



InSight

SantéSécu

Liebe Leserinnen und Leser,

WAS BIETET INSIGHT SANTÉ SÉCU?

Zahlen, Fakten, News aus dem Sozial- und Gesundheitsministerium.

WARUM? Mehr Einblick, mehr Transparenz und bessere Koordination. Für Wen? Für alle Akteure des luxemburgischen Gesundheitswesens.

LESERMEINUNGEN ERWÜNSCHT?

Unbedingt, bitte per E-Mail: insight.santeseccu@mss.etat.lu

WEITERE WEB-INFORMATIONEN:

www.ms.etat.lu
www.mss.public.lu
www.cns.lu/

INHALT · CONTENU

ROMAIN SCHNEIDER: Dem Sozialwesen eng verbunden. **ARBEITSSTART:** Mit klarem Ja zum Solidarprinzip. **PROGRAMME GOUVERNEMENTAL :** Aperçu sur le volet de la sécurité sociale. **OBEN AUF DER AGENDA:** Prävention und personalisierte Medizin. **LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ :** Regards en arrière et en avant. **PANORAMA DE LA SANTÉ 2013 :** Le Luxembourg en comparaison internationale. **CARTOON:** Gesundheits- und Sozialminister: vorher – nachher.

Romain Schneider: Dem Sozialwesen eng verbunden

Das Sozialministerium hat eine neue Führung. Seit dem 4. Dezember 2013 leitet Romain Schneider die Geschicke des Hauses als Nachfolger von Mars Di Bartolomeo.

Dreifachminister. Dabei ist Romain Schneider nicht nur Minister für soziale Sicherheit. Gleichzeitig übt er die Funktion eines Ministers für Kooperation und humanitäre Belange sowie Sport aus.

Vollblutpolitiker. Das Ministeramt ist für den 52jährigen Vollblutpolitiker nicht neu. Von 2009 bis 2013 war er in der Koalitionsregierung von Christsozialen (CSV) und Sozialisten (LSAP) bereits Minister für Landwirtschaft, Weinbau, ländliche Entwicklung, Sport und beigeordneter Minister für Solidarwirtschaft.

LSAP-Mitglied. 1981 trat Romain Schneider im Alter von 19 Jahren in die LSAP ein. 23 Jahre später wurde er ihr Generalsekretär. 2004 war eine Wendemarke im politischen Leben des Romain Schneider. Damals schaffte er als Bürgermeister von Wiltz für die LSAP den Sprung ins Parlament. Noch im selben Jahr übernahm er den Generalsekretärsposten für seine Partei. Auf dieser Position engagierte er sich fünf Jahre lang für die Belange der LSAP, bis er 2009 dem Ruf in sein erstes Regierungsamt folgte.



Kommunalpolitiker. Seine kommunalpolitische Karriere begann in den 90er Jahren. Damals zog er im Januar 1994 als Mitglied des Gemeinderats in das Gemeindehaus von Wiltz ein. Sechs Jahre später war er bereits Bürgermeister der Nordgemeinde des Großherzogtums. Noch heute fühlt er sich dem örtlichen Fußballclub eng verbunden, mit dem er früher auf höchstem Landesniveau aktiv gekickt hat. Das Fußballspielen ist dem Radfahren gewichen, aber Fußball ist immer noch seine Leidenschaft. Überhaupt fühlt er sich seiner Gemeinde nach wie vor stark verbunden. Das Musikfestival in Wiltz ist für ihn jedes Jahr ein Highlight: „Es bereitet so wunderschön auf den Sommer vor“, erklärt Schneider. Wie voll auch der Terminkalender ist, dieses Ereignis ist fest gesetzt im Jahresablauf.

Das Beste für die Bürger. Vor seinem Wechsel als Abgeordneter ins Parlament war Romain Schneider 24 Jahre für die Arbeitsmarktverwaltung tätig. Davon leitete er 15 Jahre lang die Arbeitsagentur von Wiltz. „Es war eine sehr erfüllende Tätigkeit, Menschen bei der Arbeitsplatzsuche zu helfen“, so Schneider im Rückblick. Aber auch in der Politik gehe es ihm letztendlich darum, das Beste für die Bürger zu erreichen. Diese Motivation sei für ihn wichtiger Antriebsmotor.

(Beatrice Wolter, Redaktion Insight SantéSécu)



Foto: SIP

Sozialminister
Romain Schneider

Arbeitsstart: Mit klarem Ja zum Solidarprinzip

Vier Fragen an Sozialminister Romain Schneider zu seinem neuen Aufgabenfeld.

