins ne peuvent [...] être dispensés [à la personne concernée] dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie." L'institution compétente peut refuser l'autorisation dans 3 situations seulement:

- les soins ne figurent pas parmi les prestations prévues par la législation de l'État de résidence; (article 20, paragraphe 2 du règlement (CEE) 883/2004)
- ces soins peuvent être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical dans l'État de résidence; (article 20, paragraphe 2 du règlement (CEE) 883/2004)
- ces soins peuvent être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical dans l'État compétent. (article 20, paragraphe 2 du règlement (CEE) 883/2004)

L'institution compétente doit communiquer sa décision à l'institution de l'État membre de résidence. Cette procédure de l'article 26, paragraphe 2 est nouvelle et reste à mettre en place à la CNS. Si l'institution compétente ne répond pas dans le délai fixé par sa législation, l'autorisation est à considérer

comme accordée. Actuellement, la législation luxembourgeoise ne prévoit pas de tels délais ce qui pose le problème de savoir quel délai est à prendre en compte. Il faut dire que l'établissement des formulaires E112 se fait actuellement en une durée de temps très réduite. La CNS devra veiller à se donner des règles de fonctionnement stricts qui garantissent le droit des personnes concernées de façon optimale. La pratique devra montrer s'il existe une nécessité pour l'introduction de tels délais dans la législation luxembourgeoise, ce qui au vu de la pratique existante paraît inutile. Le considérant 7 du règlement d'application (CEE) 987/2009 stipule en effet qu'"il serait souhaitable que les États membres dont la législation en matière de sécurité sociale ne prévoit pas de tels délais étudient leur adoption et les communiquent aux personnes concernées s'il y a lieu".

Le paragraphe 3 de l'article 26 du règlement (CEE) 987/2009 fixe une procédure d'urgence en cas de soins à caractère vital. L'autorisation peut ainsi être octroyée à l'institution de l'État membre compétent par l'institution de l'État membre de résidence si les conditions de l'article 20, paragraphe 2 du règlement (CEE) 883/2004 sont respectées. L'institution du pays de résidence informe l'institution compétente et cette dernière doit accepter les décisions des médecins agréés de l'État membre de résidence. C'est une répétition d'un des principes qui parcourent le règlement (CEE) 883/2004, que les décisions médicales prises par les médecins agréés dans un État membre ne sont pas à mettre en cause par un autre État membre.

L'article 26 du règlement (CEE) 987/2009 dispose en plus que l'institution compétente peut à tout moment de cette procédure faire examiner la personne par un médecin de son choix dans le pays de résidence.

Par ailleurs, en dehors des décisions concernant l'autorisation, le pays compétent est informé sur tout éventuel traitement complémentaire médicalement nécessaire. Afin d'éviter des difficultés dans la prise en charge des soins, l'institution compétente doit être informée si des soins complémentaires doivent être donnés. Ceci correspond à l'application actuelle des formulaires E112 où un traitement subséquent à une 1^{re} autorisation peut, en cas de besoin, être couvert par un formulaire E112 de prolongation émis après coup.

Prise en charge financière des prestations en nature servies à la personne assurée

Le remboursement est détaillé dans l'article 26 du règlement (CEE) 987/2009 paragraphe 6 et 7. En principe le remboursement est fait dans les limites et conditions des tarifs de remboursement prévus par la législation de l'État membre de séjour ¹⁾.

1) Cf. article 25 du règlement (CEE) 987/2009 "Séjour dans un État membre autre que l'État membre compétent"

Or en application de la jurisprudence Vanbraekel ¹⁾, la personne assurée peut bénéficier d'un complément différentiel si le remboursement pour le même traitement dans l'État membre compétent avait dépassé le montant remboursé par l'État membre de séjour. Un transfert en vue de bénéficier d'un traitement médical ne peut donc amener la personne protégée à devoir payer une participation personnelle dépassant celle qui serait à sa charge si le traitement s'effectuait dans l'État membre compétent. L'articulation dans cet article 26 des notions de "coût réel" et "coût théorique" permet de faciliter le calcul d'un éventuel complément différentiel. Ce complément différentiel est calculé au cas par cas par la CNS et ceci sur demande de l'assuré. La difficulté consiste à analyser correctement les factures hospitalières du pays étranger concerné et de mettre cette facture en rapport avec le tarif luxembourgeois. En plus, l'inscription dans le système du nombre des participations journalières déjà prises en charge par la personne protégée pose des difficultés et risque de ce fait de créer des inégalités au niveau du remboursement. En effet, le calcul du complément "peut prendre en compte les montants que la personne assurée aurait dû acquitter si le traitement avait été prodigué dans l'État membre compétent" et ce mode de calcul est actuellement pratiqué au sein de la CNS.

L'article 26 règle aussi la prise en charge des frais de voyage et de séjour dans le contexte de soins programmés. L'institution compétente dont la législation prévoit le remboursement des frais de voyage et de séjour prend également en charge les frais de voyage et de séjour liés aux soins programmés autorisés dans un autre État membre aussi pour une personne éventuelle qui accompagne la personne concernée. Ces dispositions sont déjà d'application au niveau de la CNS et ne demandent donc pas d'adaptations particulières.

Prestations en espèces

L'article 21 du règlement (CEE) 883/2004 définit les modalités ayant trait aux prestations en espèces. Les principes de base ont été repris des dispositions du règlement (CEE) 1408/71 alors que les modalités d'application ont été légèrement adaptées. Les prestations en espèces sont en règle générale "servies par l'institution compétente en vertu de la législation qu'elle applique". En cas d'accord entre États membres, le pays de résidence peut payer les prestations en espèces dues pour compte du pays compétent.

L'article 27 du règlement (CEE) 987/2009 précise les procédures à suivre en ce qui concerne le paiement de "prestations en espèces relatives à une incapacité de travail en cas de séjour ou de résidence dans un État membre autre que l'État membre compétent."

1) Arrêt Vanbraekel, affaire C-368/98, arrêt de la Cour du 12 juillet 2001

Procédure à suivre par la personne assurée.

Le droit aux prestations en espèces découle comme avec les dispositions du règlement (CEE) 574/72 d'un avis d'arrêt de travail ou d'un certificat d'incapacité de travail établi par le médecin ayant constaté l'état de santé de la personne protégée. L'article 18 du règlement (CEE) 574/72 est adapté en ce sens que la personne assurée communique son certificat d'incapacité de travail directement à l'institution compétente, sans devoir passer par l'institution du lieu de résidence.

Les délais de notification de l'incapacité de travail à l'institution compétente pour le paiement des prestations en espèces sont uniformément fixés à 3 jours suivant l'article 18 du règlement (CEE) 574/72 mais sont à partir de l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation remplacés par ceux de la législation de l'État membre compétent.

Comme avec l'article 18 du règlement (CEE) 574/72, les résidents des pays qui ne connaissent pas de certificat d'incapacité de travail s'adressent à l'institution du lieu de résidence afin que celle-ci procède à l'évaluation médicale et transmette le certificat à l'institution compétente.

L'article 27 du règlement (CEE) 987/2009 rappelle de manière explicite que toute autre obligation éventuelle doit être respectée par la personne assurée, notamment en ce qui concerne les rapports à son employeur.

Procédure à suivre par l'institution de l'État membre de résidence

Les contrôles tant administratifs que médicaux pour les personnes résidant en dehors du pays compétent se font sur demande du pays compétent et d'après les dispositions légales du pays de résidence. Les rapports relatifs à ces contrôles sont à transmettre sans délai à l'institution compétente. Les contrôleurs luxembourgeois n'ont donc plus besoin de se déplacer hors du territoire luxembourgeois mais les contrôles désirés seront effectués par les agents des institutions étrangères.

Procédure à suivre par l'institution compétente

L'institution compétente verse les prestations en espèces directement à la personne concernée. En cas de besoin, l'institution compétente avise l'institution du pays de résidence et peut à tout moment faire analyser la personne concernée par un médecin de son choix. La possibilité prévue par l'article 21 du règlement (CEE) 883/2004 de paiement des prestations en espèces par le pays de résidence pour compte du pays compétent reste donnée.

L'article 27 du règlement (CEE) 987/2009 contient un rappel du principe de la validité des documents indépendamment du lieu de leur établissement. De ce fait, les certificats médicaux établis dans un État membre sont à accepter aussi dans tout autre État membre, "les mentions du certificat d'incapacité ne peuvent être remises en cause du seul fait que le certificat a été établi sur la

base des constatations d'un médecin d'un autre État membre." ¹⁾ Chaque fois que l'institution compétente refuse de verser les prestations en espèces demandées, elle notifie sa décision à la personne assurée et en avertit simultanément l'institution du lieu de résidence. C'est une reprise de l'article 18 du règlement (CEE) 574/72.

Vu l'intégration nouvelle des soins de longue durée dans la coordination, l'article 28 du règlement (CEE) 987/2009 définit une procédure précise pour les "prestations en espèces concernant les soins de longue durée en cas de séjour ou de résidence dans un État membre autre que l'État membre compétent."

La demande pour obtenir des prestations en espèces pour soins de longue durée est à adresser à l'institution compétente qui informe si nécessaire l'institution du lieu de résidence. La personne assurée est examinée par l'institution du lieu de résidence sur demande de l'institution compétente. Au besoin, cette dernière fournit les informations nécessaires. L'institution compétente peut procéder aux examens médicaux nécessaires.

Les renvois à l'article 27 du règlement (CEE) 987/2009 font que les procédures sont similaires à celles applicables aux prestations en espèces. De ce fait, les prestations sont en principe versées directement par l'institution compétente, sauf accord entre les institutions, en vertu de l'article 21, paragraphe 1 du règlement (CEE) 883/2004, selon lequel les prestations peuvent être versées par l'intermédiaire de l'institution du lieu de résidence.

Demandeurs de pension.

La catégorie des personnes qualifiées de "demandeurs de pension" en application de l'article 22 du règlement (CEE) 883/2004 n'est pas connue par la législation luxembourgeoise.

Au Luxembourg, une personne protégée est ou bien qualifiée d'active ou bien de pensionnée. Les personnes protégées qui sont qualifiées de demandeurs de pension en vertu de la législation de leur État membre compétent et qui résident au Luxembourg sont actuellement inscrites sur base du formulaire E120. Ce formulaire est une "attestation de droit aux prestations en nature pour les demandeurs de pension ou de rente et les membres de leur famille" et au niveau des procédures d'inscription est considéré comme un formulaire d'ouverture de droit pour un actif. L'inscription comptable et la ventilation budgétaire des demandeurs de pension correspondent de ce fait aussi à la catégorie des actifs.

1) Carine Pigeon, DBLE0022 Analyse règlement 883-2004, tableau Excel

Section 2 Titulaires de pension et membres de leur famille

Les droits des titulaires de pension et de leurs membres de famille sont détaillés aux articles 23 à 30 du règlement (CEE) 883/2004.

Pour ces dispositions, il faut prendre en compte l'article 22 paragraphe 2 du règlement (CEE) 987/2009 qui stipule que l'application de l'article 5 du règlement (CEE) 883/2004 "Assimilation de prestations, de revenus, de faits ou d'événements" ne peut, en ce qui concerne les articles 22 "Demandeurs de pension" et Articles 23-30 "Titulaires de pension et membres de leur famille" de ce même règlement (CEE) 883/2004, avoir comme résultat un changement de responsabilité et donc d'un changement injustifié de l'institution compétente et du responsable du coût des prestations.

Droit aux prestations en nature en vertu de la législation de l'État membre de résidence

L'article 23 du règlement (CEE) 883/2004 est la reprise de l'article 27 du règlement (CEE) 1408/71. La personne protégée qui touche des pensions de plusieurs États membres parmi lesquels l'État de résidence et qui y a droit aux prestations en nature est inscrite dans ce pays de résidence. Au niveau de l'inscription il n'y a donc pas de formulaire européen qui est établi. L'ouverture de droit est clôturée dans tous les pays excepté le pays de résidence, sauf exceptions précisées par les articles suivants.

La détermination du droit reste identique mais l'application du calcul des cotisations, définie dans les articles suivants, change et permet de garantir une égalité de traitement beaucoup plus importante.

Absence de droit aux prestations en nature en vertu de la législation de l'État membre de résidence

Cette situation est régie par l'article 24 du règlement (CEE) 883/2004. Il s'agit d'une reprise de l'article 28 du règlement (CEE) 1408/71 et des situations couvertes par un formulaire E121. Pareil qu'avec le règlement (CEE) 1408/71, pour une personne qui touche une pension d'un seul pays, la charge financière des prestations incombe à ce pays. Pour une personne qui touche des pensions de plusieurs États et qui ne bénéficie pas des prestations en nature selon la législation de l'État membre de résidence, le pays compétent est celui à la législation duquel l'intéressé a été soumis pendant la période la plus longue. Si ce calcul ne permet pas de déterminer un seul pays, le pays où se situait la dernière affiliation aura la charge des prestations.

L'article 25 du règlement (CEE) 883/2004 concerne les pensions visées par la législation d'un ou de plusieurs États membres autres que l'État membre de résidence alors que l'intéressé bénéficie des prestations en nature dans un État membre autre que l'État membre de résidence. C'est une reprise de l'article 28bis du règlement (CEE) 1408/71 et permet une répartition équitable

des frais entre les États membres de l'Union européenne. Cet article évite que les pays où un droit est donné sur base de la résidence soient forcés à prendre en charge les coûts des prestations à cause de cette disposition légale nationale. Pour ces pays, actuellement un formulaire E121 est établi et le pays qui établit le E121 assume aussi la charge des prestations.

Les membres de la famille à charge d'un titulaire de pension qui résident dans un État membre autre que l'État membre dans lequel réside le titulaire de pension sont couvertes par l'article 26 du règlement (CEE) 883/2004. Il s'agit d'une reprise des dispositions de l'article 29 du règlement (CEE) 1408/71. Un membre de famille à charge est actuellement inscrit sur base d'un formulaire E121 individualisé et si le membre de famille réside dans le pays compétent, la prise en charge de ses soins de santé est possible grâce à une affiliation fictive en tant que pensionné dans le système national.

Séjour dans un État membre autre que l'État membre de résidence

L'article 27 du règlement (CEE) 883/2004 regroupe plusieurs dispositions et assimile globalement les droits d'un titulaire de pension à ceux d'une personne active en procédant à des renvois aux dispositions des articles 18, 19 et 20 de la section 1: "Les personnes assurées et les membres de leur famille, à l'exception des titulaires de pension et des membres de leur famille".

De ce fait, comme les actifs, les pensionnées et leurs membres de famille qui sont en séjour hors de leur pays de résidence peuvent bénéficier "des prestations en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical ¹⁾" et ceci en prenant en compte la nature des prestations et la durée prévue du séjour.

Séjour dans l'État membre compétent

L'article 27 du règlement (CEE) 883/2004 élargit les droits des titulaires de pension. En cas d'inscription à l'annexe IV du règlement (CEE) 883/2004, les pensionnés peuvent aller se soigner dans l'État membre compétent, c'est-à-dire, l'État membre responsable de la charge financière des prestations servies dans l'État membre de résidence. L'annexe IV "Droits supplémentaires pour les titulaires de pension retournant dans l'État membre compétent" reprend actuellement les États membres:

BELGIQUE

BULGARIE

RÉPUBLIQUE TCHÈQUE

ALLEMAGNE

GRÈCE

1) Règlement (CEE) 883/2004, article 19, paragraphe 1

ESPAGNE
FRANCE
CHYPRE
LUXEMBOURG
HONGRIE
PAYS-BAS
AUTRICHE
POLOGNE
SLOVÉNIE
SUÈDE

Le Luxembourg est inscrit à cette annexe IV et les pensionnés dont le Luxembourg a la charge peuvent donc se faire soigner librement au Luxembourg. Tel que prévu par l'article 18 du règlement (CEE) 883/2004, ces prestations sont à la charge de l'État membre compétent même si l'État de résidence reçoit un forfait mensuel pour couvrir les frais de soins de santé de ces pensionnés.

Autorisation de recevoir les soins nécessaires hors de l'État membre de résidence

En ce qui concerne les dispositions relatives aux soins programmés, le nouveau règlement (CEE) 883/2004 prévoit l'application des procédures d'autorisation définies à l'article 20 de ce même règlement pour les personnes assurées et les membres de leur famille aussi pour les titulaires de pensions ¹⁾. Le coût des prestations définies dans cet article 27 incombe en principe à l'État membre compétent responsable du coût des prestations en nature servies au titulaire de pension dans son État membre de résidence.

D'après les nouvelles dispositions financières, si l'État de résidence applique les remboursements forfaitaires, il assume la charge des soins programmés dans un autre État membre pour les titulaires de pensions. Cette situation d'exception correspond à la situation actuelle du règlement (CEE) 1408/71 où tous les frais de soins de santé pour les pensionnés sont décomptés sur base de forfaits. L'institution du pays de résidence est considérée comme l'institution compétente et c'est donc elle qui accorde l'autorisation et assume la charge des frais.

1) Carine Pigeon, DBLE0022 Analyse Règlement 883-2004; tableau Excel: "cette règle n'était pas prévue explicitement dans le R 1408/71 mais résultait de la jurisprudence de la Cour de justice (arrêt Pierik du 31/05/1979, C-182/78."

Dispositions spécifiques applicables aux travailleurs frontaliers pensionnés

L'article 28 du règlement (CEE) 883/2004 stipule plusieurs extensions des droits des travailleurs frontaliers qui ont pris leur retraite en raison de leur âge ou pour cause d'invalidité. Cet article concerne la catégorie précise de travailleurs frontaliers pensionnés contrairement au droit plus général de l'article 27.

L'ancien travailleur frontalier peut ainsi continuer les traitements médicaux entamés dans l'État où était exercée la dernière activité professionnelle ce qui permet suivant les termes de cet article 28 de "déceler, de diagnostiquer et de traiter une maladie jusqu'à son terme". Le traitement médical des anciens travailleurs frontaliers se trouve ainsi amélioré, ainsi que celui de leurs membres de famille, sauf si l'État membre où était exercée la dernière activité figure en l'annexe III du règlement (CEE) 883/2004: "Restriction du droit des membres de la famille d'un travailleur frontalier à des prestations en nature". Le Luxembourg ne figure pas dans cette annexe et permet donc l'élargissement du droit aussi pour les membres de famille d'un ancien travailleur frontalier.

En plus, un pensionné qui a été travailleur frontalier pendant 2 ans au cours des 5 ans précédant la pension peut continuer à recevoir les prestations en nature dans l'État membre où était exercée l'activité frontalière. Ce droit est donné à condition que cet État membre et l'État membre qui a la charge des coûts de prestations en nature pour ce pensionné soient repris tous les deux en l'annexe V du règlement (CEE) 883/2004 "Droits supplémentaires pour les anciens travailleurs frontaliers retournant dans l'État membre où ils exerçaient précédemment une activité de travailleur salarié ou de non-salarié". Cette extension de droit est tout à fait en faveur des personnes protégées et facilite leur suivi médical. En effet, "un travailleur frontalier qui a fréquenté les mêmes médecins pendant toute sa vie active dans le pays d'emploi a souvent du mal à accepter une rupture soudaine avec ce système de santé lorsqu'il part à la retraite". ¹⁾

Les prestations en nature servies sont à la charge de l'État membre qui a la charge des prestations en nature pour le pensionné. Théoriquement, un ancien travailleur frontalier peut donc avoir droit aux prestations en nature dans 2 pays en plus de son pays de résidence. Dans cette annexe V figurent actuellement 7 États membres qui élargissent donc les droits de leurs pensionnés:

ALLEMAGNE

BELGIQUE

ESPAGNE

1) *Convention de protection des droits sociaux des travailleurs frontaliers dans l'EUREGIO MEUSE-RHIN, Mémoire explicatif, page 7*

FRANCE

LUXEMBOURG

AUTRICHE

PORTUGAL

Actuellement, la Convention belgo-luxembourgeoise du 24 mars 1994 ainsi que la Convention franco-luxembourgeoise du 7 novembre 2005 permettent déjà aux anciens travailleurs frontaliers belges et français de revenir au Luxembourg aux fins de bénéficier de prestation en nature. Ces 2 conventions sont plus larges que les dispositions de l'article 28 du règlement (CEE) 883/2004 qui limite le droit du retour d'un pensionné par des critères de durée et par référence à l'activité exercée en dernier lieu. Les 2 conventions bilatérales sont dépourvues de critères de ce type, le droit de retour est donné du moment qu'une pension est versée.

Le règlement (CEE) 98/2009 précise dans son article 29 que pour l'application des dispositions de l'article 28 du règlement (CEE) 883/2004, le droit aux prestations en nature est donné sur base d'un document délivré par l'institution compétente. Si donc l'État membre où était exercée la dernière activité n'est pas l'État compétent, l'État nouvellement compétent établit le document portable "S4" qui permettra aux anciens travailleurs frontaliers de faire valoir leurs droits auprès des prestataires de soins.

De manière tout à fait logique, l'article 28 ne s'applique plus à partir du moment où la personne concernée est soumise à la législation d'un État membre sur la base d'une activité salariée ou non salariée. La CNS devra encore décider la façon d'aborder les droits des pensionnés à la fin d'une telle période d'activité. Ou bien les droits acquis des pensionnés avant la reprise d'une activité restent acquis, ou bien un nouveau calcul est à effectuer au moment de la cessation de l'activité.

Cotisations du titulaire de pension

L'article 30 du règlement (CEE) 883/2004 reprend en partie les modalités de l'article 33 du règlement (CEE) 1408/71 selon lequel l'État qui a la charge des prestations peut percevoir des cotisations à charge de ce pensionné en application des dispositions de sa législation. Or, il n'est plus précisé que les retenues peuvent être opérées "sur la pension ou la rente due par elle". Grâce à cette modification, une incertitude juridique a pu être résolue, et, en vertu du principe de l'assimilation des faits énoncé à l'article 5 du règlement (CEE) 883/2004, l'État compétent peut prélever les cotisations sur l'ensemble des pensions perçues par le pensionné.

De ce fait, les anciens travailleurs frontaliers ne sont plus traités de manière avantageuse par rapport aux autres travailleurs. Un ancien travailleur frontalier bénéficiaire de pensions de plusieurs États membres ne touche donc plus de pension exemptée de cotisations. Ces modalités sont précisées

dans l'article 30 du règlement (CEE) 987/2009. Etant donné que l'institution compétente peut prélever des cotisations sur l'ensemble des pensions perçues par le pensionné elle doit veiller à ne pas défavoriser ce pensionné dans le calcul des cotisations du fait que ses pensions proviennent d'États membres différents. Les cotisations ne peuvent ainsi pas dépasser le maximum prévu dans l'État membre compétent. Pour le Luxembourg, ce maximum est fixé à 5 fois le salaire social minimum.

Section 3 Dispositions communes

Disposition générale

L'article 31 du règlement (CEE) 883/2004 énonce la primauté du droit issu de l'exercice d'une activité sur le droit issu du bénéfice d'une pension. Il s'agit de la reprise de l'article 34 du règlement (CEE) 1408/71 et ce principe permet ainsi de délimiter le champ d'application des articles des nouveaux règlements suivant les situations.

Règles de priorité en matière de droit à prestations en nature

L'article 32 du règlement (CEE) 883/2004 fixe encore d'autres règles de priorité en matière de droit à prestations en nature. Dans cet article figure l'affirmation explicite qu'un droit propre prime toujours un droit dérivé. Ce principe est déjà appliqué par la réglementation existante même si un énoncé explicite n'existe pas. L'article permet aussi d'appliquer la coordination entre États membres de façon équitable en prévoyant les modalités applicables pour les pays dont la législation accorde des droits uniquement sur base de la résidence. Dans ce cas de figure, un droit à prestations en nature dérivé prévaut sur les droits autonomes étant donné que le "droit autonome dans l'État membre de résidence découle directement et exclusivement du fait que la personne concernée réside dans cet État membre". Il en est de même pour les membres de la famille d'une personne assurée qui résident dans un État membre qui accorde l'ouverture de droit sur base de la résidence. Cette disposition est reprise de l'article 19, paragraphe 2 du règlement (CEE) 1408/71 et des modalités relatives aux formulaires E109 et E121 pour les membres de famille. Pour ces pays, le formulaire E109 ou E121 reste de mise si aucun droit n'existe sur base d'une activité salariée ou non salariée dans ledit État membre ou sur base d'une pension de cet État membre versée à la suite d'une activité salariée ou non salariée.

Prestations en nature de grande importance

L'article 33 du règlement (CEE) 883/2004 reprend les dispositions de l'article 24 du règlement (CEE) 1408/71. L'article règle la situation, assez rare, d'une personne qui obtient l'accord de son institution compétente à bénéficier

d'une prothèse, d'un grand appareillage ou d'autres prestations en nature d'une grande importance, avant d'être assurée en vertu de la législation d'un autre État membre. La charge de ces prestations incombe alors à la première institution, même si la délivrance est effectuée alors que ladite personne est déjà assurée en vertu de la législation appliquée par la deuxième institution.

Cet article s'applique à un certain nombre et type de prestations définies par une décision de la commission administrative. Actuellement les prestations concernées figurent dans la décision n° 115, datant du 15 décembre 1982. Cette décision est en cours de discussions en vue d'une actualisation au sein de la commission administrative. L'établissement d'une liste limitative énumérant les prestations concernées à l'instar de la décision n° 115 n'est plus la seule approche possible, même si l'établissement d'une liste est prévu par le paragraphe 2 de l'article 33. La possibilité de ne pas établir de liste mais de définir une somme limite par prestation, probablement 2000 euros, à partir de laquelle cet article sera applicable est en discussion. Une telle somme limite a l'avantage d'une simplification et éviterait des mises à jour et amendements réguliers au niveau de la commission.

Il semble que les dispositions de cet article ne soient actuellement pas appliquées, car le pays nouvellement compétent qui connaît pour la personne concernée une affiliation dans son système national ne vérifie pas de manière automatique si une autorisation établie par un autre pays existe. Cet article ne mentionne pas la problématique d'une autorisation établie alors qu'elle n'aurait pas dû être établie étant donné qu'un autre pays est en vérité compétent. De toute façon, ces situations particulières nécessitent des solutions selon les cas précis et, si les institutions coopèrent bien, ne devraient pas survenir.

Cumul de prestations pour des soins à longue durée

L'article 34 du règlement (CEE) 883/2004 prévoit des dispositions de non-cumul en ce qui concerne les prestations pour soins de longue durée. Ces dispositions règlent l'articulation entre les prestations en espèces et les prestations en nature versées par différents États membres, ce qui permet d'éviter un double paiement ou un paiement allant contre le principe d'égalité de traitement. De ce fait, si une personne bénéficie de prestations dépendance en nature de l'État de résidence ou de séjour et des prestations dépendance en espèces de l'État compétent les prestations en nature servies dans l'État de résidence ou de séjour sont à la charge de l'État compétent et les prestations en espèces versées par l'État compétent sont réduites du montant de la prestation en nature accordée par l'État de résidence ou de séjour.

Afin d'éviter des difficultés quant à l'interprétation de cette disposition ou à la qualification exacte des prestations, la commission administrative s'occupe

actuellement de l'établissement d'une liste des prestations en espèces et en nature concernées.

Pour la législation du Luxembourg les prestations de dépendance sont des prestations en nature qui peuvent être converties en prestation en espèces, sous conditions. Cette approche nationale pourra néanmoins être modifiée si un éventuel arrêté de la Cour de justice européenne requalifie la notion de prestation de dépendance.

En plus, les États membres peuvent conclure des dispositions autres ou supplémentaires qui ne peuvent pourtant être moins favorables pour les personnes concernées.

L'article 31 du règlement (CEE) 987/2009 fixe les modalités concrètes concernant l'application de l'article 34 du règlement de base. Ainsi, l'institution compétente informe la personne concernée des dispositions de non-cumul existantes. Le but de ces dispositions est de garantir à la personne ne résidant pas dans le pays compétent, un droit aux prestations au moins égal à une personne résidant dans l'État membre compétent. Le total de ses prestations de dépendance (en nature et en espèces) que touche la personne concernée suite à l'application des dispositions de non-cumul doit être égal à ce qu'elle aurait perçu si elle résidait dans l'État compétent. En outre, l'institution compétente informe l'institution du lieu de résidence du paiement en espèces effectué si ce pays connaît des prestations en nature pour soins de longue durée selon la liste à établir par la commission administrative. L'institution du lieu de résidence informe en retour l'institution compétente des prestations en nature pour soins de longue durée accordées ainsi que du taux de remboursement appliqué.

Etant donné que l'intégration des soins de longue durée dans les règlements de coopération européenne est nouvelle et que les expériences concrètes manquent, cet article 31 stipule de manière expresse que des décisions supplémentaires peuvent être prises, si nécessaire, par la commission administrative pour compléter les dispositions existantes.

Mesures d'application particulières

Le règlement (CEE) 987/2009 fixe dans son article 32 certaines dispositions supplémentaires. Ces dispositions concernent des difficultés éventuelles causées par la coordination de divers systèmes nationaux aux systèmes difficilement compatibles.

Certaines législations prévoient la possibilité d'une exonération de l'obligation d'assurance maladie. Cette possibilité pourrait nuire aux États membres qui basent le droit à l'assurance maladie sur la condition de la résidence. De ce fait, l'article 32, paragraphe 1 établit que l'exonération demandée par une personne ne peut pas l'amener à tomber sous le régime d'assurance maladie d'un autre État membre. Cette disposition vise donc à

éviter les transferts de charge injustifiés entre États membres. Le contrôle de cette disposition pourrait poser des difficultés. Un Etat membre doit ainsi remplir son devoir d'information envers un autre Etat membre concerné sans quoi le transfert injustifié ne peut être évité.

L'article 32, paragraphe 2 opère une restriction quant à l'application du titre III, chapitre I du règlement (CEE) 883/2004: "Prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées" sous condition d'une inscription à l'annexe 2 du règlement d'application (CEE): "Régimes spéciaux applicables à des fonctionnaires". Cette disposition existe avec l'annexe VI du règlement (CEE) 1408/71 et vise à limiter l'application des dispositions du règlement relatives aux prestations en nature pour certains régimes spéciaux pour fonctionnaires. Il est indiqué que cette disposition ne peut causer des transferts de charges injustifiés entre États membres.

Les personnes auxquelles s'appliquent les paragraphes 1 et 2 et qui résident dans un pays où le droit à l'assurance maladie est en principe basé sur le fait de la résidence, sont tenues de payer l'intégralité des coûts des prestations en nature servies dans ce pays de résidence.

Coopération

Le principe de la bonne coopération entre les États membres de l'Union européenne est réglementé tout au long du règlement (CEE) 883/2004 et de son règlement d'application (CEE) 987/2009. "Dans toutes les parties du règlement, de nouveaux processus et procédures structurés établissent une plateforme de coopération renforcée entre les institutions et favorisent la transparence et la confiance mutuelle". ¹⁾ L'article 76 du règlement (CEE) 883/2004 traite de manière explicite les principes de cette coopération qui permettant une bonne coordination entre les États membres.

La bonne coopération est requise notamment au niveau des personnes protégées qui circulent et font usage de leurs cartes européennes. Tel que le mentionne la nouvelle décision S1 de la commission administrative, toute carte européenne émise avant l'entrée en vigueur du règlement (CEE) 883/2004 restera en vigueur jusqu'à la date d'expiration y inscrite. Ceci vaut aussi pour les différents formulaires Exxx établis avant le 1er mai 2010 et dont la durée de validité dépasse cette date d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions. La coopération entre États membres est ainsi souhaitée pour éviter l'utilisation d'une carte européenne qui n'est plus valable au vu d'une situation d'assurance éventuellement changée suite aux nouvelles dispositions. Ces difficultés peuvent varier selon la durée de validité de la

1) *COMMUNICATION DE LA COMMISSION AU PARLEMENT EUROPÉEN concernant la position commune du Conseil sur l'adoption de la proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil fixant les modalités d'application du règlement (CE) n°883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, Bruxelles, le 7.1.2009 (COM) 896 final 2006/0006 (COD)*

carte européenne qui est déterminée de façon indépendante par chaque État membre ¹⁾. Le problème qui se posera concerne les prestations de soins effectuées par l'État membre de séjour sur base d'une carte valable mais reflétant une ancienne situation. La commission administrative aimerait imposer une ligne commune aux États membres et qui est que l'institution compétente qui a émis une carte européenne devra l'honorer et ne pourra refuser le remboursement. Ce principe d'honorer les formulaires et cartes valablement émis sert de base à une bonne coopération mais risque d'augmenter les frais de certains États membres. La nouvelle proposition de décision qui remplacera la décision CASSTM 175 du 23 juin 1999 prévoit la possibilité pour les États membres de récupérer les frais auprès de l'État membre réellement compétent, mais ceci ne fait pas l'unanimité des pays. L'Allemagne par exemple a choisi d'éviter que les problèmes ne se créent en limitant, pour les catégories de personnes dont le droit sera transféré à un autre État membre, les cartes européennes de manière générale au 30 avril 2010. Il faut remarquer que la durée de validité des cartes allemandes est limitée à un maximum d'un an. Or, le Luxembourg, ou le Danemark par exemple, établissent des cartes d'une durée de 5 ans et pourraient avoir plus de difficultés. Le problème est causé notamment par le changement des modalités de remboursement entre institutions. En effet, le passage d'un remboursement sur base d'un forfait mensuel à un remboursement sur base de coûts réels changera les compétences en ce qui concerne l'émission des cartes européennes. Une bonne coopération permettra sûrement de résoudre ces difficultés.

Cette exigence de coopération se trouve répétée dans certaines décisions de la commission administrative. Par exemple, la décision E1 ou la décision A148 de cette même commission:

One of the elements of good cooperation under the Regulations is the exchange of information between authorities and institutions and persons, which shall be based on principles of public service, efficiency, active assistance, rapid delivery and accessibility.

Les institutions sont ainsi invitées à plus et mieux coopérer afin d'éviter que des personnes ne se retrouvent sans couverture à cause de difficultés au niveau des institutions concernées. Il est évident qu'une bonne coopération ne se fait pas sans l'effort des institutions concernées. La mise en place de nouvelles procédures fait sortir les agents de leurs routines et systèmes de travail habituels et nécessite des contacts plus poussés entre les institutions et une plus grande flexibilité et donc un engagement adéquat des agents de toutes les institutions de sécurité sociale touchés par les changements.

1) Décision CASSTM 189 du 18 juin 2003, Article 2: La durée de validité de la carte européenne est déterminée par l'institution qui la délivre.

DISPOSITIONS FINANCIÈRES

Remboursement entre institutions

Le principe du remboursement entre les institutions des États membres de l'Union européenne dans le domaine des "Prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées" est indiqué dans l'article 35 du règlement (CEE) 883/2004.

Cet article 35 prévoit que "les prestations en nature servies par l'institution d'un État membre pour le compte de l'institution d'un autre État membre, donnent lieu à remboursement intégral." Le système de remboursement qui consiste à procéder au remboursement sur base des frais réels, donc en se basant sur les justificatifs de dépenses effectives est généralisé. La possibilité de procéder aux remboursements sur la base d'un forfait mensuel est donnée mais l'État membre qui choisit ce système doit remplir certaines conditions. Seulement les États membres dont les structures juridiques ou administratives rendent inadéquat le remboursement sur la base de frais réels peuvent demander un remboursement sur base de forfaits et pour cela doivent s'inscrire en l'annexe 3 du règlement (CEE) 987/2009. Cette annexe 3 intitulée "États membres demandant le remboursement de prestations en nature sur la base de forfaits" (visée à l'article 63, paragraphe 1, du règlement (CEE) 987/2009) renseigne actuellement les 9 pays suivants:

IRLANDE

ESPAGNE

ITALIE

MALTE

PAYS-BAS

PORTUGAL

FINLANDE

SUÈDE

ROYAUME-UNI

Le remboursement sur base de forfaits mensuels restera donc possible sous le règlement (CEE) 883/2004 pour ce nombre limité de pays, mais ceci seulement par rapport aux dispositions des articles 94 et 95 du règlement (CEE) 574/72 et les catégories de personnes y reprises. Il s'agit des membres de la famille d'un travailleur salarié ou non salarié qui ne résident pas dans le même État membre que ce dernier (article 94) et les titulaires de pension ou de rente ainsi que les membres de leur famille n'ayant pas leur résidence dans un État membre au titre de la législation duquel ils bénéficient d'une pension ou d'une rente (article 95).

L'article 35 du règlement (CEE) 883/2004 prévoit dans son paragraphe 3, de la même façon que cela se pratique actuellement, que deux ou plusieurs États membres peuvent moduler ces principes de remboursement suivant leurs besoins. La possibilité de conclure des accords de compensation ou de renonciation reste ainsi donnée.

Ces mêmes principes de remboursement sont repris dans l'article 41 du règlement (CEE) 883/2004 en ce qui concerne le chapitre 2 "Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles", mais en insistant sur le fait d'un remboursement exclusivement sur base des frais réels, tel que cela s'applique déjà avec le règlement (CEE) 1408/71. Les États membres ont ici aussi la possibilité de prévoir d'autres modes de remboursement ou de renoncer à tout remboursement entre les institutions relevant de leur compétence.

Les dispositions financières détaillées se retrouvent dans le TITRE IV du règlement (CEE) 987/2009: "Chapitre I Remboursement des prestations en application de l'article 35 et de l'article 41 du règlement de base"

Section 1 Remboursement des prestations sur la base des dépenses réelles

Les principes de ce système de remboursement sont regroupés dans l'article 62 du règlement (CEE) 987/2009. L'institution compétente rembourse "le montant effectif des dépenses exposées pour les prestations en nature, tel qu'il ressort de la comptabilité de l'institution qui les a servies" à cette institution. Cette disposition correspond à l'article 93 du règlement (CEE) 574/72. Le remboursement effectué sur la base des frais réels, c'est-à-dire via les décomptes E125 actuels, sera la règle générale en ce qui concerne le remboursement entre institutions. Ce système s'applique désormais en principe également pour les pensionnés et les membres de famille, sauf dérogation et application de l'article 63 du règlement (CEE) 987/2009.

L'ensemble des modalités de l'article 93 du règlement (CEE) 574/72 a été repris. Il arrive que pour certains types de prestations dans un État membre donné, tout ou une partie du montant effectif des dépenses exposées pour les prestations de soins de santé ne ressort pas de la comptabilité de l'institution qui les a servies. Dans ce cas, le montant à rembourser est déterminé sur la base d'un forfait. La commission administrative sert d'instance de contrôle pour la détermination de ce forfait.

En plus, les règles de coordination interdisent aux États membres de se faire rembourser des "tarifs supérieurs à ceux qui sont applicables aux prestations en nature servies aux personnes assurées soumises à la législation appliquée par l'institution ayant servi les prestations". Cette disposition garantit une bonne application du principe de l'égalité de traitement et empêche une éventuelle répartition inégale des coûts se rapportant aux soins de santé.

Section 2 Remboursement des prestations sur la base de forfaits

Le système de remboursement sur base de forfaits, c'est-à-dire via les décomptes E127 actuels, qui devrait constituer une exception, est expliqué dans l'article 63 du règlement (CEE) 987/2009 et commence par l'identification des États membres concernés.

Les États membres qui optent pour un remboursement sur base de forfaits doivent être dans une situation telle que "les structures juridiques ou administratives rendent inadéquat le remboursement sur la base de frais réels" et doivent en outre, pour plus de transparence, s'inscrire en l'annexe 3 du règlement (CEE) 987/2009. La possibilité du remboursement sur base de forfaits est limitée aux 2 catégories de personnes qui font déjà l'objet d'un tel remboursement forfaitaire en application des articles 94 et 95 du règlement (CEE) 574/72. Ce sont les membres de famille qui ne résident pas dans le même État membre que la personne assurée, en vertu de l'article 17 du règlement de base, ainsi que les pensionnés et les membres de leur famille qui ne résident pas dans l'État compétent ou aux membres de famille ne résidant pas dans le même État membre que le titulaire de pension, en vertu de l'article 24, paragraphe 1, et des articles 25 et 26 du règlement de base. Comme déjà prévu par le règlement (CEE) 574/72, le montant de ce forfait est établi pour chaque année civile et doit être aussi proche que possible des dépenses réelles. Idéalement, les forfaits remboursés devraient correspondre exactement aux dépenses avancées par l'institution de l'État membre qui touche les forfaits.

Méthode de calcul des forfaits mensuels et du forfait total

Une méthodologie complexe qui permet de calculer le forfait à rembourser est exposée dans l'article 64 du règlement (CEE) 987/2009. Dans le contexte du règlement (CEE) 883/2004, les forfaits luxembourgeois n'auront probablement plus à être calculés étant donné que le Luxembourg établira uniquement des décomptes sur base des frais réels. Peut-être, pour des raisons statistiques et afin de permettre une comparabilité des frais de soins de santé entre les États membres de l'Union européenne, les forfaits luxembourgeois devront quand même être calculés et publiés. Par contre, les forfaits prévus par le règlement (CEE) 574/72 continueront à être applicables pour certains pays en vertu de conventions bilatérales qui restent en vigueur, et aussi en vertu des dispositions étendant l'application des règlements (CEE) 1408/71 et 574/72 aux pays de l'Espace économique européen et à la Suisse. Ces pays, l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège ainsi que la Suisse n'ont en effet pas encore adopté les nouveaux règlements (CEE) 883/2004 et 987/2009 qui ne pourront donc être applicables en matière de remboursement entre États membres.

La méthode de calcul des forfaits est adaptée dans le but de garantir un calcul aussi précis que possible. L'objectif de faire correspondre le forfait décompté le plus exactement possible avec les frais réels pour soins de santé avancés est déjà visé par les articles 94 et 95 du règlement (CEE) 574/72. L'objectif reste donc le même mais la méthode de calcul est remaniée. La principale modification concerne la répartition des personnes en 3 classes d'âge afin de déterminer des coûts moyens qui seraient plus proches de la réalité. Le calcul de 2 forfaits selon les formulaires d'inscription E109 et E121 ne sera donc plus d'application avec le règlement (CEE) 883/2004 mais restera probablement d'application pour les pays encore couverts par les dispositions du règlement (CEE) 1408/71 ou des dispositions assimilées.

Ce nouveau principe de calcul sur base de classes d'âge différentes a été discuté au niveau de la commission des comptes et de la commission administrative et est déjà accepté et appliqué par un certain nombre d'États membres sous les règlements actuels. Ces États, comme par exemple les Pays Bas ou certains pays de l'Est ont en effet su montrer que les forfaits ainsi déterminés se rapprochent plus de la réalité des dépenses effectives.

Les articles 94 et 95 du règlement (CEE) 574/72 indiquent les règles de calcul des forfaits sans pour autant indiquer une formule de calcul exacte comme celle indiquée à l'article 64 du nouveau règlement (CEE) 987/2009. Ce schéma de calcul précis devrait permettre un contrôle plus rapide et efficace de la part de la commission administrative quant à l'exactitude des montants déterminés.

Le forfait de chaque État membre est calculé pour trois classes d'âge:

- personnes de moins de 20 ans
- personnes de 20 à 64 ans
- personnes de 65 ans et plus.

Chaque État membre créateur calcule donc trois forfaits mensuels en fonction des coûts moyens annuels relatifs aux prestations effectuées pour les personnes de la classe d'âge en question. Les dépenses prises en compte sont les dépenses annuelles afférentes au total des prestations en nature servies par les institutions de l'État membre créateur à toutes les personnes de la classe d'âge concernée soumises à sa législation et résidant sur son territoire. Ce montant est divisé par le nombre moyen de personnes concernées dans cette classe d'âge durant l'année civile en question. Dans le règlement (CEE) 574/72, l'annexe 9 énumère les régimes de sécurité sociale à prendre en compte par chaque État membre pour le calcul des forfaits. Le règlement (CEE) 987/2009 peut se passer d'une telle annexe en opérant un renvoi à son article 23 qui définit le "régime applicable en cas de pluralité de régimes dans l'État membre de résidence ou de séjour"

Le nouveau règlement prévoit, à l'instar du règlement (CEE) 574/72, un abattement à appliquer au forfait. Alors que sous le règlement 574/72, l'abattement était uniformément fixé à 20%, il est sous le règlement (CEE) 883/2004 en principe de 20 %, mais peut être ramené à 15 % pour le cas où l'État membre compétent n'est pas mentionné à l'annexe IV du règlement de base. Cette annexe IV reprend les États membres qui accordent des droits supplémentaires pour les titulaires de pension en donnant la possibilité aux pensionnés de retourner dans l'État membre compétent, et ceci en application de l'article 27, paragraphe 2 du règlement de base. L'État membre compétent assume la charge financière des prestations délivrées sur son territoire, même si l'État de résidence reçoit en outre un forfait pour couvrir les frais de santé de ces pensionnés et peut donc appliquer l'abattement de 20% sur le forfait à payer. Pour tous les États qui ne figurent pas à l'annexe IV, l'abattement à appliquer est de 15%.

Il faut remarquer que l'abattement est calculé par rapport aux dispositions relatives aux droits des titulaires de pension. Afin de ne pas rendre le calcul encore plus complexe, les droits supplémentaires accordés aux membres de la famille à charge d'un assuré actif qui ne résident pas dans le même État membre que ce dernier ne sont pas pris en compte pour le calcul des forfaits. Ceci peut causer certaines inégalités et donc des différences entre le montant des dépenses effectives et le montant décompté sur base des forfaits. Sauf à mettre en place un calcul bien plus complexe, la solution qui permettrait un équilibre des frais entre les États membres concernés, consiste à ne plus procéder aux décomptes forfaitaires mais uniquement sur base des frais réels.

Le forfait total est calculé pour chaque État membre débiteur à partir du nombre de mois de résidence par personne concernée et en fonction de la répartition suivant les 3 classes d'âge prédéfinies. Le nombre de mois est déterminé au moyen d'inventaires tenus par l'État de résidence sur base des inscriptions permettant aux personnes concernées de bénéficier des prestations en nature. Contrairement aux dispositions des articles 94 et 95 du règlement (CEE) 574/72, qui basent le calcul sur un nombre moyen annuel de familles qui ne résident pas dans le même État membre que le travailleur salarié ou non, respectivement un nombre moyen annuel de pensionnés, le nouveau règlement (CEE) 987/2009 prend en considération le nombre exact de mois. En plus, ce nouveau règlement ne connaît plus de forfait pour un groupe de famille mais prend en compte chaque personne de manière individuelle.

Cette modalité de calcul pose surtout pour les pensionnés le problème des rectifications de dossier rétroactives tout comme le nombre parfois élevé des dossiers en instruction, notamment quand les personnes ont travaillé dans plusieurs États membres. Il semble évident que même si un État membre procède à un nombre élevé de régularisations après le moment de calcul du forfait, le forfait ne peut pas subir des adaptations.

Or, il s'agit en effet de veiller à ce que "le calcul des forfaits se rapproche autant que possible des dépenses réellement exposées" et à éviter un éventuel déséquilibre des paiements ou des doubles paiements pour les États membres. Etant donné qu'il n'y a pas d'expériences pratiques quant à l'application du remboursement forfaitaire suivant ces nouvelles dispositions, la commission administrative a prévu un contrôle suivi d'une éventuelle adaptation de cet article 64 et de la hauteur de l'abattement à appliquer. La durée de la période d'observation et le moment pour faire les éventuelles modifications est fixée à 5 ans.

De même qu'avec le règlement (CEE) 574/72 la commission administrative remplit un rôle de contrôleur et décide des méthodes et modalités servant de base au calcul du forfait et surveille la bonne application du calcul.

L'article 64 du règlement (CEE) 987/2009 dispose aussi que les modalités de calcul du forfait fixées par le règlement (CEE) 574/72 peuvent provisoirement encore s'appliquer. Les États membres qui ont besoin de temps pour adapter leurs méthodes de calcul peuvent donc continuer à appliquer les articles 94 et 95 du règlement (CEE) 574/72, pour autant que l'abattement prévu aux paragraphes précédents soit appliqué.

Notification des coûts moyens annuels

Le règlement (CEE) 987/2009 dans son article 65 vise l'accélération du règlement des créances entre les pays européens. Le remboursement est en effet souvent retardé par la notification tardive des coûts moyens à la commission des comptes et pour y remédier, un délai limite est fixé pour cette notification. Les coûts moyens d'une année doivent être notifiés au plus tard à la fin de la deuxième année qui suit l'année en question. Si un État membre ne respecte pas ce délai, le montant du coût moyen annuel par personne que la commission administrative a déterminé en dernier lieu ¹⁾ sera retenu et permettra au pays débiteur de procéder au paiement.

Ce même article 65 stipule que les coûts moyens annuels sont publiés chaque année au Journal officiel de l'Union européenne. Avec le règlement (CEE) 574/72 la publication des coûts moyens dans le Journal officiel est aussi nécessaire mais il n'y a pas d'indication du rythme annuel. Cette indication devrait amener les États membres à effectuer leurs calculs de façon plus régulière que tel n'est le cas actuellement.

1) *Le texte français ne reprend pas cette notion de "dernier" et reste imprécis sur le coût moyen à considérer par défaut. Le texte anglais par contre est plus explicite: "the annual average cost per person which the Administrative Commission has last determined for a previous year will be taken".*

Section 3 Dispositions communes

Indépendamment du type de remboursement à effectuer, la procédure de remboursement détaillée entre les institutions concernées est fixée aux articles 66 à 69 du règlement (CEE) 987/2009. Les dispositions des nouveaux règlements visent à accélérer le remboursement entre institutions. De ce fait, les nouvelles dispositions fixent des délais et dates limites pour les différentes opérations à effectuer, tout en insistant que le remboursement doit se faire le plus rapidement possible. Tel que déjà appliqué avec le règlement (CEE) 574/72, il est stipulé qu'une créance particulière contestée ne doit pas servir de prétexte à un État membre pour ne pas rembourser les créances non contestées introduites lors du même décompte.

Procédure de remboursement entre institutions

L'article 66 du règlement (CEE) 987/2009 reprend la disposition du règlement (CEE) 574/72 qui veut que les remboursements entre États membres s'effectuent par l'intermédiaire de l'organisme de liaison. Cette disposition permet de centraliser les diverses opérations financières entre les États membres et facilite donc l'établissement de la situation des créances au niveau européen en matière d'assurance maladie. Au Luxembourg, mis à part les 3 caisses du secteur public caisses compétentes pour leurs catégories de personnes protégées, la CNS est caisse compétente et organisme de liaison en même temps. La CNS s'occupe de l'envoi et de la réception des décomptes et effectue tous les contrôles nécessaires sans que ces 3 caisses de maladie n'interviennent. Ceci constitue un grand avantage, notamment en ce qui concerne le respect des délais qu'impose le règlement (CEE) 987/2009. En effet, dans de nombreux États membres, les organismes de liaison réceptionnent les décomptes mais doivent les continuer pour les contrôles et vérifications éventuels à la caisse de maladie concernée. Ces envois, qui selon les pays, peuvent être compliqués à gérer, engendrent nécessairement des allongements en ce qui concerne les délais de traitement.