■ Warum haben Sie das Ministeramt für soziale Sicherheit übernommen und was reizt Sie an der neuen Aufgabe?

Soziale Fragen und das staatliche Sozialwesen sind mir vertraut, habe ich doch 24 Jahre für die Arbeitsmarktverwaltung gearbeitet, davon lange Zeit als Vorsteher einer Arbeitsagentur. Fünf Jahre konnte ich als Mitglied des Parlamentsausschusses für Gesundheit und Soziales die Sozialpolitik des Großherzogtums mit begleiten. Auch als Bürgermeister von Wiltz habe ich soziale Fragen aus direkter Nähe kennengelernt. Ich habe mich stets dem Sozialen verbunden gefühlt, es hat mich von jeher berührt und interessiert. So liegt ein besonderer Reiz für mich darin, als



Minister für soziale Sicherheit meinen Beitrag zu leisten, dass unser solidarisches Sozialsystem langfristig in seiner Qualität nicht nur gesichert ist, sondern sich auch qualitativ weiter entwickelt.

■ **Was sind die ersten Vorhaben neben der Einarbeitung ins neue Aufgabenfeld?**

Nach der Kontaktaufnahme und den Gesprächen mit den Akteuren der Gesundheits- und Sozialpolitik, wird es für mich darum gehen, in den politisch zentralen Bereichen Akzente vorzubereiten. An erster Stelle möchte ich hier die einzelnen Vorhaben der Gesundheitsreform nennen, die wir zu Ende führen werden. Gleichsam gilt es, die Finanzsituation der Gesundheitskasse langfristig zu konsolidieren und auf sichere Pfeiler zu stellen. Beide Aufgabenfelder haben für mich oberste Priorität, damit wir das hohe Qualitätsniveau unserer Gesundheitsversorgung langfristig stabilisieren. Daneben steht – nicht weniger wichtig – die Reform der Pflegeversicherung auf der Agenda. Generell wird es darum gehen, alle Bereiche der sozialen Absicherung zu bilanzieren und analysieren, um positive Finanzrahmen zu schaffen, damit finanzielle Nachhaltigkeit gewährleistet ist.

■ **Gibt es zusätzlich noch Einzelprojekte, die Sie sofort in Angriff nehmen wollen?**

Hier gibt es einige. Zum Beispiel wird es in den nächsten Wochen bereits sehr konkret um die Reform des Contrôle Médical gehen. Seine Aufgaben werden ausgeweitet. Er wird zukünftig stärker beratend tätig werden. Eine Aufstockung des Personals wird dafür unumgänglich sein.

Auch steht das Reclassement – also die Wiedereingliederung von Arbeitern mit reduzierter Arbeitsfähigkeit – bereits auf dem Terminkalender. Ein Gesetzesprojekt wurde hierzu von der vorherigen Regierung eingereicht mit dem Ziel, die Betreuung und Orientierung betroffener Personen zu verbessern. Nun steht auf dem Programm, das Projekt im Parlament zu diskutieren und so schnell wie möglich in geltendes Recht umzuwandeln.

Und auch letzte Reformumsetzungen im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gilt es, in naher Zukunft abzuschließen.

■ **In den Aufgaben von Gesundheits- und Sozialministerium gibt es einige gemeinsame Schnittmengen. Wie werden Sie die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium gestalten?**

Ich strebe unbedingt eine enge Kooperation an und dies nicht nur auf Minister- sondern auch auf Ministeriums- und Verwaltungsebene. Im Bereich der Gesundheit ist



es wichtig, dass alle Akteure eng zusammenarbeiten und die gleichen Ziele verfolgen. Universelle, hochwertige und adäquate Leistungen sind unser Leitbild. Wir dürfen hierbei aber die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems nicht aus dem Blickfeld verlieren. Regelmäßige Treffen sollen dazu beitragen, die Umsetzung des Regierungsprogramms im Bereich Gesundheit und sozialer Absicherung miteinander abzustimmen und systematisch Kosten-Nutzen-Analysen mit in die jeweiligen Entscheidungen einfließen zu lassen.

(Das Interview führte Beatrice Wolter, Redaktion Insight SantéSécu)

Programme gouvernemental : Aperçu sur le volet de la sécurité sociale

Pour les années à venir les défis sont connus.

La participation de l'Etat au financement. Suite au ralentissement de l'activité économique du pays, corrélé à l'évolution de la longévité, la progression des dépenses de sécurité sociale risque de dépasser celle des recettes. Vues les envergures de l'engagement de l'Etat dans ce secteur il s'agit dès lors de consolider la situation financière de l'Etat, afin d'assurer de manière soutenable sa participation au financement des institutions de sécurité sociale.

Les ressources disponibles. Pour préserver le modèle social luxembourgeois, l'universalité, la qualité et l'adéquation des prestations seront maintenues. On devra cependant procéder à une révision de régimes, dans le but d'une meilleure maîtrise de l'évolution des coûts, et d'employer de façon optimale les ressources disponibles. Les démarches seront accompagnées par des consultations systématiques avec l'ensemble des partenaires concernés.

L'assurance pension. Par la loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'assurance pension, un certain nombre de mesures ont été prises en vue de donner une meilleure assise financière au régime d'assurance pension et de le rendre plus flexible. La réforme encourage les assurés à prolonger leur carrière active afin d'aligner la carrière professionnelle à l'évolution de l'espérance de vie. La réforme a amélioré la situation financière du régime à moyen et à long terme en introduisant des mécanismes d'ajustement spécifiques. Le programme gouvernemental prévoit de procéder à une



Foto: stokkete - Fotolia.com

Les démarches seront accompagnées par des consultations systématiques avec l'ensemble des partenaires concernés.



évaluation à mi-temps, ensemble avec les partenaires sociaux, notamment en ce qui concerne la prise en compte du phénomène du vieillissement ou encore de l'assurance individualisée.

La réserve financière. Aussi s'agira-il de revoir la stratégie de placement de la réserve financière de l'assurance-pension, dans un souci d'une optimisation du rendement, d'une diversification des risques et d'une politique d'investissement socialement responsable.

L'extension des régimes complémentaires. Il sera procédé à une révision de la loi sur les pensions complémentaires, régime introduit par la loi du 8 juin 1999. Il est envisagé d'étudier l'extension des régimes complémentaires de pension aux professions libérales et indépendantes, ainsi qu'à certaines catégories de salariés non affiliés à un régime d'entreprise. Le mécanisme à retenir devrait assurer que les principes de base soient les mêmes pour les indépendants, les professions libérales et les salariés concernés.

Réforme du reclassement professionnel. Suite notamment au vieillissement de la main d'œuvre, une croissance soutenue du nombre de personnes bénéficiant d'un reclassement externe, à charge du régime d'assurance pension, est à attendre au cours de la prochaine décennie. Ainsi il y a lieu de procéder rapidement à une mise en vigueur de la réforme du reclassement professionnel.

Le projet de loi introduit dans la procédure législative en date du 14 mars 2013 vise à accélérer les procédures et admet une nouvelle voie d'accès ouverte en matière de reclassement interne. Afin de mieux protéger le salarié en procédure de reclassement professionnel externe, le projet de loi introduit un statut spécifique qui lui garantit le maintien des droits liés à la décision de reclassement professionnel.

Le projet de loi introduit une réévaluation périodique par le médecin du travail, visant un meilleur suivi des capacités de travail de la personne en reclassement professionnel. Le projet de loi prévoit une indemnité professionnelle d'attente assujettie à cotisations, en prolongement du droit aux prestations de chômage.

L'association d'assurance accident (AAA). En vue d'inciter les employeurs d'investir davantage dans la prévention des accidents, ainsi que dans la sécurité et la santé au travail, la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'AAA prévoit que le taux de cotisation unique applicable dans le cadre de l'AAA pourra être diminué ou augmenté, au maximum jusqu'à concurrence de cinquante pour cent.

Le programme gouvernemental propose d'introduire un système de bonus-malus basé sur des classes de risques dans lesquelles les performances en matière de sécurité et de



santé au travail d'une entreprise sont comparées à celles d'autres entreprises confrontées aux mêmes risques et faisant partie de branches d'activités similaires.

L'assurance maladie-maternité. La période législative précédente a été marquée pour l'assurance maladie-maternité par la réforme du système de soins de santé (loi du 17 décembre 2010). S'il faut admettre que la réforme a été une étape importante pour répondre aux effets de la crise financière et économique, elle n'a néanmoins jusqu'à présent pas pu réajuster les mécanismes fondamentaux du système de soins de santé, mis en place par la réforme de 1992.

Bien que la réforme ait posé les bases de certaines mesures structurelles, il faut constater que certains chantiers majeurs n'ont pas pu aboutir. Ainsi, à législation constante et vu le contexte macro-économique actuel, il faut s'attendre à ce que l'assurance maladie-maternité se trouve au plus tard en 2015 dans une situation comparable à celle de 2009 respectivement 2010, où il fallait recourir à des mesures financières incisives.