Sous le règlement (CEE) 574/72, certains États membres ont légèrement modulé l'application concrète des décomptes entre États membres. Ainsi, le Luxembourg et l'Allemagne ont pris certaines mesures afin d'accélérer les paiements, mesures arrêtées par l'accord germano-luxembourgeois (DEULUX) du 25.01.1990 entre l'Allemagne et le Luxembourg. L'AOK de la Sarre, l'AOK du Rhénanie-Palatinat, et l'IKK Direkt, c'est-à-dire les caisses allemandes limitrophes chez lesquelles sont inscrites le nombre le plus important de travailleurs frontaliers relevant de la compétence luxembourgeoise, transmettent leurs créances trimestriellement à la CNS sans passer par l'intermédiaire de l'organisme de liaison allemand, la DVKA. Suivant ces accords DEULUX, les décomptes E125 sont contrôlés et payés dans le délai d'un mois à partir de la date de leur réception par la CNS. Les décomptes introduits par ces caisses de maladie figurent pourtant dans les

comptes de l'organisme de liaison et sont de ce fait repris dans la situation des créances concernant le Luxembourg et l'Allemagne. Par ailleurs, ces accords DEULUX permettent à la CNS de payer les frais concernant des assurés luxembourgeois directement à certains hôpitaux allemands. Ce paiement est effectué d'après les tarifs allemands et sous contrôle de la part des caisses allemandes. La CNS effectue donc de fait une sorte de Tiers Payant à l'étranger et permet là aussi d'accélérer considérablement les délais de remboursement entre États membres.

Il peut y avoir un organisme de liaison distinct pour les prestations de maladie (article 35 du règlement (CEE) 883/2004) et les prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles (article 41 du règlement (CEE) 883/2004). Au Luxembourg, l'assurance accident établit elle-même son décompte E125 par lequel elle demande aux États membres de lui rembourser ses frais en matière d'assurance maladie. L'assurance accident est l'organisme de liaison pour les E125 se rapportant aux accidents du travail et aux maladies professionnelles qui proviennent au Luxembourg depuis les autres États membres. Or, ces E125 sont réceptionnés et traités par la CNS dans la chaîne commune des décomptes E125. La CNS procède aussi aux contrôles ou vérifications nécessaires (le cas échéant en prenant contact avec les agents de l'assurance accident qui ont un accès plus complet aux dossiers) et procède au paiement des décomptes pour le compte de l'assurance accident.

Délais d'introduction et de paiement des créances

L'article 67 du règlement (CEE) 987/2009 fixe des délais précis tant au niveau de l'introduction des décomptes qu'au niveau du paiement des créances ou du traitement des contestations éventuelles. Le but de cet article est de raccourcir les délais de paiement, mais aussi d'uniformiser la coopération de l'ensemble des États membres couverts par le champ d'application du règlement (CEE) 883/2004 ¹⁾.

En ce qui concerne les créances décomptées sur base de frais réels, l'introduction de la créance devra se faire "au plus tard 12 mois après la fin du semestre civil au cours duquel ces créances ont été inscrites dans les comptes de l'institution créditrice", c'est-à-dire, 12 mois après le semestre au cours duquel les créances ont été remboursées à l'assuré ou au prestataire de soins. Au Luxembourg, la personne assurée ou le prestataire a deux ans pour l'introduction des factures en vue du remboursement statutaire par la CNS, et ceci à partir de la date du paiement de ces mêmes factures. Cet article 67 correspond à la pratique luxembourgeoise actuelle en ce qui concerne l'établissement des décomptes E125. Les prestations qui peuvent se retrouver dans un même décompte peuvent concerner plusieurs exercices comme avec les dispositions du règlement (CEE) 574/72. D'autres pays,

1) *Délais inspirés de ceux qui étaient prévus dans la recommandation 20 de la CASSTM du 31 mai 1996.*

comme la Belgique par exemple, ont des délais plus larges au niveau national, les prestations décomptées ensemble peuvent donc concerner une période plus large et la vérification du respect de ce délai fixé par l'article 67 semble difficile à réaliser en pratique. En respect du principe de la confiance mutuelle entre les États membres, une telle vérification n'est probablement pas souhaitée.

Les modalités de l'établissement des décomptes sont les mêmes que ceux du règlement (CEE) 574/72. La règle est d'établir un décompte par semestre et qui devrait aussi être le seul décompte pour ce semestre. D'éventuels décomptes complémentaires ne devraient pas être établis. Ceci ne correspond pas à la pratique luxembourgeoise actuelle qui consiste à envoyer un décompte séparé pour l'assurance dépendance. Cet envoi semestriel séparé est dû principalement par des retards ou délais de comptabilisation plus longs au niveau national en ce qui concerne l'assurance dépendance. Cette règle d'établissement des décomptes n'est pas respectée par tous les pays qui procèdent à des envois plus nombreux. Ces modalités ne posent pourtant aucun problème pratique pour le contrôle et le paiement des décomptes introduits par ces pays.

En ce qui concerne les créances décomptées sur base de forfaits, le délai pour l'introduction des créances prend cours après 12 mois suivant celui de la publication des coûts moyens au Journal Officiel de l'Union européenne pour l'année concernée.

Un délai est également fixé pour la présentation des inventaires qui sont envoyés avant la demande effective des créances. Cet envoi des inventaires est nécessaire au vu de la procédure de calcul et de publication qui peut durer plusieurs années selon les pays. D'après les dispositions du nouveau règlement (CEE) 987/2009, l'inventaire est à envoyer au pays concerné " au plus tard avant la fin de l'année suivant l'année de référence ". Les dispositions relatives aux publications de coûts moyens et à la présentation des inventaires correspondent à la pratique actuelle du Luxembourg et raccourcissent les délais de fait uniquement en théorie.

L'article 67 stipule aussi de manière évidente que les délais commencent à courir seulement à partir du moment où l'institution compétente a été déterminée et ceci en application de l'article 6 du règlement (CEE) 987/2009 "Application provisoire d'une législation et octroi provisoire de prestations". Cet article 6 permet de mettre en place une procédure d'octroi provisoire des prestations en cas de doutes sur l'institution qui doit verser les prestations en nature. L'institution qui a, à titre provisoire, versé des prestations en nature, demande le remboursement à l'institution finalement compétente. Dans ce cas, le délai pour l'introduction des créances ne commence à courir que lorsque l'institution compétente a pu être déterminée. L'article 67 fixe de manière expresse que les créances introduites après expiration des délais mentionnés aux paragraphes précédents ne sont pas prises en

considération. Actuellement la date limite pour la présentation des décomptes est l'année 2000, en application de la décision 103 de la commission administrative. Les nouveaux délais sont sensiblement plus courts que cette limite de l'année 2000 mais ne posent probablement pas de difficultés d'application pour la CNS.

Comme pour l'introduction des décomptes, le paiement des créances est soumis à des délais plus stricts. Le paiement des créances doit s'effectuer endéans les 18 mois suivant le mois d'introduction du décompte auprès de l'organisme de liaison. Ce délai est envisageable sans difficultés pour la CNS qui est organisme de liaison et caisse compétente à la fois. Les pays comme l'Allemagne, où l'organisme de liaison doit répartir les décomptes E125 introduits de manière groupée par les États membres sur un grand nombre de caisses ont probablement plus de difficultés pour respecter ce délai. Ces envois nécessaires aux fins d'effectuer les contrôles nécessaires ont besoin d'un temps de traitement plus étendu.

Ce délai de 18 mois ne vaut pas pour les créances rejetées valablement suite aux divers contrôles effectués. Afin d'éviter que des créances restent non soldées pendant une durée étendue, à cause de créances individuelles qui poseraient éventuellement un problème, l'article 67 prévoit un délai à l'intérieur duquel une solution doit être trouvée. Une durée maximale de 36 mois suivant le mois au cours duquel la créance a été introduite, est fixée pour le règlement de ces créances et la solution des contestations. La pratique a montré que ce délai maximal de 36 mois après l'introduction d'un décompte est trop court et qu'en cas de contestations, ce laps de temps est actuellement dépassé de manière courante. En cas de difficultés de résolution des litiges à l'intérieur du délai de 36 mois, le nouveau règlement prévoit l'intervention de la commission des comptes. Suite à la demande motivée d'une des parties, cette commission a 6 mois à partir de sa saisine pour se prononcer. Elle aura ainsi un rôle plus important et plus direct à jouer que tel n'est le cas actuellement avec les dispositions du règlement (CEE) 574/72.

Intérêts de retard et acomptes

L'article 68 du règlement (CEE) 987/2009 fixe un nouveau principe de paiement d'intérêts de retards afin d'accélérer le règlement des créances. Un versement d'intérêts est ainsi prévu en cas de dépassement du délai de paiement de 18 mois. L'institution débitrice peut cependant éviter les intérêts de retard si elle verse un acompte d'au moins 90% dans les 6 mois de l'introduction des créances. Cet acompte peut se rapporter ou bien aux créances sur base des frais réels ou sur base de forfaits. Dans ce cas, des intérêts de retard ne peuvent être exigés que sur le solde du décompte non couvert par l'acompte et seulement après la période de 36 mois prévue pour la solution des contestations éventuelles.

Le système de paiement d'avances est déjà pratiqué par la CNS dans certaines situations précises. L'accord franco luxembourgeois du 20 septembre 1995 prévoit en effet que le paiement d'une créance doit être effectué " dans le courant du sixième mois suivant celui de l'introduction ". Si le paiement d'une créance ne peut s'effectuer dans un délai de 6 mois, cet accord franco luxembourgeois prévoit le versement d'une avance. Cette avance se chiffre à 98% du montant de la créance introduite en application de l'article 93 (décompte frais effectifs par formulaire E125) ou à 90% du montant de la créance introduite en application des articles 94 et 95 (décompte forfaitaire par formulaire E127).

L'accord germano-luxembourgeois, DEULUX, prévoit aussi le paiement d'avances, à hauteur de 80% du montant de la créance introduite, en cas de non-respect du délai de paiement. Ce paiement doit être effectué dans le délai d'un mois suivant celui de l'introduction. Il faut dire qu'en pratique la CNS n'en vient pas à la situation de devoir verser ces avances. Le service concerné s'applique afin de respecter les délais de paiement prévus par ces accords bilatéraux.

L'intérêt de retard est calculé sur la base du taux de référence appliqué par la Banque centrale européenne. Le taux de référence applicable est celui en vigueur le premier jour du mois où le paiement est exigible.

L'article 68 du règlement (CEE) 987/2009 stipule aussi qu'aucun État membre ne peut être obligé à accepter des avances. Si l'organisme de liaison d'un État membre refuse l'acompte il ne peut réclamer des intérêts de retard qu'après la période de 36 mois prévue pour la solution des contestations éventuelles et non pas après les 18 mois prévus de manière générale.

En ce qui concerne la CNS, il est peu probable que des d'intérêts de retards doivent être payés étant donné que les délais que se donnent les agents du service concernés sont de manière générale plus courts que les délais maximaux fixés par les nouvelles dispositions.

Relevé des comptes annuels

L'article 69 du règlement (CEE) 987/2009 fixe les attributions de la commission administrative en ce qui concerne la situation des créances entre les divers États membres. La commission administrative établit la situation des créances sur la base du rapport de la commission des comptes. Ce rapport est établi pour chaque année civile et renseigne par État membre "le montant des créances introduites, réglées ou contestées (position créditrice) d'une part, et le montant des créances reçues, réglées ou contestées (position débitrice) d'autre part" C'est une reprise des dispositions de l'article 101 du règlement (CEE) 574/72 avec l'indication précise des informations qui doivent être transmises par les organismes de liaison des États membres à la commission des comptes.

Les dispositions de la commission des comptes prévoient qu'actuellement chaque pays renseigne uniquement sa position créditrice. La CNS ne dispose actuellement pas d'un tableau complet reprenant la position débitrice et la première mise en place de cette situation demandera un lourd travail de recensement et de vérification au sein du service concerné. L'établissement de cette double situation des créances facilitera sûrement la mise en parallèle des données des différents États membres et permettra de détecter plus facilement les positions litigieuses et donc aussi le travail d'apurement des créances.

Dans le même contexte, la commission administrative peut procéder à toute vérification des données statistiques et comptables qui servent à l'établissement de la situation annuelle des créances.

ÉCHANGE ÉLECTRONIQUE

La généralisation de l'échange électronique entre les institutions des États membres constitue l'aspect le plus visible de la modernisation de la coordination en matière de sécurité sociale. C'est cet échange électronique aussi qui aura une grande influence sur les structures existantes au niveau national.

Le principe de l'échange électronique des données est établi par les dispositions de l'article 78 du règlement (CEE) 883/2004 et des articles 4 et 88 du règlement d'application (CEE) 987/2009. Ces dispositions obligent les États membres à passer progressivement et graduellement vers un traitement électronique des informations. Les échanges de données entre institutions, l'accès à ces données et le traitement de ces données seront effectués électroniquement. Afin de rendre possible ces échanges, une nouvelle architecture, le programme EESSI (*Electronic Exchange of Social Security Information*), financé par l'Union européenne a été mis en place. "L'architecture sélectionnée présente les caractéristiques suivantes: un nœud central, des points d'accès et la mise en œuvre de *Reference* (suite de logiciels installés sur les points d'accès développés par le sous-traitant EESSI)". ¹⁾ C'est l'entreprise Siemens qui a élaboré ces dispositifs techniques et qui veillera à la mise en place de l'infrastructure. Une phase de test se déroulera à partir de janvier 2010 entre 6 États membres qui se sont portés volontaires. Les expériences ainsi gagnées permettront de régler les détails de la mise en place de l'infrastructure et de procéder aux ajustements et améliorations nécessaires avant de passer à l'échange électronique au niveau européen.

La Commission a développé une application que les États membres pourront utiliser à l'intérieur de l'architecture EESSI. Il s'agit de l'outil WEBIC, un outil conçu pour créer, envoyer et recevoir des SED. Cette application n'est utile que pour les échanges à faible volume et peu adapté à la situation du Luxembourg avec notamment ses nombreux frontaliers ou ses fréquents transferts à l'étranger en vue de bénéficier d'un traitement médical. Le Luxembourg devra donc veiller à créer ses propres applications ou à développer et adapter son système national afin de le rendre compatible avec ce système EESSI et de pouvoir permettre l'échange électronique avec les autres États membres. Cette programmation est à mettre en place, autant que possible, en étroite collaboration avec les partenaires les plus importants, c'est-à-dire les institutions allemandes, belges et françaises. Ce développement peut être fait secteur par secteur ou tous les secteurs ensemble. Les États membres disposent de 2 années pour mettre en place le système EESSI, et l'échange électronique aura ainsi lieu dès que l'État membre concerné se sera déclaré prêt. Être prêt à l'échange électronique

¹⁾ Voir: Séminaire sur les nouvelles dispositions en matière de maladie, de maternité et de paternité assimilés, le 24 septembre 2009 à Bruxelles "Question techniques et défis"

veut dire qu'un État membre peut tant envoyer que réceptionner tous les messages venant de et allant aux points d'accès des autres États membres.

Une des difficultés pour la mise en place de cette structure commune est la différence des systèmes au niveau national et surtout la différence du niveau de l'informatisation et d'éventuels déficits existant dans certains États membres. Par ailleurs, les systèmes existants qui ont pu être mis en place par certains États membres avec un nombre important de frontaliers pourront rester en place au-delà de la limite du 1er mai 2012. Ces États membres pourront disposer du temps nécessaire pour intégrer ces systèmes dans l'architecture EESSI.

Définitions

Dans l'article 1, paragraphe 2 du règlement (CEE) 987/2009 se trouvent regroupées les définitions qui permettent à tous les États membres d'interpréter l'échange électronique de la même façon. On entend par:

a) *"point d'accès", une structure comprenant:*

- i) un point de contact électronique;*
- ii) l'acheminement automatique fondé sur l'adresse; et*
- iii) l'acheminement intelligent fondé sur un logiciel permettant un contrôle et un acheminement automatiques (par exemple, une application recourant à l'intelligence artificielle) et/ou sur l'intervention humaine;*

L'échange des informations entre États membres s'effectue donc via un ou des points d'accès. Les États membres peuvent choisir d'avoir entre 1 à 5 de ces points d'accès, qui servent de points d'entrée et de sortie d'information. Le Luxembourg a décidé d'avoir au maximum 2 de ces points d'accès. Il ne s'agit pas de créer de nouvelles entités physiques dans les États membres mais de mettre en place les points d'accès et les structures électroniques nécessaires afin de permettre l'interaction avec les systèmes nationaux préexistants.

Les échanges sont dirigés d'après les informations contenues au sein d'un *Master Directory*. Les points de contact définis pour chaque État membre dans ce *Master Directory* existent en copie dans les différents points d'accès et rendent possible l'acheminement des informations aux États membres et à l'intérieur des États membres, aux institutions concernées. Cette banque de données est ainsi basée à Bruxelles avec des copies qui se mettent à jour de manière automatique dès que le répertoire central est actualisé. Un aspect de cet échange électronique qui n'est pas encore tout à fait clarifié concerne la question de la protection des données et de la sécurité de la transmission électronique de données qui ont pour la plupart un caractère très sensible. L'article 4 du règlement (CEE) 987/2009 exige la mise en place d'un tel "cadre sécurisé commun capable de garantir la confidentialité et la protection des

échanges de données". Les procédures d'authentification et d'autorisation sont en élaboration et doivent être définitivement arrêtées avant la mise en pratique concrète d'EESSI.

La définition de l'article 1 du règlement (CEE) 987/2009 regroupe sous le terme "document": "un ensemble de données, quel qu'en soit le support, organisé de manière à pouvoir être échangé par voie électronique et dont la communication est nécessaire à la mise en œuvre du règlement de base et du règlement d'application". Dans le contexte d'un échange informatique généralisé, le mot "formulaire" a été remplacé par "document", qui est indépendant du support utilisé ¹⁾.

Au niveau des définitions, il est stipulé que chaque échange électronique s'effectue sur base d'un "document électronique structuré", SED, qui désigne "tout document établi dans le format conçu en vue de l'échange d'informations entre les États membres". La "transmission par voie électronique" est définie par "la transmission de données au moyen d'équipements électroniques de traitement des données (y compris la compression numérique), par fil, radio, procédés optiques ou tout autre procédé électromagnétique" et permet donc de se rapporter à tout moyen existant qui peut permettre un échange de façon électronique.

Notifications

Le règlement (CEE) 987/2009 prévoit dans son article 88 une amélioration considérable grâce au système électronique. Les annexes du règlement (CEE) 574/72 actuel contiennent plusieurs listes reprenant les autorités et institutions compétentes, de résidence ou de séjour. A cause des nombreux changements nationaux, les mentions figurant dans ces listes ne sont pas toujours à jour. En outre, elles ne contiennent pas les coordonnées complètes des autorités et institutions.

Ces annexes seront remplacées par une base de données qui renseigne les autorités et institutions. Elles doivent être "dotées d'une identité électronique sous la forme d'un code d'identification et d'une adresse électronique". ²⁾ La vérification de l'exactitude des données de cette base de données et la mise à jour sans délai est de ce fait une obligation pour les États membres. C'est la Commission européenne qui est chargée d'établir et de gérer cette base de données à laquelle les personnes privées pourront aussi accéder pour des besoins consultatifs.

1) Carine Pigeon DBLE0022 Analyse Règlement 883-2004: définition issue de l'art. 3 a) du R 1049/2001 du Parlement européen et du Conseil du 30.5.2001 relatif à l'accès du public aux documents du Parlement européen, du Conseil et de la Commission. La notion de document avait déjà été introduite dans le R 574/72 par le R 631/2004 lors de l'introduction de la carte européenne d'assurance maladie.

2) Règlement (CEE) 987/2009, article 88, paragraphe 2

Format et mode des échanges de données

L'article 4 du règlement (CEE) 987/2009 attribue à la commission administrative la charge de mettre au point le format et le mode des données échangées de manière électronique.

L'échange de données entre les institutions se fera sur base de documents électroniques structurés DES ou selon la terminologie anglaise, plus courante, SED (Structured Electronic Document). Le format de ces nouveaux documents électroniques est actuellement arrêté de manière provisoire et les États membres sont chargés d'analyser ces SED afin de vérifier que les informations nécessaires y figurent et de pouvoir les adapter le plus rapidement possible. Le format de ces SED a été défini par un groupe Ad hoc créé au sein de la commission administrative. Les divers flux métier (business flows) entre les institutions ont été analysés article par article pour permettre de déterminer le format des SED requis selon les dispositions des nouveaux règlements. En matière d'assurance maladie maternité et paternité assimilées, ce groupe Ad hoc a déterminé 22 business flows, qui, formalisés en tant que SED remplaceront les échanges existants ¹⁾. Le groupe a classifié les données à inscrire sur les SED afin de permettre un échange correct.

Les données sont ainsi qualifiées de:

- nécessaires: M (*mandatory*)
- nécessaires si applicables: MIA (*mandatory if applicable*)
- non nécessaire: NN (*not necessary*)
- non applicable (pour le SED concerné) NA (*not applicable*)
- information répétée: R xxx (*repeated information*)

Les nouveaux SED remplacent donc l'échange existant sur base des formulaires Exxx mais l'amplifient de manière considérable et généralisent le format électronique. Les formulaires Exxx ne sont en effet que très peu échangés de manière électronique. En plus, les SED ne sont pas simplement superposés aux formulaires Exxx mais permettent d'appliquer de nouvelles dispositions réglementaires. De ce fait, des SED sont aussi élaborés pour des échanges qui actuellement ne transitent pas via les formulaires Exxx, comme par exemple, les dispositions de l'assurance dépendance.

L'article 4 du règlement (CEE) 987/2009 stipule que pour l'échange avec les personnes protégées, les institutions privilégient l'emploi des techniques électroniques, mais que de manière évidente, ceci n'est pas obligatoire étant donné que tout le monde ne sait pas se servir de ces documents électroniques.

En parallèle et en plus des SED, la commission administrative a élaboré des documents portables: PD (*portable document*). Ces documents portables

1) Voir note CASSTM 013/08: La méthode adoptée, le "tool way of thinking" se rapproche de la méthode BPM utilisée au sein de la CNS pour le projet 883.

constituent des documents en version papier qui sont communiquées aux personnes couvertes en cas de besoin. La possibilité d'imprimer les SED pour en fournir des exemplaires en format papier aux personnes protégées, tel que cela se pratique actuellement pour les formulaires Exxx, n'a pas été retenue par la commission administrative. L'élaboration des documents portables a été décidée par la commission administrative assez tard et le groupe Ad hoc a commencé son travail en mai 2009 ¹⁾. C'est l'agence de communication Mostra qui a aidé ce groupe à mettre au point le format et le stylisme des documents portables. La décision de créer ces documents portables est motivée par la volonté de pouvoir garantir la bonne lisibilité et compréhension des documents que les personnes protégées tiennent en mains. La différenciation par rapport aux formulaires Exxx existants est aussi plus marquée, étant donné que les formulaires Exxx servent tant de document portable à adresser aux personnes protégées que de document transmis entre les institutions concernées. Les formulaires Exxx contiennent de ce fait des informations qui n'intéressent pas la personne protégée mais lui rendent la lecture du formulaire plus difficile et parfois posent problème pour trouver les informations pertinentes.

Ces documents portables, sont au nombre de 10 en tout et, en ce qui concerne les prestations de maladie, maternité et paternité assimilées, au nombre de 5. Les versions provisoires de ces documents portables ont été transmises aux institutions des États membres vers la fin octobre 2009. Les institutions sont chargées d'analyser le format et le contenu et de communiquer leurs remarques à la commission afin que le format et le contenu des documents portables, PD puissent être définitivement arrêtés. Les SED et les documents portables sont, au niveau des institutions, générés par les mêmes outils techniques et les données qui figurent sur les documents portables sont destinées à être intégrées dans l'environnement électronique et à figurer éventuellement sur des SED dans une étape ultérieure.

Pour aider les États membres dans leur travail de mise en place des dispositions des nouveaux règlements, le Secrétariat de la commission administrative a élaboré un tableau de correspondance qui peut être utilisé pour l'application des informations échangées, des flux et des SED ²⁾. Ce tableau offre une vue d'ensemble qui permet de relier les divers SED aux nouveaux flux tout en reliant les documents aux articles des règlements concernés.

Il existe des exceptions de prévues pour l'application de l'échange électronique. Les États membres qui affirment que leurs applications existantes nationales ne peuvent être changées à l'intérieur des délais prévus peuvent continuer temporairement leur travail tel qu'il se fait actuellement

1) Note CASSTM 393/09 "Report of Ad Hoc Group on portable Documents"

2) Voir note CASSTM. 389/09: EESSI - Identification of SEDs and data

mais à condition que les droits des personnes concernées soient entièrement assurés ¹⁾.

L'échange des données du système EESSI s'inspire pour certains aspects du système TESTA (*Trans-European Services for Telematics between Administrations*) qui est déjà utilisé actuellement pour l'échange de données entre diverses institutions au niveau européen. Dans le domaine de la sécurité sociale, ce réseau des administrations européennes sert actuellement à échanger les décomptes E125 et E127. C'est-à-dire ce réseau permet l'envoi des décomptes entre les États membres qui peuvent ainsi effectuer de manière simplifiée leurs demandes de remboursement de frais de soins de santé avancés pour le compte d'un autre État membre. Cet échange n'est pas obligatoire et les États membres qui le souhaitent peuvent opter pour un échange via ce réseau. En cas d'accord sur l'utilisation de ce réseau, un État membre charge des données sur ce réseau que seul l'État membre destinataire prédéfini selon une codification spécifique peut aller télécharger pour les injecter dans son propre système. Le Luxembourg échange actuellement ses décomptes via le réseau TESTA avec un nombre toujours croissant de pays. L'Allemagne, la Belgique, l'Espagne, la France, l'Italie, le Portugal, la Slovaquie et aussi la Suisse se servent en plus du Luxembourg de ce réseau TESTA. Ce type d'échange permet une accélération et une simplification considérables du traitement des décomptes.

On peut noter que le système EESSI est inspiré du système TESTA et aussi du système SWIFT. Les expériences acquises grâce à ces 2 systèmes pourront être utilisées pour le travail quotidien d'EESSI. En effet, les exigences du système SWIFT "offrent aux participants un haut niveau de garantie en terme de rapidité, de fiabilité (complètement redondant, le réseau n'est virtuellement jamais en panne) et de sécurité (les messages échangés ne peuvent être détournés, perdus ou falsifiés) ²⁾." Ces caractéristiques seront idéalement aussi celles du système EESSI.

La mise en place du système EESSI est encore en élaboration au sein de la Commission et certains points nécessitent encore des clarifications ou des adaptations qui doivent être réglées au plus tard avant l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions, le 1er mai 2010.

La carte européenne de sécurité sociale actuelle sera utilisée aussi avec les nouveaux règlements. L'intégration de la carte en format électronique est encore à clarifier, si une telle intégration est prévue. En plus, certains SED nécessitent probablement des informations complémentaires et l'intégration d'éventuels fichiers joints doit encore être définie.

1) cf. séminaire du 24.09.09

2) http://www.fimarkets.com/pages/swift_reseau_messages.htm

Ou encore, la possibilité d'utiliser des SED adaptés à des échanges bilatéraux spécifiques devra être décidée de manière définitive. Cette mise en place de SED spécifiques pour certains États membres faciliterait le maintien des conventions bilatérales, comme surtout en ce qui concerne le Luxembourg, la convention belgo-luxembourgeoise du 24 mars 1994. Des questions de détail comme la difficulté des caractères d'écriture non latins trouveront sûrement des solutions praticables le moment donné.

Il faut dire que le Luxembourg ne figure pas parmi les pays pilotes, qui pourront procéder aux échanges électroniques plus tôt. Le Luxembourg ne figure pas non plus parmi les pays qui ont élaboré la structure exacte des PD et les SED, les éventuelles difficultés se manifesteront donc seulement lors de la mise en application et non pas déjà lors de la phase de test. Or si les experts d'un certain nombre États membres ont réussi à élaborer des documents qu'ils considèrent comme viables, le Luxembourg arrivera sûrement à se les approprier à son tour.

Il est évident que l'échange EESSI bouleverse les systèmes existants de manière profonde et nécessite une phase de tests communs, d'apprentissage, d'entraînement et d'adaptations éventuelles. Selon la note du Secrétariat CASSTM 360/09 concernant "EESSI - Change Management Procédure", le chargement des flux, SED et données dans le système EESSI est prévu vers la fin de l'année 2010.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES (TITRE VI DU RÈGLEMENT (CEE) 883/2004)

Le règlement 883/2004 et son règlement d'application (CEE) 987/2009 prévoient divers niveaux en ce qui concerne les dispositions transitoires. L'article 95 du règlement d'application (CEE) 987/2009 fixe de manière globale une période transitoire de 24 mois aux fins de la mise en place des échanges électroniques de données. Cette période transitoire commence à être applicable dès la date d'entrée en vigueur des règlements. Les institutions ont donc jusqu'au 1er mai 2012 pour mettre en place l'échange électronique EESSI (*Electronic Exchange of Social Security Information*) et définir les procédures nécessaires au traitement des différents SED. Cette durée est nécessaire pour que les États membres puissent effectuer les adaptations qui s'avèrent nécessaires au niveau national. Les échanges électroniques entre les institutions de tous les États membres de l'Union européenne devraient donc être généralisés au plus tard le 1er mai 2012. L'article accorde pourtant à la commission administrative la possibilité "de proroger ces périodes selon qu'il convient", au cas où la mise en place de l'infrastructure EESSI prend un retard important au niveau communautaire.

Une autre période transitoire importante est celle qui concerne les 6 mois de période préparatoire depuis la date publication du règlement d'application (CEE) 987/2009 à l'entrée en vigueur des nouveaux règlements. L'entrée en vigueur s'effectue donc au premier jour du mois qui suit la période de six mois calculée à compter de la date de publication. Cette date ne pouvait en tout état de cause être une date antérieure au 1er janvier 2010 et la publication du règlement d'application en date du 30 octobre 2009 a exclu cette possibilité. Cette disposition est prévue selon l'article 97 du règlement (CEE) 987/2009 et est nécessaire afin de permettre aux États membres de préparer l'application des nouvelles dispositions.

Il existe encore un ensemble d'autres dispositions transitoires qui correspondent en grande partie à celles qui s'appliquaient lors de l'entrée en vigueur du règlement (CEE) 1408/71. Ces dispositions stipulent de manière logique que le règlement (CEE) 883/2004 "n'ouvre aucun droit pour la période antérieure à la date de son application" ¹⁾ ou que les éventualités acquises avant l'entrée en vigueur du nouveau règlement sont prises "en considération pour la détermination des droits." ²⁾ De manière toute aussi logique, les formulaires, cartes européennes ou certificats provisoires de remplacement émis par les États membres compétents avant l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions restent valables. Ce principe permet un bon fonctionnement de la coordination sans obliger les États membres à effectuer une émission massive de nouvelles attestations de droit. C'est la décision n° H1 de la commission administrative qui clarifie la valeur de tous ces

1) Règlement (CEE) 883/2004, article 87 paragraphe 1

2) Règlement (CEE) 883/2004, article 87 paragraphe 2

documents existants et qui évite donc que les SED ou documents portables en application des nouvelles dispositions ne doivent être établis en remplacement des formulaires Exxx existants.

D'autres dispositions transitoires concernent des situations plus particulières. Le paragraphe 8 de l'article 87 du règlement (CEE) 883/2004 se réfère ainsi aux dispositions du titre II "Détermination de la législation applicable". D'éventuelles modifications en ce qui concerne la législation applicable suite au passage des dispositions du règlement (CEE) 1408/71 à celles du règlement (CEE) 883/2004 ne sont pas effectuées de manière automatique. Une personne soumise à une législation continue à y être soumise, même si cette législation était déterminée selon les dispositions du règlement (CEE) 1408/71, aussi longtemps que sa situation reste inchangée. Cette disposition s'applique pour une durée maximale de dix ans à compter de la date d'application des nouveaux règlements, à moins que la personne concernée ne demande, en respectant les délais fixés, l'application de la nouvelle législation.

Le règlement d'application (CEE) 987/2009 obéit aux mêmes dispositions transitoires que son règlement de base (CEE) 883/2004 et fixe encore certaines modalités particulières. Par exemple dans son article 94 il fixe les procédures de révision de pensions et de rentes ou dans son article 95 il fixe les modalités se rapportant à l'EESSI détaillées plus haut.

Il faut ajouter que tant qu'un État membre n'est pas prêt à l'échange électronique, les échanges de documents se feront sur base des documents en format papier qui sont en finalisation au niveau de la commission administrative. La traduction de ces documents et la mise à disposition aux États membres va suivre dans les plus courts délais. La décision de la commission administrative E1 répète à son tour que les échanges électroniques en place peuvent continuer à se faire du moment que les personnes couvertes ne s'en trouvent pas lésés en leurs droits. Au niveau du remboursement entre institutions, l'échange des décomptes E125 et E127 entre les États membres via le réseau TESTA pourra se poursuivre jusqu'au 1er mai 2012 et, en cas de difficultés, au-delà de cette date. Le réseau TESTA restera accessible après cette date pour le domaine de la sécurité sociale. En effet, les décomptes E125 et 127 pour la Suisse par exemple transitent par ce réseau et ce transfert doit rester possible étant donné que la Suisse n'a pas encore adopté le règlement (CEE) 883/2004.

A ce niveau donc, 2 systèmes doivent fonctionner en parallèle. Or, cette existence concomitante de 2 systèmes risque d'être inévitable de manière générale, notamment en ce qui concerne les conventions bi- ou multilatérales. Même si le Luxembourg n'est pas inscrit en l'annexe II du règlement (CEE) 883/2004 et applique donc le remboursement entre institutions sur base de frais réels, avec bien d'autres pays, dont notamment les pays EEE, la Suisse, le Cap Vert, la Tunisie,..., le Luxembourg doit

poursuivre les modalités de remboursement actuelles qui consistent à envoyer des décomptes forfaitaires pour des catégories de personnes déterminées.

En plus, pour ces pays, les formulaires Exxx et équivalents continuent à être valables étant donné que les dispositions du règlement (CEE) 1408/71 restent en application. Ces pays ne peuvent à priori pas être intégrés dans un échange sur base de l'infrastructure EESSI et ne sauront utiliser ni les SED, ni les documents portables établis en application des nouvelles dispositions.

Le problème consiste donc au niveau des institutions à faire fonctionner 2 systèmes qui se ressemblent, sans pour autant avoir le droit de les mélanger. Les institutions devront aussi veiller à éviter l'application des dispositions futures sur des situations actuelles. Par exemple, la Commission des comptes est en train de préparer une note sur la transition du règlement (CEE) 1408/71 au règlement (CEE) 883/2004 en ce qui concerne les dispositions financières. Le but de cette note est d'accélérer les flux et le problème qui se pose est que certains États membres veulent appliquer les délais du règlement (CEE) 883/2004 pour les créances établies sur base des dispositions du règlement (CEE) 1408/71. Certains États membres veulent par ailleurs réclamer le paiement d'intérêts de retard en application de l'article 68 du règlement (CEE) 987/2009 pour les créances établies en application du règlement (CEE) 1408/71. Ce mélange risque de poser de grandes difficultés aux institutions et il vaudrait mieux l'éviter.

Avec l'entrée en vigueur du règlement (CEE) 987/2009, pris en application du règlement (CEE) 883/2004, le règlement (CEE) 574/72 est en principe abrogé, sauf pour certaines dispositions. Ces dispositions sont repris à l'article 96 du règlement (CEE) 987/2009 et concernent:

- le règlement (CE) 859/2003 du Conseil du 14 mai 2003 visant à étendre les dispositions du règlement (CEE) 1408/71 et du règlement (CEE) 574/72 aux ressortissants de pays tiers.
- le règlement (CEE) 1661/85 du Conseil du 13 juin 1985 fixant les adaptations techniques de la réglementation communautaire en matière de sécurité sociale des travailleurs migrants en ce qui concerne le Groenland.
- l'accord sur l'Espace économique européen, l'accord entre la Communauté européenne et ses États membres, d'une part et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes.
- d'autres accords contenant une référence au règlement (CEE) 574/72, aussi longtemps que lesdits accords n'ont pas été modifiés en fonction du nouveau règlement d'application.

CONCLUSION

L'adoption des nouveaux règlements de coordination permet une amélioration des droits en matière de sécurité sociale et a une incidence sur le quotidien de millions de citoyens de l'Union européenne. Il faut dire que, dans le processus qui a permis d'aboutir à un règlement de coordination au niveau européen, les objectifs de modernisation d'efficacité et de simplification n'ont pas toujours pu être atteints du fait du système qui exige l'unanimité des acteurs engagés. Certaines "simplifications introduites par ce nouveau règlement semblent parfois davantage rédactionnelles, qu'opérationnelles".¹⁾ Les dispositions des nouveaux règlements de coordination ne visent effectivement pas à imposer une vue unique mais de permettre aux différents systèmes nationaux de fonctionner ensemble. Afin de pouvoir aboutir à un règlement commun aux 27 États membres de l'Union européenne, les acteurs engagés ont donc forcément dû négocier leurs positions et accepter des compromis.

De ce fait, les institutions concernées devront faire preuve de flexibilité, par exemple pour certains délais. Il s'agit pour les agents des institutions de garantir tous les droits éventuels aux personnes protégées et d'éviter la perte de droits suite à l'exercice de la libre circulation. Ils devront faire preuve de souplesse et d'efficacité et œuvrer en vue de permettre à toutes les parties prenantes de tirer du bénéfice des nouvelles dispositions.

C'est la personne protégée qui fait usage de son droit de libre circulation qui va sûrement profiter le plus du règlement (CEE) 883/2004 et de son règlement d'application (CEE) 987/2009. La coordination en application des nouveaux règlements est orientée "plus sur l'effectivité des droits existants que sur la création de nouveaux droits."²⁾ Les administrations et institutions concernées auront sûrement des difficultés de démarrage surtout à cause de 2 réglementations à appliquer en parallèle et aussi à cause du probable décalage temporel de la mise en place de l'infrastructure EESSI entre les différents États membres. C'est en effet le système EESSI qui constitue l'aspect majeur de la modernisation et qui permet en plus d'améliorer l'efficacité et la précision quant à l'application des dispositions des nouveaux règlements.

Les différents États membres devront poursuivre leur travail d'interprétation de la législation et mettre en place les procédures au niveau national tant en ce qui concerne le volet administratif que le volet informatique tout au long de la période transitoire et bien au-delà. Au vu des changements plus ou moins importants selon les domaines et institutions concernés, chaque État

1) CLEISS, BLI (*Bulletin de liaison et d'information*) 1-2007, L'IMPACT PREVISIBLE DU NOUVEAU REGLEMENT EUROPEEN (CE) 883 / 2004 SUR LES INSTITUTIONS FRANCAISES DE SECURITE SOCIALE

2) Voir: Hélène Michard, Des nouvelles techniques de communication pour un meilleur service aux usagers, *Document du colloque du 9 octobre 2009: 50 ans de coordination européenne dans le domaine de la sécurité sociale*

membre aura besoin d'une phase de mise en place et d'acquisition d'expériences. Ces expériences permettront en définitive de voir si les nouveaux règlements de coordination ont besoin d'être adaptés et dans quelle mesure des décisions de la commission administrative sont requises afin de permettre une bonne mise en œuvre des dispositions des règlements. Il est clair que si le Luxembourg rencontre d'éventuels problèmes quant à l'application des dispositions des nouveaux règlements, ces problèmes surviennent aussi dans d'autres États membres. Les solutions devront de ce fait être trouvées en commun afin de garantir les droits des personnes protégées.

En plus les juridictions nationales mais surtout européennes auront sûrement encore leur mot à dire et vont, comme tout au long de la période pendant la période d'application du règlement (CEE) 1408/71, obliger les diverses institutions de tous les États membres à adopter des nouveaux positionnements et à respecter d'autres modalités d'application. La jurisprudence permettra ainsi une remise en question permanente des nouvelles dispositions et causera de ce fait de nombreuses modifications de texte. Les institutions vont devoir, surtout au début de la mise en vigueur du règlement (CEE) 883/2004 et de son règlement d'application (CEE) 987/2009, faire preuve de flexibilité et de pragmatisme, ceci d'autant plus que la durée prévue entre le vote définitif du règlement d'application (CEE) 987/2009 le 16 septembre 2009 et l'entrée en vigueur fixée au 1^{er} mai 2010 est plutôt courte. Un grand problème pose la mise en place de l'échange électronique étant donné que les documents électroniques définitifs ne seront pas prêts à la date de l'entrée en vigueur et devront être mis en place lors de la phase transitoire. La phase de test au niveau national sera donc très courte voire quasi inexistante. En plus, aucun État membre européen ne dispose d'expériences ou de points de repère et les difficultés éventuelles nécessiteront des solutions très rapides.

Lors de l'élaboration des nouvelles dispositions de coordination, les États membres ont dû accepter des compromis sur un certain nombre de points sensibles. Les nouveaux règlements feront ainsi office de point de départ pour un processus dynamique engageant tous les États membres de l'Union européenne. D'une certaine mesure on peut donc souscrire à l'avis de Jean-Claude Fillon: "Le règlement n° 883/2004 et son règlement d'application ne sont pas un aboutissement, mais un (re)commencement". ¹⁾

1) Jean-Claude Fillon, Le nouveau règlement n° 883/2004 et la détermination de la législation applicable, *Document du colloque du 9 octobre 2009 : 50 ans de coordination européenne dans le domaine de la sécurité sociale*.

Bibliographie

Carine Pigeon: DBLE0022 Analyse Règlement 883-2004; tableau Excel, 19.06.2009

Carine Pigeon: DBLE0023 Tableau correspondance; tableau Excel, 19.06.2009

CLEISS, BLI (Bulletin de liaison et d'information) 1-2007, *L'IMPACT PREVISIBLE DU NOUVEAU REGLEMENT EUROPEEN (CE) 883 / 2004 SUR LES INSTITUTIONS FRANCAISES DE SECURITE SOCIALE*, Éric TROTTMANN, Directeur du CLEISS Françoise ROGER, Directrice des affaires juridiques, CLEISS, Pierre SITKO, Directeur de l'informatique, CLEISS

COMMUNICATION DE LA COMMISSION AU PARLEMENT EUROPÉEN concernant la position commune du Conseil sur l'adoption de la proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil fixant les modalités d'application du règlement (CE) n°883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, Bruxelles, le 7.1.2009 (COM) 896 final 2006/0006 (COD)

Convention de protection des droits sociaux des travailleurs frontaliers dans l'EUREGIO MEUSE-RHIN, Mémoire explicatif.
http://www.emr-taskforce.eu/down/memoire_explicatif_fr.pdf

Description du système SWIFT
http://www.fimarkets.com/pages/swift_reseau_messages.htm

EUROPA / Synthèses de la législation de l'UE / Emploi et politique sociale / Protection sociale, *Vers une meilleure coordination des systèmes de sécurité sociale*:
http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/c10521_fr.htm

Hélène Michard, *Des nouvelles techniques de communication pour un meilleur service aux usagers*, Document du colloque du 9 octobre 2009 : 50 ans de coordination européenne dans le domaine de la sécurité sociale

InSight, *EU: Nouveau Règlement 883/2004*, Mady Kries, édition 2/2009

Jean-Claude Fillon, *Union européenne et sécurité sociale: les nouveaux règlements de coordination*, Revue Droit du Travail, édition juin 2009, pages 403-409

Jean-Claude Fillon, *Le nouveau règlement n° 883/2004 et la détermination de la législation applicable*, Document du colloque du 9 octobre 2009 à Paris: "50 ans de coordination européenne dans le domaine de la sécurité sociale"

Training Seminar: New provisions on sickness & maternity benefits, Brussels 24th September 2009, European Commission, Dg Employment, Social Affairs and Equal Opportunities

TRESS, *Think Tank report 2008, Towards a new framework for applicable legislation*, Yves Jorens, Jean-Philippe Lhernould, Ghent university, Gent

UNION EUROPÉENNE - VERSIONS CONSOLIDÉES DU TRAITÉ SUR L'UNION EUROPÉENNE ET DU TRAITÉ INSTITUANT LA COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE *Journal officiel n° C 321E du 29 décembre 2006:*

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/>

[LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:321E:0001:0331:FR:pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:321E:0001:0331:FR:pdf)

Jurisprudence de la Cour de justice européenne

- Arrêt Molenaar, affaire C 160/96, arrêt de la Cour du 5 mars 1998
- Arrêt Pinna, affaire C 359/87, arrêt de la Cour du 2 mars 1989
- Arrêt Fitzwilliam, affaire C-202/97, arrêt de la Cour du 10 février 2000
- Arrêt Banks, affaire C-178/97, arrêt de la Cour du 30 mars 2000
- Arrêt Kohll, affaire C-158/96 arrêt de la Cour du 28 avril 1998
- Arrêt Decker, affaire C-120/95, arrêt de la Cour 28 avril 1998
- Arrêt Vanbraekel, affaire C-368/98, arrêt de la Cour du 12 juillet 2001
- Arrêt Pierik, affaire C-182/78, arrêt du 31 mai 1979

EVOLUTION DES RECETTES ET DES DEPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE ENTRE 1998 ET 2008 ET PERSPECTIVES POUR L'AVENIR

Vanessa DI BARTOLOMEO

Caisse nationale de santé

Table des matières

INTRODUCTION

CHAPITRE I: EVOLUTION DES RECETTES PAR RAPPORT AU PIB ET A L'EMPLOI

1. Recettes
2. Emploi et produit intérieur brut
3. Comparaison de l'évolution des recettes à l'évolution de l'emploi et du PIB
4. Conclusion

CHAPITRE II: SOINS DE SANTE

1. Population protégée
2. Prestations en nature
3. Rôle de la population protégée dans la croissance des dépenses de soins de santé
4. Conclusion

CHAPITRE III: QUALITE DES ESTIMATIONS

1. Notions de budget et de décompte
2. Comparaison des budgets et décomptes pendant la période analysée et identification des origines des écarts
3. Qualité des estimations
4. Méthodes des estimations
5. Conclusion

CHAPITRE IV: PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS

1. Critiques et recommandations formulées par l'OCDE
2. Rapport entre les dépenses et le produit intérieur brut (PIB)
3. Conclusion

CONCLUSION GENERALE**Bibliographie**

INTRODUCTION

La loi du 27 juillet 1992 ¹⁾ portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé a introduit la gestion financière commune des caisses de maladie et mis en place des instruments nouveaux pour le financement des prestations en nature, notamment des soins hospitaliers. Elle a introduit un système moderne d'assurance maladie au Luxembourg, qui garantit un accès aux soins pratiquement équitable à l'ensemble de la population protégée résidente et non-résidente. Or, ce système est aujourd'hui confronté à des contraintes financières, notamment une forte croissance en matière de dépenses et une dépendance considérable de la conjoncture économique en matière de recettes.

Ainsi, les ressources du système de financement des dépenses de l'assurance maladie sont essentiellement constituées par les cotisations en provenance des assurés et des employeurs, ainsi que d'une contribution de l'Etat. D'une part, les recettes des cotisations varient dans la mesure où elles sont liées au fonctionnement du marché du travail, réagissant avec un certain retard aux fluctuations de l'activité. D'autre part, la croissance des dépenses de l'assurance maladie, comprenant principalement les prestations en nature, est instable du fait qu'elle dépend de l'évolution démographique, ainsi que de la croissance de la consommation moyenne par personne protégée.

Le système de financement de ces dépenses repose sur les estimations des recettes et des dépenses inscrites au budget global établi par la Caisse nationale de santé substituée dans les droits et obligations de l'Union des caisses de maladie ²⁾. Ainsi, les données estimées figurant au budget d'un exercice donné peuvent ne pas correspondre aux données inscrites au décompte rendant compte des chiffres réels de cet exercice. Cela pose la question de la qualité de ces estimations.

Le présent mémoire tente de répondre à cette question et s'inscrit dans une tentative d'apporter des explications à l'évolution des dépenses de soins de santé. Il prend en considération la période de l'année 1998 à l'année 2008, période située entre deux changements de législation, à savoir la loi du 27 juillet 1992 citée ci-dessus et la loi du 13 mai 2008 ³⁾ portant introduction d'un statut unique. L'analyse de cette période permet de soulever la question de la viabilité financière du système de l'assurance maladie à l'avenir, ceci également dans le contexte actuel de la crise financière.

1) *Loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé*, Mémorial A-N°52, 27.07.1992, p. 1658.

2) *Loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique*, Mémorial A-N°60, 15.05.2008, p. 790. Dans la suite de ce mémoire, l'on se réfère à l'Union des caisses de maladie (UCM) et non pas à la Caisse nationale de santé (CNS) vu que l'analyse porte sur la période allant de 1998 à 2008. Toutefois, il est utile de noter qu'avec l'introduction du statut unique au 1^{er} janvier 2009, l'UCM a fusionné avec les six caisses de maladie du secteur privé pour former l'actuelle CNS.

3) *Loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique*, Mémorial A-N°60, 15.05.2008, p. 790.

L'objectif de ce mémoire consiste ainsi à analyser l'évolution des recettes et des dépenses de l'assurance maladie entre 1998 et 2008 et de mettre en évidence les perspectives pour l'avenir.

Dans un premier temps, les recettes de l'assurance maladie sont mises en relation avec les données macroéconomiques du Grand-Duché de Luxembourg, en particulier l'emploi et le produit intérieur brut (PIB). Les recettes étant en majeure partie constituées par les cotisations, celles-ci sont par conséquent étroitement liées au fonctionnement du marché du travail pour lequel l'évolution de la conjoncture économique joue un rôle central. L'analyse du chapitre I procède en trois étapes. Dans une première étape, l'évolution des recettes au cours de la période allant de 1998 à 2008 est analysée, tout en se concentrant sur les postes piliers respectifs. Une deuxième étape permet ensuite d'étudier l'évolution de l'emploi et du PIB au cours des dix dernières années. Finalement, la relation entre l'évolution des recettes et de l'emploi, ainsi que la relation entre l'évolution des recettes et du PIB sont examinées dans une troisième étape.