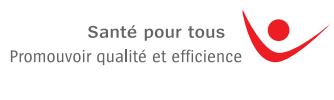
Le Gouvernement s'apprête dès lors à respecter une trajectoire des dépenses de l'assurance maladie-maternité en ligne avec la croissance économique du pays, en respect avec la norme budgétaire fixée dans le projet de loi sur la gouvernance des finances publiques, déposé le 27 juillet 2013.

La maîtrise de l'évolution annuelle des dépenses sera conditionnée par une approche coordonnée de tous les acteurs et portant sur l'offre et la demande de soins ou encore le périmètre de prise en charge. Aussi le programme gouvernemental préconise l'introduction d'une tarification à l'activité et la révision des nomenclatures.

Tout en sachant que ces réformes ne seront pas réalisables du jour au lendemain, le programme gouvernemental prévoit des mesures immédiates, telles que le gel des valeurs des lettres-clés ou encore le maintien du principe de l'enveloppe budgétaire pour les hôpitaux.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale. Le programme gouvernemental vise à moderniser les dispositions relatives au Contrôle médical de la sécurité sociale afin de tenir compte des changements intervenus tant au niveau législatif que dans la pratique depuis la création de cette administration.

La réforme permettra au Contrôle médical de mieux cibler les activités de contrôle et de conseil. Ces mesures apporteront, à côté de certaines adaptations au niveau de la Mutualité des employeurs et des prestations en nature, un meilleur suivi pour l'assurance maladie-maternité des cas de maladie de longue durée. Aussi la réforme permettra au Contrôle médical d'aiguiller l'assuré avec davantage d'efficacité vers le système de prise en charge le mieux adapté à sa situation individuelle.



La réforme du système de soins de santé a été une étape importante pour répondre aux effets de la crise financière et économique.



Aussi l'instruction en temps utile d'une procédure de reclassement professionnel, de mise en invalidité ou de déclaration d'aptitude au travail éviteront la prise en charge d'une indemnité pécuniaire à long terme s'étendant parfois jusqu'à la fin du droit de 52 semaines à cause de procédures excessivement longues.

L'assurance dépendance. Introduite en 1999 comme nouvelle branche de la sécurité sociale, l'assurance dépendance a rencontré un franc succès. Cependant, un bilan établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale, en collaboration avec la Cellule d'évaluation et d'orientation et la Caisse nationale de santé en 2013 montre clairement que sous les conditions actuelles, l'équilibre financier de l'assurance dépendance ne peut être garanti que jusqu'en 2015, et donc que sa viabilité à long terme n'est pas assurée. Ce constat illustre la nécessité et l'urgence d'une réforme, dont un objectif prioritaire doit être de freiner l'augmentation des coûts des prestations, tout en maintenant la qualité des soins.

Ainsi il est nécessaire d'évaluer certaines prestations par rapport à leur finalité, leur efficacité et le volume, ainsi que par rapport aux objectifs recherchés par l'assurance dépendance, et de proposer des adaptations ponctuelles si nécessaires.

La priorité étant de freiner l'augmentation des coûts des prestations, il convient de détecter des potentiels d'économies, tout en maintenant le niveau et la qualité des soins, et en respectant les principes fondamentaux de l'assurance dépendance.

Des pistes à exploiter sont notamment la révision de l'évaluation du degré de dépendance, l'amélioration de l'information relative aux soins fournis, l'introduction d'échanges systématiques et structurés des informations, l'évaluation du champ d'intervention dans les activités de soutien, l'analyse critique des prestations relatives aux aides techniques et aux adaptations de logement, la concordance approfondie entre la prestation et le service couvert, l'alignement renforcé des acteurs, y inclus la planification de structures et l'agrément des activités, et la révision de la méthodologie de détermination des valeurs monétaires.

Cellule d'évaluation et d'orientation. De même, après plusieurs années de fonctionnement, la Cellule d'évaluation et d'orientation se trouve dotée d'une structure interne solide. Par conséquent son rattachement à l'Inspection générale de la sécurité sociale n'est plus nécessaire et il est prévu de transformer la Cellule dans une institution de sécurité sociale à part entière.

Les missions de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Le Gouvernement procédera à une reformulation des missions de l'Inspection générale de la sécurité sociale, créée en 1974. Il s'agira d'adapter les missions à l'évolution des politiques sociales et des activités qui en découlent.



Alors que dans le passé le contrôle des institutions de sécurité sociale se limitait à un contrôle comptable, l'Inspection développe de plus en plus une approche d'audit interne. Cette approche est en ligne avec les développements au sein de l'administration publique d'autres pays.