Le chapitre II a comme objectif de déterminer le rôle de l'évolution démographique dans la croissance des dépenses de soins de santé ¹⁾. Il comprend également trois étapes. Tout d'abord la notion de la population protégée est définie et son évolution commentée. La notion des dépenses de soins de santé, permettant de déterminer les postes piliers y relatifs et d'analyser leur évolution entre 1998 et 2008, est ensuite présentée. Finalement, l'évolution des dépenses de soins de santé est comparée à celle de la population protégée.

Dans un troisième chapitre, les budgets des années 1998 à 2008 sont comparés aux décomptes de ces mêmes années, afin de déterminer les causes qui sont à l'origine d'éventuels écarts et de tenter de conclure sur la qualité des estimations. Ce chapitre distingue quatre étapes. La première étape permet de présenter les notions de budget et de décompte. Puis, les écarts en valeur absolue entre les montants estimés et réels sont analysés et les facteurs responsables de ces écarts sont recherchés. Dans une troisième étape, ce chapitre propose une étude sur la qualité des estimations en fonction des erreurs de prévision. Finalement, les méthodes d'estimation appliquées dans le cadre de l'établissement du budget sont décrites dans la quatrième étape.

1) Le chapitre II limite son analyse aux soins de santé maladie et ne prend donc pas en compte le risque maternité.

Le quatrième chapitre présente finalement les idées centrales de l'étude économique de l'organisme de coopération et de développement économique (OCDE) du mois de juin 2008. Le système médical luxembourgeois est considéré d'un point de vue critique, tout en mettant l'accent sur les réflexions quant à son avenir telles que formulées par l'OCDE. Cet organisme incite à interroger la viabilité financière de l'assurance maladie au Luxembourg en raison de la forte progression enregistrée au niveau des dépenses de soins de santé. Le chapitre IV distingue deux étapes. La première étape énonce et commente les principales critiques et recommandations de l'OCDE en rapport avec le système de santé luxembourgeois. Une deuxième étape présente brièvement les projections de l'OCDE relatives au rapport entre les dépenses publiques de santé et le PIB pour passer ensuite à l'analyse de l'évolution du rapport entre les dépenses effectives de l'assurance maladie et le PIB. Cette analyse est suivie de l'examen de l'évolution du rapport entre les dépenses de soins de santé et le PIB.

Dans le cadre restreint du présent mémoire, il n'est guère possible d'approfondir tous les aspects théoriquement analysables. Ce mémoire essaye surtout de commenter l'évolution des recettes et des dépenses du système de l'assurance maladie entre 1998 et 2008. En complément, certaines pistes de réflexions relatives à son avenir sont présentées.

CHAPITRE I: EVOLUTION DES RECETTES PAR RAPPORT AU PIB ET À L'EMPLOI

Méthodologie:

1. Le terme "PIB" se réfère au PIB à prix courants, sauf précisions.
2. Le terme "assurance maladie" se réfère aux risques maladie et maternité.
3. Données relatives aux recettes: exercice comptable.

La population protégée du Grand-Duché de Luxembourg est couverte par un système d'assurance maladie public financé par les assurés (ménages), les employeurs et l'Etat. La principale source de financement est celle des recettes provenant des cotisations composées d'une part des cotisations payées par les assurés ¹⁾ et les employeurs et, d'autre part de la surprime payée par l'Etat. La surprime de l'Etat consiste dans la contribution des pouvoirs publics aux cotisations dues au titre des prestations en espèces et aux cotisations dues au titre des prestations en nature. Une baisse des recettes des cotisations provenant des assurés et des employeurs s'accompagne ainsi d'une baisse des recettes provenant de la surprime payée par l'Etat.

La source centrale de financement du système de l'assurance maladie est donc basée sur le marché du travail, une accélération de la croissance de l'emploi engendrant une accélération de la croissance de la population protégée et des ressources financières de l'assurance maladie. Lorsqu'un assuré résident perd son emploi et est admis au système de chômage, son revenu cotisable diminue, alors que la perte d'emploi pour un frontalier signifie que ce dernier n'appartient plus à la population protégée. La perte d'emploi entraîne inévitablement une baisse de la masse cotisable. Dans le cadre du système d'assurance maladie, l'évolution de la conjoncture économique joue ainsi un rôle central: un ralentissement de la croissance économique engendre des effets négatifs au niveau du marché du travail, ce dernier influençant les recettes des cotisations. L'objectif de ce chapitre consiste à montrer les relations qui existent entre les recettes, l'emploi et le PIB, en analysant l'évolution de ces trois grandeurs entre 1998 et 2008.

1) L'Etat prend en charge les cotisations des personnes dont le revenu est inférieur au salaire social minimum; personnes percevant en principe des aides sociales.

Premièrement, l'évolution des recettes au cours de la période 1998 à 2008 est analysée, tout en se concentrant sur les postes piliers respectifs. Deuxièmement, l'évolution de l'emploi et du PIB au cours des dix dernières années sont étudiées. Finalement, une troisième partie examine la relation entre l'évolution des recettes et de l'emploi et la relation entre l'évolution des recettes et du produit intérieur brut.

1. RECETTES

A. Notion

Les recettes de l'assurance maladie sont constituées par les cotisations, mais également par les participations de tiers, les transferts, ainsi que par d'autres recettes (produits financiers, revenus sur immobilisations, etc.). Néanmoins, aujourd'hui, les cotisations représentent 90,6% ¹⁾ des recettes totales de l'assurance maladie luxembourgeoise. La surprime de l'Etat, contribue à 37,0% ²⁾ des cotisations dues au titre des soins de santé et à 10,0% des cotisations dues au titre des indemnités pécuniaires. La période de 1998 à 2008 est caractérisée par des taux de cotisation fixés séparément pour les trois gestions suivantes: 1. les soins de santé, 2. l'indemnité pécuniaire de maladie en faveur des salariés bénéficiant de la conservation légale et conventionnelle de la rémunération au moins pendant le mois de la survenance de l'incapacité de travail et les trois mois subséquents ainsi que les non-salariés; 3. l'indemnité pécuniaire de maladie en faveur des salariés ne bénéficiant pas de cette conservation de la rémunération ³⁾.

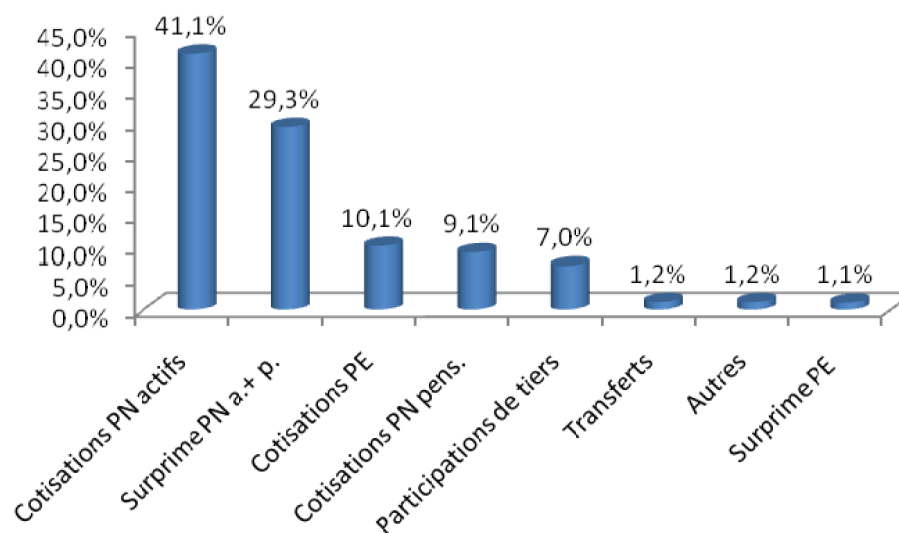
En analysant la part de chacun des différents postes de recettes dans l'ensemble des recettes, il ressort que les cotisations sur prestations en nature des actifs constituent le poste pilier des recettes courantes, soit en moyenne annuelle 41,1% des recettes de l'assurance maladie. Le poste "Surprime sur prestations en nature actifs et pensionnés" constitue le deuxième poste d'importance. Au troisième rang figurent les cotisations sur prestations en espèces.

1) Moyenne annuelle entre 1998 et 2008.

2) Taux de 37% à partir de 2000.

3) IGSS. Droit de la sécurité sociale Luxembourg: 2007. Luxembourg: octobre 2007, p.307.

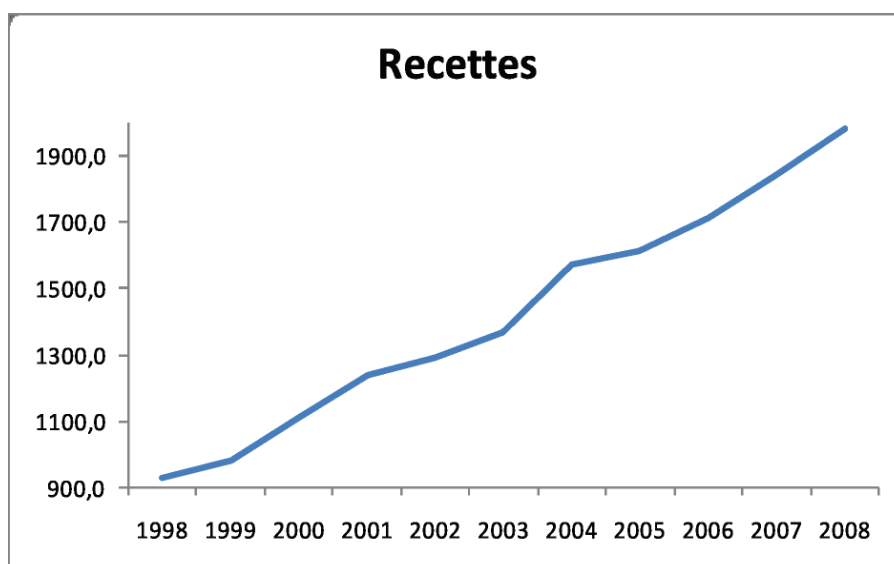
**Part des différents postes dans les recettes de l'assurance maladie
(Moyenne annuelle, période 1998 à 2008)**



Source: CNS.

B. Evolution des recettes

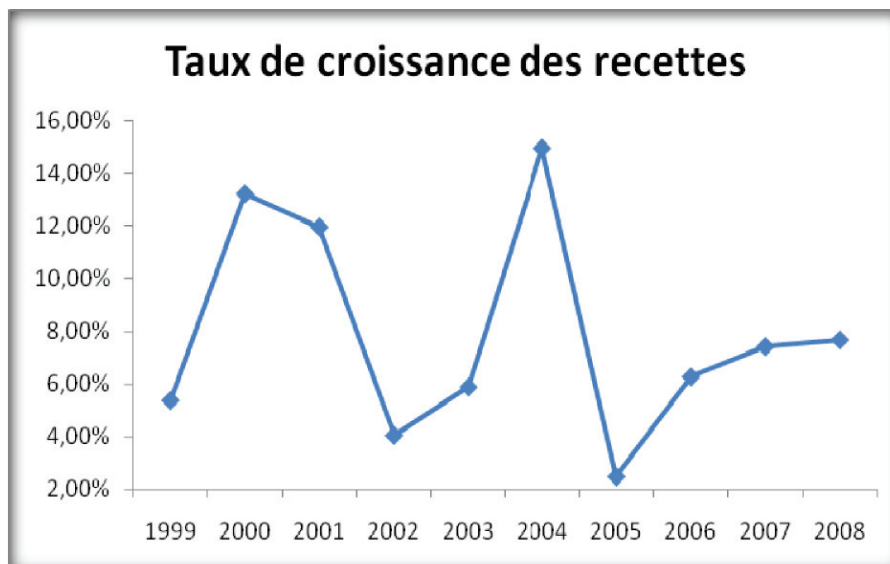
a. Recettes globales



(Montants en millions d'euros)

Source: CNS.

L'observation du graphique ci-dessus montre que les recettes de l'assurance maladie ont plus que doublé entre 1998 et 2008. Elles passent de 927,9 millions d'euros en 1998 à 1.977,5 millions d'euros en 2008, soit une hausse de 113,1%.



Source: CNS.

Il ressort du graphique ci-dessus que l'évolution des recettes de l'assurance maladie présente de fortes variations se situant entre 2,5% et 14,9%. Le taux de croissance annuel moyen s'élève à 7,9%. Les années 2000 et 2004 sont caractérisées par les croissances les plus fortes des recettes, alors que l'année 2005 présente la croissance la plus faible.

La croissance des recettes en 2000, égale à 13,2%, s'explique par une refixation de certains taux de cotisation: le taux de cotisation de la gestion des prestations en espèces des ouvriers est, en effet, passé de 4,2% à 4,7% et le taux de cotisation de la gestion des prestations en nature est passé de 5,14% à 5,20%.

L'année 2004 affiche la croissance des recettes de l'assurance maladie la plus forte, à savoir 14,9%. Celle-ci résulte de l'entrée en vigueur de la loi du 19 décembre 2003 ¹⁾ concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2004, qui a arrêté le transfert d'un montant compensatoire de 130,0 millions d'euros par le régime général d'assurance pension à l'assurance maladie. Le montant respectif a été imputé comme recette pour le financement des prestations en espèces des ouvriers ²⁾.

1) Loi du 19 décembre 2003 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2004, Mémorial A-N°184, 31.12.2003, p.3687.

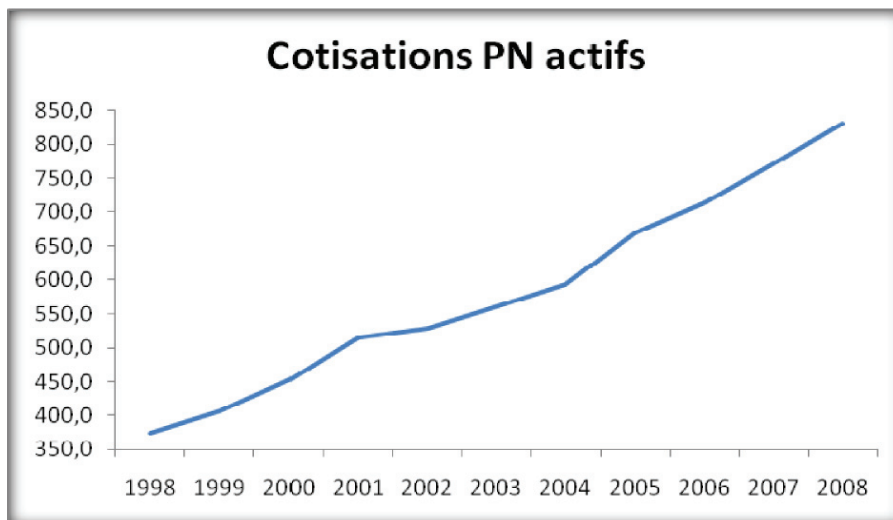
2) UCM. Décompte assurance maladie-maternité: exercice 2004. Luxembourg: juillet 2005.

b. Postes piliers des recettes

Les trois postes piliers des recettes de l'assurance maladie sont donc les cotisations sur prestations en nature des actifs, les surprimes sur prestations en nature des actifs et pensionnés et les cotisations sur prestations en espèces.

i. Cotisations sur prestations en nature des actifs

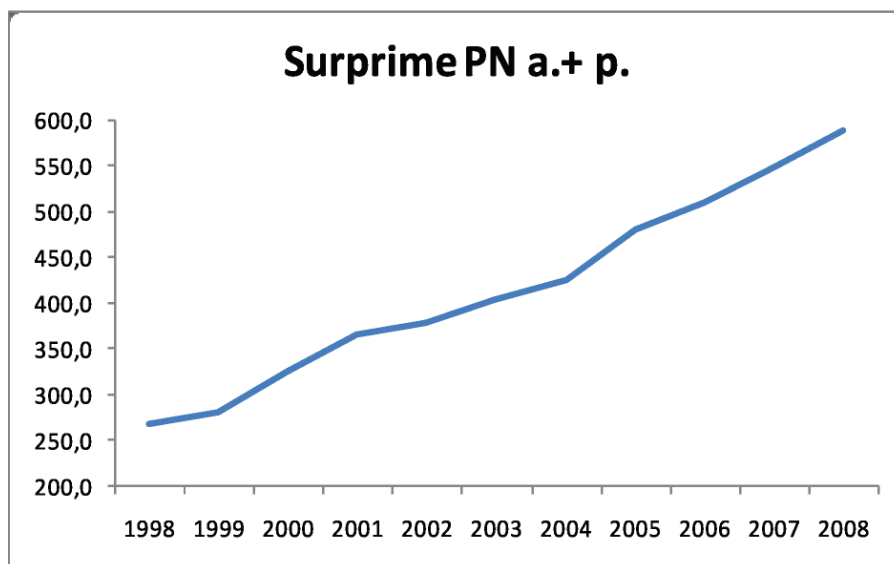
Le poste le plus important des recettes, les cotisations sur prestations en nature des actifs, est passé de 374,8 millions d'euros à 831,6 millions d'euros pendant la période analysée, ce qui correspond à une hausse de 121,9%. Ainsi, les cotisations sur prestations en nature des actifs affichent une croissance annuelle moyenne de 8,3%.



(Montants en millions d'euros)
Source: CNS.

ii. Surprimes sur prestations en nature actifs et pensionnés

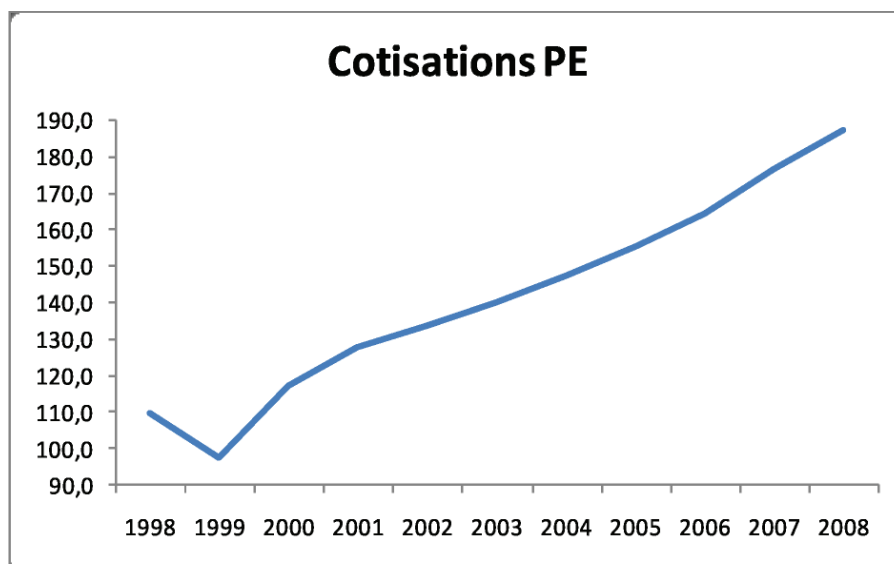
Les surprimes sur prestations en nature actifs et pensionnés, qui constituent le second poste pilier, passent de 268,0 millions d'euros en 1998 à 588,3 millions d'euros en 2008. Ceci correspond à une hausse de 119,5%. Le taux de croissance annuel moyen s'établit à 8,2%.



(Montants en millions d'euros)
Source: CNS.

iii. Cotisations sur prestations en espèces

Le troisième poste d'importance, les cotisations sur prestations en espèces, est passé de 109,7 millions d'euros en 1998 à 187,2 millions d'euros en 2008, soit une hausse de 70,7%. Le taux de croissance annuel moyen enregistré au cours de la période observée s'élève à 5,5%.



(Montants en millions d'euros)
Source: CNS.

Montants en millions d'euros	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Cotisations PE	109,7	97,3	116,8	127,7	133,3	140,1	147,3	155,2	164,3	176,5	187,2
Cotisations PN actifs	374,8	407,9	453,7	515,6	529,9	561,1	593,3	669,7	714,6	771,9	831,6
Cotisations PN pens.	92,2	96,4	101,4	109,2	114,0	126,4	131,0	147,0	153,4	162,0	170,2
Surprime PE	11,0	9,7	13,0	14,2	14,8	15,6	16,4	17,2	18,3	19,6	20,8
Surprime PN a.+ p.	268,0	281,8	326,0	366,0	377,9	403,5	425,3	479,5	509,8	548,5	588,3
Participations de tiers	53,5	67,3	77,0	83,8	93,0	97,3	105,1	116,3	126,7	130,2	148,7
Transferts	5,1	6,4	5,7	6,2	6,8	6,4	136,5	6,8	4,8	5,7	6,5
Autres*	13,6	11,1	13,4	16,7	19,9	15,2	14,7	17,0	17,8	22,2	24,3
Total	927,9	977,9	1107,0	1239,2	1289,6	1365,6	1569,4	1608,6	1709,6	1836,6	1977,5

Source: CNS.

2. EMPLOI ET PRODUIT INTÉRIEUR BRUT

A. Emploi

a. Notion

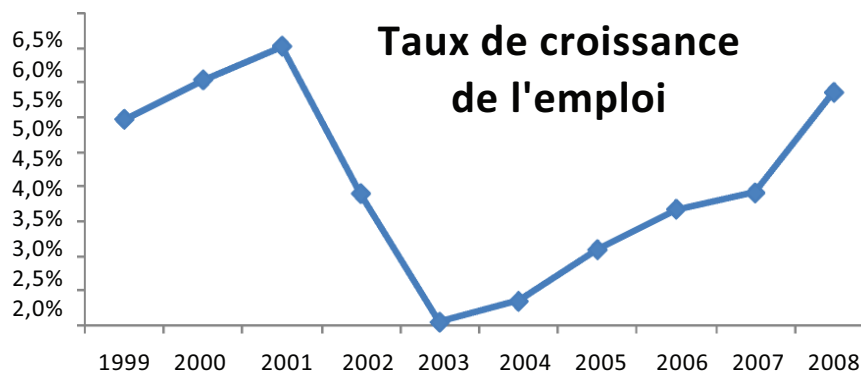
Le concept de l'emploi utilisé dans le cadre du présent mémoire vise l'emploi intérieur¹⁾. Ce concept est choisi, car il intègre toutes les personnes travaillant sur le territoire du Luxembourg, indépendamment de leur pays de résidence. De ce fait, il comprend les frontaliers entrants et exclut les salariés des institutions internationales, ainsi que les résidents travaillant à l'étranger²⁾.

b. Evolution de l'emploi

Les années 1998 à 2001 ont connu une croissance enviable de l'emploi intérieur. Cette croissance a été maintenue les années suivantes, sans qu'il soit toutefois possible de parler d'un véritable "boom". En effet, les années 2001 à 2003 sont caractérisées par un ralentissement de la croissance tendancielle de l'emploi, qui ne reprend qu'à partir de 2003 pour s'établir à 5,4% en 2008. Le taux de croissance annuel moyen de l'emploi s'établit ainsi à 4,1%.

1) Les données relatives à l'emploi présentées dans le présent mémoire proviennent de l'IGSS et ne considèrent pas les agents locaux.

2) STATEC. La situation économique au Luxembourg: Evolution récente et prévisions. Note de conjoncture, n°3/2003. Luxembourg: octobre 2003, p.48.



Source: IGSS.

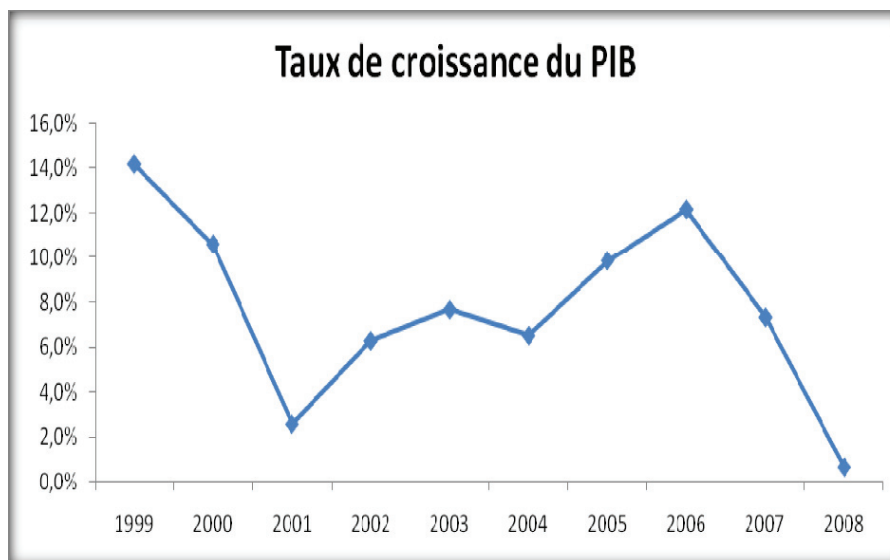
B. PIB

a. Notion

La croissance économique d'un pays est exprimée à travers son produit intérieur brut. Le présent chapitre se réfère au produit intérieur brut à prix courants du Luxembourg, afin de comparer la croissance économique luxembourgeoise à l'évolution des recettes de l'assurance maladie. Le PIB à prix courants représente l'ensemble des richesses du pays créées au cours d'une année N, évaluées aux prix de cette même année N. Le PIB à prix courants peut encore être qualifié de PIB en valeur ou de PIB nominal.

b. Evolution du PIB

Au cours de la période 1998 à 2008, le Grand-Duché de Luxembourg est caractérisé par une performance économique enviable. Les exercices 1999 et 2000 sont caractérisés par des taux de croissance du produit intérieur brut correspondant à 14,2% respectivement à 10,6%. Après des années d'évolution du PIB relativement plus faible entre 2001 et 2004, la croissance économique repart à la hausse pour s'établir à 9,9% en 2005 et à 12,2% en 2006. La représentation graphique ci-après montre que depuis 2006, la croissance économique luxembourgeoise s'est considérablement réduite pour s'établir à 0,7% en 2008, soit le niveau le plus bas enregistré entre 1998 et 2008. Finalement, au cours de la période étudiée, le produit intérieur brut à prix courants a plus que doublé, pour passer de 17.4 14,6 millions d'euros en 1998 à 36.662,2 millions d'euros en 2008, soit une hausse de 110,5%. Le taux de croissance annuel moyen du PIB à prix courants est égal à 7,7%.

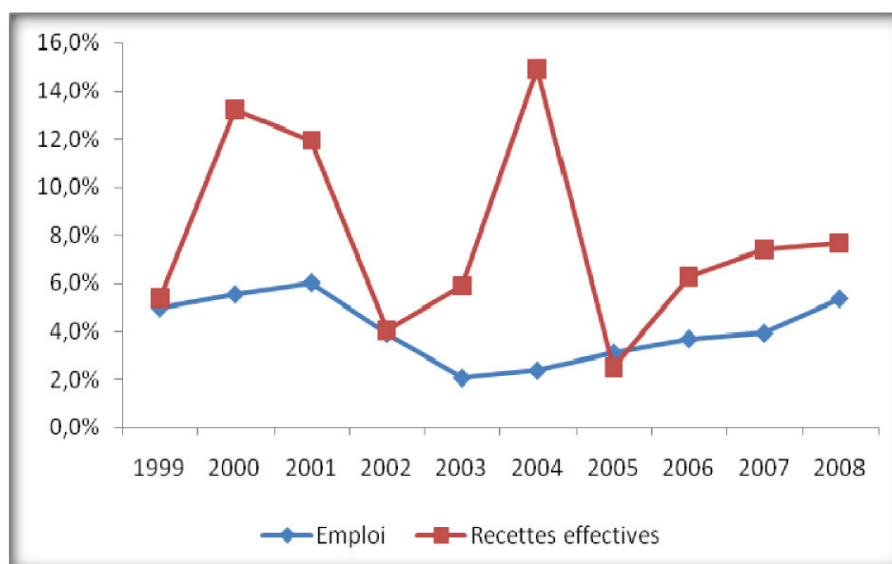


Source: STATEC.

	PIB	Variation
	(En millions d'euros)	
1998	17.414,6	6,1%
1999	19.886,8	14,2%
2000	22.000,6	10,6%
2001	22.572,3	2,6%
2002	23.992,3	6,3%
2003	25.834,3	7,7%
2004	27.520,1	6,5%
2005	30.237,1	9,9%
2006	33.921,1	12,2%
2007	36.411,1	7,3%
2008	36.662,2	0,7%

3. COMPARAISON DE L'EVOLUTION DES RECETTES A L'EVOLUTION DE L'EMPLOI ET DU PIB

A. Relation entre l'emploi et les recettes



Comparaison entre les taux de croissance des recettes et les taux de croissance de l'emploi.

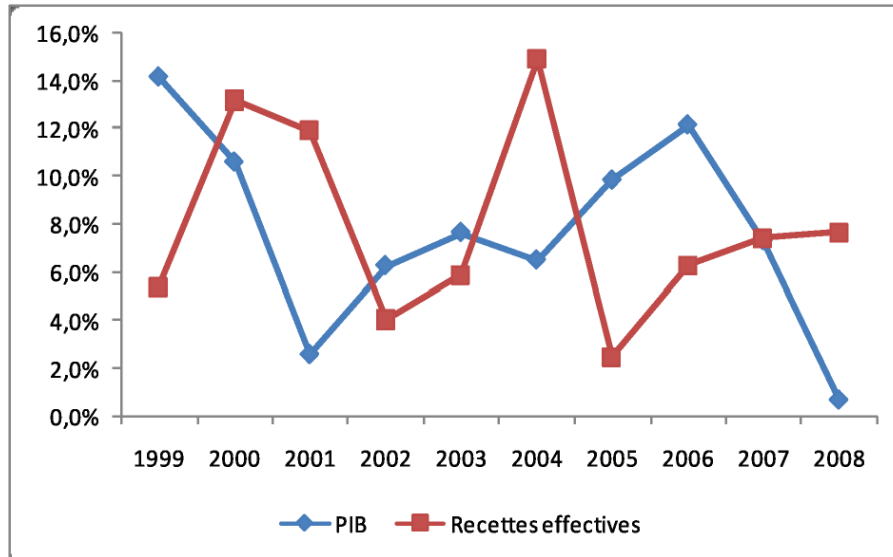
Le graphique ci-dessus montre que la période allant de 1998 à 2008 se caractérise par une croissance des recettes ¹⁾, qui dépasse pratiquement toujours la hausse du taux de croissance de l'emploi ²⁾. Les années 2000, 2001 et 2004 affichent des taux de croissance dépassant de loin les taux de croissance de l'emploi. Il a précédemment été soulevé que bien d'autres facteurs que la croissance de l'emploi ont contribué à la croissance considérable observée lors des années respectives. A titre d'exemple, au cours de l'année 2000, les taux de cotisation de la gestion "prestations en espèces ouvriers" et de la gestion "prestations en nature" ont été augmentés ³⁾. Au cours des autres années de la période observée, l'évolution des recettes de l'assurance maladie est liée à l'évolution de l'emploi.

1) Source: CNS.

2) Source: IGSS.

3) Voir chapitre 1.

B. Relation entre les recettes et le PIB



Comparaison entre le taux de croissance du PIB et le taux de croissance des recettes.

L'observation du graphique ci-dessus permet de constater que les recettes de l'assurance maladie réagissent à l'évolution du PIB à prix courants avec un retard d'une année. En effet, d'une part, une accélération du taux de croissance du PIB au cours d'une année N s'accompagne d'une accélération du taux de croissance des recettes au cours de l'année N+1. D'autre part, un ralentissement de la croissance du PIB en N se traduit par un ralentissement du taux de croissance des recettes au cours de l'année N+1. A titre d'exemple, au cours de l'année 2000, un ralentissement du taux de croissance du PIB peut être observé, alors que le taux de croissance des recettes accélère et ne se ralentit qu'en 2001, après un délai d'une année. En revanche, l'accélération de la croissance économique observée en 2002 ne se répercute sur le taux de croissance des recettes de l'assurance maladie qu'en 2003.

L'analyse des années 1998 à 2008 amène ainsi à constater qu'en 2004, l'accélération de la croissance des recettes, résultant d'une accélération de la croissance économique en 2003, dépasse cette dernière. La croissance du PIB est passée de 6,3% en 2002 à 7,7% en 2003, contre une croissance des recettes qui est passée de 5,9% en 2003 à 14,9% en 2004. Cette accélération de la croissance des recettes ne s'explique donc pas uniquement par une croissance économique, mais résulte également d'un transfert d'un montant compensatoire de 130,0 millions d'euros par le régime général d'assurance pension à l'assurance maladie ¹⁾. Par conséquent, l'exercice 2004 affiche un excédent cumulé des recettes égal à 78,6 millions d'euros. En supposant que la mesure de transfert citée ci-dessus n'ait pas été effectuée, l'année 2004

1) Voir chapitre 1.

aurait affiché un découvert cumulé. Il est donc permis de conclure que la croissance économique observée en 2003 ne suffit pas pour assurer l'équilibre financier. Les années 2000 et 2001 conduisent à des conclusions identiques. En effet, la croissance économique enregistrée lors de ces années ne permet pas d'atteindre l'équilibre financier et suppose l'introduction d'autres mesures.

4. CONCLUSION

Les recettes de l'assurance maladie sont donc constituées à 90,6% ¹⁾ de cotisations payées par les assurés, les employeurs et les pouvoirs publics. La surprime payée par l'Etat se base sur les cotisations payées par les assurés et les employeurs; une évolution à la hausse (baisse) des cotisations payées par les assurés et les employeurs engendrant une évolution à la hausse (baisse) de la surprime payée par les pouvoirs publics. Le poste le plus important des recettes de l'assurance maladie est celui des cotisations sur prestations en nature payées par les assurés actifs.

Entre 1998 et 2008, les ressources de l'assurance maladie de l'Union des caisses de maladie ont plus que doublé pour passer de 927,9 millions d'euros en 1998 à 1.977,5 millions d'euros en 2008. Le taux de croissance annuel moyen enregistré entre 1998 et 2008 s'établit à 7,9%. Des croissances des recettes particulièrement fortes sont observées en 2000, en 2001 et en 2004. Les croissances exceptionnelles ne proviennent pas uniquement de la croissance de l'emploi, mais également de mesures spécifiques. A titre d'exemple, la loi du 19 décembre 2003 ²⁾ concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2004 a arrêté le transfert d'un montant compensatoire de 130,0 millions d'euros par le régime général d'assurance pension à l'assurance maladie.

En ce qui concerne la relation entre l'emploi et les recettes, il est intéressant de noter que le système de financement de l'assurance maladie se base sur l'emploi et qu'un ralentissement de la croissance tendancielle de l'emploi engendre des répercussions négatives pour les recettes en cotisations. A l'exception des années 2000, 2001, et 2004, présentant des croissances considérables des recettes en raison de mesures particulières, les années restantes de la période de 1998 à 2008 affichent une évolution des recettes conforme à l'évolution du taux de croissance de l'emploi.

En ce qui concerne la relation entre l'évolution des recettes et l'évolution du produit intérieur brut, ce chapitre montre que le système de financement de l'assurance maladie dépend fortement de la conjoncture économique du fait qu'une détérioration de celle-ci va de pair avec une détérioration de la situation sur le marché du travail luxembourgeois et qu'il en résulte ainsi une baisse des recettes de l'assurance maladie. L'analyse de la relation entre les recettes et le PIB a permis de constater que les recettes varient en fonction de l'évolution de la croissance économique, avec un retard d'une année.

1) Voir chapitre 1.

2) Loi du 19 décembre 2003 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2004, Mémorial A-N°184, 31.12.2003, p.3687.

CHAPITRE II: SOINS DE SANTE

Méthodologie:

1. Les termes "prestations en nature" et "soins de santé" se réfèrent aux prestations en nature maladie. Ce chapitre n'analyse pas les prestations en nature maternité.
2. Le terme "assurance maladie" se réfère donc au risque maladie et non pas au risque maternité.
3. Données relatives aux dépenses: exercice prestation.

Le Grand-Duché de Luxembourg consacre des ressources financières importantes aux soins de santé et offre un accès pratiquement illimité à un système médical moderne. ¹⁾ Au cours de la période allant de 1998 à 2008, les dépenses pour les prestations en nature consommées par la population protégée ont considérablement progressé et constituent le poste le plus important des dépenses courantes de l'assurance maladie. Ceci amène à s'interroger sur l'origine de la croissance importante des dépenses de soins de santé. Le présent chapitre a ainsi pour but de déterminer l'influence de la croissance de la population protégée dans l'évolution des dépenses de soins de santé ²⁾.

La première partie de ce chapitre est partagée en deux étapes: la première étape définit la notion de la population protégée. Une deuxième étape est consacrée à l'analyse de l'évolution de la population protégée au niveau des résidents, des non-résidents et de la population protégée totale. Une deuxième partie de ce chapitre définit la notion des dépenses de soins de santé, détermine les postes piliers de dépenses relatives aux prestations en nature et analyse leur évolution entre 1998 et 2008. Dans un troisième temps sera identifié le rôle de la population protégée dans la croissance des dépenses de soins de santé en comparant l'évolution des prestations en nature à l'évolution de la population protégée.

1) OCDE. Etudes économiques de l'OCDE: Luxembourg. Paris: 2008, p.105.

2) Par soins de santé et prestations en nature, l'on vise les prestations en nature maladie.

1. POPULATION PROTEGEE

A. Notion

Au niveau de la population protégée, l'assurance maladie comporte l'assurance obligatoire et l'assurance volontaire. Sont obligatoirement assurées contre le risque maladie toutes les personnes ayant une occupation professionnelle à titre de salarié ou d'indépendant au Grand-Duché de Luxembourg, une retenue de cotisation pour l'assurance maladie étant opérée à la source ¹⁾.

Sont également couvertes, les personnes bénéficiant d'un revenu de remplacement et les bénéficiaires du revenu minimum garanti (RMG) qui ne bénéficient pas d'une protection à un autre titre. Par ailleurs, les étudiants poursuivant leurs études au Luxembourg, ainsi que les enfants mineurs et les infirmes, sont assujettis à cette assurance pour autant qu'ils n'aient pas de protection en tant que membre de famille. En effet, pour ces catégories de personnes une prise en charge par l'Etat des cotisations afférentes est possible ²⁾.

En matière d'assurance maladie, deux formes d'assurance volontaire peuvent être distinguées. L'assurance continuée prévoit d'une part que la personne qui est âgée de 18 ans au moins, qui réside au Luxembourg, et qui perd la qualité d'assuré ou la protection en qualité de membre de famille peut demander à continuer son affiliation. Cette demande doit être présentée au centre commun de la sécurité sociale (CCSS) sous peine de forclusion dans un délai de six mois suivant la perte de l'affiliation ³⁾.

L'assurance facultative s'adresse d'autre part aux personnes qui résident au Luxembourg et qui ne peuvent bénéficier autrement d'une protection en matière d'assurance maladie. Ces personnes ont la faculté de s'assurer volontairement. Le droit aux prestations n'est ouvert qu'après un stage d'assurance de trois mois à partir de la présentation de la demande au CCSS. ⁴⁾

1) IGSS. *Droit de la sécurité sociale: 2007. Luxembourg: octobre 2007, p.24.*

2) *Idem.*

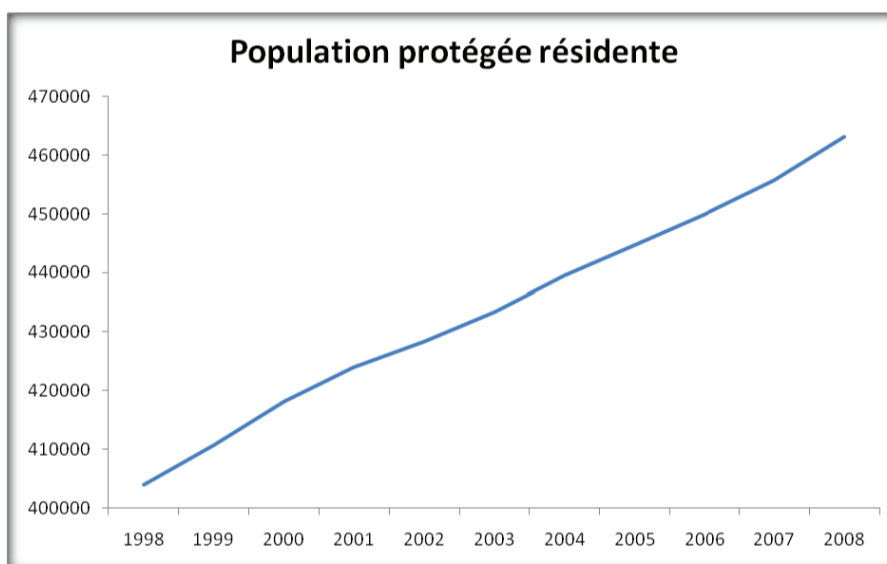
3) IGSS. *Droit de la sécurité sociale: 2007. Luxembourg: octobre 2007, p.26.*

4) *Idem.*

B. Evolution de la population protégée

a. Population protégée résidente

L'observation de la période allant de 1998 à 2008 montre que la population protégée résidente se caractérise par une croissance annuelle moyenne de 1,4%. La population protégée résidente passe de 403.998 personnes en 1998 à 463.180 en 2008, soit une croissance de 14,6%. Il s'avère utile de noter que la période observée se caractérise par une croissance de la population protégée particulièrement forte en 1999 et en 2000, 1,7% respectivement 1,8%. Sur toute la période observée, la population active et volontaire présente un taux de croissance annuel moyen de 1,6%, contre un taux de croissance annuel moyen plus faible de la population protégée pensionnée, à savoir 0,6%.



(Nombre de personnes)

Une analyse de la structure d'âge de la population protégée résidente au cours de la période de 1998 à 2008, permet de constater que la part du groupe d'âge des personnes âgées entre 60 et 79 ans a diminué continuellement pour représenter en 2008 une part de 15,3% de la population protégée résidente contre 15,9% en 1998. Par ailleurs, il est intéressant de noter que le groupe des personnes âgées de 80 ans et plus a évolué à la hausse au cours de la période observée et représentait une part de 3,6% de la population protégée en 2008, contre 3,0% en 1998. Finalement, un net glissement du poids du groupe des personnes âgées entre 20 et 39 ans vers le groupe des personnes âgées de 40 à 59 ans ¹⁾ peut être observé.

1) CNS. Décompte de l'assurance maladie-maternité: exercice 2008. *Luxembourg: mai 2009*, p.5.

Groupe d'âge	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
0 - 19	99.355	101.788	104.022	104.899	105.753	106.305	108.030	108.981	109.843	110.879	111.735
20 - 39	126.050	127.310	128.449	128.729	128.731	128.535	128.634	127.713	127.518	128.523	130.137
40 - 59	103.629	106.135	108.866	112.032	114.773	118.030	121.627	125.568	128.750	131.967	134.993
60 - 79	64.552	65.531	66.023	66.436	67.183	67.660	68.337	68.715	69.438	70.229	71.202
>= 80	12.124	12.212	12.628	12.990	13.379	13.661	14.238	14.727	15.390	16.102	16.765
Total	405.710	412.976	419.988	425.086	429.819	434.191	440.866	445.704	450.939	457.700	464.832
0 - 19	24,5%	24,6%	24,8%	24,7%	24,6%	24,5%	24,5%	24,5%	24,4%	24,2%	24,0%
20 - 39	31,1%	30,8%	30,6%	30,3%	30,0%	29,6%	29,2%	28,7%	28,3%	28,1%	28,0%
40 - 59	25,5%	25,7%	25,9%	26,4%	26,7%	27,2%	27,6%	28,2%	28,6%	28,8%	29,0%
60 - 79	15,9%	15,9%	15,7%	15,6%	15,6%	15,6%	15,5%	15,4%	15,4%	15,3%	15,3%
>= 80	3,0%	3,0%	3,0%	3,1%	3,1%	3,1%	3,2%	3,3%	3,4%	3,5%	3,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%

Source: CNS.

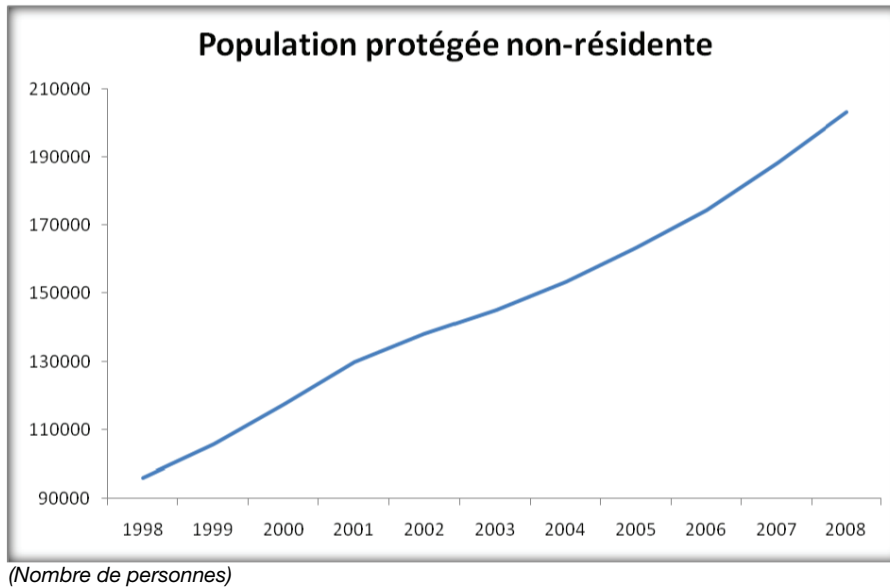
b. Population protégée non-résidente

En ce qui concerne la population protégée non-résidente, l'Union des caisses de maladie ne dispose pas de données exhaustives sur le nombre de membres de famille protégés, car les membres de famille ne sont pas systématiquement enregistrés par les caisses de maladie luxembourgeoises ¹⁾. Seul le chiffre des personnes assurées à titre personnel est connu de manière exhaustive. L'augmentation relativement forte des membres de famille des assurés actifs et volontaires n'est pas nécessairement significative, mais peut simplement correspondre à un meilleur recensement de ce segment. ²⁾

Entre 1998 et 2008, la population protégée non-résidente, composée des personnes assurées à titre personnel et des membres de famille, se caractérise par un taux de croissance annuel moyen de 7,8%. Au cours de la période observée, la population protégée non-résidente a ainsi plus que doublé, en passant de 95.949 personnes en 1998 à 203.136 en 2008. Ceci correspond à une croissance de 111,7%. La population protégée non-résidente active et volontaire connaît un taux de croissance annuel moyen de 7,9%, contre un taux de croissance annuel moyen de 4,3% pour la population protégée non-résidente pensionnée.

1) CNS. Décompte de l'assurance maladie-maternité: exercice 2008. *Luxembourg: mai 2009, p.6.*

2) UCM. Décompte de l'assurance maladie-maternité: exercice 2007. *Luxembourg: juillet 2008.*



c. Population protégée globale

Avant d'analyser l'évolution de la population protégée globale, il convient de rappeler que les données concernant la population protégée non-résidente ne sont pas exhaustives ¹⁾.

Entre 1998 et 2008, la population protégée globale se caractérise par un taux de croissance annuel moyen de 2,9% entre 1998 et 2008. Le moteur de cette croissance est la population non-résidente ²⁾. La population protégée globale passe de 499.947 personnes en 1998 à 643.881 personnes en 2008, ce qui correspond à une croissance de 33,3%. Par ailleurs, la population protégée globale se compose de résidents pour une part de 75,0% et de non-résidents pour une part de 25,0%.

Actuellement, le Grand-Duché de Luxembourg bénéficie d'une situation démographique favorable, notamment en raison du rajeunissement de la population couverte engendré par les travailleurs frontaliers, qui ont en moyenne 9 ans de moins que les personnes protégées résidentes ³⁾. Ces travailleurs résidant dans les pays limitrophes présentent ainsi une demande réduite en soins de santé ⁴⁾, de sorte à contribuer au financement des soins de santé des résidents. Néanmoins, en cas d'un ralentissement de la croissance tendancielle de l'emploi à l'avenir, l'âge moyen des travailleurs

1) Voir Chapitre 2.

2) Croissance de la population protégée non-résidente de 7,81%, contre une croissance de la population protégée résidente de 1,38%.

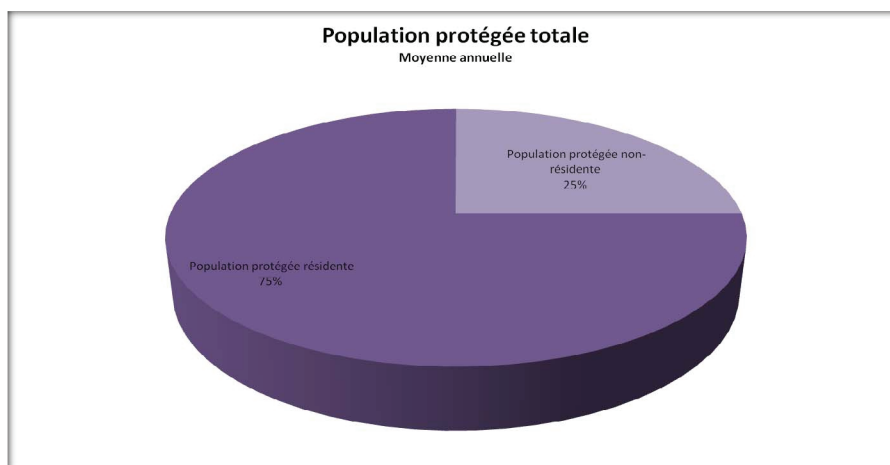
3) OCDE. Etudes économiques de l'OCDE: Luxembourg. Paris: juin 2008.

4) Idem.

frontaliers devrait augmenter, ainsi que les besoins en prestations en nature de cette catégorie de personnes protégées.

Par ailleurs, le nombre de pensionnés protégés par le système d'assurance maladie luxembourgeois résidant à l'étranger reste actuellement relativement faible. Une explication à ceci consiste dans le fait que les assurés étrangers qui obtiennent leur pension et qui résident ou retournent dans leur pays d'origine, perdent le bénéfice de l'assurance maladie au Grand-Duché du Luxembourg. Ceci à partir du moment où ils disposent du droit à l'assurance maladie dans leur pays de résidence en vertu d'une pension partielle versée par ce dernier, l'assurance maladie luxembourgeoise ne devant donc plus prendre en charge les dépenses de ces personnes lorsque leur consommation de prestations en nature devient maximale.¹⁾ Or, cette situation risque de changer à l'avenir: une part croissante des frontaliers ayant passé la totalité de leur vie active au Luxembourg et ayant la possibilité de bénéficier du système d'assurance maladie luxembourgeois pendant leur retraite. Selon l'OCDE, ces derniers feront de plus en plus appel aux services de santé du Luxembourg qui sont en général plus onéreux que ceux des pays limitrophes.²⁾

La vue selon laquelle les travailleurs frontaliers financent les dépenses de soins de santé doit ainsi être nuancée.



(Moyenne annuelle entre 1998 et 2008)
Source: CNS.