Au lieu de produire exclusivement des statistiques agrégées, l'Inspection implémente un « centre de données de recherche » dans le but de rendre accessibles en interne et en externe à des administrations ou instituts de recherche des microdonnées pour la réalisation d'études ou de projets de recherches sur la réalité socio-économique au Luxembourg.

En vue de l'élaboration d'études et d'analyses des réformes de politiques sociales, l'Inspection recourt à divers modèles de projection (de macro- et de microsimulation) élaborés en interne ou en collaboration avec des institutions de recherche nationales et internationales.

(Tom Dominique, Premier Conseiller de Gouvernement, Ministère de la Sécurité sociale)

■ Liens utiles:

Le texte du programme gouvernemental peut être consulté sur le site :
<http://www.gouvernement.lu/3322796/Programme-gouvernemental.pdf>

Le bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'assurance dépendance peut être consulté sur le site :
http://www.mss.public.lu/publications/dependance/rapport_dependance/index.html



Foto: SIP

Gesundheitsministerin
Lydia Mutsch

Oben auf der Agenda: Prävention und personalisierte Medizin

Prävention spielt eine immer wichtigere Rolle im Rahmen der Kostenminderung, so Gesundheitsministerin Lydia Mutsch im Interview mit InSight SantéSécu.

- Als langjährige Vorsitzende des parlamentarischen Gesundheitsausschusses haben Sie bereits einen Überblick über die relevanten Fragen gewinnen können, die Sie im Gesundheitsministerium erwarten. Welche Hauptakzente werden Sie in naher Zukunft setzen?

Ich möchte die Gesundheitspolitik der neuen Regierung auf der Grundlage von Ansatzpunkten gestalten, die zum Teil bereits von meinem Vorgänger angedacht und definiert wurden. Es muss nicht alles neu erfunden werden. Wichtig ist, dass die



zukünftigen Initiativen konsequent auf ihre Effizienz hin überprüft werden. Verschiedene Automatismen haben in dem heutigen Umfeld keine Daseinsberechtigung mehr. Die einzelnen Akteure des Gesundheitssystems müssen aktiv vernetzt und verstärkt mit zur Verantwortung gezogen werden, damit die Grundprinzipien unseres Gesundheitswesens – unter anderen der universelle Zugang zu hochwertigen Gesundheitsleistungen – weiterhin aufrechterhalten werden können. Prävention spielt eine immer wichtigere Rolle im Rahmen der Kostenminderung; zu der öffentlichen Akzeptanz dieser Erkenntnis hat die vorherige Regierung ja auch schon viel beigetragen. Den gesellschaftlichen Änderungen – demographischer Alterungsprozess, neue Technologien im Gesundheitsbereich und Einfluss der globalen Wirtschaftskrise auf unsere Gesundheitskasse – muss in allen unseren Überlegungen Rechnung getragen werden. Nur so können langfristige Lösungsansätze gefunden werden.

Auf dem legislativen Plan möchte ich vorrangig die Umsetzung der EU-Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und die Annahme des daran gekoppelten Patientenrechtgesetzes erzielen. Beide Texte können extrem viel zu unseren Bemühungen beitragen, um unseren Patienten Zugang zu einem System mit reellem Mehrwert zuzusichern.

Eine andere Priorität ist ohne Zweifel das Krankenhausgesetz und der Krankenhausplan. In diesem sehr weitgefächerten und komplexen Dossier möchte ich ausdrücklich den Minister für Soziale Sicherheit Romain Schneider mit einbinden, erste Gespräche in diesem Sinne haben bereits stattgefunden. Medizinische Dokumentation, neues Tarifikationsmodell, Förderung der ambulanten Versorgung, Abteilungsnormen usw. sind Themen, mit denen wir uns gemeinsam auseinandersetzen werden.

Zum Schluss möchte ich noch unterstreichen, dass mir die personalisierte Medizin und die Forschung im Gebiet der Biomedizin sehr am Herzen liegen. In diesen Themen werde ich eng mit den betroffenen Ministerien zusammenarbeiten, um den Standort Luxemburg in diesem innovativen Bereich über die Grenzen hinaus zu fördern und die Forschung im Gesundheitswesen zum Wohl der Patienten und im Sinne einer besseren Diagnostik aktiv zu begleiten.

- **Das Regierungsprogramm besagt, dass die Gesundheitsreform aus dem Jahr 2010 fortgeführt werden soll. Die Reform hat erste Schritte eingeleitet, um das luxemburgische Gesundheitswesen auf seinem hohen Niveau auch zukünftig finanzierbar zu halten, denn die finanzielle Lage der Gesundheitskasse ist nach wie vor sehr angespannt. Der Beschäftigungszuwachs liegt aktuell unter zwei Prozent, so dass auch über die Beitragszahlungen keine nennenswerte Entlas-**



tung zu erwarten ist. Welche Steuermöglichkeiten sehen Sie, die Finanzierung langfristig ohne Qualitätseinbuße abzusichern?

Die Gesundheitsreform war notwendig, nicht nur um die Gesundheitsdienstleister dazu zu bringen, ihre Aktivitäten besser zu koordinieren, sondern auch, um uns in die Lage zu versetzen, eine Antwort auf die neuen finanziellen Herausforderungen zu finden. Die Dynamik, die bereits aus der Reform entstanden ist, wird ohne Zweifel hilfreich sein, um Langzeitstrategien auszuarbeiten, die effizientere patientenorientierte Investitionen durch ein Zusammenspiel der verschiedenen Akteure des Gesundheitssystems ermöglichen werden.

Prävention spielt wie schon erwähnt, eine extrem wichtige Rolle, das geht auch aus den Überlegungen auf EU-Ebene hervor. Wir können in diesem Bereich viel von unseren Nachbarländern lernen. Prävention wird besonders gefördert durch die neuen Aufgaben, die dem Hausarzt in seiner Funktion als Referenzarzt durch die Reform zugeschrieben wurden. Ich erwarte mir hiervon besonders gute Resultate und werde diesen Ansatz gezielt zusammen mit Minister Schneider und den eingebundenen Sozialpartnern vorantreiben.

Die dauerhafte Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens ist natürlich auch abhängig von ergänzenden Sparmaßnahmen. Die neue Regierung hat allen ministeriellen Ressorts ein Sparziel von zehn Prozent auferlegt. Als Gesundheitsministerin habe ich jedoch nicht in allen Bereichen genügend Spielraum. Nehmen wir als Beispiel den konventionierten Sektor, den viele unserer Aufgaben betreffen. Hier geht es vorrangig um obdachlose und mittellose Menschen. Dieser Sektor wird von Vereinigungen ohne Gewinnerzielungsabsicht (sogenannte ASBLs) betrieben, bei denen Personalkosten ungefähr 80 Prozent ausmachen. Ich werde dafür Sorge tragen, dass dieser Sektor nicht durch ungezielte Sparmaßnahmen geschwächt wird.

■ **Zentraler Punkt der Gesundheitsreform war auch die Ausgestaltung des Krankenhaussektors durch einen neuen Spitalplan. Wie schätzen Sie die Dringlichkeit ein, die gesetzliche Basis (loi hospitalière) so zu verstärken, dass die Krankenhausplanung gemäß Spitalplan voranschreiten kann?**

Der Vorentwurf einer großherzoglichen Verordnung zur Gestaltung eines neuen Spitalplans wurde bereits ausgearbeitet und am 11. Oktober 2013 der „commission permanente pour le secteur hospitalier“ zur Beratung vorgelegt. Dieser Ausschuss kam unter anderem zum Entschluss, dass eine stärkere Steuerung und Kontrolle bei der Verteilung der medizinischen Klinikdienste an die verschiedenen Krankenhäuser not-



wendig ist. Ich möchte klarstellen, dass das Krankenhausgesetz es heute schon ermöglicht, aktivitätsbezogene, organisatorische und funktionelle Normen im Sinne einer objektiveren Verteilung der verschiedenen medizinischen Klinikdienste durch großherzogliche Verordnung festzulegen. Der Vorentwurf des Spitalplans hält zum ersten Mal klare Definitionen aller medizinischen Klinikdienste fest, die schon teilweise solche Normen beinhalten. Es gilt jedoch, diese Normen weiter auszuarbeiten und in großherzoglichen Verordnungen weiterhin zu detaillieren, auch wenn die Ausarbeitung solcher Normen sicherlich keine leichte Aufgabe darstellt.

Der Spitalplan ist auch ein Planungsinstrument, das verschiedene neue Angebote im Spitalwesen schaffen wird wie etwa den Ausbau der ambulanten Chirurgie. Solche Angebote müssen durch finanzielle Anreize und eine Anpassung der Nomenklatur begleitet werden, damit sie effizient genutzt werden können. Sicherlich fügt sich der Spitalplan jedoch auch in das gesamte Gefüge der Krankenhausorganisation ein, sodass auch punktuelle Anpassungen des Spitalgesetzes nötig sind, um die Kontrolle und die Einhaltung aller gesetzlichen Rahmenbestimmungen durch die Krankenhäuser zu gewährleisten.