- 1) CNS. *Décompte de l'assurance maladie-maternité: exercice 2008. Luxembourg: mai 2009, p.7.*
- 2) OCDE. *Etudes économiques de l'OCDE: Luxembourg. Luxembourg: juin 2008, p.114.*

Population protégée résidente (Nombre de personnes)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Actifs et volontaires	307.967	314.649	322.196	328.054	331.862	336.481	342.011	346.166	350.052	354.569	360.930
Assurés	176.355	181.469	186.681	191.425	194.938	198.863	202.759	206.083	209.544	213.436	219.298
Membres de famille	131.612	133.180	135.515	136.629	136.924	137.618	139.252	140.083	140.508	141.133	141.632
Pensionnés	96.031	96.060	95.986	95.983	96.597	96.944	97.617	98.616	99.920	101.183	102.250
Assurés	72.125	72.318	72.511	72.752	73.403	73.904	74.646	75.602	76.816	78.108	79.216
Membres de famille	23.906	23.742	23.742	23.231	23.194	23.040	22.971	23.014	23.104	23.075	23.034
Total	403.998	410.709	418.182	424.037	428.459	433.425	439.628	444.782	449.972	455.752	463.180
Population protégée non résidente (Nombre de personnes)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Actifs et volontaires	91.510	101.084	112.604	124.923	133.043	139.894	147.963	157.708	168.366	181.844	196.386
Assurés	72.310	80.256	89.744	99.932	105.743	110.295	115.810	122.619	130.667	140.945	151.232
Membres de famille	19.200	20.828	22.860	24.991	27.300	29.599	32.153	35.089	37.699	40.899	45.154
Pensionnés	4.439	4.573	4.639	4.699	4.907	5.116	5.226	5.427	5.828	6.285	6.750
Assurés	3.526	3.651	3.700	3.776	3.949	4.125	4.226	4.391	4.725	5.147	5.594
Membres de famille	913	922	939	923	958	991	1.000	1.036	1.103	1.138	1.156
Total	95.949	105.657	117.243	129.622	137.950	145.010	153.189	163.135	174.194	188.129	203.136
Population protégée totale	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Actifs et volontaires	399.477	415.733	434.800	452.977	464.905	476.375	489.974	503.874	518.418	536.413	557.316
Assurés	248.665	261.725	276.425	291.357	300.681	309.158	318.569	328.702	340.211	354.381	370.530
Membres de famille	150.812	154.008	158.375	161.620	164.224	167.217	171.405	175.172	178.207	182.032	186.786
Pensionnés	100.470	100.633	100.625	100.682	101.504	102.060	102.843	104.043	105.748	107.468	109.000
Assurés	75.651	75.969	76.211	76.528	77.352	78.029	78.872	79.993	81.541	83.255	84.810
Membres de famille	24.819	24.664	24.681	24.154	24.152	24.031	23.971	24.050	24.207	24.213	24.190
Total	499.947	516.366	535.425	553.659	566.409	578.435	592.817	607.917	624.166	643.881	666.316

(Nombre de personnes)

Source: CNS.

2. PRESTATIONS EN NATURE

A. Notion

a. Définition

Le secteur de la santé du Grand-Duché de Luxembourg offre une large gamme de services médicaux. Les soins de santé ont pour but de préserver, d'améliorer ou de rétablir la santé de l'assuré, son aptitude à travailler et sa capacité à faire face à ses besoins personnels ¹⁾. Selon l'organisation internationale du travail, les prestations en nature comprennent au moins les soins de praticiens de médecine générale. Les visites à domicile, les soins de spécialistes donnés dans les hôpitaux ou des institutions similaires à des personnes hospitalisées

1) IGSS. Droit de la sécurité sociale Luxembourg: 2007. *Luxembourg: novembre 2007*, p.77.

ou non et les soins de spécialistes qui ne peuvent être donnés en dehors des hôpitaux, la fourniture des produits pharmaceutiques essentiels, et enfin l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire sont compris dans cette définition. Parmi les soins de santé figurent aussi les soins dentaires et la réadaptation médicale, ainsi que les appareils nécessaires à la pratique de ces disciplines ¹⁾.

b. Identification des postes piliers

Il a été précédemment soulevé que les dépenses de soins de santé remplissent une part importante dans les dépenses courantes. Il s'avère ainsi utile de présenter les postes piliers contribuant le plus aux dépenses. A cet effet sont présentés ci-dessous les postes piliers des prestations en nature au Luxembourg, ainsi que les postes piliers des prestations en nature à l'étranger ²⁾.

Prestations au Luxembourg	
Honoraires médicaux et médico-dentaires	24,9%
Frais de transport	0,7%
Frais pharmaceutiques extra-hospitaliers	13,1%
Autres professions de santé	4,1 %
Moyens curatifs et laboratoires	6,0%
Cures et foyers de psychiatrie	1,2%
Médecine préventive et divers	0,3%
Indemnités funéraires	0,4%
Prestations hospitalières	49,4%
Prestations à l'étranger	
Conventions internationales	97,0%
Autres prestations étrangères	3,0%

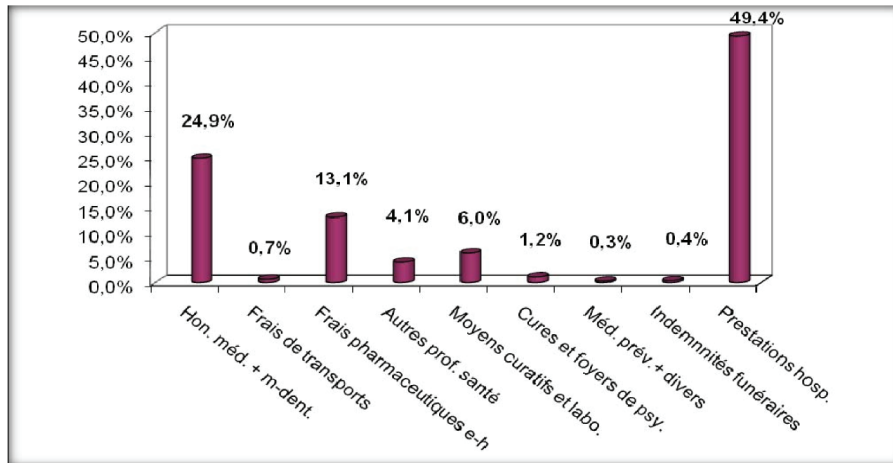
Source: CNS.

L'observation du tableau relatif aux prestations dispersées au Luxembourg permet de déterminer trois postes piliers: le secteur hospitalier occupe le premier rang en représentant 49,4% des dépenses de soins de santé au Luxembourg. Le second poste pilier correspond aux honoraires médicaux et médico-dentaires qui représentent 24,9% des dépenses de soins de santé au Luxembourg. Finalement, en troisième place figurent les frais pharmaceutiques (extrahospitaliers) qui représentent 13,1% des dépenses de soins de santé au Luxembourg. Tous les autres postes sont à considérer comme postes à faible envergure. Le tableau relatif aux prestations à l'étranger permet d'identifier un poste d'importance, à savoir le poste des prestations à l'étranger prises en charge dans le cadre des conventions internationales. Ce poste représente 97,0% des dépenses de soins de santé à l'étranger.

1) IGSS. Droit de la sécurité sociale Luxembourg: 2007. *Luxembourg: novembre 2007*, p.77.

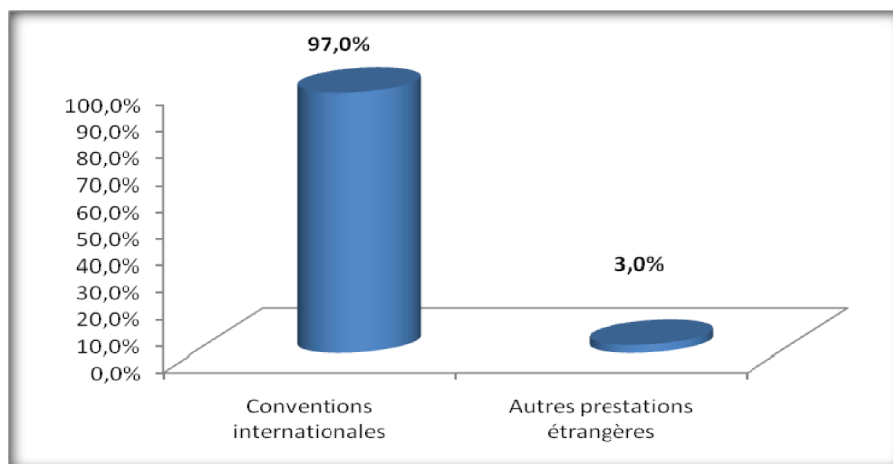
2) *Part annuelle moyenne dans la dépense totale relative aux prestations en nature entre 1998 et 2008.*

Part des postes piliers dans les prestations au Luxembourg



Moyenne annuelle sur la période allant de 1998 à 2008.

Part des postes dans les prestations à l'étranger

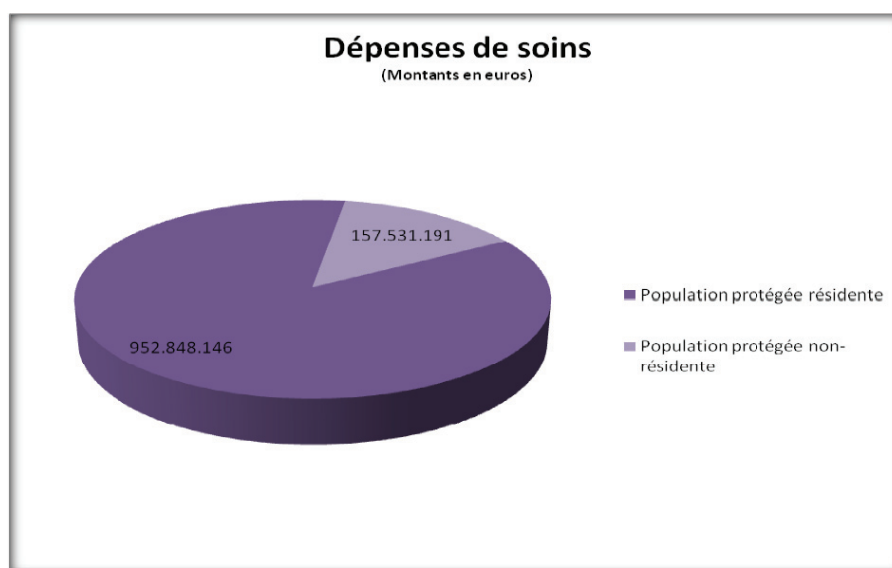


Moyenne annuelle sur la période allant de 1998 à 2008.

c. Consommation des dépenses de soins de santé

L'évolution des dépenses de soins de santé est à présent étudiée, en distinguant entre les prestations consommées par la population protégée résidente, par la population protégée nonrésidente et par la population protégée totale.

Une comparaison entre les prestations en nature consommées par la population protégée résidente et les prestations en nature consommées par la population protégée non-résidente, permet de constater que la part annuelle moyenne de la population protégée résidente dans les dépenses de soins de santé correspond à 86,0% ¹⁾, contre une part annuelle moyenne de la population protégée non-résidente égale à 14,0% ²⁾.



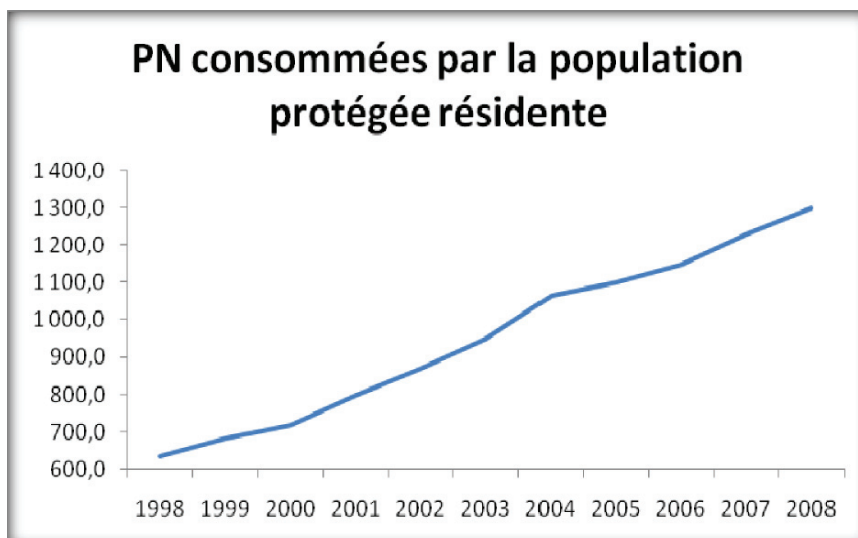
Source: CNS.

i. Population protégée résidente

L'analyse des dépenses relatives aux prestations en nature de la population protégée résidente montre que celles-ci sont passées de 623,9 millions d'euros en 1998 à 1.299,5 millions d'euros en 2008, ce qui correspond à une hausse de 105,3%. Au cours de la période de 1998 à 2008, les dépenses pour soins de santé de la population protégée résidente ont enregistré un taux de croissance annuel moyen de 7,5% et la consommation moyenne par personne protégée résidente a présenté un taux de croissance annuel moyen de 6,0%.

1) Moyenne annuelle sur la période allant de 1998 à 2008.

2) Idem.

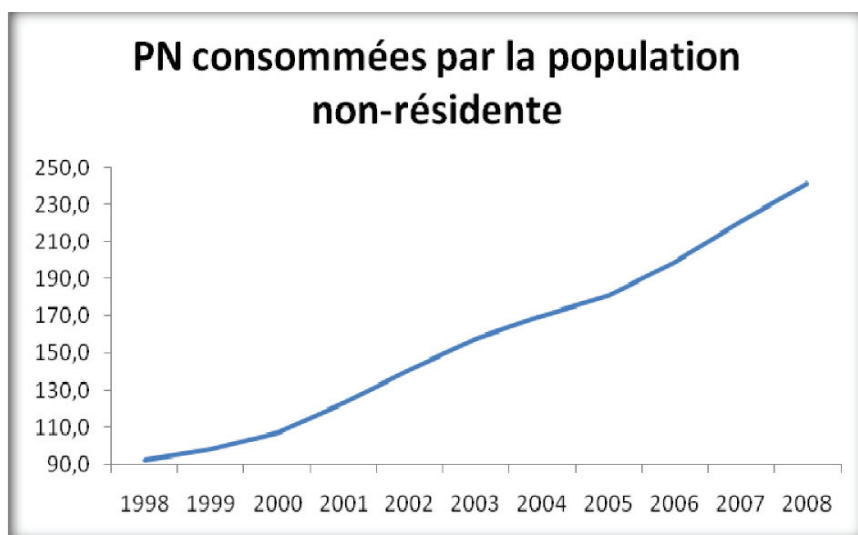


(Montants en millions d'euros)

Source: CNS.

ii. Population protégée non-résidente

Il se dégage de l'analyse des dépenses de prestations en nature de la population protégée non-résidente que celles-ci sont passées de 92,6 millions d'euros en 1998 à 241,4 millions d'euros en 2008, soit une hausse de 160,8%. Les dépenses pour soins de santé de la population protégée non-résidente ont connu un taux de croissance annuel moyen de 10,1% et la consommation moyenne par personne protégée non-résidente s'est caractérisé par un taux de croissance annuel moyen de 2,1% au cours de la période de 1998 à 2008.



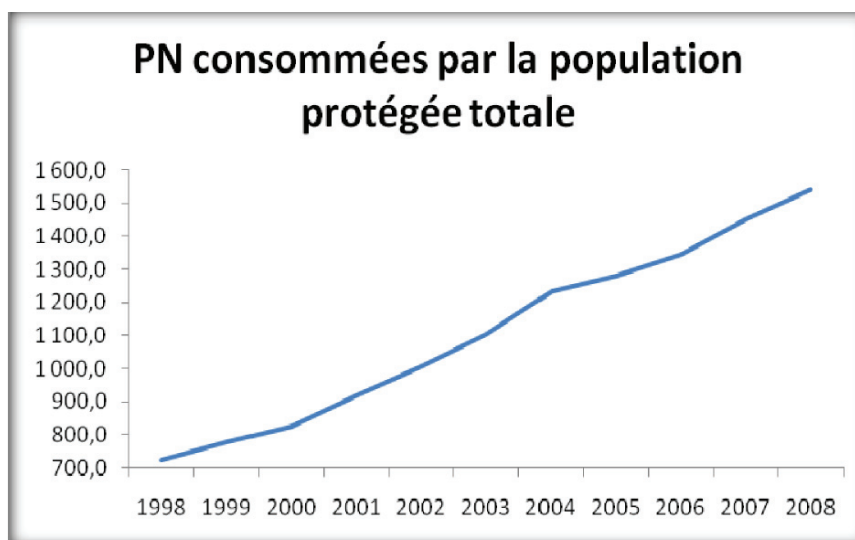
(Montants en millions d'euros)

Source: CNS.

iii. Population protégée globale

Au niveau de la population protégée globale, l'analyse des dépenses de soins de santé amène à constater que celles-ci sont passées de 725,5 millions d'euros en 1998 à 1.540,9 millions d'euros en 2008, soit une hausse de 112,4%.

Les dépenses relatives aux prestations en nature ont donc plus que doublé entre 1998 et 2008 pour afficher un taux de croissance annuel moyen de 7,8%. Le graphique ci-dessous permet de constater de fortes croissances au cours des années 2001 et 2004, contre une croissance plus faible en 2005. Au cours de cette période, la consommation moyenne par personne protégée a présenté un taux de croissance annuel moyen de 4,8%.



(Montants en millions d'euros)
Source: CNS.

(Montants en euros)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Prestations en nature totales	725 488 184,2	779 936 084,9	825 244 561,4	919 721 233,5	1 008 432 690,7	1 105 313 937,3	1 233 229 857,8	1 280 239 284,4	1 346 649 088,0	1 448 983 006,2	1 540 934 777,4
Dont:											
Résidents	632 913 131,1	681 786 259,3	718 062 543,3	798 318 690,7	867 308 975,1	947 342 293,9	1 063 203 363,4	1 099 204 123,4	1 147 428 519,9	1 228 233 119,4	1 299 528 589,3
Non-résidents	92 575 053,1	98 149 825,6	107 182 018,0	123 402 542,8	141 123 715,6	157 971 643,4	170 026 494,4	181 035 161,0	199 220 568,0	220 749 886,8	241 406 188,2

Source: CNS.

Montants en millions d'euros	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Honoraires médicaux et médico-dentaires	160,1	169,7	170,8	184,2	203,2	221,5	268,1	277,0	278,6	295,8	313,3
Frais de transport	5,0	5,4	4,7	5,2	5,8	6,4	6,9	6,9	7,5	6,9	7,7
Frais pharm. extra-hosp.	82,9	90,8	95,1	105,4	115,6	124,7	132,5	136,7	140,3	146,1	155,1
Autres professions de santé	16,5	21,3	24,2	30,4	33,8	37,8	42,9	47,3	53,3	59,7	66,2
Moyens curatifs et laboratoires	37,2	39,6	41,5	45,8	49,3	56,3	64,1	58,4	65,4	74,4	78,6
Cures et foyers de psychiatrie	9,2	9,9	10,8	12,5	13,7	8,4	8,6	8,9	9,0	9,0	12,1
Médecine préventive et divers	1,3	1,4	1,5	1,9	2,5	3,1	4,0	4,3	4,4	4,9	5,4
Indemnités funéraires	3,5	3,4	3,4	3,5	3,6	4,0	3,5	3,7	3,9	4,1	3,4
Sous-total extra-hospitalier	315,7	341,5	352,0	388,8	427,5	462,1	530,8	543,2	562,3	600,8	641,8
Prestations hospitalières	295,9	318,2	342,7	381,0	411,8	457,4	508,6	534,5	563,9	607,5	637,9
Total prestations au Luxembourg	611,6	659,7	694,7	769,8	839,3	919,6	1 039,4	1 077,6	1 126,1	1 208,3	1 279,7
Résidents	604,4	652,2	686,5	760,3	827,4	906,2	1 021,5	1 057,3	1 102,3	1 179,1	1 247,1
Non-résidents	7,2	7,5	8,2	9,5	11,9	13,4	17,9	20,3	23,8	29,2	32,6

Source: CNS.

Montants en millions d'euros	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Autres prestations à l'étranger	4,1	4,1	4,6	4,7	4,8	5,1	5,7	5,9	5,9	6,2	6,2
Conventions internationales	109,8	116,1	126,0	145,2	164,3	180,6	188,1	196,7	214,7	234,5	255,0
Prestations à l'étranger	113,9	120,2	130,5	149,9	169,1	185,8	193,8	202,6	220,5	240,7	261,2
Résidents	28,5	29,6	31,5	36,0	39,9	41,2	41,7	41,9	45,1	49,2	52,4
Non-résidents	85,4	90,6	99,0	113,9	129,2	144,6	152,2	160,7	175,4	191,5	208,8

Source: CNS.

d. Evolution des différents postes piliers des dépenses de soins de santé

Cette section distingue entre l'évolution des postes piliers des prestations délivrées au Luxembourg et l'évolution des postes piliers des prestations délivrées à l'étranger.

d. 1. Prestations délivrées au Luxembourg

i. Secteur hospitalier

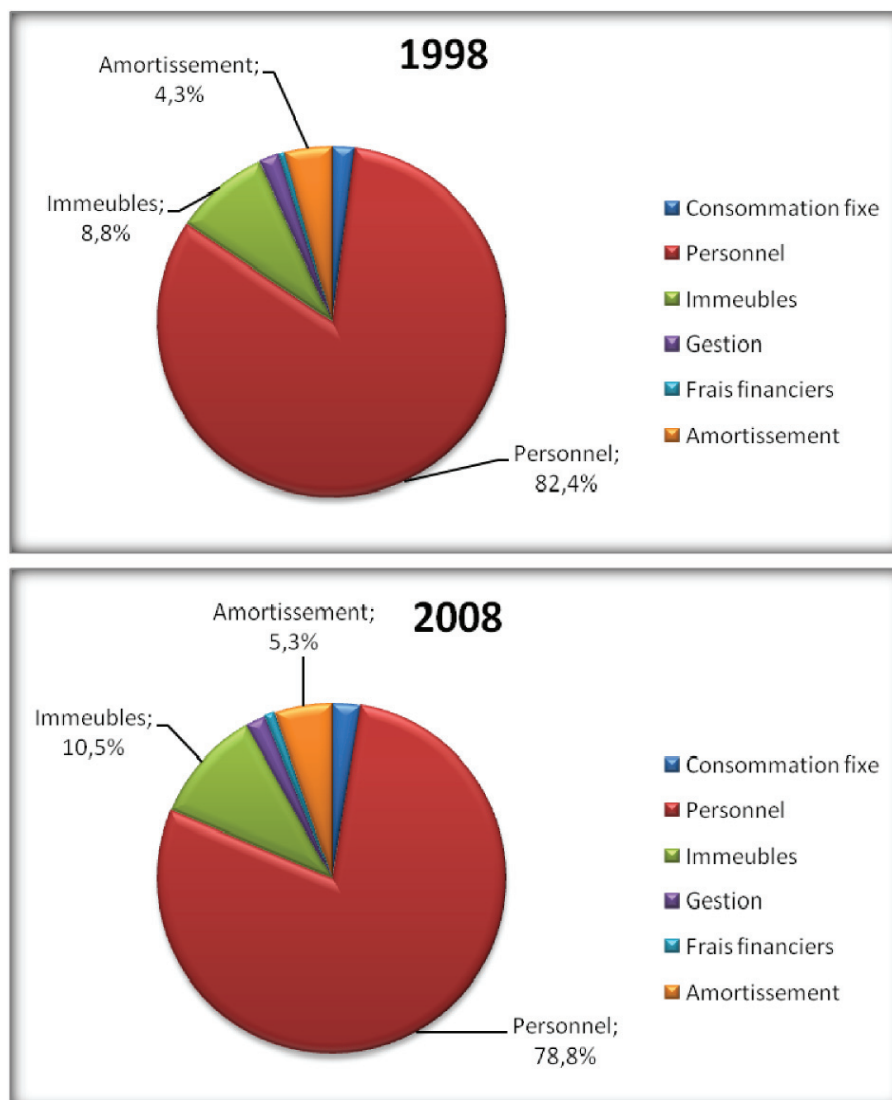
Le secteur hospitalier est le poste le plus important des prestations en nature maladie au Luxembourg, dont il représente une part de 49,4%. Les dépenses y relatives ont augmenté de 295,9 millions d'euros en 1998 à 637,9 millions d'euros en 2008. Ces dépenses ont donc connu une hausse de 115,6% et ont plus que doublé entre 1998 et 2008. Les dépenses hospitalières luxembourgeoises affichaient une croissance annuelle moyenne de 8,0% au cours de la période allant de 1998 à 2008. Des croissances particulièrement élevées peuvent être observées en 2001, 2003, et en 2004, à savoir: 11,2%, respectivement 11,1% et 11,2%.

Le nombre d'hôpitaux budgétisés varie au cours de la période observée de 16 unités en 1998 à 13 unités en 2008. Les budgets des hôpitaux distinguent entre deux volets: les frais fixes qui ne sont pas liés à leur activité et les frais variables qui sont liés à leur activité ¹⁾.

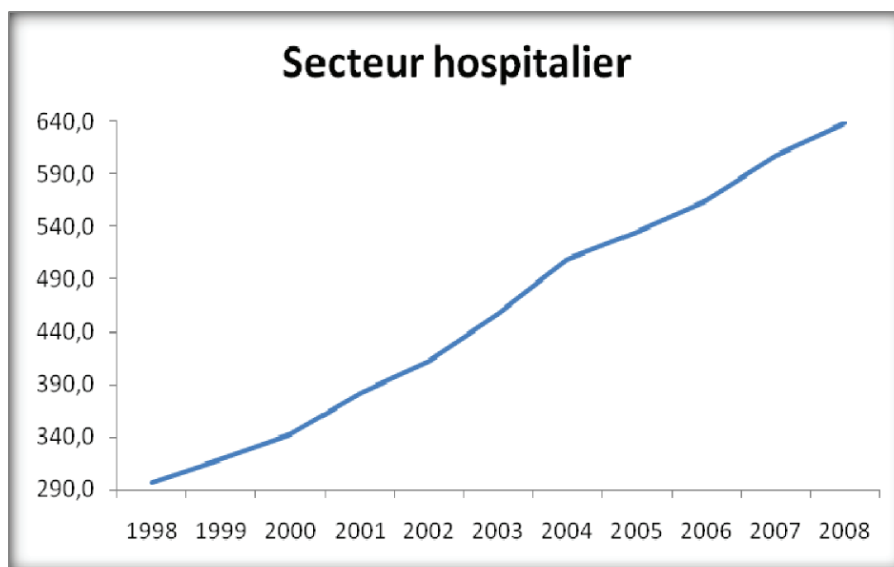
Le niveau élevé des dépenses hospitalières s'explique surtout par l'expansion et la modernisation du secteur hospitalier.

Au niveau des frais fixes des hôpitaux, il convient de distinguer plusieurs postes, dont les trois les plus importants sont identifiés ci-après. Les frais fixes sont constitués en majeure partie par les frais de personnel. Ces derniers représentaient une part de 82,4% des frais fixes en 1998, contre une part de 78,8% des frais fixes en 2008. Il convient ici de relever que le suivi de l'évolution réelle des frais hospitaliers se complique d'une année à l'autre en raison de retards pris dans la négociation des budgets suite à des litiges. Le deuxième poste d'importance est celui des frais d'immeubles et d'équipement qui constituaient une part de 8,8% des frais fixes en 1998, contre une part de 10,5% des frais fixes en 2008. Au troisième rang figurent les frais d'amortissement des actifs immobilisés qui représentaient 4,3% des frais fixes en 1998, contre 5,3% des frais fixes en 2008.

1) Directement proportionnels à l'activité.



La représentation graphique ci-dessous rend compte de l'évolution des frais hospitaliers au cours de la période allant de 1998 à 2008.



(Montants en millions d'euros)
Source: CNS.

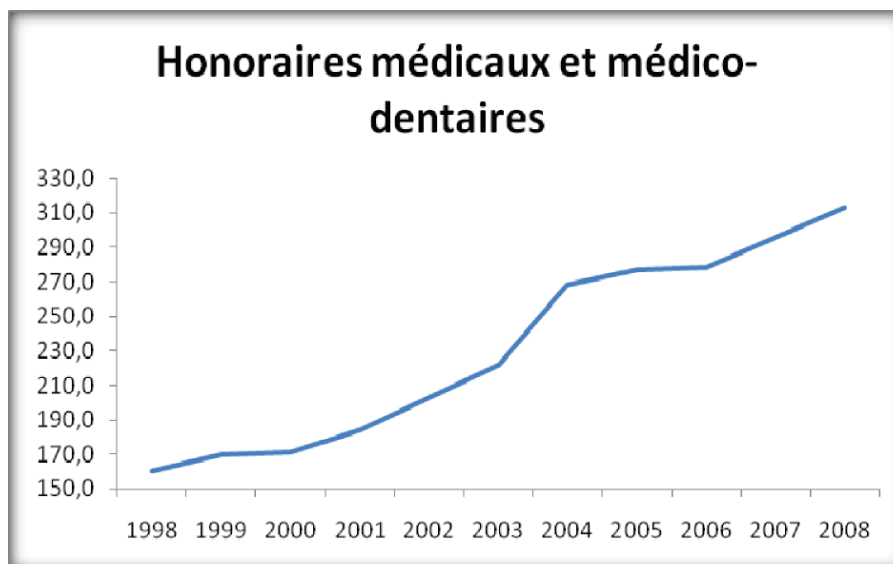
ii. Honoraires médicaux et médico-dentaires

Les honoraires médicaux et médico-dentaires constituent le deuxième poste d'importance des dépenses de soins de santé. Les soins médicaux et médico-dentaires distinguent entre plusieurs postes de dépenses parmi lesquels figurent notamment les consultations, les visites, les autres actes généraux, les actes techniques ambulatoires et les actes techniques stationnaires.

La hausse des honoraires médicaux et médico-dentaires entre 1998 et 2008 s'explique notamment par l'adaptation indiciaire des tarifs et par la croissance du nombre de médecins en activité au Luxembourg. Entre 1998 et 2007, une croissance de 64% ¹⁾ du nombre de médecins ²⁾ au Luxembourg est enregistrée contre une croissance des honoraires médicaux et médico-dentaires de 84,8%. Les dépenses relatives aux honoraires médicaux et médicodentaires sont passées de 160,1 millions d'euros en 1998 à 313,3 millions d'euros en 2008, soit une croissance de 95,7%. Elles affichent un taux de croissance annuel moyen de 6,9%. La représentation graphique ci-dessous illustre l'évolution des honoraires médicaux et médico-dentaires entre 1998 et 2008.

1) IGSS. Rapport général sur la sécurité sociale: 1998. Luxembourg: Novembre 1999.
Et IGSS. Rapport général sur la sécurité sociale: 2007. Luxembourg: Novembre 2008.

2) Médecins généralistes, médecins spécialistes ainsi que dentistes et stomatologues.



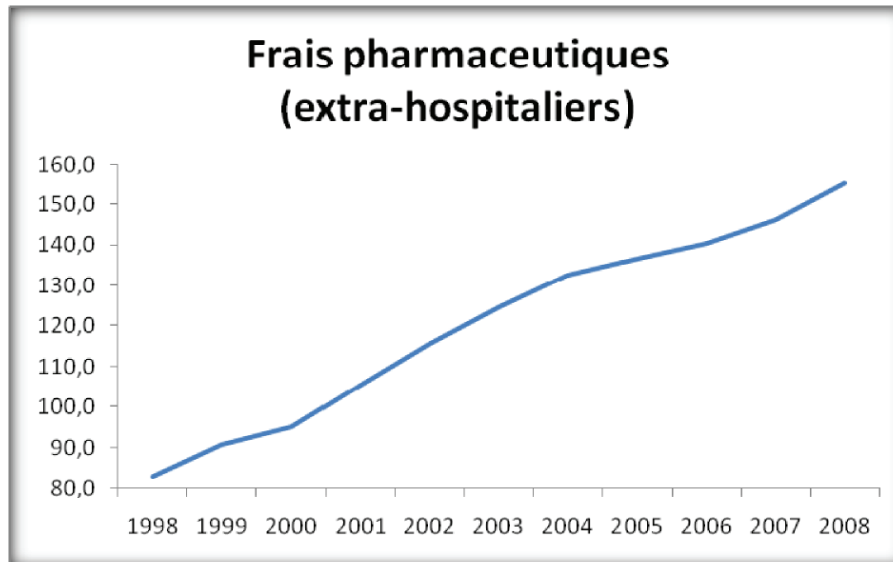
(Montants en millions d'euros)
Source: CNS.

iii. Frais pharmaceutiques (secteur extrahospitalier)

Avec 13,1% des frais pour soins de santé, les frais pharmaceutiques constituent le 3ème poste d'importance des prestations en nature au Luxembourg. Néanmoins, en considérant l'ensemble des prestations en nature, c'est à dire en ne distinguant pas entre les prestations délivrées au Luxembourg et les prestations délivrées à l'étranger, les frais pharmaceutiques constituent le quatrième poste d'importance, ceci après le secteur hospitalier, les honoraires médicaux et médico-dentaires et les conventions internationales.

Les frais pharmaceutiques sont passés de 82,9 millions d'euros en 1998 à 155,1 millions d'euros en 2008, soit une hausse de 87,1%. Le taux de croissance annuel moyen des frais pharmaceutiques sur la période observée s'élève à 6,5%. Cette croissance considérable provient surtout des fortes croissances enregistrées en 1999, en 2001 et en 2002. Le graphique ci-dessous affiche l'évolution des frais pharmaceutiques ¹⁾ entre 1998 et 2008.

1) *Frais pharmaceutiques (secteur extrahospitalier).*



(Montants en millions d'euros)

Source: CNS.

En ce qui concerne les médicaments remboursés en milieu extrahospitalier, ce dernier distingue entre les médicaments remboursés au taux normal de 80,0%, au taux réduit de 40,0% et au taux préférentiel de 100,0%.

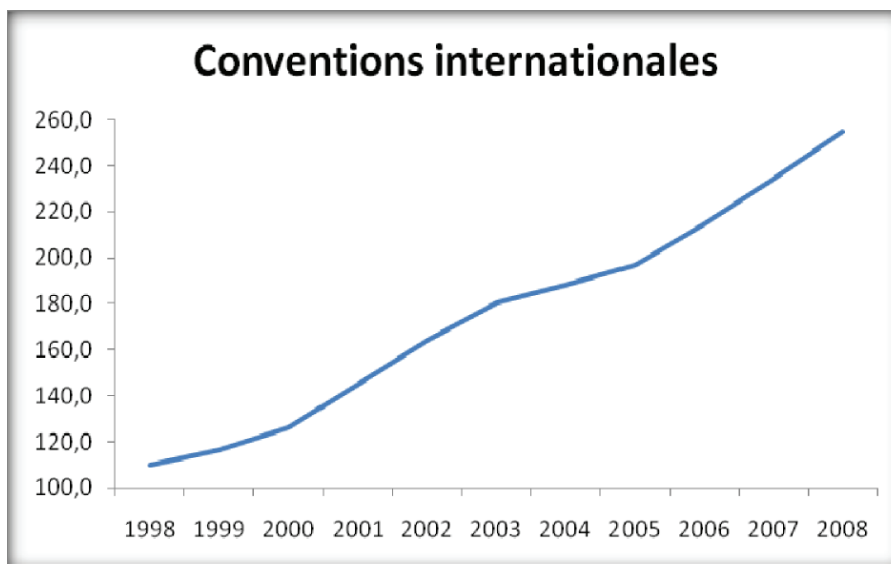
d.2 Prestations délivrées à l'étranger

i. Conventions internationales

Les prestations prises en charge dans le cadre des conventions internationales constituent le poste essentiel des prestations de soins de santé délivrées à l'étranger et le troisième poste d'importance de l'ensemble des prestations en nature. Il convient de distinguer entre les prestations prises en charge dans le cadre des conventions internationales et les prestations à l'étranger opposables à l'assurance maladie sur d'autres bases.

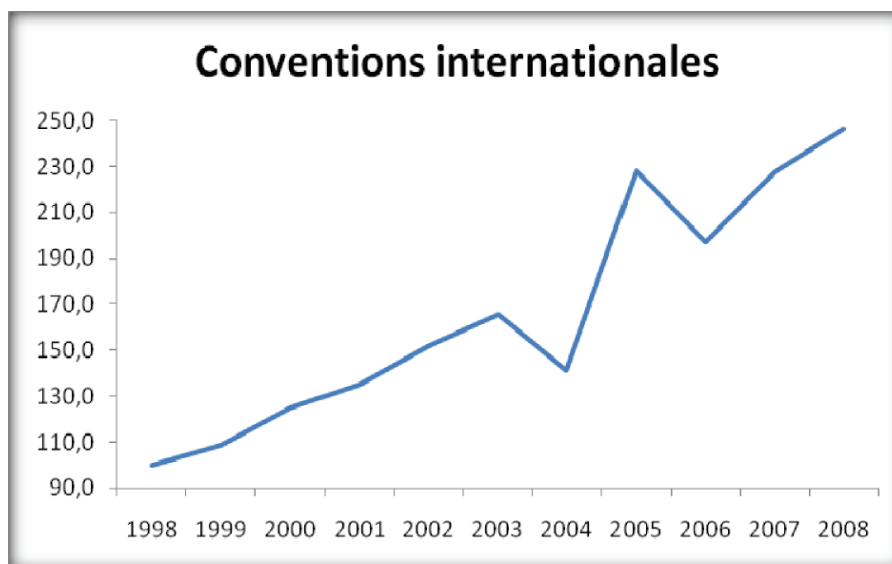
La majorité des frais relatifs aux conventions internationales couvre les soins de santé délivrés à des assurés luxembourgeois résidant à l'étranger, essentiellement des travailleurs frontaliers. Les autres prestations concernent des assurés résidant au Luxembourg et soignés à l'étranger.

Les dépenses relatives aux conventions internationales ont augmenté de 109,8 millions d'euros en 1998 à 255,0 millions d'euros en 2008, ce qui correspond à une hausse de 132,2%. Le poste "Conventions internationales" représente 97,0% de l'ensemble des dépenses de prestations en nature délivrées à l'étranger et présente un taux de croissance annuel moyen de 8,8% au cours de la période observée. La représentation graphique ci-après illustre l'évolution des frais issus des conventions internationales entre 1998 et 2008, d'après les données de l'exercice prestation.



(Montants en millions d'euros)
Source: CNS.

Il est également intéressant d'observer l'évolution des dépenses liées aux conventions internationales suivant les données comptables. En effet, la représentation graphique de cette évolution résulte en une courbe en "zigzag" en fonction de la présentation plus ou moins tardive des factures des établissements étrangers.

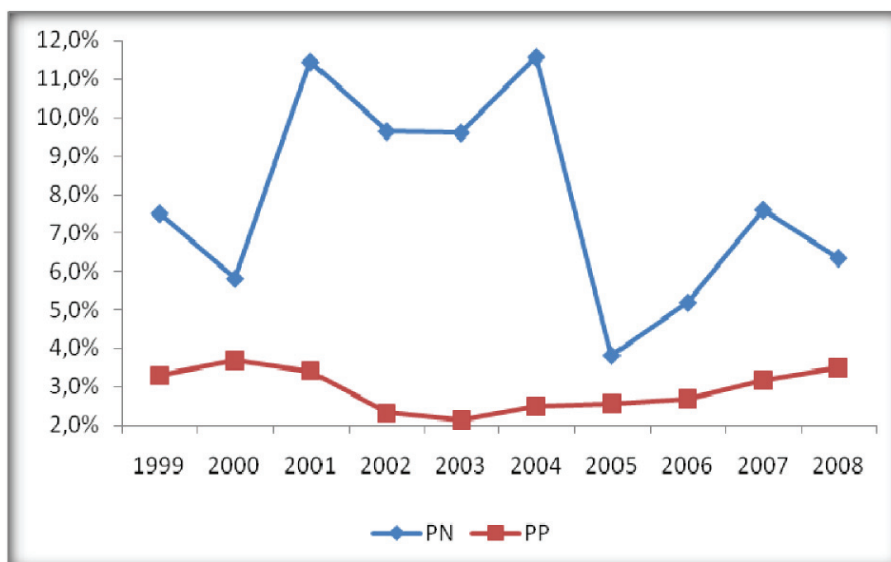


(Montants en millions d'euros)
Source: CNS.

3. **ROLE DE LA DE LA POPULATION PROTEGEE DANS LA CROISSANCE DES DÉPENSES DE SOINS DE SANTE**

La présente partie a pour objet d'identifier le rôle de la population protégée dans la hausse des dépenses de soins de santé. Tout d'abord, l'évolution de la population protégée est comparée avec l'évolution des prestations en nature sur la période d'analyse. Ensuite, l'évolution des dépenses de soins de santé obtenue est mise en évidence dans le cas où la croissance de ces dépenses ne provenait que de la croissance de la population protégée et de l'adaptation indiciaire.

A. **Comparaison de l'évolution de la population protégée (PP) et des dépenses de soins de santé (PN)**



Source: CNS.

L'observation du graphique ci-dessus permet de constater que les dépenses de soins de santé évoluent plus rapidement à la hausse que la population protégée. En effet, le taux de croissance annuel moyen observé pour la population protégée (PP) est de 2,9%, contre un taux de croissance annuel moyen des dépenses de soins de santé de 7,8% (PN).

Chaque année de la période analysée présente une croissance des dépenses de soins de santé qui dépasse la croissance de la population protégée. Théoriquement, l'on pourrait s'attendre à ce qu'une croissance de la population protégée ait pour conséquence une croissance des dépenses de soins de santé. Néanmoins le tableau ci-dessus ne rend pas chaque année compte d'un tel lien. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'une croissance des dépenses de soins de santé n'est pas uniquement liée à une croissance de la population protégée, mais dépend également d'autres éléments.

La croissance des dépenses de soins de santé provient en effet d'une croissance de la population protégée, ainsi que d'une croissance de la consommation moyenne. Cette dernière est composée, d'une part, de l'évolution de l'échelle mobile des salaires ¹⁾ et, d'autre part, d'une croissance réelle découlant d'une hausse de l'offre des soins de santé et d'adaptations de tarifs hors adaptations indiciaires.

B. Croissance des dépenses de soins de santé due à la population protégée et au système d'indexation

En considérant l'importante croissance des dépenses de soins de santé notée plus haut, il peut être intéressant de se demander quel est l'impact de facteurs tels que l'augmentation de l'offre des soins de santé et l'adaptation de tarifs hors adaptation indiciaire. A cet effet, la présente section a comme objet d'établir quelle aurait été la croissance des dépenses de soins de santé, si elle avait uniquement dépendu de la croissance de la population protégée et de l'évolution de l'échelle mobile des salaires.

Méthodologie: La présente analyse part de la consommation moyenne enregistrée en 1998, à laquelle elle applique les indices moyens correspondant aux années respectives. Ensuite, la consommation moyenne (indice courant) est multipliée par le nombre de personnes protégées pour obtenir le montant des dépenses de soins de santé lié à la population protégée et à l'échelle mobile des salaires. Finalement, la part des dépenses de soins de santé due à d'autres facteurs peut en être déduite.

En observant le tableau ci-dessous, on constate que les seuls effets de l'évolution de la population protégée et de l'adaptation indiciaire sont responsables d'une part de 64,8% ²⁾ de la hausse des dépenses pour soins de santé. Une part de 35,2% de cette hausse provient d'éléments d'offre et d'adaptations des tarifs hors adaptations indiciaires.

La présente analyse permet de constater que le taux de croissance annuel moyen des dépenses courantes s'élèverait à 5,2% dans le cas où cette hausse ne proviendrait que de la hausse de la population protégée et de l'adaptation indiciaire, alors que le taux de croissance annuel moyen effectif s'élève à 7,8%. ³⁾ Finalement, la croissance réelle ⁴⁾ des dépenses pour soins de santé qui en résulte s'élève à 2,5% ⁵⁾.

1) Loi du 22 juillet 2003 modifiant le chapitre V 'Relations avec les prestataires de soins' du livre Ier du Code des assurances sociales, Mémorial A -N°103, 25.07.2003, p.2257.

2) A l'indice courant.

3) On tient compte de la croissance de la population protégée et de l'échelle mobile des salaires.

4) On parle de la croissance réelle des dépenses de soins de santé (maladie) provenant d'éléments d'offre et de l'adaptation des tarifs hors adaptations indiciaires.

5) En moyenne annuelle au cours de la période allant de 1998 à 2008.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Population protégée totale (Nombre de personnes)	499.947	516.366	535.425	553.659	566.409	578.435	592.817	607.917	624.166	643.881	666.316
Dépenses de soins de santé (Montants en euros)	725.488.184,2	779.936.084,9	825.244.561,4	919.721.233,5	1.008.432.690,7	1.105.313.937,3	1.233.229.857,8	1.280.239.284,4	1.346.649.088,0	1.448.983.006,2	1.540.934.777,4
Consommation moyenne par personne protégée (Montants en euros)	1.451,1	1.510,4	1.541,3	1.661,2	1.780,4	1.910,9	2.080,3	2.105,9	2.157,5	2.250,4	2.312,6

Source: CNS.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Consommation moyenne (Montants en euros)	1.451,1	1.466,2	1.506,0	1.553,1	1.585,5	1.618,4	1.652,0	1.683,3	1.728,4	1.768,0	1.804,8
Population protégée (Nombre de personnes)	499.947	516.366	535.425	553.659	566.409	578.435	592.817	607.917	624.166	643.881	666.316
Dépenses de soins (Montants en euros)	725.488.184,2	757.112.392,7	806.341.287,3	859.910.310,6	898.018.982,9	936.147.697,9	979.351.629,9	1.029.395.474,2	1.078.832.827,9	1.138.351.008,9	1.202.563.611,0
Dépenses de soins effectives (Montants en euros)	725.488.184,2	779.936.084,9	825.244.561,4	919.721.233,5	1.008.432.690,7	1.105.313.937,3	1.233.229.857,8	1.280.239.284,4	1.346.649.088,0	1.448.983.006,2	1.540.934.777,4

Source: CNS.

4. CONCLUSION

La population protégée est caractérisée par un taux de croissance annuel moyen égal à 2,9% entre 1998 et 2008. Celle-ci provient d'une croissance annuelle moyenne de 1,4% de la population protégée résidente et de 7,8% de la population protégée non-résidente. Les résidents représentent une part de 75,0% de la population protégée globale, contre une part de 25,0% des non-résidents. Actuellement, le Grand-Duché de Luxembourg bénéficie d'une situation démographique favorable en raison d'un rajeunissement de la population protégée par l'afflux des travailleurs frontaliers jeunes présentant une demande réduite en soins de santé. Cependant, la vue selon laquelle les travailleurs frontaliers financent les services de santé des résidents n'est pas justifiée lorsqu'on tient compte d'un ralentissement de la croissance tendancielle de l'emploi à l'avenir; ce ralentissement devant entraîner une augmentation de l'âge moyen des travailleurs frontaliers et par là une hausse de leur demande de services de santé.

Les dépenses relatives aux prestations en nature ont plus que doublé au cours de la période observée pour passer de 725,5 millions d'euros en 1998 à 1.540,9 millions d'euros en 2008. Un taux de croissance annuel moyen égal à 7,8% est enregistré. Cette croissance considérable provient surtout du secteur hospitalier, ayant connu une croissance annuelle moyenne égale à 8,0% et correspondant à 49,4% des prestations au Luxembourg. Les autres postes contribuant de façon significative à la croissance des dépenses de soins de santé sont les honoraires médicaux et médico-dentaires, les frais liés à l'exécution de conventions internationales et les frais pharmaceutiques.

Finalement, la comparaison de l'évolution des dépenses de soins de santé avec l'évolution de la population protégée au cours de la période de 1998 à 2008 montre que la croissance de la population protégée, bien qu'elle engendre une croissance des dépenses de soins de santé, n'est pas à elle seule responsable du niveau élevé de la croissance des dépenses de soins de santé. En effet, l'accroissement annuel moyen ¹⁾ des dépenses se limitant aux seuls effets démographique et indiciaire s'établit à 5,2%. Ceci permet de conclure que la croissance des dépenses de soins de santé de 7,8% provient pour 5,2% de la population protégée et de l'échelle mobile des salaires et que la croissance réelle des dépenses de soins de santé s'élève à 2,5%.

1) Le taux de croissance annuel moyen.

CHAPITRE III: QUALITE DES ESTIMATIONS

Méthodologie:

1. Les termes "prestations en nature" et "soins de santé" se réfèrent aux prestations en nature maladie et aux prestations en nature maternité.
2. Le terme "assurance maladie" se réfère au risque maladie et au risque maternité.
3. Données relatives aux recettes et aux dépenses: exercice comptable.

Entre 1998 et 2008, le système de l'assurance maladie présentait des divergences au niveau du résultat prévu au budget d'un exercice donné et du résultat réel inscrit au décompte à la clôture de cet exercice. Ceci amène à interroger la qualité des estimations. L'objectif de ce chapitre est de comparer les montants des divers postes figurant aux budgets des années 1998 à 2008 avec les montants inscrits aux décomptes de ces mêmes années, de déterminer les causes qui sont à l'origine d'éventuels écarts et de conclure sur la qualité des estimations.

Avant de procéder à cette comparaison, les notions de budget et de décompte doivent être définies. Dans un deuxième temps, les écarts en valeur absolue entre les montants estimés et réels sont analysés et les facteurs à l'origine de ces écarts sont recherchés. Une étude sur la qualité des estimations en fonction des erreurs de prévision est ensuite réalisée. Finalement, les méthodes d'estimation appliquées dans le cadre de l'établissement du budget sont décrites dans ce chapitre.

1. NOTIONS DE BUDGET ET DE DECOMPTE

A. Budget de l'assurance maladie

Entre 1998 et 2008, après avoir entendu les caisses de maladie en leurs propositions, le conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie a établi le projet de budget global de l'assurance maladie pour le 1er novembre de chaque année, dans les formes prescrites par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) et le soumet aux délibérations de l'assemblée générale, le projet ayant dû être adopté pour le quinze novembre au plus tard.¹⁾ Le budget est accompagné d'une programmation pluriannuelle indiquant de façon prospective l'évolution financière de l'assurance maladie.²⁾

1) *Code des assurances sociales, article 28, alinéa 3. (Code de la sécurité sociale, article 28, alinéa 3.)*

2) *Code des assurances sociales, article 28, alinéa 5. (Code de la sécurité sociale, article 28, alinéa 4.)*

Le budget comprend le tableau des dépenses et des recettes globales de l'assurance maladie, complété d'un tableau renseignant des frais d'administration et de gestion de l'Union des caisses de maladie et des neuf caisses de maladie. Conformément à l'article 8 du règlement grand-ducal du 27 mai 1993, les frais d'administration des caisses de maladie sont inscrits tels que communiqués par l'autorité de surveillance.

B. Décompte de l'assurance maladie

A la clôture d'un exercice entre 1998 et 2008, il appartenait au conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie de présenter à l'assemblée générale et aux délégations des caisses de maladie le décompte annuel global des recettes et des dépenses de l'assurance maladie ¹⁾. Le décompte comprenait la récapitulation des recettes et des dépenses effectivement réalisées au cours d'un exercice donné et était soumis, ensemble avec le bilan de clôture de l'exercice, au contrôle de l'IGSS.

Les décomptes des recettes et des dépenses de l'exercice étaient répartis selon les quatre gestions spécifiques. N'étaient pas concernés par ces décomptes et bilans, les comptes ouverts auprès de l'UCM pour la gestion de l'assurance dépendance ²⁾.

Pendant la période analysée de 1998 à 2008, le décompte se basait sur la loi du 27 juillet 1992 ³⁾ portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé, ainsi que sur l'ensemble des règlements grand-ducaux pris en exécution de cette loi.

C. Budget et décompte

Alors que le budget est un acte de prévision, le décompte rend compte du passé figé et immuable. D'un point de vue psychologique, le budget c'est l'avenir qu'il s'agit de façonner ⁴⁾. Par ailleurs, c'est par le biais de l'examen du projet de décompte d'une année, que l'IGSS contrôle a posteriori si l'exécution administrative et comptable a eu lieu dans le respect de toutes les règles y applicables. Enfin, les écarts entre le budget et le décompte déterminent la qualité des estimations. L'importance des écarts permet de vérifier si les prévisions des recettes et des dépenses ont été réalistes ou non ⁵⁾. Enfin, le décompte fournit l'occasion d'apprécier la qualité et la sincérité des estimations.

1) *Code des assurances sociales, art.49, alinea 3. (Code de la sécurité sociale, article 28, alinéa 4).*

2) *CNS. Décompte de l'assurance maladie-maternité: exercice 2008. Luxembourg: mai 2009, p.2.*

3) *Loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé, Mémorial A-N°52, 27.07.1992, p. 1658.*

4) *INAP. Eléments du cours de finances publiques. Luxembourg: avril 2008, p.10.*

5) *Idem.*

2. COMPARAISON DES BUDGETS ET DECOMPTES PENDANT LA PERIODE ANALYSEE ET IDENTIFICATION DES ORIGINES DES ECARTS

La comparaison des budgets et des décomptes se déroule en plusieurs étapes. Premièrement, le résultat des différents exercices tel qu'il figure au budget et tel qu'il est inscrit au décompte est affiché. Deuxièmement, certains postes présentés au résultat sont analysés. Cela implique l'analyse des différences entre l'excédent d'un exercice prévu et réel et les divergences entre les opérations courantes ¹⁾ prévues et réelles. Troisièmement, les facteurs qui sont à l'origine des écarts détectés au niveau des recettes courantes et des dépenses courantes sont recherchés.

A. Résultat de l'exercice ²⁾

Le tableau "Résultat de l'exercice" ci-après permet de mettre en évidence une première cause des écarts que l'on peut noter au niveau de l'excédent voire du découvert d'un exercice. En effet, des écarts au niveau des recettes courantes et des dépenses courantes existent. Or, ces écarts ont des répercussions sur le solde des opérations courantes, sur le fonds de roulement et sur la dotation voire le prélèvement au fonds de roulement.

1) Il s'agit d'analyser les écarts respectifs au niveau des recettes courantes et dépenses courantes.

2) Le tableau "résultat de l'exercice" ci-après est la comparaison entre le résultat prévu au budget d'un exercice donné et le résultat effectif inscrit au décompte à la clôture de cet exercice.

Montants en millions d'euros	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Budget	Déc.	Budget	Déc.	Budget	Déc.	Budget	Déc.	Budget	Déc.	Budget	Déc.	Budget	Déc.	Budget	Déc.	Budget	Déc.	Budget	Déc.	Budget	Déc.
Recettes courantes	931,8	927,9	988,0	1009,3	1069,9	1129,8	1187,9	1287,2	1299,90	1395,4	1369,76	1385,6	1430,5	1569,3	1595,9	1608,6	1712,3	1709,6	1824,7	1836,6	1946,4	1977,5
Dépenses courantes	903,2	900,6	957,3	1017,9	1045,2	1069,4	1163,4	1225,9	1284,33	1401,9	1388,40	1397,8	1526,21	1510,1	1617,7	1662,2	1712,8	1707,7	1809,3	1827,5	1932,7	1944,6
Solde des opérations courantes	28,7	27,3	10,7	-8,6	24,7	60,4	24,6	61,4	15,6	-6,4	-18,6	-32,3	-95,7	59,2	-21,8	-53,6	-0,5	1,9	16,4	9,0	13,7	32,9
Solde global cumulé	92,7	95,8	100,6	87,1	106,4	147,5	150,2	208,9	214,6	202,5	192,7	170,3	203,7	229,6	169,8	176,0	172,8	177,9	184,5	186,9	194,9	219,8
Dotation au fonds de roulement légal	1,9	90,1	5,0	101,8	2,6	106,9	7,4	122,6	6,3	140,2	0,0	139,8	13,2	151,0	6,8	166,2	4,8	170,8	8,8	182,8	10,3	194,5
Prélèvement au fdr																						
Fonds de roulement	90,3	2,1	95,8	11,7	104,5	5,1	116,4	15,6	116,4	17,6	138,8	-0,4	152,6	11,2	161,8	15,2	171,3	4,5	180,8	12,0	193,3	11,7
Excédent (+)/ Découvert (-) de l'exercice	26,8	25,2	5,7	-20,4	22,0	55,3	17,2	45,7	9,3	-24,0	-18,6	-31,9	-108,9	48,0	-28,5	-68,8	-5,3	-2,6	7,7	-3,0	3,4	21,2
Excédent (+)/ Découvert (-) cumulé	2,4	5,7	4,8	-14,7	1,9	40,6	33,8	86,3	86,2	62,3	53,8	30,5	51,0	76,6	8,0	9,8	1,5	7,1	3,7	4,1	1,6	25,3

Source: CNS.

B. Excédent / Découvert d'un exercice ¹⁾

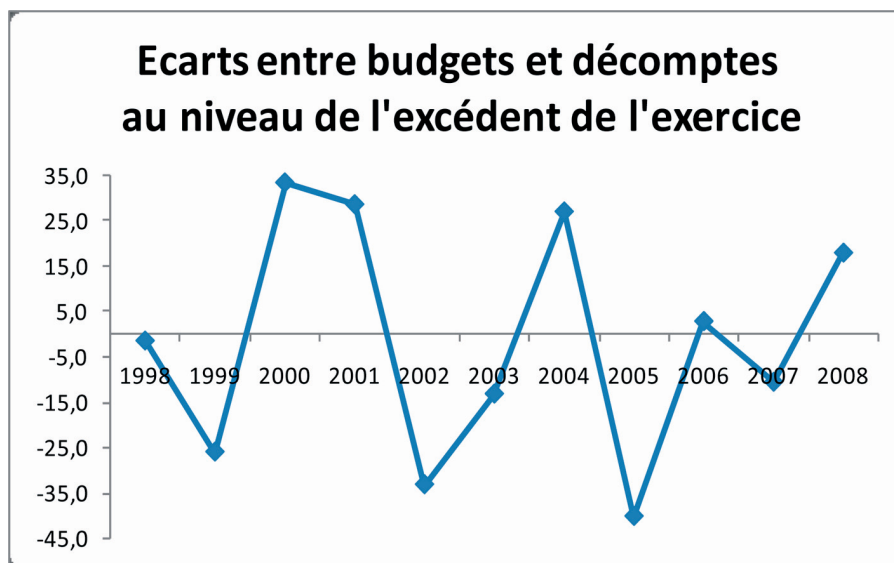
Excédent/ Déficit de l'exercice	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Budget	26,8	5,7	22,0	17,2	9,3	-18,6	21,1	-28,5	-5,3	7,7	3,4
Décompte	25,2	-20,4	55,3	45,7	-24,0	-31,9	48,0	-68,8	-2,6	-3,0	21,2
Ecarts	-1,6	-26,1	33,3	28,5	-33,3	-13,3	26,9	-40,3	2,7	-10,7	17,8

Source: CNS.

(Montant en millions d'euros)

Le tableau ci-dessus met en évidence les écarts ²⁾ entre l'excédent d'un exercice donné figurant au budget et l'excédent réel de cet exercice inscrit au décompte, ce qui permet de constater que l'écart le plus faible était noté en 1998, à savoir -1,6 millions d'euros, alors que l'écart le plus élevé apparaissait en 2005, à savoir -40,3 millions d'euros.

Les estimations étaient trop optimistes pendant 6 exercices et le principe de précaution n'est observé que pendant 5 exercices; ceci étant illustré par le graphique ci-après.



(Ecarts en millions d'euros)

- 1) L'excédent/découvert d'un exercice correspond à la différence entre le solde des opérations courantes de l'exercice respectif et la dotation au fonds de roulement du même exercice.
- 2) Différence entre le montant inscrit au décompte et le montant prévu au budget.

C. Solde des opérations courantes ¹⁾

Le tableau "Résultat de l'exercice" ci-avant permet de constater que la différence entre le montant estimé et le montant effectif de l'excédent d'un exercice provient surtout du solde des opérations courantes. Il s'avère donc nécessaire d'analyser les recettes courantes et les dépenses courantes.

Les tableaux suivants, en comparant les montants figurant au budget avec les montants inscrits au décompte pour les recettes courantes et les dépenses courantes, mettent en évidence que les écarts sont plus élevés au niveau des recettes courantes qu'au niveau des dépenses courantes.

1) *Le solde des opérations courantes correspond à la différence entre les recettes courantes et les dépenses courantes.*

RECETTES (Montants en mio d'euros)	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.
Cotisations PE	105,8	109,7	94,7	97,3	112,1	116,8	124,1	127,7	134,9	133,3	140,2	140,1	147,8	147,3	156,7	155,2	166,3	164,3	174,5	176,5	186,9	187,2
Cotisations PN actifs	368,4	374,8	397,9	407,9	436,2	453,7	487,5	515,6	537,8	529,9	565,3	561,1	589,1	593,3	667,0	669,7	715,3	714,6	765,3	771,9	818,2	831,6
Cotisations PN pens.	93,8	92,2	98,2	96,4	99,8	101,4	108,2	109,2	114,4	114,0	123,4	126,4	129,7	131,0	146,1	147,0	154,4	153,4	161,7	162,0	171,0	170,2
Surprime PE	10,6	11,0	9,5	9,7	12,5	13,0	13,8	14,2	15,0	14,8	15,6	15,6	16,4	16,4	17,4	17,2	18,5	18,3	19,4	19,6	20,8	20,8
Surprime PN a.+ p.	271,3	268,0	285,3	281,8	314,8	326,0	349,8	366,0	383,0	377,9	404,4	403,5	422,2	425,3	477,6	479,5	510,8	509,8	544,4	548,5	581,0	588,3
Participations de tiers	58,7	53,5	59,7	67,3	74,2	77,0	83,2	83,8	93,5	93,0	97,5	97,3	105,9	105,1	111,8	116,3	126,3	126,7	136,0	130,2	142,5	148,7
Transferts	11,8	5,1	10,3	6,4	8,3	5,7	7,1	6,2	5,7	6,8	6,0	6,4	136,0	136,5	6,5	6,8	6,1	4,8	6,5	5,7	5,5	6,5
Autres*	11,4	13,6	12,5	11,1	12,2	13,4	14,1	16,7	15,7	19,9	17,3	15,2	13,5	14,7	12,9	17,0	14,6	17,8	16,9	22,2	20,5	24,3
Total	931,8	927,9	968,0	977,9	1069,9	1107,0	1187,9	1239,2	1299,9	1289,6	1369,8	1365,6	1560,5	1569,4	1595,9	1608,6	1712,3	1709,6	1824,7	1836,6	1946,4	1977,5

Source: CNS.

DEPENSES (Montants en mio d'euros)	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.
Frais d'administra- tion	38,1	36,3	38,9	36,9	39,4	39,7	41,4	41,8	44,5	44,5	50,6	49,5	53,3	50,8	56,8	53,9	59,4	56,1	62,7	58,9	67,9	63,9
PE maladie	91,8	94,7	97,9	103,7	107,7	113,0	123,7	127,8	138,1	149,4	156,7	160,2	172,1	157,1	154,1	169,4	155,8	167,5	172,2	178,0	186,9	186,9
PE maternité	33,3	31,2	32,9	38,2	44,5	45,2	50,2	51,7	57,6	56,4	62,4	61,8	66,4	67,2	70,2	73,2	80,2	77,6	84,1	80,9	86,9	90,9
PN maladie	707,0	707,6	754,6	771,8	815,5	808,8	905,7	915,0	996,5	993,4	1088,8	1075,3	1179,8	1182,0	1281,7	1307,1	1357,8	1341,8	1422,7	1444,3	1519,6	1528,0
PN maternité	16,7	14,2	16,4	17,6	18,3	19,3	19,9	18,5	21,6	21,9	21,9	22,4	24,3	23,3	25,8	26,3	28,0	31,5	32,4	31,0	34,6	36,8
Transferts	15,3	15,4	15,6	16,9	18,4	9,2	21,1	21,8	23,6	24,9	26,5	26,8	28,8	26,8	27,1	29,6	28,5	29,7	31,0	31,4	33,2	33,5
Autres	1,0	1,3	1,1	1,5	1,4	1,4	1,4	1,2	1,5	5,5	1,5	1,8	1,5	2,8	2,1	2,8	3,0	3,5	3,2	3,1	3,6	4,6
Total	903,2	900,6	957,3	986,5	1045,2	1046,6	1163,3	1177,9	1284,3	1295,8	1388,4	1397,8	1526,2	1510,1	1617,7	1662,2	1712,8	1707,7	1808,3	1827,5	1932,7	1944,7

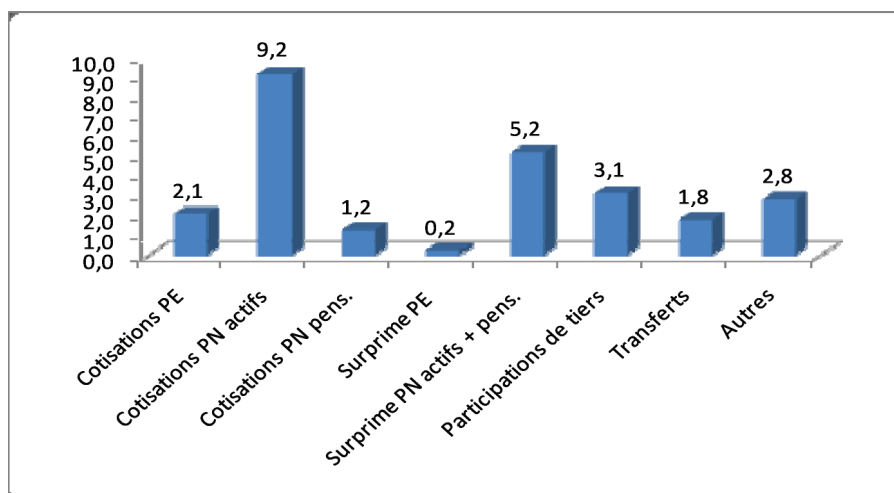
Source: CNS.

(Montants en mio d'euros)	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.
Recettes courantes	931,8	927,9	968,0	977,9	1069,9	1107,0	1187,9	1239,2	1299,9	1289,6	1369,8	1365,6	1560,5	1569,4	1595,9	1608,6	1712,3	1709,6	1824,7	1836,6	1946,4	1977,5
Dépenses courantes	903,2	900,6	957,3	986,5	1045,2	1046,6	1163,3	1177,9	1284,3	1295,8	1388,4	1397,8	1526,2	1510,1	1617,7	1662,2	1712,8	1707,7	1808,3	1827,5	1932,7	1944,7
Solde des op. cour.	28,7	27,3	10,7	-8,6	24,7	60,4	24,6	61,4	15,6	-6,3	-18,6	-32,3	34,3	59,3	-21,8	-53,6	-0,5	1,9	16,4	9,0	13,7	32,8

Ecart entre budgets et décomptes (Montants en mio d'euros)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Cotisations PE	3,9	2,6	4,7	3,5	-1,6	-0,1	-0,5	-1,5	-2,0	2,0	0,3
Cotisations PN actifs	6,4	9,9	17,5	28,1	-7,9	-4,2	4,2	2,7	-0,7	6,6	13,4
Cotisations PN pens.	-1,6	-1,8	1,6	1,0	-0,4	3,0	1,3	0,9	-1,0	0,3	-0,8
Surprime PE	0,4	0,3	0,5	0,4	-0,2	0,0	0,0	-0,2	-0,2	0,2	0,0
Surprime PN actifs + pens.	-3,3	-3,5	11,2	16,1	-5,1	-0,9	3,1	1,9	-1,0	4,1	7,3
Participations de tiers	-5,1	7,6	2,8	0,6	-0,5	-0,2	-0,8	4,5	0,4	-5,8	6,2
Transferts	-6,7	-3,9	-2,6	-0,9	1,1	0,4	0,5	0,3	-1,3	-0,8	1,0
Autres*	2,2	-1,4	1,3	2,5	4,2	-2,1	1,2	4,1	3,2	5,3	3,8
Total	-3,9	9,9	37,1	51,3	-10,3	-4,2	8,9	12,7	-2,7	11,9	31,1

Source: CNS.

Ecarts annuels moyens entre les montants prévus et réels au niveau des recettes ¹⁾



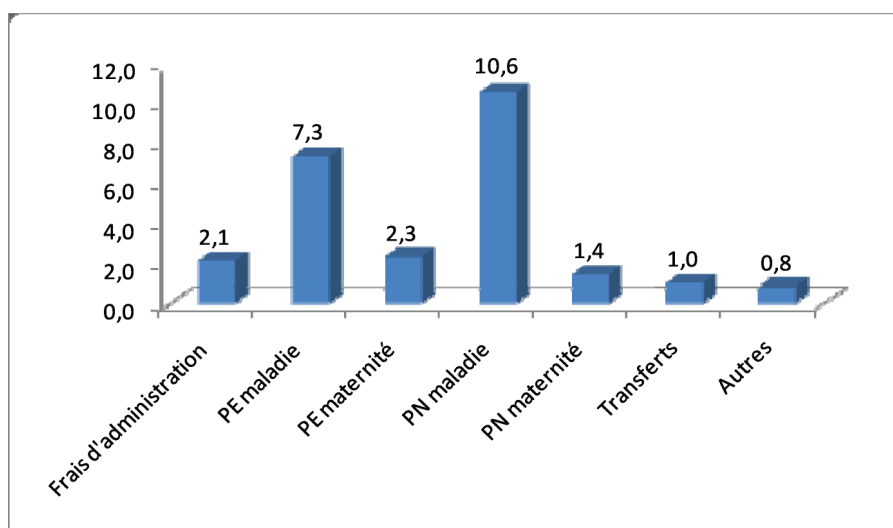
(Montants en millions d'euros)

1) Ecarts annuels moyen calculés sur base de la valeur absolue des écarts.

Ecart entre budgets et décomptes	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Frais d'administration	-1,8	-2,0	0,3	0,4	-0,9	-1,1	-2,5	-2,9	-3,3	-3,8	-4,0
PE maladie	2,9	5,8	5,3	4,1	11,3	3,5	-15,0	15,3	11,7	5,8	0,0
PE maternité	-2,2	5,3	0,7	1,5	-1,2	-0,6	0,8	3,0	-2,6	-3,2	4,0
PN maladie	0,6	17,2	-6,7	9,4	-3,1	6,5	2,2	25,4	-16,0	21,6	8,4
PN maternité	-2,4	1,2	1,0	-1,4	0,3	0,5	-1,0	0,5	3,5	-1,4	2,2
Transferts	0,1	1,3	0,8	0,7	1,3	0,3	-2,0	2,5	1,2	0,4	0,3
Autres	0,3	0,4	0,0	-0,2	4,0	0,3	1,3	0,7	0,5	-0,1	1,0
Total	-2,5	29,2	1,4	14,5	11,5	9,4	-16,1	44,5	-5,1	19,2	12,0

(Montants en millions d'euros)

Ecarts annuels moyens entre les montants prévus et réels au niveau des dépenses ¹⁾



(Montants en millions d'euros)

Ce troisième chapitre permet de constater que les postes piliers de recettes et de dépenses engendrent des écarts plus élevés en millions d'euros que les postes à faible envergure.

Ainsi, au niveau des recettes courantes, le poste "cotisations PN actifs" correspond à 41,1% des recettes courantes et présente les écarts les plus élevés entre les montants estimés et réels, à savoir un écart annuel moyen de 9,2 millions d'euros. ²⁾ Le poste "Surprime PE" correspond à 1,1% des recettes courantes et affiche un écart de 0,2 million d'euros.

1) Ecarts annuels moyen calculés sur base de la valeur absolue des écarts annuels.

2) Il est utile de noter que ceci ne signifie pas que les estimations relatives à ce poste ne soient pas efficaces. En effet, ce poste est le poste le plus important des recettes courantes, et ainsi il est possible que l'écart respectif soit plus élevé. Voir section 3 de ce chapitre: qualité des estimations.

Au niveau des dépenses courantes, le poste "Pre stations en nature maladie" représente une part de 78,0% des dépenses courantes et affiche les écarts les plus élevés entre les montants estimés et réels, à savoir un écart annuel moyen de 10,6 millions d'euros ¹⁾. Le poste "Autres ²⁾" ne correspond qu'à une part de 0,2% des dépenses courantes et présente un écart annuel moyen de 0,8 million d'euros.

Ces constatations ne permettent, néanmoins, pas de juger la qualité des estimations. En effet, à titre d'exemple, une erreur d'estimation d'1,0% engendre un écart plus élevé au niveau d'un poste de 100,0 millions d'euros, qu'au niveau d'un poste à 0,5 million d'euros.

L'explication des écarts constatés lors de la comparaison du budget au décompte d'un exercice donné se base sur les trois éléments suivants.

a. Hypothèses de départ

Au cours de la période analysée allant de 1998 à 2008, l'Union des caisses de maladie ne disposait pas encore du décompte de l'exercice N-1 au moment de l'établissement du budget de l'exercice N. Le décompte de l'exercice N-1 ne pouvait donc pas être utilisé en tant qu'outil pour analyser la qualité des estimations de l'année N-1, ni pour préparer le budget de l'année N. Le budget de l'année N était établi dans l'hypothèse d'un résultat de l'exercice N-1 différent du résultat réel inscrit dans le décompte de l'exercice N-1. Ainsi, on retient que les écarts entre montants prévus et réels s'expliquent en partie par des hypothèses de base incorrectes.

b. Echelle mobile des salaires

L'évolution de l'échelle mobile des salaires prévue au budget ne correspondait à l'évolution réelle qu'en 2007 et 2008. Pour les exercices 1998 à 2006, les estimations de l'indice moyen étaient en partie responsables des écarts constatés au niveau du solde des opérations courantes (indice courant) et donc au niveau du résultat d'un exercice donné.

c. Solde des opérations courantes

L'écart entre le solde des opérations courantes estimé et réel engendre des divergences au niveau du résultat. Il convient d'identifier individuellement les facteurs responsables des écarts observés au niveau des recettes courantes et au niveau des dépenses courantes.

1) Il est utile de noter que ceci ne signifie pas que les estimations relatives à ce poste ne soient pas efficaces. En effet, ce poste est le poste le plus important des recettes courantes, et ainsi il est possible que l'écart respectif soit plus élevé. Voir section 3 de ce chapitre: qualité des estimations.

2) Transferts de cotisations, restitutions de cotisations et décharges, etc.

c. 1. Recettes courantes

Les recettes de l'assurance maladie sont constituées à 60,3% ¹⁾ de cotisations en provenance des assurés et des employeurs. En y intégrant la contribution de l'Etat, la part des recettes provenant des cotisations s'élève à 90,6% ²⁾ des recettes courantes. Les facteurs qui sont à l'origine des écarts constatés au niveau des deux postes piliers "cotisations PN actifs" et "Surprime PN actifs et pensionnés", ainsi que les écarts constatés au niveau des postes "Participations de tiers" et "Autres" sont présentés ci-dessous.

i. Cotisations PN actifs

Les écarts au niveau des recettes proviennent surtout des cotisations sur prestations en nature des actifs. Ces recettes constituent le poste le plus important des recettes totales. Une évolution de la conjoncture économique dont l'évolution réelle ne correspond pas à celle prévue lors de l'établissement du budget explique l'apparition d'écarts.

ii. Surprime PN actifs et pensionnés

Au niveau des prestations en nature, l'Etat participe à raison de 37,0% ³⁾ des cotisations dues au titre des soins de santé. En 2008, cette participation correspondait à un taux de cotisation de 3,2% applicable sur l'assiette cotisable. La variation au niveau de ce poste dépend donc, tout comme pour les "cotisations PN actifs" de l'évolution de la conjoncture économique ⁴⁾.

iii. Participations de tiers

La variation des recettes au niveau des participations de tiers provient, par exemple, du remboursement par l'Etat des prestations de maternité en espèces et nature avancées par l'UCM. Cette variation s'explique par le fait que les montants estimés ne correspondent pas toujours aux montants réels.

iv. Autres

Les écarts entre budgets et décomptes proviennent également d'autres facteurs. Le poste "autres" renvoie à des écarts au niveau des revenus sur immobilisations, au niveau des produits divers, et au niveau des produits financiers.

c.2 Dépenses courantes

Il a été soulevé plus haut que les écarts entre les dépenses courantes figurant au budget et celles inscrites au décompte proviennent essentiellement des prestations en nature. Ainsi, l'analyse individuelle des divers postes de prestations en nature ⁵⁾ engendrant ces écarts peut se révéler particulièrement intéressante.

1) Moyenne annuelle sur la période de 1998 à 2008.

2) Moyenne annuelle sur la période de 1998 à 2008.

3) Ce taux est valable à partir de 2000.

4) Le montant des cotisations varie en fonction du nombre des assurés et du revenu moyen cotisable.

5) Il est utile de rappeler que l'analyse relative aux divers postes de prestations en nature se limite aux prestations en nature maladie.

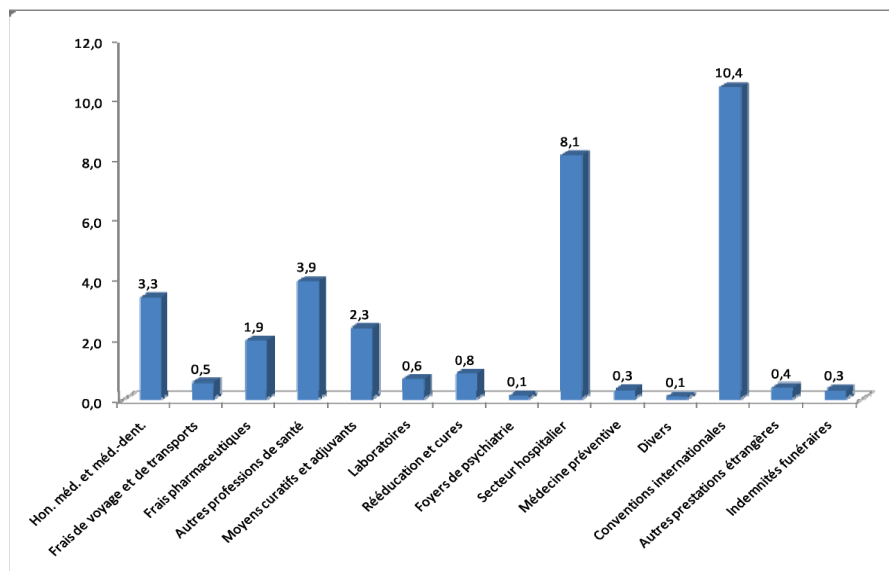
**Comparaison des montants relatifs aux prestations en nature maladie prévus au budget
avec les montants respectifs inscrits au décompte**

(Montants en millions d'euros)	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.	Budg.	Déc.
Honoraires médicaux et médico-dentaires	161,4	158,5	171,4	168,8	176,2	168,4	187,6	180,6	201,1	201,9	221,9	219,7	259,5	263,6	277,2	276,8	283,6	277,6	296,1	295,0	310,1	308,3
Frais de voyage et de transports	5,5	4,9	5,8	5,4	6,4	4,6	5,7	5,2	5,8	5,8	6,1	6,3	6,8	6,8	7,5	6,9	7,5	7,3	8,1	7,1	7,7	7,4
Frais pharmaceutiques	83,7	82,9	87,2	90,8	93,8	95,1	104,0	105,4	119,8	115,6	128,7	124,7	135,4	132,6	136,6	136,7	140,9	140,3	145,0	146,1	153,2	154,5
Autres professions de santé	15,9	16,4	17,2	20,8	21,5	21,9	23,2	30,5	27,8	34,1	34,2	38,0	36,3	42,6	41,9	46,6	49,5	53,6	57,8	59,0	61,1	65,5
Moyens curatifs et adjuvants	34,5	37,1	38,4	39,6	39,1	41,2	43,1	45,5	51,8	49,7	52,8	56,3	59,8	63,5	27,0	26,5	28,0	29,3	29,6	34,5	35,2	33,8
Laboratoires															35,4	32,0	35,8	36,4	40,3	39,2	46,0	44,2
Rééducation et cures	8,2	9,1	9,4	10,0	9,7	10,8	11,7	12,3	13,6	13,6	8,2	8,3	9,2	8,6	9,1	8,9	9,3	9,1	11,2	9,0	11,5	9,2
Foyers de psychiatrie																					4,0	3,0
Secteur hospitalier	282,8	290,2	304,8	318,9	332,1	332,6	377,9	389,9	411,2	409,4	443,0	443,7	488,2	509,8	540,0	530,5	582,3	576,3	602,2	612,0	633,5	639,1
Médecine préventive	1,5	1,4	1,5	1,4	1,6	1,4	2,0	1,7	2,5	2,6	2,6	3,0	3,0	3,9	3,5	4,1	4,4	4,4	4,6	4,5	4,9	5,4
Divers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1
Conventions internationales	106,8	99,9	112,0	108,6	126,7	124,9	141,4	135,4	153,4	152,1	161,6	165,9	171,8	141,2	193,1	228,4	205,7	197,3	216,9	227,6	241,3	246,8
Autres prestations étrangères	3,1	3,7	3,2	4,0	4,6	4,4	5,2	5,0	5,5	4,9	5,6	5,1	5,7	5,7	6,1	5,9	6,4	6,2	6,5	6,1	6,5	6,8
Indemnités funéraires	3,7	3,5	3,7	3,5	3,8	3,5	3,8	3,5	3,8	3,6	3,9	4,1	4,0	3,7	4,2	3,7	4,2	3,9	4,3	4,2	4,4	3,9
Total	707,0	707,6	754,6	771,8	815,5	808,8	905,7	915,0	986,5	993,4	1068,8	1075,2	1179,8	1182,1	1281,7	1307,0	1357,8	1341,8	1422,8	1444,4	1519,6	1528,0

Source: CNS.

Ecart entre budgets et décomptes (Montants en mio d'euros)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Honoraires médicaux et médico- dentaires	-2,9	-2,6	-7,8	-7,0	0,8	-2,2	4,1	-0,4	-6,0	-1,1	-1,8
Frais de voyage et de transports	-0,6	-0,4	-1,8	-0,5	0,0	0,2	0,0	-0,6	-0,2	-1,0	-0,3
Frais pharmaceutiques	-0,8	3,6	1,3	1,4	-4,2	-4,0	-2,8	0,1	-0,6	1,1	1,3
Autres professions de santé	0,5	3,7	0,5	7,4	6,3	3,8	6,3	4,7	4,1	1,2	4,4
Moyens curatifs et adjuvants	2,6	1,2	2,1	2,4	-2,1	3,5	3,7	-0,5	1,3	4,9	-1,4
Laboratoires								-3,4	0,6	-1,1	-1,8
Rééducation et cures	0,9	0,6	1,1	0,7	0,0	0,1	-0,6	-0,2	-0,2	-2,2	-2,3
Foyers de psychiatrie											-1,0
Secteur hospitalier	7,4	14,1	0,5	12,0	-1,8	0,7	21,6	-9,5	-6,0	9,8	5,6
Médecine préventive	-0,1	-0,1	-0,1	-0,3	0,1	0,4	0,9	0,6	0,0	-0,1	0,5
Divers	0,0	0,0	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Conventions internationales	-6,9	-3,4	-1,8	-6,1	-1,3	4,3	-30,6	35,3	-8,4	10,7	5,5
Autres pre stations étrangères	0,6	0,8	-0,2	-0,2	-0,6	-0,5	0,0	-0,2	-0,2	-0,4	0,3
Indemnités funéraires	-0,2	-0,3	-0,3	-0,3	-0,2	0,2	-0,3	-0,5	-0,3	-0,1	-0,5
Total	0,6	17,2	-6,7	9,4	-3,1	6,4	2,3	25,3	-16,0	21,6	8,4

**Écarts annuels moyens entre les montants prévus et réels
au niveau des prestations en nature ¹⁾**



(Montants en millions d'euros)

Le graphique ci-avant montre que le poste au niveau duquel les écarts sont les plus élevés est le poste "conventions internationales". Les facteurs à l'origine des écarts constatés au niveau des 4 postes piliers ²⁾ sont analysés dans les sections suivantes.

i. Secteur hospitalier

Pour le secteur hospitalier, une difficulté dans l'établissement des prévisions résulte d'un élément à caractère général rencontré sur toute la période observée. L'imprécision dans l'élaboration du budget de l'assurance maladie au niveau de ce secteur provient du fait que pour la plupart des établissements hospitaliers les budgets d'un exercice N sont négociés pendant les six premiers mois de l'exercice N et pour certains établissements un retard de douze mois est même observé. Ainsi, entre 1998 et 2008, lors de l'établissement du budget de l'Union des caisses de maladie relatif à l'exercice N+1, le budget des dépenses hospitalières relatif à l'exercice N+1 n'était pas disponible et le budget des dépenses hospitalières relatif à l'exercice N n'était que partiellement disponible. Par ailleurs, les décomptes avec les hôpitaux des exercices antérieurs peuvent entraîner des fluctuations assez importantes ³⁾. Cette situation reste inchangée actuellement.

1) Écarts annuels moyen calculés sur base de la valeur absolue des écarts annuels.

2) Secteur hospitalier, honoraires médicaux, conventions internationales, et frais pharmaceutiques.

3) UCM. Décompte de l'assurance maladie-maternité: exercice 1999. Luxembourg: juillet 2000.

Les écarts constatés au niveau du secteur hospitalier proviennent également d'éléments à caractère exceptionnel. A titre d'exemple, les écarts entre les dépenses hospitalières et les prévisions pour l'exercice 2001 proviennent, notamment, des répercussions de la négociation de la convention collective de travail du secteur hospitalier, dont le résultat n'était pas connu au moment de l'établissement du budget et de la régularisation d'exercices antérieurs ¹⁾. Un autre exemple montre qu'au cours de l'exercice 1999, le budget y relatif avait évalué le coût du Centre hospitalier neuropsychiatrique (CHNP) à 12,4 millions d'euros, alors que la négociation définitive de ce budget a abouti à un montant de 18,8 millions d'euros. En général, les prestations hospitalières ont été fortement sous-évaluées au cours de la période analysée, ceci notamment au niveau des frais variables.

ii. Honoraires médicaux et médico-dentaires

Les dépenses effectives relatives au poste "honoraires médicaux et médico-dentaires" s'éloignent des prévisions, par exemple en raison d'un volume d'activité réel qui ne correspond pas au volume prévu. ²⁾ Ainsi, des divergences entre les dépenses estimées et réelles apparaissent notamment lorsque les négociations relatives à une année ne sont pas encore finalisées au moment de l'élaboration du budget. ³⁾ Des différences entre montants budgétisés et réels sont également observées en raison d'éléments imprévisibles.

iii. Conventions internationales

Au niveau des dépenses relatives à l'exécution de conventions internationales, les écarts résultent essentiellement de la survenance d'éléments à caractère exceptionnel. Au cours de certains exercices, l'on note, par exemple, que certains organismes internationaux n'introduisent pas leurs factures dans les délais prescrits ⁴⁾.

iv. Frais pharmaceutiques (extrahospitaliers)

Au niveau des frais pharmaceutiques (extrahospitaliers), les divergences entre les dépenses réelles et estimées proviennent entre autres du fait qu'il est difficile d'estimer le nombre des demandes d'inscription de médicaments sur la liste positive et du fait qu'il est difficile de d'estimer l'impact des gripes sur les frais pharmaceutiques. ⁵⁾

1) UCM. Décompte de l'assurance maladie-maternité:exercice 2000. Luxembourg: juillet 2001.

2) *Idem.*

3) UCM. Décompte de l'assurance maladie-maternité: exercice 2000. Luxembourg: juillet 2001.

4) UCM. Décompte de l'assurance maladie-maternité: exercice 2004. Luxembourg: juillet 2005.

5) UCM. Décompte de l'assurance maladie-maternité: exercice 2002. Luxembourg: juillet 2003.

3. QUALITE DES ESTIMATIONS

La comparaison des budgets et décomptes réalisée ci-dessus amène ainsi à s'interroger sur la qualité des estimations. La troisième étape du présent chapitre a pour but de déterminer les erreurs dans les estimations, en affichant les écarts en pourcentage entre les opérations courantes prévues et réelles.

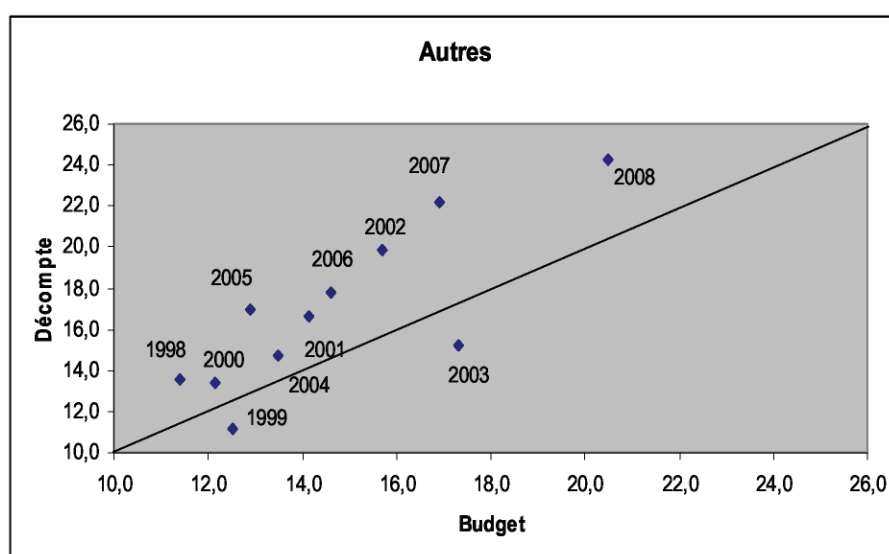
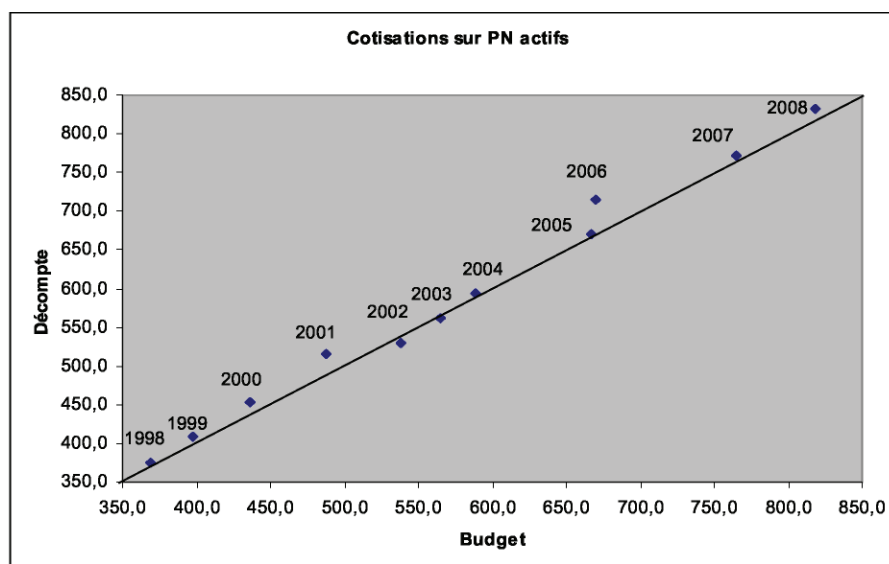
A. Qualité des estimations relatives aux recettes

Ecarts entre montants estimés et réels (Moyenne annuelle)

Transferts	20,1%
Autres	19,1%
Participation de tiers	3,7%
Cotisations PN actifs	2,4%
Cotisations PE	1,7%
Surprime PE	1,6%
Surprime PN actifs + pens.	1,4%
Cotisations PN pens.	1,1%

Il a déjà été relevé plus haut que les cotisations sur les prestations en nature des actifs constituent le poste des recettes courantes le plus important avec une part de 41,1%. Au deuxième rang figure le poste "Surprime cotisations prestations en nature actifs et pensionnés", avec une part de 29,3%. En troisième place, l'on retrouve le poste des cotisations pour prestations en espèces avec une part de 10,1%. Ces trois postes piliers des recettes courantes affichent des écarts en pourcentage nettement inférieurs aux autres postes qui ne représentent dans leur ensemble que 19,5% des recettes courantes.

Pour illustrer ceci, la représentation graphique relative à la qualité des estimations du poste "cotisations pour prestations en nature actifs" est comparée ci-dessous à la représentation graphique relative à la qualité des estimations du poste "Autres". Cette comparaison permet de constater que la qualité des estimations au niveau du poste pilier "cotisations PN actifs" est meilleure que la qualité des estimations au niveau du poste à faible envergure "Autres".



Pour les deux représentations graphiques: montants en millions d'euros.

B. Qualité des estimations relatives aux dépenses courantes

a. Qualité des estimations relatives aux divers postes de dépenses courantes

Ecarts entre montants estimés et réels (Moyenne annuelle)

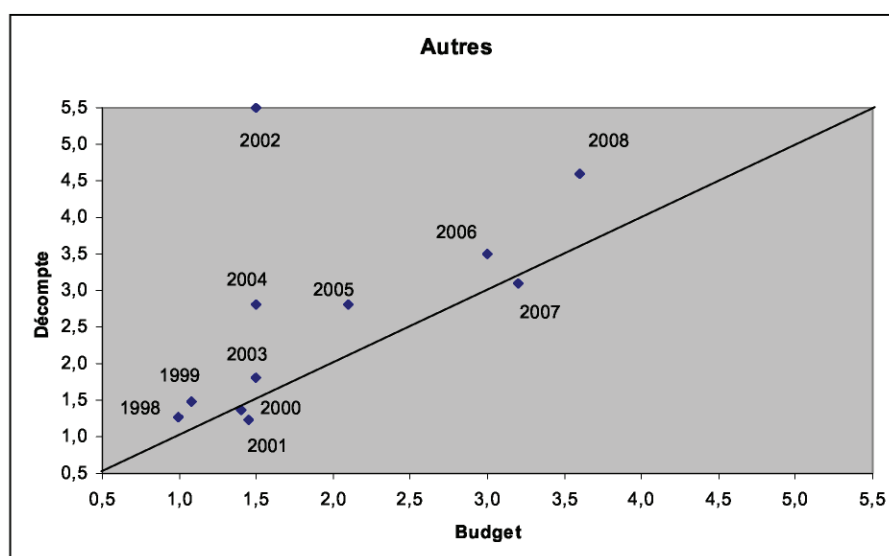
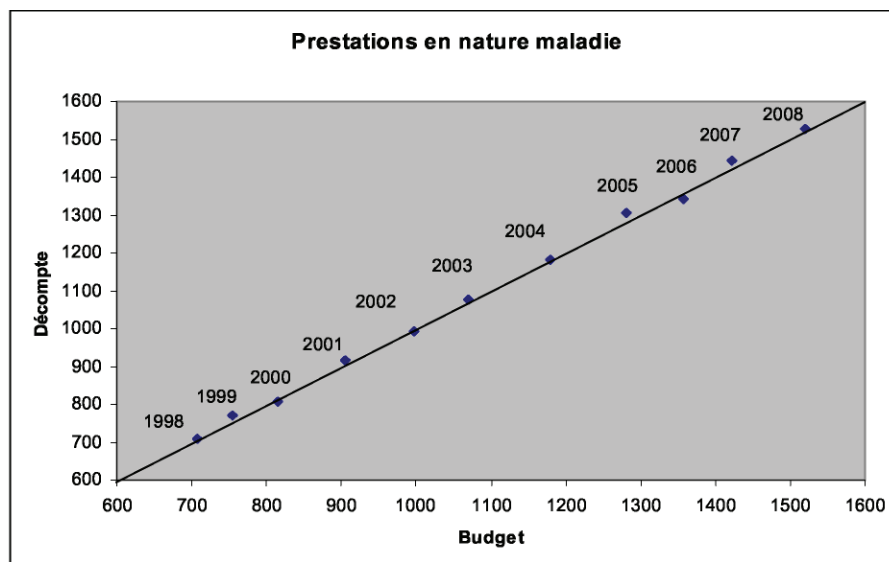
Autres	48,8%
PN maternité	6,1%
PE maladie	5,2%
PE maternité	4,3%
Frais d'administration	3,9%
PN maladie	1,0%

Au niveau des dépenses courantes, le poste "prestations en nature maladie" représente 78,0% et affiche un écart annuel moyen de 1,0% entre les montants estimés et réels. Le poste "prestations en espèces maladie" ¹⁾ correspond à 10,5% des dépenses courantes, mais affiche un écart annuel moyen de 5,2%. Les postes restants pris dans leur ensemble ne représentent que 11,5% des dépenses courantes et affichent des écarts plus importants entre les montants estimés et les montants réels que les prestations en nature de l'assurance maladie.

La représentation graphique relative à la qualité des estimations du poste "prestations en nature maladie" est ainsi comparée ci-après avec la représentation graphique relative à la qualité des estimations du poste "Autres" ²⁾. L'observation des graphiques ci-dessous permet de constater que la qualité des estimations est meilleure au niveau du poste pilier "prestations en nature maladie" qu'au niveau du poste à faible envergure "Autres".

1) Par prestations en nature, ce chapitre vise le risque maladie et le risque maternité. Mais à ce niveau de l'analyse, l'on distingue entre les estimations au niveau des prestations en nature maladie et les prestations en nature maternité. Il est utile de noter que les prestations en nature maladie représentent une part annuelle moyenne de 97,9% de l'ensemble des prestations en nature entre 1998 et 2008, contre une part annuelle moyenne de 2,1% pour les prestations en nature maternité.

2) Le poste "Autres" comprend les décharges et restitutions, etc.



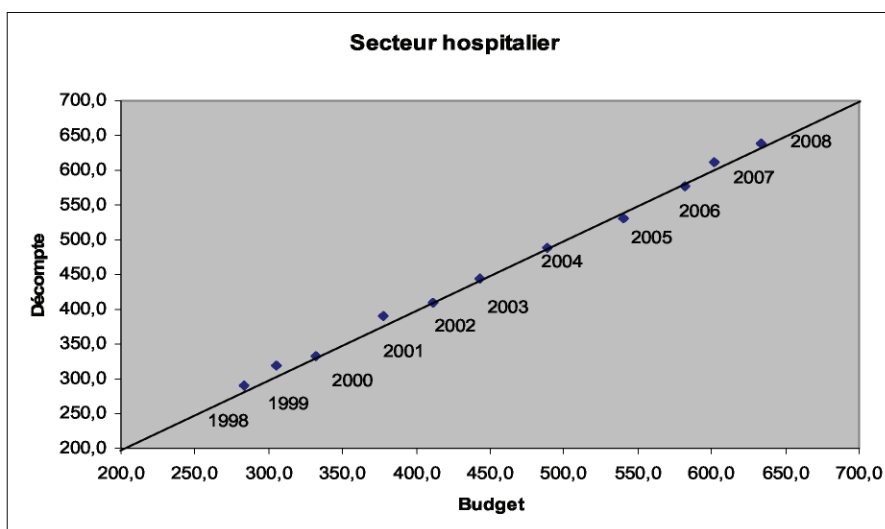
Les deux représentations graphiques comprennent des montants en millions d'euros.

b. Qualité des estimations relatives aux postes piliers des prestations en nature "maladie"

La part importante des prestations en nature "maladie" dans l'ensemble des dépenses courantes justifie l'analyse des méthodes d'estimation des quatre postes piliers des prestations en nature "maladie" ¹⁾, à savoir le secteur hospitalier, les honoraires médicaux et médicodentaires, les frais liés aux conventions internationales et les frais pharmaceutiques (extrahospitaliers).

i. Secteur hospitalier

Le secteur hospitalier représente 41,4% ²⁾ de l'ensemble des dépenses de prestations en nature et occupe ainsi le premier rang dans la classification des postes les plus importants. Ce secteur présente un écart annuel moyen de 1,5% entre les montants estimés et réels, ce qui est très faible et rend ainsi compte d'une bonne qualité des estimations des dépenses hospitalières entre 1998 et 2008.



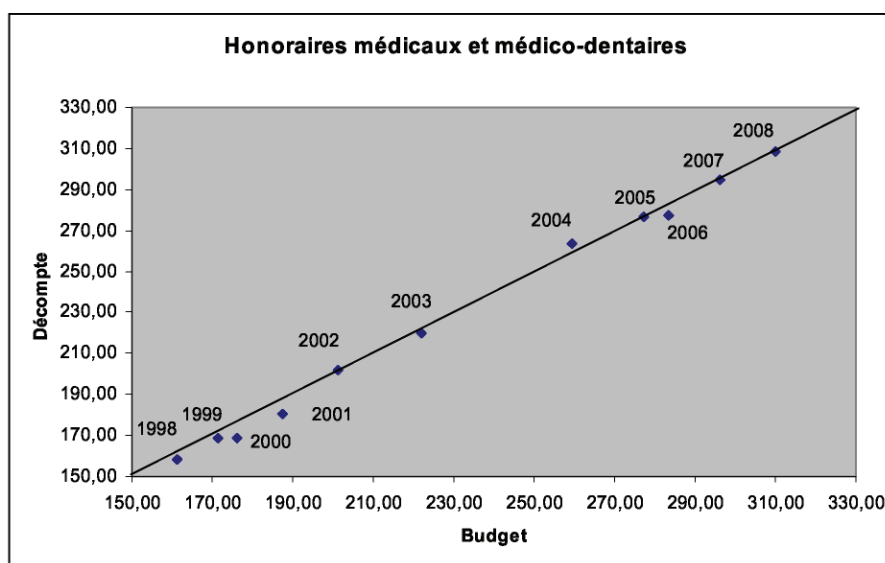
(Montants en millions d'euros)

1) Les quatre postes des "prestations en nature (maladie)" ayant le plus d'importance dans les dépenses courantes totales.