Mir ist es wichtig, dass diese verschiedenen Ansatzpunkte und Überlegungen konkret umgesetzt und dort Anpassungen vorgenommen werden, wo das Regierungsprogramm dies für notwendig erklärt hat.

■ **Ihr Vorgänger Mars Di Bartolomeo hat neben dem Gesundheitsministerium auch das Sozialministerium geleitet. Beide Ministerien sind in ihrem Aufgabenbereich sehr eng miteinander verzahnt, so beispielsweise auch in Bezug auf die Nomenklatur. Sie liegt laut Gesetz in der Zuständigkeit von Gesundheits- und Sozialministerium. Haben Sie Pläne, wie Sie die Kooperation mit dem Sozialministerium auch in diesem speziellen Fall gestalten werden?**

Eine enge Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialministerium ist allgemein wichtig und heute umso mehr, da beide Ressorts nicht mehr einem einzigen Minister unterliegen. Dies gilt nicht nur für das Thema Nomenklatur, sondern auch für alle anderen übergreifenden Dossiers, und deren gibt es einige! Diese Dossiers werden wir im Rahmen einer interministeriellen Arbeitsgruppe, die bereits tagte, behandeln. Vor Ende Februar werden wir uns unter anderem ausführlich darüber austauschen, wie wir die Nomenklatur am besten auf Vordermann bringen können.

■ **Einmal im Frühsommer hat das Gesundheitsministerium in den letzten Jahren den nationalen Gesundheitstag (Journée Santé) veranstaltet. Werden Sie diese Routine fortführen und wenn ja, gibt es schon ein Thema?**



Diese Initiative war sicherlich eine gute Idee, denn sie hat alle tragenden Akteure zusammengebracht und einen regen Austausch zu aktuellen Themen erlaubt. Ich muss Ihnen aber gestehen, dass ich mir konkret zu diesem Thema zum heutigen Zeitpunkt noch keine Gedanken machen konnte. Ich werde in den kommenden Wochen hierzu eine Entscheidung treffen.

(Redaktion Insight SantéSécu)

La réforme du système de soins de santé: Regards en arrière et en avant

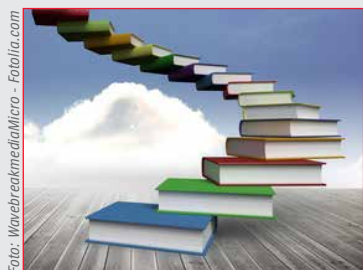
La dernière période législative a été marquée par la réforme du système de soins de santé entérinée par la loi du 17 décembre 2010. Trois ans après son entrée en vigueur, on peut tirer un bilan de l'action menée et jeter un regard sur les prochaines étapes. Quelques réflexions du Président de la Caisse nationale de santé, Paul Schmit.

La réforme doit être considérée sous l'angle du contexte politique, économique et social donné. Ainsi il a été assuré de ne pas prendre, à l'instar d'autres pays, des mesures trop radicales et de mettre en péril des fondements globalement positifs du système de soins de santé. Pour certains volets certes elle était trop ambitieuse, tandis que pour d'autres elle n'est pas allée assez loin. Pourtant il faut reconnaître que c'est une des réformes annoncées au cours de la dernière période législative qui a réellement abouti. C'était aussi la première réforme structurelle dans le domaine de la santé depuis presque 20 ans et aussi la première fois que les prestataires ont été mis à contribution.

Trois constats principaux. Les effets de la réforme peuvent se résumer à trois constats principaux :

- **Cadre financier** : Grâce aux mesures financières retenues, il a été possible de générer sur toute la durée de la période législative et dans le contexte d'une crise économique, une marge financière solide, générée principalement par des mises à contribution des assurés et à moindre niveau des prestataires ;

- **Réformes structurelles** : Censées continuer l'action par des mesures ciblant le fonctionnement du système de soins de santé, elles devaient contribuer à réaliser une limitation substantielle et durable de la croissance des dépenses et à atteindre une



Quelles seront les prochaines étapes?



plus grande transparence et une meilleure gouvernance du système. Bien que certaines mesures aient été transposées (enveloppe budgétaire globale pour le secteur hospitalier, médecin référent, tiers payant social, agence e-santé, ...), dont l'efficacité et la pérennité doivent d'ailleurs encore se confirmer dans le futur, il faut constater que la continuation et la mise en œuvre de la réforme à ce niveau ont été insatisfaisantes, notamment en ce qui concerne le plan hospitalier, la réforme des nomenclatures et de la tarification, la qualité de la documentation des prestations etc. ;