2) Moyenne annuelle sur la période 1998 à 2008.

ii. *Honoraires médicaux et médico-dentaires*

Le poste des honoraires médicaux et médico-dentaires représente 20,9% ¹⁾ des dépenses de soins de santé "maladie" et occupe ainsi le deuxième rang dans la classification des postes les plus importants. Les estimations des honoraires médicaux et médico-dentaires prévus au budget affichent un écart annuel moyen de 1,6% par rapport aux montants effectifs. L'écart est donc légèrement plus important que pour les soins hospitaliers.

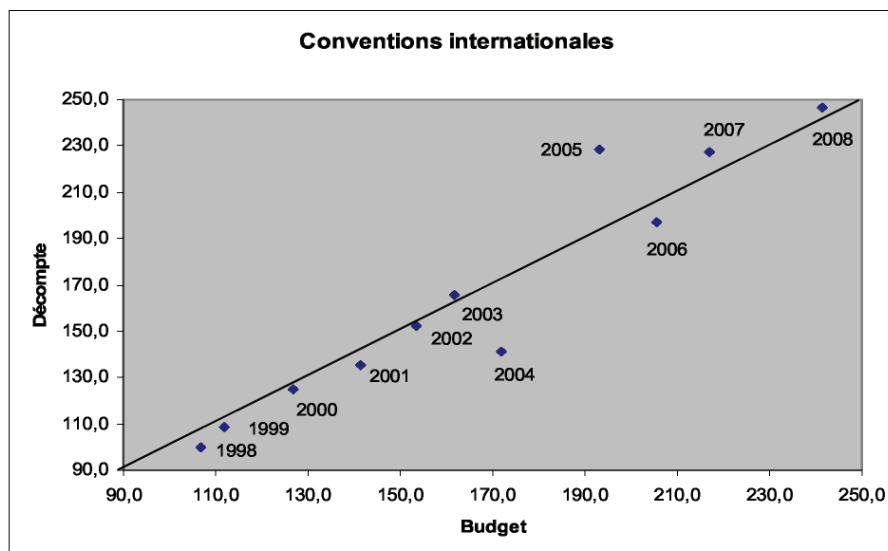


(Montants en millions d'euros)

iii. *Frais liés à l'exécution de conventions internationales*

Le poste des frais liés à l'exécution des conventions internationales, représentant 15,7% des dépenses de prestations en nature "maladie", occupe le troisième rang dans la classification des postes les plus importants. Contrairement aux deux postes précédents, des écarts significatifs sont notés au niveau de ce troisième poste, à savoir un écart annuel moyen de 6,0% entre les montants estimés et réels, et appellent une révision des méthodes d'estimation des dépenses à ce niveau.

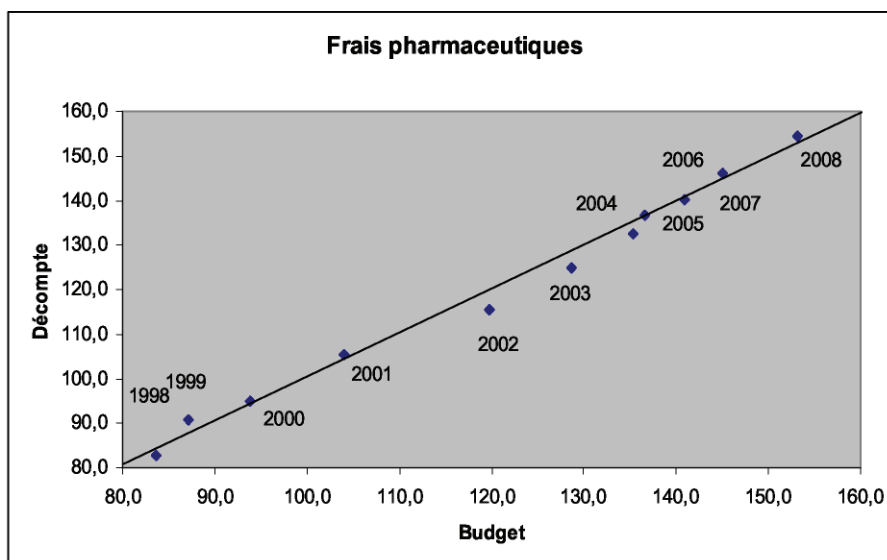
1) Moyenne annuelle sur la période 1998 à 2008.



(Montants en millions d'euros)

iv. Frais pharmaceutiques (extrahospitaliers)

Le poste des frais pharmaceutiques (extrahospitaliers) représente 11,0% ¹⁾ des dépenses de soins de santé et occupe donc le quatrième rang dans la classification des postes les plus importants. Les estimations des frais pharmaceutiques prévus au budget affichent un écart annuel moyen moins significatif de 1,7% par rapport aux montants effectifs.



(Montants en millions d'euros)

1) Moyenne annuelle sur la période 1998 à 2008.

c. Affichage des écarts entre montants estimés et réels de tous les postes des prestations en nature

Après avoir étudié la qualité des estimations relatives aux postes piliers, le tableau ci-dessous expose la qualité des estimations de toutes les catégories de prestations en nature maladie.

Écarts entre montants estimés et réels (Moyenne annuelle)

Autres professions de santé	12,6%
Médecine préventive	10,7%
Frais voyages + transports	8,4%
Autres prestations étrangères	7,9%
Rééducation et cures	7,9%
Indemnités funéraires	7,2%
Conventions internationales	6,0%
Moyens curatifs et adjuvants	6,0%
Laboratoires	4,5%
Frais pharmaceutiques	1,7%
Honoraires médicaux et médico-dentaires	1,6%
Secteur hospitalier	1,5%

L'on constate que les écarts entre les montants estimés et réels sont plus considérables au niveau des postes moins importants ne représentant dans leur ensemble que 11,1% des dépenses de soins de santé "maladie". Le volet relatif au poste prestations en nature "maladie" permet donc de montrer que les méthodes d'estimation des postes à faible envergure sont moins efficaces que celles au niveau des postes significatifs.

4. METHODES DES ESTIMATIONS

A. Recettes courantes

En ce qui concerne les méthodes d'estimation relatives aux recettes courantes, ce chapitre met l'accent sur les recettes provenant de cotisations. L'estimation des cotisations se base sur l'estimation de la masse cotisable globale, qui se base elle sur les projections du nombre d'assurés et du revenu moyen cotisable.

Pour estimer les recettes provenant des cotisations totales, le service en charge du budget de l'Union des caisses de maladie tenait compte de l'ensemble des caisses de maladie qui existaient au cours de la période 1998 à 2008. L'estimation de la masse cotisable globale résultait de la somme des estimations des masses cotisables des différentes caisses.

L'estimation du nombre total des assurés était établie en tenant compte de l'estimation du nombre d'assurés par caisse. Entre 1998 et 2008, les estimations du nombre d'assurés et du revenu moyen cotisable ont été faites sur base des données historiques et sur base de l'évolution de la conjoncture économique.

Pour l'avenir, les estimations du nombre d'assurés et du revenu moyen cotisable pourraient être alignées sur celles établies par l'IGSS et se baser davantage sur l'évolution de l'emploi et du chômage.

Exemple

En l'année N, la croissance du nombre des assurés était estimée à 3,2% et la croissance du revenu moyen cotisable à 0,7%. La croissance de la masse cotisable qui en résultait était de: $1,032 \times 1,007 \Rightarrow 3,9\%$.

B. Dépenses courantes

L'analyse des méthodes d'estimation des dépenses met l'accent sur les prestations en nature et en particulier sur les quatre postes piliers y relatifs.

a. Secteur hospitalier

Avant de décrire la méthode d'estimation des dépenses pour soins hospitaliers, il est important de préciser que la prise en charge se fait, d'une part, pour les frais fixes par le moyen d'un budget global et, d'autre part, pour les frais variables par la facturation du tarif fixé pour les différents types de prestations hospitalières.

i. Frais fixes

Suivant la convention cadre conclue entre l'entente des hôpitaux luxembourgeois (EHL) et l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie, les budgets pour l'année N+1 devraient être disponibles en octobre de l'année N. Ainsi, lors de l'établissement du budget de l'assurance maladie, les budgets des frais fixes des établissements hospitaliers auraient dû être disponibles. Or, en réalité, les budgets de l'année N étaient négociés pendant la première moitié de l'année N pour la plupart des établissements hospitaliers et certains avaient même un retard d'une année entière. Pour le budget de l'assurance maladie relatif à l'exercice N+1, il y avait donc lieu d'estimer partiellement le budget des frais fixes relatif à l'année N et entièrement le budget des frais fixes relatif à l'année N+1.

Les budgets des frais fixes ne varient pas directement par rapport à l'activité de l'année en cours. L'activité de l'année en cours a toutefois un impact sur les budgets des frais fixes des années ultérieures, ceci en raison des frais de personnel. L'estimation du budget des établissements hospitaliers tient compte de l'évolution du niveau d'activité, de l'évolution du coût de la vie et des dispositions de la convention collective de travail du secteur hospitalier.

Tout d'abord, l'évaluation des unités facturées en 2002 sur base des coûts unitaires de 2006 et la comparaison des dépenses de 2002 ainsi estimées aux dépenses de 2006 permet de constater une croissance en volume ¹⁾ d'environ 2,5% par année. Au niveau de l'évolution du coût de la vie, le facteur pris en compte est le rapport entre l'indice du coût de la vie en N+1 et l'indice du coût de la vie en N. Les dispositions de la convention collective de travail (CCT) du secteur hospitalier sont négociées par l'EHL et les syndicats ²⁾.

Exemple

- Dernier budget signé de l'année N de l'hôpital Saint-Louis (HSL): 60,2 millions d'euros - Nombre indice de l'année N: 682,39
- Nombre indice de l'année N+1: 699,44
- CCT: augmentation de 1,5% de la valeur du point indiciaire

Estimation du budget de l'exercice N+1:

- Variation de l'indice moyen: $699,44/682,39=1,025$ - Volume: 1,025
- CCT ¹⁾: $1 + (0,80 \cdot 0,015) = 1,012$
- Budget N+1: $60,2 \cdot 1,025 \cdot 1,012 = 62,4$

Le budget des frais fixes relatif à l'exercice N+1 est donc estimé à 62,4 millions d'euros.

1) Les frais de personnel représentent 80% des frais fixes.

Or, l'estimation des frais fixes ne se limite pas à l'estimation basée sur les coûts des années précédentes, mais elle considère également les évolutions futures prévisibles, telles que l'ouverture d'un nouveau service au sein d'un établissement.

1) Evolution du niveau d'activité.

2) Les frais de personnel représentent 80% des frais fixes. L'enveloppe globale pour la CCT EHL est identique à celle de la fonction publique mais les dispositions de détail peuvent être différentes.

Exemple

A titre d'illustration, l'on peut imaginer le cas d'un nouveau service qui ouvre en juillet de l'année N+1 au HSL. Si le service est constitué de dix employés à temps plein (ETP) et si le salaire moyen est de 70.000 euros, le montant à ajouter au budget des frais fixes estimé cidessus est de:

$10 * 70.000 * 6/12 = 350.000$ euros.

Ainsi, le budget N+1 peut être estimé à 62,8 millions d'euros.

ii. Frais variables

Le montant des frais variables résulte de la somme des produits obtenus en multipliant le nombre d'unités d'œuvre des entités fonctionnelles par leurs tarifs respectifs. Ce tarif est négocié annuellement et le protocole d'accord y relatif est généralement signé au début de l'année concernée.

Lors de l'établissement du budget de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie pour l'exercice N+1 en novembre de l'année N, il y a donc lieu d'estimer les frais variables relatifs à l'exercice N et à l'exercice N+1. En novembre de l'année N, les établissements hospitaliers ont facturé en moyenne six mois de l'activité de l'année N. L'estimation des frais variables de l'année N correspond à la somme des produits obtenus par la multiplication du nombre d'unités d'œuvre des entités fonctionnelles par leurs tarifs respectifs négociés en N.

Exemple

Le niveau d'activité N+1 est estimé en partant de l'activité connue relative à l'exercice N et en y appliquant un facteur de croissance. En supposant qu'au niveau de la policlinique, le HSL ait facturé 75.000 unités d'œuvre au cours de l'exercice N, dont 39.000 unités d'œuvre pendant les six premiers mois de l'année N et 40.000 unités d'œuvre pendant les six premiers mois N+1 et que le tarif en N+1 est de 12,3 euros, les dépenses en FV de l'entité fonctionnelle "policlinique" peuvent donc être estimées à:

- Croissance volume: $40.000/39.000 = 1,0256$
- Activité estimée N+1: $75.000 * 1,0256 = 76.920$
- Dépenses FV policlinique: $76.920 * 12,3 = 0,9$ million d'euros

Les frais variables de l'année N+1 sont estimés en appliquant un facteur de croissance du volume ainsi qu'un facteur de croissance du coût par unité d'œuvre qui peut être estimé plus ou moins important que le coût de la vie.

iii. Frais fixes et frais variables

Pour déterminer les dépenses totales relatives aux soins hospitaliers de l'exercice N+1, on fait la somme des budgets des frais fixes de tous les établissements et des frais variables de tous les établissements. S'y ajoutent les dépenses pour médicaments à délivrance hospitalière et des aides techniques facturées par certains établissements en dehors du budget hospitalier. Leur importance est minimale comparée aux dépenses totales ¹⁾

b. Honoraires médicaux et médico-dentaires

L'estimation du budget au niveau des honoraires médicaux et médico-dentaires tient compte de l'évolution de l'échelle mobile des salaires, de l'évolution du niveau d'activité (volume), des négociations de la valeur de la lettre-clé. Cette méthode d'estimation, ainsi que celle des dépenses relatives aux frais liés à des conventions internationales et aux frais pharmaceutiques ne sont pas analysées plus profondément dans ce travail.

c. Conventions internationales

L'estimation des dépenses relatives aux frais liés à l'exécution de conventions internationales se fait sur base des données historiques, sur base de l'évolution prévisible du nombre de frontaliers et sur base de l'évolution des transferts à l'étranger.

d. Frais pharmaceutiques

L'estimation du budget au niveau du poste "frais pharmaceutiques (extrahospitaliers)" tient compte de l'évolution du niveau d'activité (volume), de l'évolution de l'échelle mobile des salaires et des négociations entre l'UCM, et le syndicat des pharmaciens luxembourgeois ²⁾.

1) 0,3% des dépenses.

2) Convention entre l'Union des caisses de maladie et le syndicat des pharmaciens luxembourgeois, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du code des assurances sociales, le 13 décembre 1993, disponible sur <http://www.secu.lu/legis/convucm/convpharma.htm>.

5. CONCLUSION

Il ressort de ce chapitre que les décomptes des années de 1998 à 2008 présentent des écarts plus ou moins importants par rapport aux budgets des mêmes années. La différence entre les montants réels et les montants estimés provient notamment de méthodes d'estimation qui ne sont pas idéales et d'événements ponctuels qui peuvent être qualifiés d'imprévisibles.

L'analyse dans ce chapitre révèle, néanmoins, que la qualité des estimations est meilleure au niveau des postes piliers de recettes et de dépenses qu'au niveau des postes à faible envergure. Même si ces derniers n'engendrent pas des écarts aussi significatifs, il peut toutefois être utile de revoir les méthodes d'estimation respectives.

Malgré ce constat positif, l'évolution de la qualité des prévisions relatives aux postes significatifs doit être surveillée, afin d'éviter que des erreurs dans les projections n'engendrent des montants d'écarts élevés entre les chiffres prévus au budget et les chiffres inscrits au décompte.

En considérant plus particulièrement les postes centraux des dépenses courantes, il faut noter que le poste "conventions internationales" présente un écart annuel moyen de 6,0% entre les montants prévus et les montants réels. Les méthodes d'estimation applicables à ce niveau devraient ainsi être revues afin d'améliorer les prévisions.

Pour les recettes courantes, les estimations du nombre d'assurés et du revenu moyen cotisable pourraient être alignées sur celles établies par l'IGSS et se baser sur l'évolution de l'emploi et du chômage, l'évolution des assurés dépendant de l'évolution de la conjoncture économique. Du côté des dépenses courantes, l'estimation des dépenses pour le secteur hospitalier en particulier, profiterait sans doute du fait que l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie luxembourgeoise disposerait du budget des frais fixes au moment de l'établissement de son budget au mois de novembre. Ceci n'étant guère possible, il faudrait au moins disposer du budget des frais fixes relatif à l'exercice N lors de l'établissement de son budget pour l'exercice N+1.

Finalement, si les divers éléments à caractère général qui sont apparus systématiquement au cours de la période analysée étaient davantage pris en compte dans les estimations futures, l'on pourrait aboutir à des meilleures prévisions.

CHAPITRE IV: PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS

Méthodologie:

1. Les termes "prestations en nature" et "soins de santé" se réfèrent aux prestations en nature maladie et aux prestations en nature maternité.
2. Le terme "assurance maladie" se réfère au risque maladie et au risque maternité.
3. Le terme "PIB" se réfère au PIB à prix courants, sauf précisions.
4. Données relatives aux dépenses: exercice comptable.

Au cours de la période de 1998 à 2008, le Grand-Duché du Luxembourg a consacré des ressources financières importantes aux soins de santé en offrant un accès presque illimité à un système médical original. Les dépenses de soins de santé ont connu une progression immense au cours des années observées. Cette évolution des dépenses provient surtout du secteur hospitalier. Cette importante croissance des dépenses incite l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) à s'interroger sur la viabilité financière de l'assurance maladie au Luxembourg, dans le cadre de son étude économique datant du mois de juin 2008. L'étude examine le système médical luxembourgeois d'un point de vue critique et ces réflexions quant à l'avenir de l'assurance maladie acquièrent une importance centrale dans le contexte actuel de la crise financière internationale qui a notamment pour effet une baisse de la croissance économique. L'objectif de ce chapitre est de nuancer les réflexions de l'OCDE relatives à notre système médical et de donner un aperçu des perspectives futures.

Une première section permet d'énoncer et de commenter les principales critiques et recommandations de l'OCDE en rapport avec le système de santé luxembourgeois. Les projections de l'OCDE relatives au ratio dépenses publiques de santé / PIB seront ensuite brièvement présentées pour aboutir premièrement à l'analyse de l'évolution entre 1998 et 2008 du ratio dépenses effectives de l'assurance maladie / PIB et deuxièmement, à l'examen de l'évolution du ratio dépenses de soins de santé / PIB.

1. CRITIQUES ET RECOMMANDATIONS FORMULEES PAR L'OCDE ¹⁾

L'étude économique de l'OCDE du mois de juin 2008 relative au Grand-Duché du Luxembourg se base notamment sur le domaine de la santé qui, de nos jours, constitue l'un des secteurs d'activité les plus importants et les plus dynamiques en termes de création de postes et en termes d'innovation. ²⁾ Dans le cadre de cette étude, l'OCDE a formulé certaines critiques et recommandations, dont les principales sont présentées ci-après.

A. Qualité des services et satisfaction des patients

Selon l'OCDE, la population protégée du Luxembourg bénéficie d'un accès quasi illimité aux soins de santé, mais elle ne présente qu'un état de santé moyen par rapport aux autres pays membres. La qualité des services de santé n'atteint pas les niveaux enregistrés dans les pays les plus performants et les patients ne semblent être réellement satisfaits de celle-ci ³⁾.

Dans le contexte de la qualité des services, il y lieu de commenter brièvement l'analyse de l'OCDE relative à l'efficacité des traitements qui repose sur deux indicateurs: premièrement, les "taux de survie à l'hôpital après admission pour une crise cardiaque" et deuxièmement, les "taux de mortalité évitable dans le cas des pathologies pour lesquelles les taux respectifs dépendent particulièrement du dépistage et de la qualité de l'intervention médicale". Ainsi, en ce qui concerne le "taux de mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission pour infarctus aigu de myocarde ⁴⁾", le Luxembourg occupe la 11^{ème} place des pays de l'OCDE présentant les taux de mortalité respectifs les plus élevés. Quatorze pays présentent des taux plus faibles et sont donc plus performants. Le taux de mortalité relatif au cancer du sein et le taux de mortalité relatif aux autres formes de cancer de l'utérus sont des indicateurs de taux de mortalité évitable. Dans le cas du cancer du sein, le Luxembourg figure au 13^{ème} rang des pays présentant les taux de mortalité les plus élevés, alors que 9 pays enregistrent des taux plus faibles. Pour les autres formes du cancer de l'utérus, le Luxembourg se situe en 12^{ème} place des pays de l'OCDE présentant les taux de mortalité les plus élevés. Quatorze pays présentent des taux plus faibles.

L'étude de l'OCDE relative à l'insatisfaction des patients dans les pays de l'Union européenne ⁵⁾ laisse figurer le Luxembourg en 9^{ème} place des pays de l'OCDE avec la proportion la plus élevée de patients déclarant ne pas disposer des services médicaux dont ils auraient besoin, ceci en raison de la qualité des services et du manque d'information. En revanche, cette étude montre que les patients sont relativement satisfaits de l'accessibilité des services de santé.

1) L'analyse de l'OCDE se base sur les dépenses de santé publiques; ce concept dépassant celui des dépenses effectives de l'assurance maladie.

2) OCDE. Etudes économiques de l'OCDE: Luxembourg. Paris: juin 2008.

3) Selon l'OCDE, les patients sont satisfaits d'un point de vue de l'accès aux services de santé, mais une réserve peut être émise par rapport à la qualité des services respectifs.

4) Idem.

5) OCDE. Etudes économiques de l'OCDE: Luxembourg. Paris: juin 2008, p. 114.

B. Viabilité financière

Actuellement, le système luxembourgeois de l'assurance maladie est proche de l'équilibre financier. Ceci résulte essentiellement de la situation démographique momentanément avantageuse. Cependant, cette situation démographique favorable risque de se détériorer dans les années à venir en raison de la crise financière qui frappe aujourd'hui l'économie mondiale. En effet, celle-ci peut avoir des effets négatifs sur le marché du travail au Luxembourg, et engendrer notamment un ralentissement de la croissance tendancielle de l'emploi. Un tel ralentissement aurait pour conséquence pour l'assurance maladie, d'une part, une baisse des recettes de cotisations et, d'autre part, un vieillissement de la population protégée se traduisant par une accélération de la croissance des dépenses.

Pour y remédier, l'OCDE considère qu'une conciliation de la croissance rapide des demandes de soins de santé et des contraintes financières ne peut être atteinte qu'au moyen d'un accroissement de l'efficacité et de l'efficacités. En améliorant la répartition des dépenses et en évitant une hausse excessive des capacités, il semblerait ainsi possible que le système d'assurance maladie réalise des gains d'efficacité importants ¹⁾.

Toutefois, sans avoir recours à la pression fiscale et sans restriction des dépenses publiques prioritaires, le Luxembourg ne peut assurer une croissance des dépenses de santé à l'avenir qu'en mettant en place des nouveaux mécanismes d'incitation afin d'adapter le comportement des acteurs du secteur de la santé et de les amener à chercher à améliorer l'efficacité des dépenses de santé ²⁾.

C. L'assurance maladie luxembourgeoise: acheteur ou payeur?

Dans son étude de 2008, l'OCDE précise que l'assurance maladie luxembourgeoise se base trop sur le principe du remboursement des dépenses. En effet, d'après cet organisme, l'Union des caisses de maladie ne constituait qu'un organisme de préfinancement des services de santé, plutôt que de protection de la santé des personnes. Selon l'OCDE, la réalisation de gains pourrait résulter d'un encouragement de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie luxembourgeoise, à agir davantage en tant "qu'acheteur avisé et éclairé ³⁾" de services médicaux, plutôt que de conserver un rôle passif de payeur lors des négociations budgétaires. L'OCDE considère que suite à la fusion de l'UCM avec les caisses de maladie du secteur privé, le nouvel organe gestionnaire de l'assurance maladie devrait, du fait de son importance, disposer d'un poids plus fort dans les négociations.

1) OCDE. Etudes économiques de l'OCDE: Luxembourg. Paris: juin 2008, p. 114.

2) OCDE. Etudes économiques de l'OCDE: Luxembourg. Paris: juin 2008.

3) *Idem*.

D. Découpage du secteur hospitalier

Dans son étude, l'OCDE préconise une restructuration plus prononcée du secteur hospitalier, tout en reconnaissant qu'à l'heure actuelle celle-ci n'est pas possible en raison de l'existence des trois régions hospitalières. La suppression du découpage effectif entre ces trois régions permettrait la consolidation du secteur hospitalier et la spécialisation des hôpitaux dans leur domaine de compétence, tout en assurant une meilleure coopération entre les hôpitaux. A titre d'exemple, une telle suppression du découpage rendrait possible une réduction du nombre de services d'urgence: le Luxembourg dispose, en effet, de sept services d'urgence, alors que la loi n'en prévoit qu'un seul par région hospitalière.

E. Fréquence des interventions chirurgicales et dépenses hospitalières

Selon l'OCDE, la fréquence des interventions chirurgicales en milieu hospitalier et en milieu ambulatoire dépasserait celle des autres pays de l'OCDE et le niveau élevé des dépenses du secteur hospitalier s'expliquerait entre autres par le système de rémunération des médecins. En effet, l'OCDE remarque qu'à l'exception du Centre hospitalier de Luxembourg, les médecins sont agréés par les hôpitaux et rémunérés sur base du paiement à l'acte, de sorte qu'ils peuvent fixer leur niveau d'activité et choisir leur pratiques médicales en toute indépendance vis-à-vis des responsables des hôpitaux. Il est utile de noter qu'entre 1998 et 2008, les honoraires médicaux et médico-dentaires de ces derniers, non compris dans le poste des prestations en nature "secteur hospitalier" du budget de l'UCM, mais au niveau des honoraires médicaux et médico-dentaires, sont fixés par acte et les paramètres de prix sont négociés entre l'UCM et l'association des médecins.

F. Usage des équipements médicaux des hôpitaux

Les médecins utilisent les équipements médicaux des hôpitaux comme ils l'entendent, alors qu'il serait peut-être rentable d'imposer des frais de location du matériel en vue d'éviter une surutilisation des équipements du secteur hospitalier. Selon l'OCDE, il est dommage que les responsables des hôpitaux n'aient guère de pouvoir dans le processus de décision relatif aux investissements dans le secteur hospitalier et dans les dépenses considérables en capital pour des équipements médicaux acquis par la Direction de la santé sur avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier. Le système de la budgétisation, n'attribuant pas une grande autonomie aux responsables, risque d'avoir pour conséquence que ces derniers ne soient pas motivés à exploiter les gains d'efficacité. L'OCDE préconise ainsi d'envisager au moins d'accorder plus d'autonomie à la direction des hôpitaux, en la responsabilisant des résultats sanitaires et des gains d'efficacité. L'organisation internationale annonce le besoin d'une législation hospitalière plus équilibrée, permettant de renforcer la position des responsables des hôpitaux par rapport au personnel médical.

G. Groupes homogènes de malades

D'après l'OCDE, le système de financement du secteur hospitalier luxembourgeois, tout en essayant de réduire au minimum nécessaire le nombre de traitements et de les réaliser suivant la séquence la plus efficace par rapport au coût, ¹⁾ ne permet pas de réaliser des gains d'efficience. Afin d'améliorer l'efficience des dépenses, l'OCDE propose ainsi la mise en place d'un système de financement en fonction du volume d'activité. Il s'agit d'un système de financement qui associe le paiement à l'activité réalisée; l'activité des hôpitaux étant définie à travers des groupes homogènes de malades (GHM) ²⁾. Le système GHM, ayant comme principe de base de payer le même prix pour les mêmes prestations hospitalières, identifie les différentes prestations de soins offertes à un même profil de patients. Ce système suppose une description clinique correcte des patients pris en charge et des prestations assurées par les hôpitaux.

Selon l'OCDE, la mise en place d'un système de GHM, tout en prévoyant de regrouper les patients en fonction du degré d'utilisation des ressources du secteur hospitalier en raison de leur affectation, permet d'atteindre une meilleure efficacité économique. L'idée est en effet de rémunérer les hôpitaux en fonction de la composition de leurs GHM selon un barème de référence prédéfini pour chaque groupe.

Selon l'OCDE, le système GHM peut conduire à un renforcement de l'efficience par un emploi optimal des différents services pour des pathologies données. En revanche, il y a lieu de noter que la mise en place d'un tel système ne permet pas d'améliorer la qualité des soins, ni d'assurer une couverture optimale des besoins ³⁾ et nécessite des mécanismes régulateurs complémentaires assurant la qualité des soins, ainsi qu'un accès équitable. Enfin, les dispositifs GHM risquent d'encourager les hôpitaux à augmenter leur activité, entraînant ainsi une hausse des dépenses.

H. Pratique clinique et parcours de soins

Une autre approche permettant d'améliorer l'efficience et la qualité dans les hôpitaux est, selon l'OCDE, la mise en conformité des pratiques des traitements médicaux en milieu hospitalier avec les recommandations internationales validées au moyen de recommandations de pratique clinique et de parcours de soins. En effet, la pratique clinique définit les examens et les interventions médicales correspondant à l'état médical du patient. Le parcours des interventions médicales est quant à lui défini par le parcours des soins.

Des innovations organisationnelles, apparaissant dans les pays de l'OCDE, permettent ainsi d'éviter que des examens et des interventions parallèles ne

1) OCDE. Etudes économiques de l'OCDE: Luxembourg. Paris: juin 2008.

2) IRDES. Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital: Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères. DT, n°23. Paris: 2009.

3) Idem.

soient effectuées sur un même patient et n'engendrent des coûts supplémentaires non nécessaires et éventuellement des effets néfastes pour le patient. ¹⁾ Selon l'OCDE, le système de pratique clinique et de parcours de soins permet d'atteindre une plus grande efficacité économique, en améliorant la qualité des traitements et en réduisant la durée moyenne de l'hospitalisation. Enfin, l'instauration de ce dispositif nécessiterait l'introduction du dossier médical du patient renseignant sur les antécédents du patient en matière de soins hospitaliers et ambulatoires.

I. Plan hospitalier

Une autre critique formulée par l'OCDE à l'égard du système médical luxembourgeois vise le plan hospitalier, qui devrait être mis à jour avec une périodicité de 5 ans. Cependant, la mise à jour la plus récente du règlement grand-ducal portant sur le plan hospitalier ²⁾ a été réalisée par le Ministère de la Santé avec un retard d'environ deux ans, ce qui a compliqué l'adaptation des hôpitaux à la concurrence et leur spécialisation dans leurs domaines de compétence dans lesquelles ils disposent d'un avantage comparatif dans une orientation pluriannuelle. ³⁾ Or, le cadre pluriannuel rend nécessaire l'établissement par le Ministère de la Santé d'une carte sanitaire à intervalles prédéfinis. Les deux outils sont ainsi liés et des retards dans l'élaboration de l'un engendrent des retards d'adaptation de l'autre.

J. Soins ambulatoires: principe du médecin référent

En ce qui concerne les soins ambulatoires, l'OCDE suggère que le principe du libre choix, selon lequel les patients sont libres de s'adresser au médecin de leur choix pour recevoir des soins ambulatoires, pose des problèmes de multiplication et de chevauchement des traitements. Afin de remédier à cette situation, l'OCDE propose d'instaurer un système de médecin référent. L'objectif d'un tel dispositif serait d'éviter que les patients s'adressent directement à un spécialiste, chaque patient relevant d'un médecin généraliste responsable de décider du traitement ou de la procédure médicale à appliquer ou de la filière à suivre. Afin d'assurer le fonctionnement du système du médecin référent, il convient de prévoir que le patient qui s'adresse directement à un spécialiste est confronté à une hausse de sa participation.

Si un tel système est actuellement discuté au Luxembourg sous forme de la mise en place du dossier médical généralisé (DMG), le fonctionnement d'un tel système nécessite, toutefois, une harmonisation du dossier médical électronique du patient entre les médecins.

1) OCDE. Etudes économiques de l'OCDE: Luxembourg. Paris: juin 2008.

2) Règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures, Mémorial A -N°54, 23 mars 2009, p.704.

3) OCDE. Etudes économiques de l'OCDE: Luxembourg. Paris: juin 2008, p. 129.

L'OCDE conclut encore que l'actuel système conduit à un recours excessif de ces soins et qu'il pourrait être avantageux d'introduire des éléments d'un système par capitation, dans lequel tout ou partie de la rémunération du médecin se base sur le nombre de patients inscrits chez lui. Dans ce cas de figure, les médecins ne seraient donc plus incités à multiplier les traitements et les interventions. En revanche, le système de rémunération par capitation présente le risque que les médecins ne suivent plus les normes de qualité les plus rigoureuses. Afin de pallier à cette situation, la solution serait peut-être d'associer le système par capitation à la rémunération à l'acte.

K. Liste positive et pratiques de prescription des médecins

L'étude de l'OCDE se focalise également sur le secteur pharmaceutique. Au Luxembourg, les médecins sont libres de prescrire tout médicament inscrit sur la liste positive. Or, cette liste ne représente qu'un segment limité de médicaments recommandés. Il en résulte une consommation élevée de médicaments qui dépasse celle observée dans d'autres pays de l'OCDE. Afin d'y remédier, l'OCDE préconise l'instauration d'un système de contrôle plus efficace des pratiques de prescription des médecins auquel devraient être associés des mécanismes de sanction. De plus, il est important de motiver les patients à acheter des médicaments plus efficaces par rapport à leur coût, notamment par la mise en place dans les statuts de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie de taux de remboursement différenciés. Par ailleurs, le Ministère de la Santé pourrait augmenter les recommandations relatives à certains médicaments, afin d'inciter les médecins à les prescrire.

Actuellement, les délais d'actualisation de la liste positive semblent trop longs par rapport à d'autres pays de l'OCDE, limitant ainsi l'intérêt des avancées technologiques sur le marché pharmaceutique.¹⁾ Toutefois, l'introduction trop rapide de nouveaux médicaments risque de conduire à une hausse du nombre de médicaments nouveaux mais inefficaces. Pour éviter cette situation, il faut effectuer des tests permettant de comparer l'efficacité, ce qui requiert certains délais.

L. Barrières à l'entrée sur le marché des pharmacies

L'OCDE recommande encore au Grand-Duché de Luxembourg de lever les barrières à l'entrée sur le marché des pharmacies afin de ne plus limiter la concurrence et de proposer plus de choix aux patients. Cela devrait permettre d'accroître la progression des médicaments génériques. Finalement, l'OCDE propose aux autorités luxembourgeoises d'autoriser la vente de médicaments par les pharmacies sur Internet et d'augmenter la part des médicaments non remboursés en vente libre en dehors des pharmacies.

1) OCDE. Etudes économiques de l'OCDE: Luxembourg. Paris: juin 2008.

M. Fusion des caisses de maladie

La fusion des caisses de maladie du secteur privé avec l'Union des caisses de maladie dans le cadre de l'introduction du statut unique est considérée positivement par l'OCDE. En revanche, cet organisme recommande aux autorités luxembourgeoises de ne pas se limiter à la fusion de l'Union des caisses de maladie avec les caisses de maladie du secteur privé, mais d'étendre la fusion aux caisses de maladie du secteur public en vue d'une meilleure gestion de l'assurance maladie.

2. RAPPORT ENTRE LES DEPENSES ET LE PRODUIT INTERIEUR BRUT (PIB)

Dans le cadre de son étude du mois de juin 2008, l'OCDE présente, entre autres, des projections relatives aux dépenses publiques de santé des pays de l'OCDE. Elle envisage pour cela deux cas figure: premièrement, l'évolution du rapport entre les dépenses publiques de santé et le PIB en cas de maîtrise des coûts et, deuxièmement, l'évolution dudit rapport en cas d'augmentation des coûts. Les estimations prévoient qu'en cas de maîtrise des coûts, les dépenses publiques de santé ¹⁾du Luxembourg passeraient de 6,4% du PIB en 2005 à 8,2% du PIB en 2050. D'après ces projections, le Luxembourg figurerait au huitième rang des pays présentant une part élevée des dépenses publiques de santé dans le produit intérieur brut. Par ailleurs, les estimations prévoient que dans l'hypothèse d'une augmentation des coûts, les dépenses publiques de santé passeraient de 6,4% du PIB en 2005 à 10,0% du PIB en 2050. Ainsi, le Luxembourg se situerait en sixième place des pays présentant la part la plus élevée des dépenses publiques de santé dans le produit intérieur brut.

Le concept des dépenses publiques de santé utilisé dans le cadre de l'étude de l'OCDE ne se limite pas aux dépenses prises en charge par le système de l'assurance maladie. Il appelle pour cela une analyse de l'évolution du rapport entre les dépenses effectives de l'assurance maladie et le PIB. ²⁾ L'identification de la tendance de l'évolution dudit rapport entre les années 1998 à 2008 permet de donner une idée quant à son évolution à l'avenir. Par ailleurs, étant donnée la contribution importante du poste "prestations en nature" à la croissance des dépenses effectives, l'évolution du ratio prestations en nature / PIB est brièvement analysée ci-après.

A. Ratio dépenses effectives / PIB

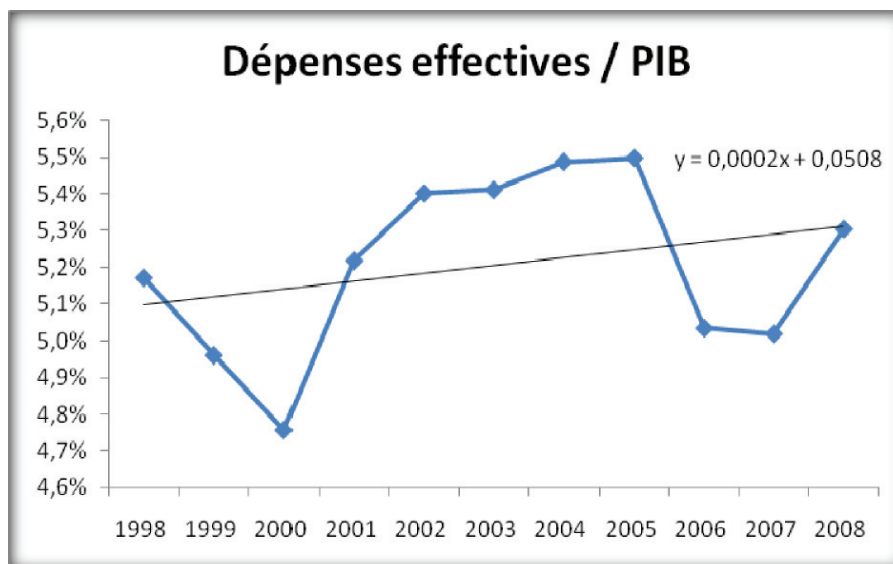
Entre 1998 et 2008, le rapport entre les dépenses effectives de l'assurance maladie et le PIB s'est situé dans une fourchette allant de 4,8% à 5,5% du PIB pour s'établir à 5,2% en moyenne annuelle. En particulier en 2005, ledit rapport était de 5,5%. La représentation graphique analysant la période de

1) Dépenses publiques de santé: concept de l'OCDE ne se limitant pas à l'assurance maladie.

2) Il s'agit du PIB à prix courants.

1998 à 2008 permet d'identifier une légère évolution à la hausse du ratio, à savoir une hausse de 0,02% par an.

L'évolution du rapport entre les dépenses effectives et le PIB reflète l'effet conjugué de l'évolution des dépenses effectives de l'assurance maladie et du PIB. Les estimations du PIB à prix constants du Service central de la statistique et des études économiques (STATEC) prévoient une évolution de -4,0% pour 2009 et une évolution de 1,0% pour 2010. Ces projections peuvent laisser penser à une accélération de la croissance du ratio "dépenses effectives / PIB". ¹⁾ La reprise de la conjoncture économique, espérée pour 2011, devrait entraîner un ralentissement de la croissance du ratio dépenses effectives / PIB par rapport à 2009 et 2010.



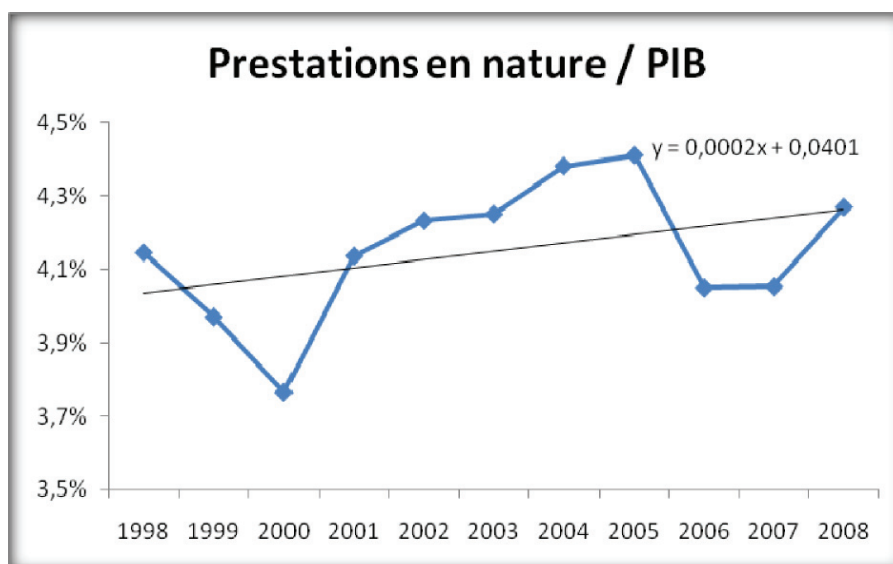
B. Ratio dépenses de soins de santé / PIB

Le ratio PN / PIB présente une évolution identique au ratio dépenses effective / PIB. Ceci n'est pas étonnant, les prestations en nature correspondant à 79,9% ²⁾ des dépenses effectives. En effet, des ratios plus élevés sont notés au cours des années 1998, 2002 à 2005 et 2008, tant pour les dépenses effectives de l'assurance maladie que pour les prestations en nature. Au cours de la période observée, le rapport entre les prestations en nature et le PIB évolue dans une fourchette allant de 3,8% à 4,4% et s'établit en moyenne

1) PIB à prix courants.

2) Les prestations en nature maladie correspondent à une part annuelle moyenne de 78,0% des dépenses effectives sur la période analysée, alors que les prestations en nature totales (maladie et maternité) représentent une part annuelle moyenne de 79,9% des dépenses effectives entre 1998 et 2008.

annuelle à 4,2%. Par ailleurs, une croissance annuelle de 0,02% dudit rapport est constatée entre 1998 et 2008. Au cours des prochaines années, une évolution identique à celle décrite ci-dessus pour le ratio dépenses effectives/ produit intérieur brut peut être prévue pour le ratio PN / PIB.



Montants en millions d'euros	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
PIB	17.414,6	19.886,8	22.000,6	22.572,3	23.992,3	25.834,3	27.520,1	30.237,1	33.921,1	36.411,1	36.662,2
Dépenses effectives	900,6	986,5	1.046,6	1.177,9	1.295,9	1.397,8	1.510,1	1.662,2	1.707,7	1.827,5	1.944,7
Rapport: Dépenses effectives / PIB	5,2%	5,0%	4,8%	5,2%	5,4%	5,4%	5,5%	5,5%	5,0%	5,0%	5,3%

Source: CNS.

Montants en millions d'euros	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
PIB	17 414,6	19 886,8	22 000,6	22 572,3	23 992,3	25 834,3	27 520,1	30 237,1	33 921,1	36 411,1	36 662,2
Prestations en nature	721,8	789,4	828,2	933,6	1 015,3	1 097,7	1 205,3	1 333,4	1 373,3	1 475,3	1 564,8
Rapport: Prestations en nature / PIB	4,1%	4,0%	3,8%	4,1%	4,2%	4,2%	4,4%	4,4%	4,0%	4,1%	4,3%

Source: CNS.

3. CONCLUSION

Dans le cadre de son étude du mois de juin 2008, l'OCDE formule certaines critiques à l'égard du secteur de la santé du Luxembourg tout en proposant plusieurs recommandations. L'OCDE constate que le système médical mobilise des ressources importantes, mais que la qualité des services offerts n'est que moyenne. Par ailleurs, dans un contexte de forte croissance des dépenses de santé, l'OCDE s'interroge sur la viabilité financière du système de santé luxembourgeois. En effet, si des mesures de restriction des dépenses de santé publiques ne sont pas prévues, celles-ci pourraient évoluer de près de 4 points de pourcentage du PIB entre 2005 et 2050.

En particulier en 2005, le rapport estimé par l'OCDE entre les dépenses publiques de santé et le PIB s'établit à 6,4%. Les dépenses de santé publiques estimées par l'OCDE ne se limitant pas aux dépenses de santé assurées par l'assurance maladie, l'évolution du ratio des dépenses effectives de l'assurance maladie et du PIB a été examinée dans ce chapitre pour la période analysée. En effet, entre 1998 et 2008, le ratio respectif se situe dans une fourchette allant de 4,8% à 5,5% et s'établit à 5,2% en moyenne annuelle. En particulier en 2005, le rapport entre les dépenses effectives de l'assurance maladie et le produit intérieur brut s'établit à 5,5%.

En observant les années 1998 à 2008, on identifie une légère tendance à la hausse du ratio "dépenses effectives / PIB" égale à 0,02% par an. Ce ratio reflétant l'effet conjugué des dépenses effectives et du PIB, les projections actuelles du STATEC relatives au produit intérieur brut peuvent conduire à prévoir une hausse plus forte dudit rapport dans le futur dépassant la tendance annuelle observée entre 1998 et 2008. A partir de la reprise économique espérée pour 2011, un ralentissement de la croissance du ratio entre les dépenses effectives et le PIB peut à nouveau être estimé.

Face à la situation décrite par l'OCDE, il semble important d'améliorer l'efficacité du poste contribuant le plus à la croissance des dépenses de santé, à savoir le secteur hospitalier¹⁾. En ce qui concerne les soins ambulatoires, l'OCDE préconise de mettre en place un système du médecin référent, ainsi qu'une participation privée plus élevée. Enfin, l'OCDE espère que la fusion de l'Union des caisses de maladie avec les caisses de maladie du secteur privé dans le cadre de l'introduction du statut unique au premier janvier 2009, conduira à une amélioration de la performance de l'assurance maladie. L'OCDE propose de ne pas se limiter à cette fusion, mais de l'étendre aux caisses de maladie du secteur public, à savoir: la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics (CMFEP), la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux (CMFEC), et l'Entraide médicale de la CFL (EMCFL).

1) OCDE. *Etudes économiques de l'OCDE: Luxembourg*. Paris: juin 2008.

CONCLUSION GENERALE

Le chapitre I du présent mémoire constate que les recettes de l'assurance maladie ont plus que doublé entre 1998 et 2008, en passant de 927,9 millions d'euros en 1998 à 1.977,5 millions d'euros en 2008. Elles ont ainsi connu un taux de croissance annuel moyen de 7,9%. Les recettes de l'assurance maladie sont constituées à 90,6% de cotisations qui sont liées au marché du travail. Or, un ralentissement de la croissance tendancielle de l'emploi va donc de pair avec un ralentissement des recettes provenant des cotisations. En outre, les recettes dépendent de l'évolution de la conjoncture économique avec un retard d'environ une année.

Le présent mémoire a tenté de mettre en évidence qu'au cours de la période observée, l'évolution des recettes était conforme à l'évolution de l'emploi, sauf pour les années 2000, 2001 et 2004, au cours desquelles des croissances de recettes particulièrement fortes ont été enregistrées. Au cours de ces trois années, la croissance de l'emploi seule, n'a, en effet, pas permis de garantir l'équilibre financier de l'assurance maladie et les pouvoirs publics ont eu recours à des mesures spécifiques. Ainsi, par exemple la loi du 19 décembre 2003 ¹⁾ concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2004 a arrêté le transfert d'un montant compensatoire de 130,0 millions d'euros par le régime général d'assurance pension à l'assurance maladie.

Après avoir dans un premier chapitre examiné l'évolution des recettes et les facteurs influençant cette évolution, le second chapitre de ce mémoire est consacré à l'analyse des dépenses. Le rôle de l'évolution démographique dans la croissance des dépenses de soins de santé ²⁾ a été plus particulièrement pris en compte. En effet, 5,2% de l'accroissement annuel moyen des dépenses de soins de santé, qui s'élève à 7,8%, sont dus aux seuls effets démographique et indiciaire. Il s'ensuit qu'une part de 2,5% de cette évolution de 7,8% des dépenses de soins de santé peut être qualifiée de croissance réelle. Or, la population protégée a évolué à un rythme annuel moyen de 2,9% ³⁾ entre 1998 et 2008. Actuellement, le Grand-Duché de Luxembourg bénéficie ainsi d'une situation démographique favorable en raison d'un rajeunissement de la population protégée par l'afflux des travailleurs frontaliers jeunes présentant une demande réduite en soins de santé. Ce constat conduit certes à conclure que les travailleurs frontaliers aident à financer les soins de santé des résidents. Cette vue n'est cependant pas justifiée, lorsque l'on tient compte d'un ralentissement de la croissance tendancielle de l'emploi à l'avenir. Ce ralentissement pourrait avoir pour

1) *Loi du 19 décembre 2003 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2004, Mémorial A-N°184, 31.12.2003, p.3687.*

2) *L'analyse des dépenses au sein du chapitre II se limite à l'analyse des prestations en nature maladie, sans prendre en compte les prestations en nature maternité.*

3) *Taux de croissance annuel moyen.*

conséquence une augmentation de l'âge moyen des travailleurs frontaliers et par là une hausse de leur demande de services de santé.

Il ressort encore du second chapitre que, comme les recettes, les dépenses de soins de santé ont plus que doublé au cours de la période observée. Elles sont passées de 725,5 millions d'euros en 1998 à 1.540,9 millions d'euros en 2008 et ont enregistré une croissance annuelle moyenne de 7,8%. Cette croissance remarquable provient avant tout du secteur hospitalier, qui présente une croissance annuelle moyenne égale à 8,0% et qui contribue à 41,4% des dépenses de soins de santé. A côté du secteur hospitalier, il y a lieu de citer les trois autres postes piliers des prestations en nature: les honoraires médicaux et médico-dentaires avec un taux de croissance annuel moyen de 7,1%, les frais liés à l'exécution de conventions internationales avec un taux de croissance annuel moyen de 8,8% et finalement les frais pharmaceutiques, affichant un taux de croissance annuel moyen des dépenses y relatives de 6,5%.

Ces dépenses et recettes sont estimées dans un budget annuel élaboré avant le début de l'exercice et réellement constatées dans un décompte annuel établi en fin d'exercice. Or, des écarts plus ou moins importants entre les deux instruments ont été constatés au cours des années analysées de 1998 à 2008. Le chapitre III de ce mémoire met ainsi en question la qualité des estimations. Ainsi, les écarts peuvent être expliqués notamment par des méthodes d'estimation insuffisantes et des événements ponctuels qui semblent être imprévisibles. En plus, il a été constaté que la qualité des estimations est meilleure au niveau des postes piliers de recettes et de dépenses qu'au niveau des postes à faible envergure. Ce constat paraît rassurant dans la mesure où l'évolution de la qualité des prévisions relatives aux postes significatifs doit être surveillée afin d'éviter que des erreurs dans les projections n'engendrent des montants d'écarts élevés entre les chiffres prévus au budget et les chiffres inscrits au décompte. Néanmoins, les méthodes d'estimation des frais relatifs aux conventions internationales, présentant un écart annuel moyen de 6,0% ¹⁾ entre les montants prévus et les montants réels devraient être revues. Malgré que les postes à faible envergure n'engendrent pas des écarts aussi significatifs en termes de montants, il s'avère nécessaire de revoir les méthodes d'estimation y relatives. En particulier, pour l'estimation des recettes, les estimations du nombre d'assurés et du revenu moyen cotisable devraient s'aligner sur celles établies par l'Inspection générale de la sécurité sociale et se baser sur l'évolution de l'emploi et du chômage. En ce qui concerne l'estimation des dépenses, celle-ci pourrait être plus fiable si l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie disposait au moins du budget des frais fixes du secteur hospitalier relatif à l'exercice N lors de l'établissement de son budget pour l'exercice N+1. Finalement, les prévisions devraient tenir compte des écarts provoqués par les éléments à caractère général afin d'éviter autant que possible des imprévus.

1) *Ecart annuel moyen entre 1998 et 2008.*

Alors que les trois premiers chapitres de ce mémoire mettent l'accent sur la période de 1998 à 2008, le chapitre IV se base sur une étude de l'OCDE ¹⁾ pour déterminer des pistes de réflexion relatives à l'avenir du système de l'assurance maladie au Luxembourg. Dans son étude sur la situation économique, l'OCDE conclut que le système médical luxembourgeois mobilise des ressources importantes et satisfait les patients d'un point de vue de l'accès aux services de santé, mais qu'une réserve par rapport à la qualité de ces services pourrait être émise. ²⁾ Une telle conclusion mérite d'être examinée et nuancée.

L'OCDE met en question la viabilité financière du système de santé du Grand-Duché de Luxembourg, en se basant sur les projections des dépenses publiques qu'elle prévoit. L'organisme international insiste sur le fait qu'en ne prévoyant pas de mesures de restriction des dépenses de santé publiques, celles-ci évolueront de près de 4 points de pourcentage du produit intérieur brut (PIB) pour passer de 6,4% en 2005 à 10% en 2050. Or, le concept des dépenses de santé publiques de l'OCDE ne correspond pas au concept des dépenses effectives de l'assurance maladie luxembourgeoise. Ainsi, l'évolution du rapport entre les dépenses effectives de l'assurance maladie et le PIB a été analysée dans ce quatrième chapitre. Au cours de la période analysée de 1998 à 2008, ce ratio se situait dans une fourchette allant de 4,8% à 5,5% présentant une moyenne annuelle de 5,2%. En particulier en 2005, le rapport entre les dépenses effectives de l'assurance maladie et le PIB s'établissait à 5,5%. Une légère tendance à la hausse dudit rapport de 0,02% par an pouvait être observée pendant cette période. Ce ratio reflétant l'effet conjugué des dépenses effectives et du PIB, les projections actuelles du STATEC relatives au produit intérieur brut pour 2009 et 2010 amènent à prévoir une hausse plus prononcée du rapport entre les dépenses effectives de l'assurance maladie et le PIB. La tendance annuelle observée entre 1998 et 2008 pourrait ainsi être dépassée. A partir de la reprise économique prévue pour 2011, un ralentissement de la croissance dudit rapport devrait être possible.

Finalement, en tenant compte de l'étude de l'OCDE, le quatrième chapitre conclut en proposant d'améliorer l'efficacité du secteur hospitalier, poste contribuant le plus à la croissance des dépenses de santé. Les recommandations de l'OCDE de mettre en place un système de médecin référent et d'augmenter les participations privées pourraient être suivies pour diminuer les dépenses pour les soins ambulatoires. Il a également été conclu dans le quatrième chapitre que l'OCDE salue la fusion intervenue entre l'Union des caisses de maladie et les caisses de maladie du secteur privé, tout en proposant de l'étendre aux caisses de maladie du secteur public. Toutefois, au niveau de la comptabilité une telle fusion existe déjà depuis 1994.

1) OCDE. Etudes économiques de l'OCDE: Luxembourg. Paris: Juin 2008, p. 105-139.

2) OCDE. Etudes économiques de l'OCDE: Luxembourg. Paris: Juin 2008, p. 109.

Bibliographie

Publications thématiques (rapports, etc)

ADEM. *Bulletin luxembourgeois de l'emploi, n°4*. Luxembourg: avril 2007.
www.adem.public.lu

CNS. *Décompte de l'assurance maladie-maternité: exercice 2008*.
Luxembourg: mai 2009.

IGSS. *Droit de la sécurité sociale Luxembourg*. Luxembourg: 2007, p.23-26
et p.77 et p.307-308.

IGSS. *Rapport général sur la sécurité sociale 2007*. Luxembourg: novembre
2008.

http://www.mss.public.lu/publications/rapport_general/rg2007/rg_2007.pdf

IGSS. *Rapport général sur la sécurité sociale 2006*. Luxembourg: décembre
2007.

IGSS. *Rapport général sur la sécurité sociale 2007*. Luxembourg: novembre
2008.

http://www.mss.public.lu/publications/rapport_general/rg2007/rg_2007.pdf

IGSS. *Rapport général sur la sécurité sociale 1998*. Luxembourg: novembre
1999.

IGSS. *Rapport sur la situation de l'assurance maladie-maternité présenté en
vue de la réunion du comité quadripartite en date du 29 octobre 2008*.
Luxembourg: octobre 2008.

INAP. *Eléments du cours de finances publiques*. Luxembourg: avril 2008,
p.10.

IRDES. *Etudes de coûts par pathologie: une comparaison méthodologique
entre cinq pays. Allemagne, Australie, Canada, France et Pays-Bas*.
Questions d'économie de la Santé, n°143/2009. Paris: juin 2009.

IRDES. *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A):
Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères*. DT,
n°23. Paris: mars 2009.

OCDE. *Etudes économiques de l'OCDE: Luxembourg*, volume 2008/12.
Paris: juin 2008, P.97-128.

OCDE. *Panorama de la santé 2007*. Paris: 2007

SANTESUISSE. *Mesures à court terme ou réformes durables?* Info
santésuisse, n°6/09. Suisse: Juillet 2009, p.19.

STATEC. *La situation économique au Luxembourg: Evolution récente et prévisions*. Note de conjoncture, n°3/2003. Luxembourg: octobre 2003, p.48.

STATEC. *L'économie luxembourgeoise en 2008 et évolution conjoncturelle récente*. Note de conjoncture, n°1/2009. Luxembourg: mai 2009.

http://www.statistiques.public.lu/fr/publications/conjoncture/noteConjoncture/2008/note_c_conjonct_02_03/PDF_Note_conj_1_2009.pdf

UCM. *Budget de l'assurance maladie-maternité: exercice 2008*. Luxembourg: novembre 2007.

UCM. *Budget de l'assurance maladie-maternité: exercice 2007*. Luxembourg: novembre 2006.

UCM. *Budget de l'assurance maladie-maternité: exercice 2006*. Luxembourg: novembre 2005.

UCM. *Budget de l'assurance maladie-maternité: exercice 2005*. Luxembourg: novembre 2004.

UCM. *Budget de l'assurance maladie-maternité: exercice 2004*. Luxembourg: novembre 2003.

UCM. *Budget de l'assurance maladie-maternité: exercice 2003*. Luxembourg: novembre 2002.

UCM. *Budget de l'assurance maladie-maternité: exercice 2002*. Luxembourg: novembre 2001.

UCM. *Budget de l'assurance maladie-maternité: exercice 2001*. Luxembourg: novembre 2000.

UCM. *Budget de l'assurance maladie-maternité: exercice 2000*. Luxembourg: janvier 2000.

UCM. *Budget de l'assurance maladie-maternité: exercice 1999*. Luxembourg: novembre 1998.

UCM. *Budget de l'assurance maladie-maternité: exercice 1998*. Luxembourg: novembre 1997.

UCM. *Décompte de l'assurance maladie-maternité: exercice 2007*. Luxembourg: juillet 2008.

UCM. *Décompte de l'assurance maladie-maternité: exercice 2006*. Luxembourg: juillet 2007.

UCM. *Décompte de l'assurance maladie-maternité: exercice 2005*. Luxembourg: juillet 2006.

UCM. *Décompte de l'assurance maladie-maternité: exercice 2004.*
Luxembourg: juillet 2005.

UCM. *Décompte de l'assurance maladie-maternité: exercice 2003.*
Luxembourg: juillet 2004.

UCM. *Décompte de l'assurance maladie-maternité: exercice 2002.*
Luxembourg: juillet 2003.

UCM. *Décompte de l'assurance maladie-maternité: exercice 2001.*
Luxembourg: juillet 2002.

UCM. *Décompte de l'assurance maladie-maternité: exercice 2000.*
Luxembourg: juillet 2001.

UCM. *Décompte de l'assurance maladie-maternité: exercice 1999.*
Luxembourg: juillet 2000.

UCM. *Décompte de l'assurance maladie-maternité: exercice 1998.*
Luxembourg: juillet 1999.

UCM. *Rapport annuel de l'Union des caisses de maladie: exercice 2005.*
Luxembourg: juillet 2006.

UCM. *Rapport annuel de l'Union des caisses de maladie: exercice 2004.*
Luxembourg: juillet 2005.

Sites Internet

Site internet du STATEC
<http://www.statistiques.public.lu/fr/index.html>

Site internet d'Eurostat
http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=Portal&screen=welcomeref&open=&product=EU_MAIN_TREE&depth=1

Site internet de l'OCDE
http://www.oecd.org/home/0,3305,fr_2649_201185_1_1_1_1_1_1_1_00.html

Site internet de l'ADEM
<http://www.adem.public.lu>

Site internet de l'IGSS
<http://www.secu.lu/cv/IGSS.htm>

Site internet de la CNS
www.cns.lu

LUXEMBURGS KORPORATISTISCHES WOHLFAHRTSREGIME MIT UNIVERSALISTISCHEN STRUKTUREN

Claudia HARTMANN-HIRSCH

CEPS / INSTEAD

EINLEITUNG

Immer wieder unterstreichen die europäischen Vertreter die Qualität und die Notwendigkeit des Erhaltes des europäischen Sozialmodells. Doch können wir wirklich von *einem* Modell sprechen? Nicht nur haben sich die Mitgliedsstaaten verschiedene gesetzliche Rahmenbedingungen gegeben, und das während der letzten 100 Jahre, sondern sie haben trotz europäischer Harmonisierung ihre eigenen Strukturen beibehalten. Auf der anderen Seite werden Trends der „communitarization“ beobachtet (Leibfried and Pierson, 1995, Ette and Faist, 2007), die sich sowohl in einem harmonisierten Sprachgebrauch ausdrücken als auch in den gemeinsamen, in der „open method of coordination“ gebrauchten Indikatoren. Dahinter steht die Suche nach ‚best practice‘ Modellen. Doch trotz langjähriger europäischer Integration kann kaum die Rede von einem europäischen Modell sein: „the notion of a single ‚European social model‘ is largely irrelevant. There are four different European social models.“ (Sapir, 2006: 369):

- das korporatistisch-konservative, das Arbeits-gebundene Bismarcksche Modell,
- das universalistisch großzügig und breit angelegte skandinavische Modell, das auf dem Recht als Bürger basiert,
- das universalistisch minimalistisch liberale Beveridge Modell (vgl. Esping-Andersen 1990) und
- das mediterrane Modell, das sich später, langsamer und mühseliger entwickelte (Ferrera, 2005: 6), was Ferrera auf „the role of the family, the incidence of the irregular and underground economy and low

administrative capacities“ (Ferrera, 2005: 8) zurückführt. Diese von der Grundstruktur her Bismarckschen Modelle bleiben unvollständig, auch wenn sie sich auf Grund von EU-Initiativen auf die „höheren“ mittel- und nordeuropäischen Standards zu bewegen (Konvergenz Trend, z. B.: Adelanto and Calderon, 2006).

Auf Grund einer deutlichen Nähe des luxemburgischen Modells zu den zwei erst genannten Modellen und einer bisher nicht vollzogenen Liberalisierung (Esping-Andersen, 1990) werden wir uns im Folgenden auf die drei Modelle Esping-Andersens beschränken und die mediterranen Modelle nicht mehr berücksichtigen.

Eigenheiten der jeweiligen nationalen Modelle sind erhalten geblieben und Luxemburg ist das Beispiel für eine sehr eigene Entwicklung eines korporatistischen Modells im Vergleich zu seinen ebenfalls korporatistischen Nachbarn trotz wachsender „communitarization“.

Angeichts einer herausragenden volkswirtschaftlichen Performanz, angesichts der höchsten Ausländer/Migrationsrate der Bevölkerung und des inländischen Arbeitsmarktes ¹⁾ in der EU und der OECD stellt sich die Frage, welche Art von Sozialmodell Luxemburg entwickelt hat. In diesem Beitrag geht es darum, das luxemburgische Modell an Hand von Elementen der genannten und weiterer Klassifizierungen darzustellen. Dazu beginnen wir mit einem kurzen historischen Abriss der drei großen Träger: Kirche, Stahlindustrie und Staat, geben eine Darstellung der Grundgedanken der Klassifizierungsmodelle, um schließlich das luxemburgische Wohlfahrtssystem in die existierenden Modelle einzugliedern.

1) Mit 41% der Wohnbevölkerung, 66% des inländischen Arbeitsmarktes und 73 % des kompetitiven Sektors (vgl. Statec 2006).

HISTORISCHER EXKURS

Bevor der Staat, der derzeitige Hauptträger der Sozialpolitik in Luxemburg (iii), die Sozialpolitik als seine Kompetenz ansah, gab es zwei wichtige Träger: die Kirche (i) und die Stahlindustrie (ii):

(i) Während Jahrzehnten und Jahrhunderten war die Kirche - in Luxemburg ausschließlich die katholische Kirche - der einzige Anbieter von Sozialdiensten: Waisenheime, Volksküchen, Schulen, etc. waren in der Hand von Klöstern oder kirchlichen Organisationen. Im Gegensatz zu nationalstaatlichen Diensten, die im Verlauf der letzten Jahrzehnte den Unterschied zwischen Staatsbürgern und Ausländern machten und teilweise noch machen, öffnete die Kirche als weltweite Institution ihr Angebot allen Bürgern unabhängig von Nationalität und Aufenthaltsgenehmigungen: Handelte es sich um ein universales Angebot? Dieses richtete sich jedoch ursprünglich an eine homogene katholische Bevölkerung, und zwar sowohl an Luxemburger als auch an italienische und später an portugiesische Arbeiter-Immigranten. Die Unterscheidung zwischen christlich katholischen Nutznießern und anderen war in Luxemburg angesichts einer weitgehend homogenen katholischen Bevölkerung nicht wirklich ein Thema. Deontologisch richtete sich das Angebote über die Jahre hinweg mehr und mehr an die sozial Ausgeschlossenen unabhängig von ihrem religiösen Hintergrund.¹⁾

(ii) Als Vorbild für die moderne Sozialpolitik kann man die Stahlindustrie ansehen, die - ähnlich wie in Lothringen und im Saarland - als 'Staat im Staat' funktionierte und seine Arbeiter von der Wiege bis zum Grabe begleitete. Hier gab es das erste Kindergeld²⁾, es entstanden Müttergenesungsheime, Ferienkolonien für die Arbeiterkinder, "sozialer Wohnungsbau"³⁾, etc. Diese Form der patriarchalischen Industrie war auf einen bestimmten regionalen/lokalen Bereich begrenzt und in den Händen der großen Industriellen-Familien (de Wendel, Röchling, Mayrisch). Im Augenblick des Zusammenbruchs dieser familiär-patriarchalischen Industrie-Strukturen des regional begrenzten 'Staates im Staat', entstand ein Vakuum, das im Rahmen von postindustriellen Wirtschaftsformen von staatlichen - und nicht mehr kirchlichen oder Stahlindustrie bezogenen - Diensten im Rahmen einer nationalstaatlichen Politik ersetzt, bzw. übernommen wurde (vgl. Dulong 1978). Die Maßnahmen der Stahlindustrie betrafen alle ihre Arbeiter, und zwar unabhängig von deren Glauben und Nationalität, respektive einem eventuell anderen Ursprungsland, auch wenn diese erst kürzlich eingetroffenen waren.

1) *Luxemburg hatte eine bewusste Wahl einer katholischen (und europäischen) Immigration getroffen sowohl für die Italiener (seit Beginn der Stahlindustrie Ende des 19. Jahrhunderts) als auch für die Portugiesen (Vertrag von 1970).*

2) *Die "primes d'enfants", das Vorbild für das sehr viel später vom Staat als universales Anrecht eingeführte Kindergeld (ARBED ohne Jahr)*

3) *Kleine Einfamilienhäuser entstanden, die die Arbeiter mieten oder erwerben konnten - Fehlen (2008) weist mit Recht auf eine nie stattgefundene Proletarisierung der luxemburgischen Arbeiterschaft hin.*

Von staatlicher Seite gab es auch damals schon Unterschiede für Luxemburger und Immigranten: Die zahlreichen italienischen Arbeiterimmigranten mussten nach einem Arbeitsvertrag von 11 Monaten in ihr Heimatland zurückgehen und konnten erst nach einer Pause von einem Monat wieder mit dem nächsten Vertrag von elf Monaten beginnen (vgl. Cordeiro 1976); die Freizügigkeit war eingeschränkt.

In Luxemburg genauso wie in Lothringen und im Saarland war es der Arbeitgeber, „qui avait pris lui-même en charge la vie sociale. Il est connu que le mineur (lorrain) vivait toute son existence dans le giron du maître des Forges: le logement, l'hôpital (...) et même l'église étaient la propriété du patronat. Le reflux de ce patronat laisse alors un vide social qui devient objet d'une prise de conscience de la pauvreté régionale » (Dulong 1978 :124). Diese Form der patriarchalischen regional begrenzten Monoindustrie war mit der Stahlkrise beendet. Auch die Arbed hat sich mehr und mehr aus ihren Sozialaktionen zurückgezogen und das Terrain dem Staat überlassen (vgl. Hartmann-Hirsch 1992).

(iii) Nach dem Entstehen der Bismarckschen Versicherungssysteme (Ende des 19. Jahrhunderts) wurden auch in Luxemburg in den Jahren vor dem 1. Weltkrieg die entsprechenden drei Hauptpfeiler des Wohlfahrtssystems vom Staat aufgebaut: 1901 wurde die Krankenkasse ¹⁾, 1902 die Unfallversicherung ²⁾ und 1911 die Pensionsversicherung ³⁾ ins Leben gerufen.

Die genannten Gesetze betrafen anfangs hauptsächlich die Arbeiter und wurden dann peu à peu auf die Privatangestellten (konkurrentieller Sektor, régime „pensions“ 1931), auf die Beamten und die öffentlichen Angestellten (régime „assurance maladie“ 1951, etc.), ausgedehnt. Mit anderen Worten: Luxemburg hat das deutsche System übernommen, das einen direkten Bezug zwischen Arbeitsverhältnis, Sozialversicherung und Sozialleistungen für den Hauptversicherten und die Mitglieder der Nuklearfamilie („co-assurés“) herstellt und die Bürger ausschließt, die keinen Arbeitsvertrag oder keinen Bezug zum System über Familienzugehörigkeit mit einem Hauptverdiener haben.

Seit dem Ende des 2. Weltkrieges tritt der Staat mehr und mehr als Akteur auf die Bühne und verdrängt die Kirche; er übernimmt mehr und mehr soziale Dienste und es entsteht ein 4. Pfeiler (1998), die Pflegeversicherung. Diese deckt Kosten von Langzeitpflege für Behinderte und alte Bürger. Das weit ausgebaut, extrem großzügige und eigenständige System wird durch die

1) Eine Krankenkasse versichert im Fall von Luxemburg kleine (Arzt-Visite) und große (Krankenhausaufenthalte) Risiken.

2) Die Arbeitsunfallversicherung deckt Kosten eines Arbeitsunfalls und die von Berufskrankheiten ab. Sie wird durch Prämien der Firmen (gestaffelt je nach Sektor und wahrscheinlicher Benutzung) und über das Staats-Budget finanziert.

3) Die Pensions- und Invaliditätsversicherung sichert im ersten Fall über einen Generationenvertrag (die derzeit berufstätigen Bürger zahlen für die pensionierten) ein Einkommen im Alter, während im zweiten Fall ein Einkommen im Fall von zeitweiliger oder definitiver Berufsunfähigkeit sichergestellt wird.

Versicherten und den Staat finanziert. Andere Leistungen wie z.B. die Arbeitslosen- oder die Sozialhilfe werden in Luxemburg nicht über Beiträge finanziert, sondern ausschließlich über das Staatsbudget.

Die staatlichen Institutionen haben im Gegensatz zu den kirchlichen den Anspruch, der gesamten Bevölkerung zur Verfügung zu stehen, sind jedoch, solange sie diesen Anspruch mit der internationalen, d.h. der EU Gesetzgebung in Einklang bringen konnten, den nicht-EU Bürgern und in manchen Fällen auch den EU-Bürgern versperrt (siehe weiter unten).

Im Gegensatz zu der Sozialpolitik der Stahlindustrie sind die vom Staat eingeführten Maßnahmen zuerst einmal beschränkt auf die Bürger des Staates gewesen – als Beispiel sei hier die Sozialhilfe genannt. Den eigenen Bürgern schrieb man eine eo ipso vorhandene Loyalität mit ihrem Staat zu, dank derer sie in den Genuss verschiedener Privilegien, wie z.B. dem Zugang zum Wohlfahrtsstaat oder der Beteiligung an den Wahlen kommen (vgl. Bommers/Halfmann 1998). National- und Wohlfahrtsstaat gingen Hand in Hand. Mit Beginn größerer Migrationen entwickelte sich ein „Fremdkörper“ im ursprünglich „homogenen“ Nationalstaat. Erst im Rahmen der europäischen Gesetzgebung (Verordnungen 1612/1968 „Freizügigkeit der Arbeiter“ und 1971/1408 „Koordination der Sozialversicherung“) wurde diese prinzipielle Verknüpfung von National- und Wohlfahrtsstaat zwecks uneingeschränkter Mobilität europäischer Arbeitnehmer und -geber aufgehoben (Soysal, 1994), zumindest was die berufstätigen („aktiven“) EU-Bürger mit ihren Kleinfamilien ¹⁾ betrifft. Die Umsetzung dieser bindenden Vorgaben, die nicht einmal der Transposition in nationales Recht bedurften, wurde in Luxemburg für alle aktiven EU-Bürger und die drei Hauptpfeiler des Wohlfahrtsstaates direkt vollzogen. Zögerlich blieb man noch über Jahre, was andere Leistungen wie z.B. die Sozialhilfe betraf: erst ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes (vgl. EUGH 2002) verpflichtete Luxemburg 2001 sämtliche Leistungen der Freizügigkeits- und der Koordinationsverordnungen allen in Luxemburg ansässigen EU-Bürgern zu eröffnen ²⁾. Bis dahin wurde über eine „neutrale“ Klausel der Ausschluss der Kurzzeit-EU oder Nicht-EU Immigranten durchgeführt (siehe weiter unten). Das Bismarck'sche Prinzip der Verknüpfung von Arbeitsvertrag und den Hauptpfeilern der Sozialversicherung gewährt den Migranten eo ipso direkt Zugang.

Unabhängig von den großen Versicherungspfeilern und anderen finanziellen Leistungen entstanden verschiedene soziale Dienste (Kindergärten, Volksküche, Obdachlosenheime etc.), die erst im Laufe der 60/70iger Jahre

1) Die nicht aktiven EU Bürger sind bis heute Bedingungen unterworfen, die ihre Freizügigkeit einschränken (vgl. Richtlinie 2004/38; Hartmann/Hirsch 2007).

2) "Par conséquent, il convient de constater que, en maintenant une condition de durée de résidence sur le territoire luxembourgeois pour l'octroi du revenu minimum garanti prévu par sa législation, le grand-duché de Luxembourg a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu de l'article 7, paragraphe 2, du règlement n. 1612/1968 et de l'article 43 CE. " (arrêt de la Cour de Justice de l'UE du 20 juin 2002).

vom Staat übernommen wurden; zuvor waren sie in den Händen der oben genannten Träger. Doch der Staat ist nur indirekt beteiligt: mittels Konventionen kontrolliert er diesen „privaten“ meist von „associations sans but lucratif“, bzw. kirchlichen, gewerkschaftlichen Organisationen getragenen Sektor und kann dank gesicherter Budgets die Kohäsion zwischen Staat und den privaten Trägern erhalten. So sind die gesamten Personalkosten, laufende Kosten, etc. bis auf weiteres gesichert; „fund raising“ für die „privaten“ Träger betrifft lediglich Zusatz-Aktivitäten; eventuelles Konfliktpotenzial ist begrenzt. Die Konventionen binden die Träger an den Staat und dessen Bedingungen ¹⁾.

KLASSIFIZIERUNGSMODELLE

Ob Esping-Andersen (1990: 9) sich fragt „will the salience of class diminish with the extension of social citizenship?“, Sapir (2005) die Frage nach der „equity“ und „efficiency“ der Wohlfahrtsmodelle stellt, Soysal (1994) die Frage nach der Inkorporation von Arbeitern oder Bürgern, bzw. Migranten stellt oder Katzenstein (1984) die Entscheidungsprozesse von Kleinstaaten analysiert, und zwar in Hinblick auf das „Überleben angesichts des immer größer werdenden Globalisierungs-Drucks“, letztendlich geht es um den Zusammenhalt/die Integration von Systemen, seien es die von Nationalstaaten unserer entwickelten Welt mit ihren von der Internationalisierung „bedrohten“ Paradigmen, oder seien es die unserer immer bunteren Gesellschaften mit unterschiedlichen Migrationstypen. Die Entwicklung von Luxemburg's Wohlfahrtsmodell ist ohne Zweifel ein besonders interessantes Beispiel eines konservativ-korporatistischen Regimes mit universalistischen Strukturen und skandinavischen Standards, das im Gegensatz zu allen anderen Konkretisierungen der oben genannten drei Modelle (Esping-Andersen) in den letzten 20 Jahren ausgebaut und verbessert wurde und das darüber hinaus den größten Anteil von Migranten innerhalb der OECD-Länder zu integrieren wusste.

Im Folgenden geben wir im ersten Schritt eine kurze Einführung in die jeweiligen Grundprinzipien der Typologien und situieren anschließend Luxemburg innerhalb der gegebenen Modelle mit seinen Eigenheiten. Keines der genannten Modelle ist in Reinform vorhanden. Luxemburg stellt so wie in anderen Staaten ein Mischprodukt dar.

1) Kann man noch von einer politischen Unabhängigkeit des "privaten" oder halbstaatlichen Sektors sprechen? Als Antwort darauf versuchen die großen Träger, ihre Direktionen über eigenen Mittel (über "fundraising" erworben) zu finanzieren. In einem korporatistischen Modell gehört "fundraising" nicht zu den Grundprinzipien, da der Staat der Hauptgarant ist.

Das liberale, korporatistische und skandinavische Modell (Esping-Andersen, 1990)

Wir beschränken uns hier auf eine Klassifizierung der *Transferleistungen* des Wohlfahrtsregimes (Esping-Andersen, 1990) und lassen eine entsprechende Einordnung der sozialen Dienste (Esping-Andersen, 1999) beiseite. Je breiter *soziale Dienste* für verschiedene Gruppen (z. B. Kinder oder ältere Menschen) angeboten werden, desto höher ist der Grad der „defamilization“ und die Übertragung von Verantwortung von der Familie zum Staat hin. Eine Analyse der luxemburgischen Situation hierzu liegt noch nicht vor, wäre aber interessant im Zusammenspiel eines Familien-orientierten Korporatismus und einer von supranationalen Instanzen (EU im Rahmen der Europäischen Beschäftigungsstrategie) mehr und mehr geforderten staatlichen Übernahme der Verantwortung, die einer „defamization“ nahekommt.

Für Esping Andersen's (1990) Modelle des „welfare capitalism“ galt es, das Zusammenspiel von Markt und Staat zu ermitteln, und zwar an Hand von vier grundlegenden Prinzipien seiner Typologie: der Variation der distributiven Effekte („decommodification“), der Variation von stratifizierenden Effekten der Sozialpolitik (Mittelklasse- versus Arbeiterklasse-Standards), des Verhältnisses von Staat, Markt und Familie („defamilization“) und der Dynamik zwischen Arbeitsmarkt und Wohlfahrtsstaat („efficiency“ / Nachhaltigkeit der Systeme).

(i) Im *liberalen Wohlfahrtsstaat* (USA, Canada, Australien) ist die Intervention des Staates extrem beschränkt; die Hauptverantwortung trägt der Bürger für sich. Soziale Versicherungen, z. B. obligatorische allgemeine Krankenkassen decken nur ein niedriges Niveau der realen Kosten ab. Der Staat ermutigt seine Bürger, sich privat zu versichern, was zu einer Dualisierung der Gesellschaft mit relativer Gleichheit unter den Armen führt. Die staatlichen Transfer-Leistungen sind in ihrer Anzahl begrenzt und niedrig gehalten, stellen somit auch keinen Anreiz zum „take-up“ dar. Die einkommensabhängigen Leistungen haben einen stigmatisierenden Effekt auf die Bezieher. Diese Hilfen kommen meistens nur unteren Schichten zugute und halten diese auf oder unter dem Armutsniveau: „poverty amongst the poor“ (Esping-Andersen, 1990).

Im Beveridge System ¹⁾, in dem der Staat - unabhängig vom Faktor „Arbeit“ - seinen Bürgern geringe Beiträge abverlangt, leistet dieser im Gegenzug Minimalleistungen im Fall von Krankheit, Arbeitslosigkeit und Alter. Ziel ist es, das liberale Wirtschaftssystem zu stärken und den Arbeitgebern Risiken abzunehmen, bzw. die freie Entwicklung der Wirtschaft nicht zu hindern – der Parallelismus mit dem liberalen Modell bei Esping-Andersen ist deutlich.

1) 1948 entstand im UK das erste "national assistance scheme", später "income Support" genannt.

(ii) Aus den alten Zunft-Staaten (Österreich, Frankreich, Deutschland) entwickelte sich der *konservative korporatistische Sozialstaat*, in dem die Funktionen der ehemaligen Korporationen als Garanten der großen Risiken vom Staat übernommen wurden. Hier ist der Staat der Haupt-verantwortliche für die Wohlfahrt. Private Versicherungen spielen kaum eine Rolle. Der Staat bietet eine breite Panoplie von Transferleistungen an. Allerdings sind wie im liberalen Modell die redistributiven Effekte gering und es herrscht relative Gleichheit unter denjenigen, die unter oder an der Armutsgrenze leben. Konservative Familienwerte und Einfluss der Kirche führen dazu, dass die Familie - der *Haushalt* in Luxemburg - und nicht das Individuum der Parameter zur Genehmigung und zur Berechnung von einkommensabhängigen Leistungen (z.B. Sozialhilfe) ist.

Subsidiarität ist eines der Grund-Prinzipien. Entsprechend sind bestimmte Dienste wie z. B. die der Kinderversorgung kaum entwickelt, da sie „Sache der Familie“ sind und nur zögerlich vom Staat – und zwar erst über transnationale Prinzipien ¹⁾ – übernommen wurden.

Der Zugang zu den Hauptpfeilern, den Versicherungen, läuft über den Arbeitsvertrag; über den Hauptversicherten sind auch die nicht-aktiven Familienmitglieder (Partner und abhängige Kinder) mitversichert. Die Bismarckschen Modelle beruhen auf einem - nicht immer gleich hohen - Beitrag der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer sowie einer Kofinanzierung der Regierungen. Es gilt die Solidarität der Versicherten: man zahlt während der Jahre der Berufstätigkeit (für Krankenkassen auch noch danach), nutzt normalerweise die Leistungen wenig in jungen Jahren, dafür um so mehr in den letzten Jahren des Lebens. Diese Art der Solidarität gilt auch zwischen jenen, die sehr unabhängig von sozialen Auffangnetzen sind, und jenen, die sie einmal oder mehrmals im Leben brauchen (Pflegeversicherung, Sozialhilfe) – dieses Modell ist in Deutschland parallel zum Nationalstaat entstanden – ein Beispiel für den intrinsischen Zusammenhang von Wohlfahrts- und Nationalstaat und den daraus sich entwickelnden Hürden für Externe: jene, die sich außerhalb der Systeme befinden, z. B.

- weil sie keinen Arbeitsvertrag besitzen, und damit von den Versicherungen ausgeschlossen sind,
- weil sie als Neuankömmlinge/Migranten nur beschränkten oder bedingten Zugang zu jenen Transferleistungen haben (Bommes und Halfmann, 1998), die jenseits der *Sozialversicherungen* – auf die man im Fall eines Arbeitsvertrages *Anrecht* hat - liegen wie universale (z.B. Kindergeld) oder einkommensabhängige (z.B. Sozialhilfe) Leistungen.

1) *Luxemburg handelte in Sachen Kinderversorgung nach dem Subsidiaritäts-Prinzip : die Anzahl der Plätze für Kleinkinder waren bis zum in Kraft-Treten der Europäischen Beschäftigungsstrategie ephemer. Erst durch die Ziele der Europäischen Beschäftigungsstrategie und der Nationalen Aktions Pläne wurde Luxemburg in die Richtung einer breiteren öffentlichen Kinderversorgung gedrängt (Cf. Plan d'Action National 1998 und das PAN-Gesetz vom 12 Februar 1998).*

Das Bismarcksche System gewährt dem Neuankömmling / Immigranten – durch die Bindung von Arbeitsvertrag und Versicherungen – sofortigen und bedingungslosen Zugang zu den *Versicherungen*. Entsprechend besteht auch ein Unterschied zwischen den über die Versicherungen abgedeckten Risiken und anderen Transferleistungen, die vom Staat alleine finanziert werden wie z. B. die *Sozialhilfe*. Der Automatismus des Zugangs ist hier nicht gewährleistet; Zugangsbestimmungen – wie z. B. Einkommens- und Besitzverhältnisse, Zusammensetzung des Haushaltes, etc. – sowie andere Bedingungen – wie z. B. eine gegebene Anzahl von Jahren des Aufenthaltes im Ankunftsland – geben erst nach dem Erreichen der geforderten Jahre und umfangreicher Besitz- und Einkommens-Kontrollen Zugang.

Während im Bismarckschen System die Korporationen (Berufsstände in Anlehnung an die mittelalterlichen Zünfte) und die Regierungen mit Einbindung der Arbeitgeber die Garanten der Mindestleistungen sind, ist es im liberalen UK die Gesamtheit der Nation mit Rücksicht auf eine positive Entwicklung der Wirtschaft.

(iii) In den universalistischen, den Bürgern zugeschriebenen *sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten Skandinaviens* verfolgt man das Ziel der Gleichheit zwischen der Arbeiterklasse und der Mittelschicht, und zwar auf hohen Mittelschichtstandards. D. h. diejenigen, die von diesen Hilfen leben müssen, fallen nicht unter oder an die Armutsgrenze. Die Leistungen werden weitgehend vom Staatsbudget finanziert und sind als Bürgerrechte abrufbar – unabhängig von einem Arbeitsvertrag. Erstaunlich ist bei diesem Modell, dass es trotz der Großzügigkeit des Angebotes weniger genutzt wird als das in Staaten mit korporatistischem Modell und der „equity amongst the poor“ der Fall ist. Der wesentliche Faktor dafür ist die „essentially universal solidarity in favor of the welfare state“ (Esping-Andersen, 1990: 28), die die skandinavischen Bürger offensichtlich mit ihrem Wohlfahrtsstaat entwickelt haben und die verhindert, dass ein übermäßiger „take-up“ von Leistungen stattfindet, der der Nachhaltigkeit der Systeme im Wege stünde. Entsprechend hoch ist die Arbeitsmarktbeteiligung der Skandinavier und entsprechend spät verlassen sie den Arbeitsmarkt („late-exit country“: Blossfeld et al., 2006). Die Kirche hat kaum Einfluss, und das Individuum ist die gültige Berechnungseinheit der einkommensabhängigen Leistungen des Wohlfahrtsstaates im Gegensatz zur Familie/dem Haushalt im konservativ-korporatistischen Modell. Soziale Dienste sind hier besonders breit ausgebaut: die „defamilization“ ist weit fortgeschritten – ein Vergleich zwischen Luxemburg und den skandinavischen Staaten wäre hoch interessant.

DIE INKORPORATION DER BÜRGER/MIGRANTEN (SOYSAL, 1994)

Warum kommen wir auf die Inkorporation der Migranten im Rahmen dieses Beitrags zu sprechen?

Verschiedene Autoren haben auf den grundsätzlichen Widerspruch zwischen „Migration“ und „nationalstaatlichem Wohlfahrtsstaat“ hingewiesen (Bommes and Halfmann, Soysal, 1994): die Wohlfahrtssysteme sind im Rahmen der (in Deutschland historisch parallel) sich bildenden Nationalstaaten entstanden und sollten erst einmal ausschließlich den eigenen Bürgern dienen; diese haben Privilegien wie das Wahlrecht auf *allen* Ebenen und *den* Zugang zu *allen* Leistungen. Doch seit einigen Jahren sind National- und Wohlfahrtsstaat von oben und von unten unter Druck:

- Supranationale (EU, OECD) Instanzen haben Kompetenzen übernommen, die ehemals ausschließlich Sache der Nationalstaaten waren, und haben somit an Einfluss gewonnen. Internationale Gesetzgebungen (EU mit Direktiven und Verordnungen sowie z.B. der Europarat mit seiner „Convention de sauvegarde des Droits de l’Homme et des Libertés fondamentales“, etc.) haben einen immer größeren Einfluss auf die nationalen Rahmenbedingungen, die damit immer deutlicher transnational werden (Ette und Faist, 2007) und entsprechend mehr und mehr Tendenz zur Konvergenz aufweisen (cf. Verordnung 1612/68 und 1408/71). Damit werden auch Rechte auf Sozialleistungen immer deutlicher von der Staatsbürgerschaft getrennt: „citizenry becomes more and more uninteresting due to the fact that even foreigners have access to a lot of goods: benefits [...] election participation, collective bargaining“ (Soysal, 1994: 34), auch wenn diese Rechte noch unter denen der „nationals“ bleiben. Die Rechte, die der EU-Arbeits-Migrant in einem EU-Staat beansprucht, hat er auch in einem anderen zugute. Der nicht-EU-Bürger hat diesen direkten Zugang in einigen Staaten, besonders in denen mit korporatistischem Modell erst nach einigen Jahren nachgewiesenen Aufenthaltes ¹⁾.
- Migrationsströme und besonders die hochqualifizierter Immigranten haben im Rahmen einer globalisierten Wirtschaft stark zugenommen. Die europäische Integration hat schrittweise und je nach Bereich mit unterschiedlichem Impakt stattgefunden. Im Rahmen der Migrationspolitik ist der EU-Einfluss relativ rezent und ist erst seit 1999 (Gipfel von Tampere) Teil einer gemeinsamen europäischen Politik (Ette und Faist, 2007). Eine Reihe von Direktiven sollten minimale EU weit gültige Standards sichern. Entsprechend hat sich die Forschung während Jahren dem Thema des Impaktes der EU Gesetzgebung auf die nationalen Sozialversicherungspolitiken und

1) Die EU Gesetzgebung lässt diese Form der Diskriminierung zu, cf. Direktiven 2000/43 und 2000/78.

entsprechend den Konvergenz-Trends gewidmet; dieser Bereich war ja seit den römischen Verträgen um der Freizügigkeit willen ein zentraler Kompetenzbereich der EU/europäischen Gemeinschaft, während die Migrations- und Asylpolitik erst kürzlich zur gemeinsamen Sache erklärt wurde.

In diesem Rahmen ist es interessant zu sehen, wie die verschiedenen Nationalstaaten mit ihren jeweiligen Sozialmodellen die Integration von Bürgern allgemein und von Migranten im Besonderen ermöglichen. Soysal (1994) verdeutlicht zuerst einmal den Widerspruch zwischen Wohlfahrtsstaat und Migration, indem sie zeigt, dass die Nationalstaaten ihre Wohlfahrtspolitik mit Sicht auf „ihre“ Bürger entwickelt haben und aufbauend auf dem Loyalitätsgedanken Nicht-Bürger von Transferleistungen ausgeschlossen haben.

Das von Esping-Andersen geschaffene Klassifizierungsmodell galt als Anstoß und wurde von Soysal in Hinsicht auf die Frage der Inkorporation von Migranten in ein Vierer ¹⁾-Modell umgewandelt:

Tabelle 1: Locus of action and organizational configuration

Locus of action and authority	Organizational configuration	
	<i>Centralized</i>	<i>Decentralized</i>
Society	I. Corporatist: Sweden, Netherlands	II. Liberal: Switzerland, Britain
State	III. Statist: France	IV. Fragmental Gulf oil countries

Soysal, 1994: p. 37

Korporatistische Systeme (NL, Schweden) integrieren Migranten über kollektive Interessenvertretungen mit vertikaler und formeller Struktur (parastaatliche Dienste) und systematischer Konsultation derselben:

„In the corporatist model, membership is organized around corporate groups and functions (defined by occupation, ethnic, religious or gender identity). [...] Individuals gain legitimacy and access to rights by subscribing to the wider collective groups [...]. The corporatist model is centrally organized and collectively oriented, and corporate groups are tied closely to the administrative structure, that support their existence. Corporatist polities have formal avenues by which new populations can gain access to decision making mechanisms [...]“ (SOYSAL, 1994, p. 37).

1) Wir beschränken uns auf 3 der 4 Modelle und lassen die Golfstaaten auf Grund einer weitgehenden kulturellen Distanz hier aus.

Liberale Staaten (UK, USA) hingegen überlassen dem Individuum, den lokalen Strukturen und den NGO's die Initiative auf nationaler Ebene und gehen kaum direktiv vor:

"The liberal model [...] legitimizes the individual as the source of action and authority [...] Weak central authority [...]. The decision making process is decentralized, and local authorities play an active role in developing and implementing policy conc. the citizen's social welfare. Voluntarism at the local level compensates for public functions not performed by the centralized authority [...]. The labor market is the main instrument of incorporation." (SOYSAL, 1994, p. 38).

Das Konzept der Mitgliedschaft betrifft die Gemeinde und nicht den Staat: „Migrants integrate where they live“ (Hoffmann-Nowotny, 1986, p. 54). Im liberalen Modell gilt das Individuum als eigenverantwortlich. Entscheidungen gehen eher vom lokalem Niveau aus, und zwar bottom-up. Der Staat ist kaum für Sozialleistungen zuständig, hat hier eine schwache Funktion.

Im „*statist model*“ (FR) hat der Staat die volle Kompetenz, Entscheidungen fallen „top-down“.

"The statist model takes the form opposite that of the liberal one. The state constitutes the locus of sovereignty and, to a great extent, organizes the polity. [...] Statist polities are like liberal ones in terms of interacting with the citizen as individuals, but their mode of operation is top down. Migrants are incorporated as individuals, but with much more state involvement." (SOYSAL, 1994, p.38S).

GLEICHHEIT UND NACHHALTIGKEIT DER WOHLFAHRTSMODELLE

Sapir (2006) kommt im Rahmen einer Analyse der Dynamik von/zwischen Arbeitsmarkt und Wohlfahrtsstaat auf Esping-Andersens Prinzip der „decommodification“ (equity) und die Nachhaltigkeit (efficiency) zu sprechen: „The greatest challenge for the European economy is to become sufficiently flexible so as both to avail itself of opportunities and surmount threats. This requires, above all, reforming labour market and social policies.“ (Sapir, 2006: 370)

Er zeigt das Zusammenspiel von hoher oder niedriger Gleichheit und Nachhaltigkeit auf:

Tabelle 2: equity and efficiency

		Efficiency	
		<i>Low</i>	<i>high</i>
Equity	<i>High</i>	Continental	Scandinavian
	<i>low</i>	Mediterranean	liberal

Sapir, 2006: 380

- Das nordische System garantiert Effizienz (s. geringe Inaktivitätsraten) und Gleichheit (mittels Mittelstand-Standards), womit es bei Sapir's benchmarking als „best practice“ herausgestellt wird.
- Das liberale Modell produziert Nachhaltigkeit (geringe Belastung für die öffentlichen Haushalte), aber keine Gleichheit.
- Das kontinentale Modell produziert Gleichheit unter den Armen und keine Effizienz angesichts der zu hohen Inaktivitätsraten und zu hoher Belastungen der Budgets.

Nur die liberalen und skandinavischen Modelle haben Bestand auf Grund der gesicherten Nachhaltigkeit, während die zwei korporatistischen („the Continental and the Mediterranean“) reformbedürftig sind und eher den beiden zuvor genannten angeglichen werden sollten. Angesichts der Garantie von „equity“ und „efficiency“ steht das skandinavische Modell in Sachen benchmarking über dem liberalen und zukünftige Reformen sollten dem Prinzip der „equity“ auch Rechnung tragen.

Das skandinavische Modell gilt als „outstanding“ in Hinsicht auf seine Transferleistungen. Jensen (2008) wies darüber hinaus nach, dass es auch, bzw. besonders in Sachen „soziale Dienste“ (mit Effekt einer „defamilization“) „outstanding“ ist.

Eine Reform der Sozialmodelle kann eine Reform der Arbeitsmärkte nicht auslassen (cf. oben; Sapir 2006: 370); wieder sind die korporatistischen Länder stärker in Sachen Reform-Notwendigkeit betroffen. Sapir (2006: 376ss) unterscheidet zwei Instrumente, die das Risiko „Arbeitslosigkeit“ beantworten: eine „employment protection legislation“ (EPL) und „unemployment benefits“ (UB). Since EPL and UB are two instruments designed to achieve a similar purpose, there is a clear trade-off between them.“ Und die vier „social Europes“ zeigen verschiedene Muster: „The Mediterranean model is characterized by very strict EPL and rather low coverage of UB. [...] The Nordic model provides UB which are both generous and comprehensive, but the strictness of their EPL is quite low. The continental model also provides generous UB, but its EPL is stricter. Finally the Anglo-Saxon model provides comparatively less protection than the others with far lower EPL strictness but as much UB as the continental and Nordic model.“ (Sapir, 2006: 177)

Der Vergleich der 4 Modelle (Sapir, 2006: 379) führt zum Schluss, dass EPL für eine hohe Marktbeteiligung schädlich ist, während UB potenziell hilfreich ist für die Beschäftigung. Auch hier wieder gilt die Beteiligung der Skandinavier am Arbeitsmarkt als optimal und gilt als Ziel für die anderen Mitgliedsstaaten im Rahmen der Lissabon Strategie und ihrer „open method of coordination“.

Korporatistische/konsultative Entscheidungsfindung

Kommen wir als letzten Schritt auf Katzenstein's (1984) Analyse des korporatistischen Modells zu sprechen. Dieses ermöglicht insbesondere Kleinstaaten, dem Druck einer globalisierten Wirtschaft standzuhalten. Es geht um Konzertation zwecks Konsensfindung sowie breiter Konsultationen aller Beteiligten – ursprünglich der Korporationen, mittlerweile der Sozialpartner (Arbeitgeber und –nehmer plus Regierung) und, je nach Belang, auch der Zivilgesellschaft und anderer Akteure – hergestellt werden sollen. Die großen Linien werden außerparlamentarisch in Verhandlungen festgehalten. „Beschäftigung“ und damit verbunden Sozialversicherungs-Probleme sind klassische Objekte dieser Form der politischen Entscheidungsfindung. Die Ergebnisse dieser Konsultationen und der Beschlüsse werden, soweit nötig, an das Parlament weitergereicht. Mit diesem Vorgehen wird die Kompetenz des Parlaments eingeschränkt, da Entscheidungen in ihren großen Zügen jenseits der parlamentarischen Prozeduren im Rahmen korporatistischer Verhandlungen skizziert werden. Die formellen, traditionell demokratischen Organe werden mehr und mehr durch informelle ersetzt: „The locus of decision making and power may shift from parliaments to neo-corporatist institutions“ (Esping-Andersen, 1990: 17).

LUXEMBURG'S WOHLFAHRTS-MODELL

Keines der oben genannten Modelle tritt in Reinform auf. Im Folgenden geht es darum, die Eigenheiten des luxemburgischen Modells mittels der gegebenen Klassifizierungsmodelle zu situieren.

Die im 2. Abschnitt zusammengefasste Entwicklung des luxemburgischen Sozialstaates hat den Einfluss der Kirche und damit der Familie als Grundpfeiler der sozialen Struktur und den der Stahlindustrie als Staat im Staat deutlich gemacht. Im Folgenden zeichnen wir den ist-Zustand mit einem punktuellen Überblick über die Entwicklung der letzten 20 Jahre – ein punktueller Vergleich mit der Entwicklung anderer Wohlfahrtsregime erlaubt es, die spezielle Entwicklung Luxemburgs als „outstanding“ zu bezeichnen.

Die korporatistisch-konservativen, sozialdemokratischen und liberalen Elemente

(i) Das luxemburgische Sozialversicherungsmodell mit seinen 4 Pfeilern (Kranken-, Pensions-, Unfall- und Pflegeversicherung), ist als **korporatistisch-konservatives Bismarcksches Modell** an den *Arbeitsvertrag* gebunden und wird zu gleichen Teilen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern sowie dem Staat finanziert. Dieses gilt für die Krankenkassen, die Pensions- und Invaliditätskassen. Bei der Pflegeversicherung (seit 1999) sind die *Arbeitgeber nicht beteiligt*. Die Unfallversicherung wird von den Arbeitgebern (und zwar je Sektor und Wahrscheinlichkeit der Nutzung in unterschiedlichem Maß) und dem Staat getragen.

Die Zugehörigkeit zu bestimmten Berufs-gebundenen Kranken- und Pensionskassen ¹⁾ erinnert an die dem unterliegende korporatistische Philosophie. Im Gegensatz zu Deutschland fand in Luxemburg keine Konfrontation durch Konkurrenz zwischen den verschiedenen Kassen statt, sondern über mehrere Jahrzehnte die Bemühung, eine einheitliche Kasse für alle Bürger des Landes zu schaffen, ein universales System, in dem zudem der Staat angesichts seiner hohen Beteiligung an den Kosten ein nicht unerhebliches Mitspracherecht hat. Der bisher letzte – de facto jedoch vorletzte ²⁾ – Schritt ist mit dem Gesetz vom 13.5. 2008 vollzogen worden: 6 der 9 Kassen sind in einer „Caisse nationale de santé“ fusioniert worden – das korporatistische Erscheinungsbild verschwindet mehr und mehr. Die zuvor koexistierenden 9 Kassen täuschten jedoch bereits eine korporatistische Struktur vor, die nicht mehr existierte: seit der Reform 1992 (Gesetz vom 27. Juli 1992) lagen die Verhandlungs-Kompetenzen mit den Leistungsbringern für Tarife, medizinische Leistungen ebenso wie für Beitragsraten und Finanzierungsmechanismen für alle Kassen in den Händen der damals

1) Z.B. Caisse de Maladie des Employés Privés, die Caisse de Maladie Agricole, Entraide Médicale des CFL (chéménots), etc.

2) Immer noch existieren 3 Kassen, die die 3 Beamtengruppen separat versorgen

gegründeten Dachorganisation, „Union des caisses de maladie“. Die Kassen waren lediglich Ausführende in Sachen Rückerstattung und Ansprechpartner ihrer Mitglieder. Somit wurde ein erster Schritt in Richtung universalistisch skandinavischer Modelle gemacht.

Das *Subsidiaritätsprinzip* (Vorrang der Familie vor dem Staat) hatte volle Geltung. Bis zum Einführen der Europäischen Beschäftigungsstrategie 1997 galt dieses z.B. für den Bereich der Kinderversorgung: diese war Sache der Familie. Der Staat trat nur dort in Funktion, wo die Familienstruktur nicht mehr/nicht funktionierte. Durch die Beschäftigungsstrategie mit ihren europäischen, transnationalen Prinzipien musste Luxemburg ein institutionelles Angebot zur Verfügung zu stellen¹⁾, und zwar um das Ziel einer höheren Beteiligung der Frauen am Arbeitsmarkt zu erreichen. Der Staat erlangt damit mehr Einfluss als in den Jahrzehnten zuvor. Eine für die skandinavischen Modelle typische „defamilization“, die mit einer wachsenden Präsenz sozialer Dienste einhergeht, widerspricht den *kirchlich orientierten Familienwerten*.

Die Leistungen, die nicht im Rahmen einer Versicherung angeboten werden (die 4 Bismarckschen Hauptpfeiler), und die nicht universal²⁾ sind – Beispiel die Sozialhilfe –, werden erst nach einem „means testing“ zugeteilt. Letzteres wird mit den Parametern „Einkommen“ und „Haushaltszusammensetzung“ durchgeführt. Es sind die *Familien/Haushalte* und nicht die Individuen wie im skandinavisches Modell³⁾, die im korporatistischen, *kirchlich*⁴⁾ geprägten Modell die Berechnungsgrundlage bilden; das ist der Fall beim Revenu Minimum Garanti (RMG), der luxemburgischen Sozialhilfe.

(ii) Entsprechend dem **skandinavischen Modell** bietet Luxemburg ein hohes Versicherungsniveau und das Abdecken zahlreicher Risiken mit dem Erhalt des vorherigen Lebensstandards und in manchen Situationen auch einem besseren als dem vorherigen Niveau:

So decken die *Krankenkassen* die Ausgaben der Versicherten im Schnitt von ca. 95% ab, womit Luxemburg an oberster Stelle der OECD Länder liegt (OECD, 2008).

Im Fall von *Arbeitslosigkeit* liegt die Entschädigung bei 80% während 12 Monaten, bei 85% für Arbeitslose mit Kindern; auch hier liegt Luxemburg im oberen Ende der EU-Skala.

1) Vgl. *Loi du 12 février 1999 concernant la mise en œuvre du plan d'action national en faveur de l'emploi 1998*.

2) Klassisches Beispiel für eine universale Leistung ist das Kindergeld, das einkommensunabhängig zugesprochen wird.

3) egal ob sie einen eigenen Haushalt führen, oder ob sie Mitglied eines großen wohlhabenden Haushaltes sind.

4) Luxemburg gehört zu den wenigen europäischen Staaten, die keine Trennung von Kirche und Staat haben.

Luxemburg befindet sich unter den obersten 4 OECD Ländern, was die Pensionsersatzquote anbelangt (OECD 2007).

Im Rahmen einer Maßnahme, die die sehr hohe *Inaktivitätsrate* Luxemburgs senken sollte, die „incapacité de travail“ (Gesetz vom 25. Juli 2002 mit Gesetzesänderung vom 1. Juli 2005), erhält der Betroffene, der nicht mehr an seinem alten Posten / Betrieb wiedereingegliedert werden kann und eine meist reduzierte Funktion erhält auf unbegrenzte Zeit eine „indemnité complémentaire“, mittels der er die Differenz zwischen dem alten und dem neuen vom Betrieb (Markt) gezahlten Gehalt garantiert bekommt; der Staat übernimmt die Differenz zwischen dem neuen und dem alten Gehalt bis zu 100% (vgl. Hartmann-Hirsch 2007).

Ein Vergleich der *Kindergeld*-Leistungen der 3 Nachbarstaaten und Skandinaviens zeigt deutlich, dass Luxemburg sich oberhalb dieser allgemein als großzügig eingeschätzten skandinavischen Modelle befindet:

Tabelle 3: monatliche Kindergeldleistungen für 1 oder 3 Kinder in ausgesuchten Mitgliedsstaaten (Missoc 2007)

Country	For 1 child	For 3 children
Luxemburg: < 12 Jahre	234,12	948,30
Frankreich: < 16 Jahre	---	450,46
Deutschland	154,00	462,00
Belgien: < 7 Jahre	78,59	217,13
Niederlande: > 12 Jahre	-	312,21
Dänemark	110,00	330,00
Schweden	116,00	398,00
Finland	100,00	341,50

Am Beispiel des Kindergeldes wird deutlich, dass eine gemeinsame „Lektüre“ von Sozialdiensten und Geldleistungen im Rahmen einer Klassifizierung nötig wäre. Auf der einen Seite steht Luxemburg im EU-27 Vergleich an erster Stelle in Sachen Kindergeld – weit über den skandinavischen Standards; auf der anderen Seite wird Kinderversorgung in Institutionen (privaten oder öffentlichen) je nach Familienzusammensetzung und Einkommen des Haushaltes in Rechnung gestellt, womit es sich hier im liberalen Modell – s. Eigenverantwortung –, bzw. im korporatistischen Modell – s. Subsidiarität und Berechnungsmodus – ansiedelt (s. oben). Die kürzlich eingeführten „chèques-service“ (Großherzogliches Dekret vom 13. Februar 2009) sollen einen ersten Schritt in Richtung einer öffentlich finanzierten Betreuung darstellen und können somit ebenfalls als Schritt in Richtung skandinavischer

Funktionsweisen gesehen werden. Ein detaillierter Vergleich kann hier nicht geleistet werden.

Ein „complément d'accueil gérontologique“ (Gesetz vom 23. Dezember 1998) sichert denjenigen, die keine ausreichende Pensionszahlung erhalten, den Zugang zu den meisten Altersheimen des Landes ¹⁾, indem der Staat die Differenz zwischen dem Preis der Institution und dem Betrag der Pension - im Sinne einer Sozialhilfe - übernimmt. Damit erhalten einige Bewohner der Institutionen den Zugang zu einem Lebensstandard, der über ihrem vorherigen liegen kann.

Das Gesetz vom 26. Juli 1986 führt in Luxemburg das Recht auf einen Revenu minimum garanti (RMG) ein, den die nordeuropäischen Staaten früher, und zwar in den Jahren der Vollbeschäftigung geschaffen hatten. Das RMG, eine spezifische Maßnahme ²⁾ ebenso wie das RMI (revenue minimum d'insertion, Frankreich) gehört einer späteren Generation der Sozialhilfegesetze an, die deutlicher als ihre Vorgänger eine Antwort auf die durch die Stahlkrise hervorgerufene Arbeitslosigkeit darstellen sollten, und daher die Wiedereingliederung in den Mittelpunkt setzten: „insertion“ im französischen Gesetz. Das RMG kann einerseits als eine großzügige Antwort auf materielle Armut angesehen werden, muss jedoch andererseits als 'régime passif' in Hinsicht auf seine Wiedereingliederungsperformanz in Frage gestellt werden. Seine eventuelle Wirkung als „poverty trap“ ³⁾ wurde immer wieder erwähnt („exposés des motifs“ der Gesetzesprojekte; Hartmann-Hirsch, 1989). Die Motive der Gesetzgeber waren die einer hohen Arbeitsmarktbeteiligung, während die korporatistischen Einstellungen der Benutzer zur unten (p. P.16) erwähnten hohen Inaktivität führten.

Tabelle 4: monatliche Sozialhilfebeträge in € für 1 Alleinstehende/n (MISSOC, 2007)

MS	LU	FR	DE	BE	DK	Sweden	FI	IS
Betrag	1.184,54	440,86	345,00	644,48	1.201,00	293,00	389,37	933,00

- 1) Einige wenige als luxuriös eingestufte Institutionen sind mittels dieses CAG nicht zugänglich.
- 2) Im Gegensatz zu allgemeinen Maßnahmen, die für die gesamte Bevölkerung konzipiert sind.
- 3) Je nach Familienkomposition kommt ein Sozialhilfeempfänger über das Niveau eines Mindestlohnempfängers. Eine Familie mit 2 Kindern hat Anspruch auf ? 1.846,30/Monat (plus Mietpauschale, plus freier öffentlicher Transport), während der soziale Mindestlohn in Luxemburg bei ? 1.570,28 (Tarif von 2008) liegt und weder eine Mietpauschale noch den freien öffentlichen Verkehr anbietet. Um einen "poverty trap"-Effekt zu verhindern, bietet der Staat den aktiven Mindestlohn und den Niedriglohnempfängern einen Zusatz an, der sie auf das vom RMG angebotene Niveau angesichts ihrer Familienzusammensetzung bringt. Eine "poverty trap" entsteht dennoch, und zwar dadurch, dass das Angebot der Sozialhilfe interessanter ist als das eines nicht subventionierten Arbeitsvertrages, sei es nur durch Leistungen wie die Mietpauschale, die es nur in dem geschützten Sektor für RMG-Bezieher gibt. Gäbe es z.B. Wohngeld auch unabhängig vom RMG, wäre dieser Faktor des Anreizes eliminiert (vgl. Hartmann-Hirsch 1989).

Der Vergleich zeigt deutlich, dass Luxemburg sich ganz oben auf der Skala der Geldleistungen befindet, auch wenn dieser Vergleich mit Vorsicht zu gebrauchen ist, da Luxemburg als ‚high wage country‘ eo ipso auch hohe Standards für seine Sozialhilfe hat. Darüber hinaus gibt es bestimmte Länder, die ihre Leistungen in mehrere separate Leistungen aufteilen, während andere eine „all inclusive“ Sozialhilfe anbieten. Letzteres ist der Fall von Luxemburg, der allerdings neben dem hohen allgemeinen Satz des Weiteren noch freien öffentlichen Transport und Wohngeld anbietet; eine detaillierte Analyse müsste die Arbeit von Guibentif und Bouget (1997) fortsetzen.

Im Vergleich zu anderen Bismarck Staaten ist „the tax share of the total financing of social security in Luxembourg 40% higher than that of its direct neighbours (mit ebenfalls korporatistischem Modell jedoch ohne skandinavische Standards) that have similar systems of financing“ (Cichon, 2007: 38). Mit anderen Worten es handelt sich ähnlich wie die **skandinavischen** Systeme um eine stark budgetierte Sozialversicherung. So beträgt die Beteiligung des Staates 40% (und mehr) bei der Pflegeversicherung und den Krankenkassen und ca. 80% bei den Baukosten der Krankenhäuser, Alters- und Pflegeheimen sowie den Großgeräten.

In konservativ-korporatistischen Systemen geht die Annahme von einkommensabhängigen Leistungen mit einer Stigmatisierung einher mit dem, was Esping-Andersen die „Gleichheit unter den Armen“ bezeichnete. Das ist in Luxemburg angesichts der positiv redistributiven Effekte nicht der Fall. Leistungen wie z. B. das „complément d’accueil gérontologique“, die „tarification sociale“, die Sozialhilfe, die Beträge des Kindergeldes plus Zusätze wie die „allocation de rentrée scolaire“ sind Indizien einer mittelständisch orientierten Sozialpolitik.

(iii) Zwei Elemente könnten eine Interpretation in Richtung **liberales Modell** suggerieren:

Luxemburg gehört zu den Ländern der EU-15 mit *niedrigen Lohnnebenkosten* und einem relativ niedrigen Steuersatz (Cichon, 2007: 40). Die dem unterliegende Philosophie ist jedoch keine liberale. Luxemburg konnte und kann auf Grund eines hohen Steueraufkommens dank großzügiger staatlicher Kofinanzierung der Sozialversicherungen die Lohnnebenkosten niedrig halten. Das „liberale“, de facto aber korporatistische Modell hat auch die Verantwortung nicht dem Individuum übergeben, sondern diese beim Staat belassen; entsprechend ist die Benutzung durch die Versicherten oder Berechtigten relativ hoch (allgemeines „broad unemployment“, geringe Beschäftigungsrate der älteren Arbeitnehmer, etc.). Die hohe Budgetierung stärkt die Position des Staates und widerspricht den Grundprinzipien des liberalen Modells.

Die *Pflegeversicherung* wird lediglich von den Versicherten und dem Staat finanziert; die Arbeitgeber auszulassen, entspricht der Philosophie Beveridges (1942), nach der es gilt, die Entwicklung der Wirtschaft nicht

durch hohe Soziallasten einzuschränken. Nichtsdestotrotz liegt die staatliche Kofinanzierung weit über der liberaler Modelle. Auch hier wird das *staatliche* Modell (s. Nächster Abschnitt) deutlich.

Kostendämpfungspolitiken haben z. B. in Deutschland zu einem gewissen Rückzug des Staates und zur Liberalisierung des Bereichs geführt; Konkurrenz zwischen den Anbietern war gefragt (cf. Klenk, 2010). Dieses ist nicht der Fall in Luxemburg: angesichts einer hohen öffentlichen Kofinanzierung der Versicherungen und einer 100%igen Finanzierung anderer Transferleistungen konnten die Sozialpartner – wahrscheinlich Gewerkschaften und Regierung –, die gewünschte Universalisierung der Versicherungen in den korporatistischen Verhandlungen vorantreiben.

Abschließend kann man sagen, dass die Grundstruktur des luxemburgischen Systems im korporatistischen Modell¹⁾ anzusiedeln ist, während einerseits die Großzügigkeit der Leistungen und deren Orientierung an Mittelstands-Normen und andererseits die hohe Budgetierung als skandinavische Merkmale angesehen werden können. Liberalisierungen haben zugunsten der Entwicklung universalistischer Strukturen bisher nicht stattgefunden.

1) *Martin et al (2008) sehen eine Einordnung in diesen Cluster vor. Von den Grundprinzipien her ist das richtig, jedoch übersehen die Autoren - vielleicht mangels europäischen Vergleichs - die skandinavischen Elemente.*

DIE INKORPORATION VON BÜRGERN/MIGRANTEN

Wie werden Migranten angesichts des oben genannten Widerspruchs zwischen der Souveränität des *Nationalstaates* und seiner Hoheit über Territorium, die Bevölkerung (Ette und Faist, 2007) und den - durch Migration immer transnationaler werdenden - Wohlfahrtsstaaten in Luxemburg inkorporiert? Die korporatistische Grundstruktur Luxemburgs kann auch an diesem Punkt aufgezeigt werden.

Die Migration ist ein wesentlicher Teil der gesellschaftlichen Realität (Wohnbevölkerung: 41%) und kann für verschiedene Bereiche als dominierend bezeichnet werden (66% des inländischen Arbeitsmarktes, 73% des kompetitiven Sektors; 2006: www.statec.lu).

Für Luxemburg trifft all dieses in höherem Ausmaß zu als für die anderen Mitgliedsstaaten: Der Anteil der Ausländer in der Bevölkerung und noch mehr am inländischen Arbeitsmarkt ist der höchste in der EU/OECD und Luxemburg hat eine seit Jahrzehnten, ja seit dem Beginn der Immigration stark entwickelte doppelte Immigration mit

- einerseits einer transnationalen Immigration, die ein extrem hohes Bildungsniveau aufweist, und
- andererseits einer niedrig qualifizierten Arbeiter-Immigration (cf. Hartmann-Hirsch, 2008) ¹⁾.

In Anlehnung an Soysal's vier Modelle spricht Vieles für eine Zuordnung zum zentralisierenden *konservativ-korporatistischen* Modell, auch wenn einige Elemente im ersten Moment für eine Zuordnung zu einem „statist model“ sprechen:

Der Staat ist *nahezu allein verantwortlich* für das Verteilen von Leistungen. Lediglich eine unbedeutende Maßnahme, das Gesetz „domicile de secours“ von 1897 ²⁾, wird von den Gemeinden in Eigenregie und in von Gemeinde zu Gemeinde unterschiedlicher Art und Weise ausgeführt. Daneben wurden einige Maßnahmen von NGO's während einiger Jahre als experimentell durchgeführt und anschließend gesetzlich festgeschrieben und vom Staat übernommen:

- das Gesetz vom 8. Dezember 2000 zur Verschuldung,
- das großherzogliche Dekret zur Garantie der Mietkaution vom 2. April 2004 und
- das Gesetz über die Einführung des „enseignement précoce“ vom 22. Dezember 2000.

1) Beide Teile koexistieren seit Beginn der Stahlindustrie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts.

2) Der Gesetzesvorschlag 5830 soll hier eine grundlegende Reform bringen.

Dieses heisst jedoch nicht, dass es sich um ein „statist modell“ im Sinne von Soysal handelt, da für Luxemburg weniger eine „statist top-down“ Entscheidungsprozedur gilt, sondern vielmehr breite Konsultationen und die entsprechend korporatistischen Verhandlungsmodi maßgebend sind. Die Entscheidungs- und Durchführungsebene bleibt in jedem Fall deutlich national.

Die großen Linien der Sozialpolitik werden im Rahmen der Tripartite-Verhandlungen festgeschrieben. Gesetzgebungsprozesse werden mit breiter Konsultation der entsprechenden Gruppen durchgeführt: die jeweiligen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen werden in jedem Fall aufgerufen, ein Gutachten abzugeben. Darüber hinaus werden für bestimmte Gesetzestexte, je nach Thema, auch NGO's und andere „Vertretungen“ bestimmter Gruppen befragt. Der Zugang zum Entscheidungsprozess läuft jedoch nur über zentralisierende Vertretungsorganisationen, und zwar zwecks Bündelung/Zentralisierung der Interessen und einer hierarchisch organisierten Verhandlung zwischen einer einzigen Interessenvertretung einer bestimmten Gruppe (migration, Religion, etc.) und den Vertretern des Staates: so konnten die Verhandlungen mit der Islamischen Gemeinde (basierend auf vier privaten Vereinigungen) erst beginnen, als die vier Gruppen sich zu *einer Dachorganisation* zusammengeschlossen hatten – eine deutliche korporatistische Form der Inkorporation.

Doch wie sieht es mit der Inkorporation von Migranten/Externen aus? Jeder aktive Immigrant – ob EU-Bürger oder nicht – erhält über seinen Arbeitsvertrag direkten Zugang zu den Versicherungen, und zwar ohne vorherige Wartezeit. Anders gestaltet sich die Situation bei Hilfen, die vom Staat ohne Versicherungsgrundlage angeboten werden. In mehreren Gesetzestexten wie z. B. dem der Sozialhilfe (RMG), dem der „allocation de soins“ oder dem der „allocation pour personnes gravement handicapées“ (1979) ¹⁾ wurde eine Zugangsbedingung genannt, die einen indirekten Ausschluss von „Kurzzeit“-Immigranten / zurückkommenden Luxemburgern zur Folge hatte und haben sollte. Um in den Genuss dieser Leistungen zu kommen, musste man « être domicilié sur le territoire luxembourgeois et y avoir résidé depuis dix ans au moins » (Art. 2 des Gesetzes vom 26. Juli 1986). Diese Bedingung ist über die Jahre erleichtert worden, so dass sie seit der Änderung von 1999 reduziert wurde auf „5 in den letzten 20 Jahren“, was auch heute noch die Zugangs-Bedingung für nicht EU-Bürger ist. Im Rahmen einer vergleichenden Studie galt Luxemburg als das Land mit der längsten notwendigen Aufenthaltsdauer (10 Jahre) beim Zugang zum RMG, gehörte hingegen - positive hervorgehoben - zu den acht Mitgliedsstaaten, die „keine“ Nationalitäten-Bedingung enthielten (Guibentif and Bouget, 1997), was sich durch die zuvor genannte indirekte Ausschluss-Bedingung erklärt.

1) Die zwei Letzteren waren die Vorgänger der Pflegeversicherung.

Mit dieser Formulierung umging man eine explizite Nationalitäten Bedingung, was auf Grund des europäischen Gesetzesrahmens nicht mehr „politically correct“ und darüber hinaus nicht rechtens gewesen wäre. Im Jahr 2001 machte jedoch ein Urteil des EUGH (vgl. affaire C-299/01 du 20 juin 2002) diese Form des indirekten Ausschlusses hauptsächlich ausländischer Bürger obsolet. Seither (Gesetz vom 21. Dezember 2001) haben alle EU Bürger, die im Besitz einer „carte de séjour“ waren, Anrecht auf Zahlungen des RMG, auch wenn sie erst vor kurzem angekommen sind – es handelt sich um eine späte Anwendung der Verordnung 1612/1968. Insgesamt kann man festhalten, dass Luxemburg den Zugang zu den durch den Arbeitsvertrag bedingten 4 Grundpfeilern der Sozialversicherung geöffnet hat, was dem Bismarckschen Grundprinzip von Arbeit und Sozialversicherung entspricht, bei anderen Maßnahmen jedoch über die oben genannte Aufenthalts-Bedingung diesen nur zögerlich und in Folge europäischer – supranationaler – Rechtsprechung öffnete.

Die Inkorporation der Migranten verlief zögerlich: die verschiedenen indirekten Ausschlussbedingungen aus bestimmten Leistungen des Sozialsystems mittels der zitierten Aufenthaltsbestimmung deuten daraufhin: eigentlich galt das großzügige System für die eigenen Bürger und jene, die über mehrjährige Aufenthaltsdauer ihren Bezug zu Luxemburg als „Beweis“ erbracht haben. Das korporatistische Modell neigt offensichtlich eher dazu, den Missbrauch des Systems, bzw. einen schnellen Zugang von Neuankömmlingen zu verhindern. In einem liberalen System mit hoher individueller Verantwortung und minimalen Transferleistungen erübrigt sich diese Sorge, und das großzügige skandinavische System eröffnet auch dem Neuankömmling, und sogar dem Nicht-EU-Bürger die Rechte auf Sozialhilfe, und dies sogar vom Beginn ihres Aufenthaltes an. Erstaunlicherweise greifen die Bürger in Skandinavien weniger auf die existierenden Maßnahmen zurück ¹⁾. Offensichtlich hat die „essentially universal solidarity in favor of the welfare state“ (Esping-Andersen, 1990: 28) einen positiven Effekt auf die Beschäftigungsrate, den späteren Austritt aus der Berufstätigkeit und eine geringe Benutzung der Ersatzleistungen. Beides zusammen wirkt positiv auf die Nachhaltigkeit der Versicherungs-Systeme, bzw. allgemeiner die des Wohlfahrtsstaates, wie wir im folgenden Abschnitt sehen werden.

Ohne Zweifel kann der Inkorporations-Modus in Luxemburg als korporatistisch, zentralisierend bezeichnet werden. Angesichts der hohen Beteiligung des Staates könnte man von einem „statist modell“ sprechen. Doch die Entscheidungsfindung ist auf breiter Konsultation aufgebaut und wird über korporatistisch organisierte Delegationen durchgeführt.

1) Pedersen (2005) zeigt, dass die inner-Skandinavische Immigration (hochqualifiziert) weniger auf die Auffangnetze zurückgreift als die Immigration aus dem "Süden"; spielt hier die vorhandene oder nicht vorhandene "universal solidarity" eine Rolle, die die skandinavischen Bürger "mitbringen" oder ist die Unabhängigkeit von Transferleistungen begründet durch ihre höhere ökonomische Performanz?

GLEICHHEIT UND EFFIZIENZ

Wieder erlauben es die hohen skandinavischen Standards der Sozialleistungen, Luxemburg in die Reihe der Länder mit *Gleichheit* zu setzen. Auch Sapir (2006: 379) platziert Luxemburg in Sachen „equity“ an oberster Stelle der kontinentalen Modelle und über den ansonsten immer höchst platzierten skandinavischen Ländern (Finnland und Schweden); dieses entspricht unserer vorherigen Interpretation der skandinavischen Standards in Luxemburg.

Doch wie sieht es mit der Effizienz aus? Entsprechend der korporatistischen Philosophie nutzen die Versicherten eines korporatistischen Modells schneller die angebotenen Transferleistungen oder andere Ersatzeinkommen als in den zwei anderen Modellen. Die Benutzer der Ersatzeinkommen geben somit die Verantwortung in die Hände des Staates, während sie in den anderen zwei Modellen entweder die Verantwortung dem Individuum überlassen (liberales Modell) oder aber mittels universaler Solidarität zum Wohlfahrtsstaat (Esping-Andersen, 1990: 28) eine hohe Beschäftigungsrate im Sinne der Nachhaltigkeit der Systeme produzieren (skandinavisches Modell).

In Sachen Beschäftigungsrate, die für die Effizienz der Systeme zentral ist, gehört Luxemburg mit seinem korporatistischen Regime in der Gruppe der kontinentalen Modelle.

Verschiedene Analysen bestätigen diese letzte Beobachtung:

- Seit Jahren macht die OECD (1997 z. B.) und seit einiger Zeit auch die Europäische Kommission (JER) auf das hohe „broad unemployment“¹⁾ Luxemburgs (und anderer korporatistischer Staaten) aufmerksam.
- Luxemburg befindet sich am untersten Ende der Skala der Beschäftigungsrate älterer Arbeitnehmer in der EU-15, und zwar zusammen mit Belgien (JER verschiedener Jahre). Verschiedene nationale Studien haben diesen Sachverhalt bestätigt (Genevois et al., 2005) und die dem unterliegenden Sozialpolitiken mit ihren „incentives“ aufgezeigt (Hartmann-Hirsch, 2006). Luxemburg müsste in die Gruppe der „early exit countries“, als Land mit hohem „broad unemployment“ für die älteren Arbeitnehmer (OECD, 1997, Blossfeld et al., 2006) eingereiht werden, das somit das Ziel der Effizienz / Nachhaltigkeit nicht erreicht.
- Luxemburg's „employment protection legislation“ produziert eine niedrige Beschäftigungsrate mit geringen Anreizen, wieder aktiv zu werden, schützt mit seinem Arbeitsrecht diejenigen, die ein Arbeitsverhältnis haben, aber gewährt durch die strengen Auflagen für die Lösung eines Arbeitsverhältnisses nur zögerlich denen Zugang,

1) Arbeitslosigkeit, Invalidität, Bezug von Sozialhilfe, Beteiligung an Trainings- und Beschäftigungsmaßnahmen, z. B. OECD, 1997.

die eine Arbeit suchen. Im Rahmen einer OECD Bewertung stünde Luxemburg an oberster Stelle in Sachen „strictness of EPL“ (OECD, 2006, Haag, à paraître).

Bisher kann Luxemburg angesichts seiner sehr jungen merhheitliche ausländischen Arbeitnehmerschaft – dank der im Schnitt jüngeren Migranten und Grenzgänger – die Nachhaltigkeit der Systeme gewährleisten und die hohen Transferleistungen halten (viele Beitragszahlungen und geringe Entnahme). Langfristig warnt die OECD (2008), dass die älter werdenden jetzigen Arbeitnehmer, besonders aber die im Durchschnitt jüngeren Immigranten und Grenzgänger in einigen Jahren die Nachhaltigkeit der vier Pfeiler erheblich in Frage stellen werden, da Luxemburg wie jeder andere Mitgliedsstaat gezwungen ist, „seinen“ ehemaligen Arbeitsimmigranten und Grenzgängern Pensionszahlungen und medizinische Versorgung ¹⁾ zu gewähren (Verordnung 1408/1971; cf. Hartmann-Hirsch and Ametepé, 2009).

In Sachen „Gleichheit“ kann Luxemburg mit Skandinavien mithalten. Die Nachhaltigkeit ist derzeit gesichert, stellt sich jedoch in Zukunft für die Existenz der Systeme als Problem.

KORPORATISTISCHE ENTSCHEIDUNGSSTRUKTUREN

Luxemburg folgte der Anwendung korporatistischer Entscheidungsstrukturen anderer Kleinstaaten (Österreich und die Schweiz) und entwickelte in den Jahren der Stahlkrise das „comité de coordination tripartite“ (Gesetz vom 24. Dezember 1977), ein Organ „sui generis“, das der Konzertation der Sozialpartner (Regierung, Arbeitnehmer- und Arbeitgeber-Organisationen) als Drehscheibe des Krisenmanagements dienen sollte (vgl. Hirsch 2003). Damit hat sich die Regierung eine nicht konfliktuelle Problemlösungsstrategie geschaffen, die hinter verschlossenen Türen stattfindet ²⁾.

Anfangs beschränkten sich die Verhandlungen auf die Auswirkungen der Stahlkrise. Mittlerweile gibt es eine ganze Reihe von derartigen Entscheidungsorganen in verschiedenen Bereichen und das „Comité de coordination tripartite“ berät über Politikbereiche, die über den Arbeitsmarkt hinausgehen und deutlich die Sozialversicherung sowie allgemeiner den Wohlfahrtsstaat mit einschließen.

Der entscheidende Unterschied zwischen Österreich und der Schweiz besteht laut Katzenstein darin, dass die *Arbeitgeberorganisationen* in der Schweiz und

1) Je nach Wohnort (Ursprungsland, anderer EU-Mitgliedsstaat oder Luxemburg) der ehemaligen ausländischen Arbeitnehmer wird die Gesundheits-Versorgung für Luxemburg günstiger oder nicht.

2) Es gibt keine Protokolle der Sitzungen, sondern lediglich ein Dokument mit den Resultaten der Verhandlungen.

die *Arbeitnehmerorganisationen* in Österreich die korporatistischen Institutionen und somit auch die Entscheidungen dominieren. Ergo entwickelte sich in der Schweiz ein deutlich liberales Wohlfahrtssystem, während das österreichische deutlich in die Gruppe der korporatistischen Modelle mit gewerkschaftlicher Prägung gehört. Wie sieht dieses in Luxemburg aus?

Im Gegensatz zu vielen anderen EU-Mitgliedsstaaten, die im Verlauf der Globalisierung und immer begrenzteren Budgetmargen ihre Sozialpolitik zurückschneiden mussten (Adelanto and Calderon, 2006), hat Luxemburg keine wesentlichen 'cutbacks' im Bereich des Wohlfahrtssystems vollziehen müssen, sondern diverse großzügige Erweiterungen vorgenommen. Dieses erfolgte einerseits durch die Einführung neuer Maßnahmen¹⁾ und andererseits durch die Verbesserung der Leistungen (Kieffer, 2008). Bouget (2003: 685f.) zählt Luxemburg zu den Ländern, in denen „the share of social expenditure is hardly sensitive to economic growth. The perfect example is Luxembourg, which experienced very high economic growth but stability in the ratio of social expenditure in GDP“. d. h. die Erweiterung und Verbesserung konnte mit gleichen proportionalen Werten durchgeführt werden.

In den meisten vergleichenden Studien figuriert Luxemburg nicht; insofern waren die MISSOC Daten neben einigen Analysen (Sapir, Bouget, Klenk, etc.) für diesen Vergleich der Transferleistungen unsere Hauptgrundlage.

Kommen wir abschließend auf die zuvor gestellte Frage nach dem dominanten Partner in den trilateralen Verhandlungen zurück: Die Gewerkschaften haben wahrscheinlich einen großen, vielleicht noch größeren Einfluss als die Arbeitgeber. Die als Schiedsrichter auftretende Regierung ist seit Jahrzehnten – mit einer Ausnahme – von der christlich-sozialen Partei geführt. Beide Sozialpartner haben es offensichtlich geschafft, die korporatistischen Grundstrukturen zu erhalten, das Ganze in Richtung skandinavisch-universalistischer Modelle weiterzuentwickeln und auf Liberalisierung verzichten zu können.

Dafür spräche:

- Die hohe Sicherung des Arbeitsplatzes: Luxemburg gilt als eines der stark regulierten Arbeitsmärkte in der EU (Haag, à paraître); eine Liberalisierung des Arbeitsrechtes wird von den Gewerkschaften und der Regierung abgelehnt.
- Die Großzügigkeit der Transferleistungen: Luxemburg steht an der Spitze der EU-Staaten (MISSOC). Die Arbeitgeberorganisationen fordern immer wieder eine sozial differenzierte Politik – im Sinne einer sozial gestaffelten „selectivity“ (Ferrera, 2005); letztere blieb bisher aus.

1) So wurde die Pflegeversicherung (Gesetz vom 19. Juni 1998), das "Complément, d'accueil gérontologique" (Gesetz vom 23. Dezember 1998), die "Tarification Sociale" (ohne gesetzlichen Rahmen) und die "Incapacité de travail" (Gesetz vom 25. Juli 2002) im Lauf der letzten Jahre ins Leben gerufen.

- Ein über Jahre hohes „broad unemployment“: seit Ende der 1990iger Jahren haben die Gewerkschaften einer von der OECD vorgeschlagene Reform zur Einschränkung der zu großen Inaktivität nicht zugestimmt ¹⁾. Die dann schließlich und endlich entstandene „Lösung“ (cf. Gesetz „Incapacité de travail“ vom 25. Juli 2002) war so gestaltet, dass sie sich über neue administrative Prozeduren zu einer wieder wachsenden Inaktivität entwickelte. Damit erreicht Luxemburg wieder gleich hohe Inaktivitätsraten wie zuvor (vgl. Hartmann-Hirsch 2007). Im Rahmen der Gesetzgebung von 2002 und mehr noch in der abgeänderten Form von 2005 mussten die Arbeitgeber Bestimmungen billigen, die nicht unbedingt ihren Interessen entsprachen.
- Die Tradition der automatischen Lohnindexierung wird von Arbeitnehmerorganisationen in Frage gestellt und zeitweise ausgesetzt: hier widersprechen sich die Forderungen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer diametral; der Index wurde beibehalten, jedoch zeitweilig ausgesetzt.

Dagegen spräche:

- Die Arbeitgeber beteiligen sich nicht an der rezenten Pflegeversicherung und wenn, dann nur indirekt über höhere Budgetausgaben.

Neutral bleibt:

- Esping-Andersen (1990), Katzenstein (1984) und Hirsch (2003, Clément, 2009, 2009a) sprechen davon, dass politische Entscheidungsprozesse in erster Instanz durch die korporatistischen Institutionen durchgeführt, dann erst dem Parlament zur offiziellen Absegnung übergeben werden. Immer wieder geht es darum, einen konfliktfreien Sozialraum zu schaffen und zu erhalten, der für die globalisierte Wirtschaft ein anziehender Hintergrund sein soll und offensichtlich auch ist. Die nicht konfliktuelle Debatte im Rahmen der Tripartite läßt im Gegensatz zum Parlament offen, wer welche Positionen vertreten hat.

Bisher bedurfte es keiner „cutback“ Maßnahme. Andere Staaten haben hier Erfahrungswerte seit den 1970iger Jahren. Doch auch für diese werden die korporatistischen Konzertationen günstiger sein als eine offene parlamentarische Debatte, und zwar zwecks „blame avoidance“: „Questions of expansion have long since given way to an acknowledgement of the limits of the welfare state growth [...]. Retrenchment is generally an exercise in *blame avoidance* rather than credit claiming.“ (Pierson, 1996:145). Und konsensuelle Entscheidungen werden international bevorzugt gebraucht.

1) Änderungsvorschläge der Regierung betreffend Invaliditätsversicherung, bei der es darum gegangen wäre, den Zugang einzuschränken, sind bei den Gewerkschaften bis 2002 auf Widerstand gestoßen.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die korporatistischen Grundstrukturen konnten wir sowohl

- in der Struktur der Versicherungen und anderer Transferleistungen im Sinne eines der drei Modelle von Esping-Andersen, als auch
- in einem der vier Inkorporationsmodelle von Soysal und
- in den Formen der kontinentalen Modelle bei Sapir erkennen, wo es um die Frage nach Gleichheit und Effizienz der Wohlfahrtssysteme und parallel dazu der Grundprinzipien des Arbeitsrechts geht, als auch schließlich und endlich
- im Rahmen der politischen Konzertation innerhalb des „Comité de coordination tripartite“

entdecken.

Darüber hinaus konnte dieses fundamental korporatistische Wohlfahrtsmodell nicht nur Mittelklasse Standards anbieten, sondern auch einer Liberalisierung stand halten und verschiedene Schritte in Richtung auf eine Universalisierung der Leistungen unternehmen. Damit siedelt es sich mittlerweile in Sachen „equity“ oberhalb der skandinavischen Transferleistungen an, mit deutlichem Trend zur Universalisierung nach skandinavischem Muster mit einer jedoch fragilen Struktur in Sachen „Nachhaltigkeit“, da offensichtlich die universale Solidarität fehlt.

Luxemburg konnte seine christlich-sozial ausgerichtete Sozialpolitik auch in den letzten 20 Jahren weiter ausbauen, indem es zum einen neue Maßnahmen geschaffen hat (cf. Fußnote 33) und zum anderen das Niveau der Transferleistungen erhöht hat (Kieffer 2008). In diesen Jahren haben jedoch die meisten EU-Staaten ihre Leistungen beschnitten, bzw. eine Erweiterung gestoppt, besonders die korporatistisch und skandinavischen Staaten.

Die niedrigen Lohnnebenkosten gekoppelt an ein großzügiges Wohlfahrtsystem erscheinen im ersten Blick als *contradictio in se*, sind es jedoch nicht, wenn man Luxemburg als konkretes Beispiel nimmt: in einem konfliktvermeidenden, korporatistisch oder konsultativ organisierten politischen Kontext mit positivem Effekt auf den Sozialfrieden zogen und ziehen immer noch Firmen nach Luxemburg, was wiederum dem Staatsbudget zugute kommt und den Erhalt des überaus großzügigen Sozialstaates ermöglicht – ein „*circulus virtuosus*“.

Trotz des Ausbaus des Wohlfahrtsstaates konnten die Lohnnebenkosten niedrig gehalten werden, denn das hohe Steueraufkommen hielt ¹⁾ die Verschuldung Luxemburgs weit unter der Latte des Stabilitätspaktes und erlaubte es nichtsdestotrotz dem Staat, die Versicherungen großzügig zu kofinanzieren sowie andere Leistungen zu 100% zu finanzieren.

1) In diesem Beitrag gehen wir auf die Effekte der Finanzkrise nicht ein.

Cichon (2007: 40) zeigt, dass die Einkommenssteuer zusammen mit der britischen und irischen, den liberalen Systemen mit extrem niedrigen Transfer Leistungen am nächsten ist, und dass die Sozialversicherungen ähnlich stark budgetiert sind wie die skandinavischen Systeme – dieses auf Grund einer hohen ökonomischen Performanz. Insofern sind die Unterschiede zwischen brutto und netto Gehältern gering, weit geringer als in skandinavischen Staaten.

Die Gleichheit ist gesichert, jedoch scheint die Nachhaltigkeit, besonders für die Zukunft in Frage zu stehen.

Damit ist der jetzige Zustand der Sozialversicherung „outstanding“ in Europa (und darüber hinaus).

Die anderen korporatistischen und skandinavischen Modelle mussten zwecks Kostendämpfungsmassnahmen verschiedene Maßnahmen zurückschneiden und damit in Richtung einer Liberalisierung gehen. Lediglich die mediterranen Modelle haben auf Grund ihres unvollständigen und verspäteten Standes eine Erweiterung im Sinne der Konvergenz der 4 Modelle vollzogen; nichtsdestotrotz bleiben sie unter den in allen Analysen als „best practice“ angesehenen skandinavischen Performanzen.

Luxemburg erscheint in vielen vergleichenden Studien nicht, wäre jedoch als kontrastives Modell interessant. Wie erklärt sich die außergewöhnliche Entwicklung eines korporatistisch-skandinavischen Modells?

Angesichts einer performanten Wirtschaft, besonders des Finanzsektors, einer jungen Arbeitnehmerschaft, vor allem einer im Durchschnitt jüngeren ausländischen Arbeitnehmerschaft – von Grenzgängern und Immigranten – können aktuelle Standards finanziert werden. Hartmann-Hirsch and Ametepé (2009) haben den zur Zeit nachhaltigen Beitrag der Immigranten zu dieser Entwicklung nachgewiesen; der wahrscheinlich noch höhere Beitrag der Grenzgänger konnte hier nur theoretisch festgehalten werden ¹⁾. Die jungen Immigranten und Grenzgänger tragen mit ihren Beiträgen und ihrer relativ geringen Nutzung der Systeme zur derzeitigen Ausgeglichenheit der Versicherungshaushalte bei (Hartmann-Hirsch and Ametepé, 2009).

Luxemburg hat mit seinem korporatistisch-universalistischen Modell ohne „universal solidarity attitude“ gewissermaßen die Quadratur des Kreises erreicht. Die mangelnde aktive Beteiligung (hohe Inaktivität/ „broad unemployment“) konnte bisher durch eine überdurchschnittliche Arbeitsmarktbeteiligung der Immigranten und Grenzgänger wettgemacht werden (Hartmann-Hirsch et Ametepé, 2009).

1) Eine entsprechende Analyse auf Basis der administrativen Daten steht noch aus.

Können die Sozialleistungen mit einer anhaltend starken Immigration und einem ähnlich starken Beschäftigungszuwachs mit ähnlicher Großzügigkeit auch in den folgenden Jahrzehnten noch geleistet werden? Der derzeitigen Nachhaltigkeit – auf Grund der massiven Beiträge und des geringen Nutzens der im Durchschnitt jüngeren und „aktiveren Immigranten und Grenzgänger – scheint ein Ende gesetzt zu sein, insofern als Luxemburg derzeit noch einen hohen Anteil vor allem an ausländischen Beitragszahlern und relativ wenigen ausländischen Benutzern der Versicherungen hat (Pensions-Regime, Krankenkassen und Pflegeversicherung), während die derzeitigen Zahler im Laufe der nächsten Jahre zu Benutzern werden und der Anteil an ausländischen Benutzern in der Zukunft kaum mehr so niedrig sein wird wie es jetzt der Fall ist (OECD, 2008).

Bibliographie

Adelanto, J. Calderon, C. (2006) 'Globalization and the welfare state: the same strategies for similar problems?', *Journal of European Social Policy* 15 (4): 374–86.

Ametepé, F., Hartmann-Hirsch, C. (2008) *Do Immigrants or natives use or 'abuse' more social assistance in Luxembourg?*
<http://www.migrationdrc.org/news/reports/migration&socialprotection/Abstracts%20combined.pdf>

Arbed (sans année): Un demi siècle d'histoire industrielle, 1911 – 1964. Luxembourg.

Beveridge, W. (1942): *The Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services*. London.

Blossfeld, H.-P./Buchholz, S./Hofäcker, D. (2006): *Globalization, Uncertainty and Late Careers in Society*. London/New York.

Bommes, M./Halfmann, J. (1998): *Migration in nationalen Wohlfahrtsstaaten. Theoretische und vergleichende Untersuchungen*. Osnabrück.

Bouget, D. (2003): *Convergence in the Social Welfare Systems in Europe: From Goal to reality*. In: *Social Policy and Administration*, 37(6): 674 – 693.

Cichon, A. 2007, *Alternative financing of social security benefits in Luxembourg and in Europe: the options in Bulletin luxembourgeois des questions sociales*, vol 21: 34 – 45.

Clément, F., 2009 et 2009a, *La notion de néo-corporatisme: théorie et applications au modèle luxembourgeois de relations professionnelles (1er et 2ème partie)* in *Gouvernance & Emploi*, n. 5 et 6, Differdange: CEPS/INSTEAD.

Cordeiro, A. (1976): *Immigration – Luxembourg 1975. Aspects économiques, historiques et sociologiques*. Luxembourg.

Dulong, R. (1978): *Les régions, l'Etat et la société*. Paris.

Esping-Andersen, G. (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge/Oxford.

Esping-Andersen, G., 1999, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford: Oxford University Press,

Ette, A. and Faist, T. 2007, The Europeanization of National Policies and Politics of Immigration: research Questions and Concepts in Ette and Faist (ed.) *The Europeanization of National Policies and Politics of Immigration*, New York: Palgrave (273 p.):

Ferrera, M., 1996, The Southern Model of Welfare in Social Europe, in *Journal of European Social Policy*, vol 1: 17 – 37.

Ferrera, M. (ed.) 2005, *Welfare State reform in Southern Europe*, London and New York: Routledge, 306p.

Ferrera, M. 1996, A new social contract? The four Social Europes: between Universalism, EUI working papers, European University Institute, 18p.

Genevois, A.-S., Hausman, P., Leduc, K., Zanardelli, M., 2005, La problématique du maintien en activité des travailleurs âgés: bilan et perspectives, Luxembourg: ministère du travail et de l'Emploi, CEPS/INSTEAD, Cahier PSELL n. 149, 149p.

Guibentif, P./Bouget, D. (1997) : Les politiques du revenu minimum dans l'Union Européenne. Lisbonne: Uniao das Mutualidades Portuguesas.

Haag, A., à paraître, Mesure empirique de la flexicurité au Luxembourg, Differdange: CEPS/INSTEAD.

Hartmann-Hirsch, C. and Ametepé, F., 2009, Luxembourg's corporatist-Scandinavian welfare system and incorporation of migrants, for The European Social Model in a Global Perspective, conference ESPANET: <http://soc.kuleuven.be/ceso/impalla/ESPANET/programme/sessions.html>

Hartmann-Hirsch, C. (1989): Der RMG als Zwischenetappe zum Basiseinkommen?. In: *Letzeburger Land*, 16, Luxembourg.

Hartmann-Hirsch, C. (2007): Une libre circulation restreinte pour les personnes âgées à pension modique. In: *Population & Emploi*, 23, Differdange.

Hartmann-Hirsch, C. (2006): L'incapacité de travail, une mesure de maintien à l'emploi aux effets pervers. In: *Population & Emploi*, 19, Differdange.

Hartmann-Hirsch, C. (1992): Les services sociaux au Luxembourg, 1992. Rapport soumis à l'Observatoire de Politiques Nationales de Lutte contre l'exclusion sociale. Luxembourg.

Hirsch, M. (2003): Le 'modèle luxembourgeois' et ses limites. In: *IEEL: Histoire, le présent et l'avenir du modèle luxembourgeois*, Luxembourg: 139-159.

Hoffmann-Nowotny, H-J., 2001, *Das Fremde in der Schweiz*. Zürich: Seismo.

JER (Joint Employment Report) European Commission (2006) *'Indicators for monitoring the Employment. Guidelines. Compendium'*. (annual evaluations of National Action Plans by European Commission).

Katzenstein, P. J. (1984): *Corporatism and Change: Austria, Switzerland, and the politics of industry*. New York.

Kieffer, R, 2008, Le premier pilier de l'assurance pension au Luxembourg, séminaire ALAC

Klenk, T., 2010, Luxemburg in: Klenk, T. / Weyrauch, P. /Haarmann, A. / Nullmeier, F. (ed.) *Abkehr vom Korporatismus?: Der Wandel der Sozialversicherungen im europäischen Vergleich*, Frankfurt/Main: Campus (im Erscheinen).

Leibfried und Pierson, P., 1995, *European Social Policy: Between Fragmentation and Integration*, Washington: Brookings Institutions; 492 p.

Martin, R. / Dierendonck, C. / Meyers, C. / Noesen, M., 2008, **Quelle place pour l'école dans la société luxembourgeoise de demain?** Luxembourg: University of Luxembourg, FLSHASE, EMACS

MISSOC:

http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/missoc_tables_de.htm.

OCDE (1997): *Etudes Economiques de l'OCDE*. Belgique/Luxembourg/Paris.

OCDE (2007): *Les pensions dans les pays de l'OCDE : Panorama des politiques publiques*. Paris.

OCDE (2008): *Etudes économique de l'OCDE*. Luxembourg/Paris.

Pedersen, P. (2005), 'Migration in a Scandinavian Welfare State: the recent Danish Experience?', in Zimmerman, K. F., (ed.) *European migration. What do we know?* Oxford: Oxford University Press: 59-88.

Pierson, P. 1996, The New Politics of the Welfare State in *World Politics* 48 (2), January: 143 – 179.

Sapir, A., 2006, Globalization and the Reform of European Social Models in *Journal of Common Market Studies*, vol 44, n. 44: 369 – 90.

Sapir, A. (2005): Globalisation and the reform of European Social Models. In: Bruegel policybrief, 1: 1-8.

Soysal, Y.N. (1994): *Limits of citizenship. Migrants and Postnational Membership in Europe*. Chicago/London.

TABLE DES MATIÈRES

Commémoration du dixième anniversaire de la loi sur les régimes complémentaires de pension

Jean-Paul WICTOR 3

De l'assurance-maladie à l'assurance santé au Grand-Duché de Luxembourg: pourquoi la création d'une Caisse nationale de santé?

Amélie BECKER 31

L'application des dispositions concernant l'assurance maladie du nouveau règlement 883/2004 (et du nouveau règlement d'application) en matière de coordination des régimes de sécurité sociale

Romain SCHAUL 81

Evolution des recettes et des dépenses de l'assurance maladie entre 1998 et 2008 et perspectives pour l'avenir

Vanessa DI BARTOLOMEO 151

Luxemburgs korporatistisches Wohlfahrtsregime mit universalistischen Strukturen

Claudia HARTMANN-HIRSCH 239