■ **Modèle conventionnel** : la réforme n'a pas mis en question les bases du système en place depuis 1992, notamment la relation conventionnelle obligatoire avec les prestataires de soins et plus spécifiquement le corps médical ; il avait aussi été retenu au cours du processus de donner une chance à ce modèle conventionnel en chargeant l'AMMD et la CNS de réviser certains aspects essentiels de leur réunion contractuelle. Bien que ce processus soit toujours en cours, il faut néanmoins constater les difficultés substantielles à négocier un accord conciliant les attentes du pouvoir politique, du corps médical et des deux partenaires sociaux. Même si ces démarches aboutissaient, elles ne pourraient néanmoins guère répondre à l'ensemble des défis posés.

Toutefois, la réforme n'a pas pu, quant à sa conception et par sa mise en œuvre, répondre aux priorités définies. Cela concerne notamment les éléments centraux et les défis prioritaires du système. L'estimation actuelle du solde des opérations courantes affiche pour les exercices 2013 à 2015 une situation légèrement excédentaire. Suite à la reconstitution progressive de la réserve minimale légale, le résultat de l'exercice est déficitaire entre 2013 et 2015. A noter que, l'estimation actuelle se base sur l'ancienne méthode de provisionnement et n'intègre pas encore ladite « dette » envers les institutions de sécurité sociale étrangères. Etant donné que le résultat de l'exercice est négatif à partir de 2013, le budget de l'assurance maladie-maternité devra être rééquilibré par le biais des réserves constituées.

Le nouveau gouvernement a prévu un agenda ambitieux tant pour le pays dans sa globalité, que plus particulièrement dans le domaine de la santé resp. de l'assurance maladie-maternité. Le cadre donné ne permet que d'évoquer brièvement les sujets pouvant marquer cette nouvelle période législative ou représenter un risque financier ou politique substantiel. On peut cependant citer l'intégration de la directive dite de soins de santé transfrontaliers, l'introduction d'une tarification à l'activité dans le secteur hospitalier, la révision des nomenclatures et plus spécialement celle du corps médical, la réforme du Contrôle médical de la sécurité sociale, les négociations conventionnelles avec les médecins et, en cas d'échec, les règlements grand-ducaux à prendre, la renégociation du dispositif du médecin référent, le démarrage du Dossier de soins partagé (DSP) et de l'agence e-Santé, la modernisation de l'administration de la CNS



et le développement des échanges électroniques avec les prestataires, le changement de la méthode de provisionnement des dépenses de l'assurance maladie-maternité, ..., sans parler des projets plus spécifiques de santé publique du ministère de la Santé, dont l'intérêt n'est pas à mettre en question, mais qui comprennent aussi des risques d'élargissement et d'éparpillement de l'offre et des surcoûts correspondants. Sans oublier la réforme de l'assurance dépendance, qui présente de multiples interfaçages avec le domaine de l'assurance maladie.

Au niveau des finances globales, l'assurance maladie-maternité représente 5,2% du PIB en 2013. C'est donc une part substantielle du PIB et une charge financière conséquente pour l'Etat. Ainsi en 2012, le poids des dépenses nettes de l'assurance maladie et de l'assurance dépendance atteignait 14,3% du total des administrations publiques. Si l'objectif était de stabiliser le taux de croissance annuel des dépenses qui est actuellement toujours au-dessus de 4-5%, il faut une ligne politique coordonnée des ministères de la Santé et de la Sécurité sociale afin de consolider et de limiter l'offre de soins ainsi que les charges en découlant.

Le secteur hospitalier. Une importance particulière revient dans ce contexte, à la législation hospitalière et au plan hospitalier. La Commission permanente pour le secteur hospitalier (CPH) avait recommandé de revoir le projet lui soumis sur base des orientations du nouveau gouvernement. Cette démarche est indispensable et prioritaire pour encadrer les nouveaux projets de construction et de mutualisations, les fusions prévues ou indiquées, la répartition et la structuration de l'offre hospitalière, la fixation et redistribution de l'enveloppe budgétaire globale pour les exercices 2015 et 2016...

Révision de certaines mesures législatives. Il semble ainsi indiqué, de cadrer et de préciser cette volonté politique par une révision de certaines mesures législatives correspondantes. En outre, il s'agirait d'y intégrer des mesures d'économies adaptées ou des modalités techniques et financières devant accompagner la transition vers un système de tarification à l'activité et vers de nouvelles nomenclatures. Ces mesures législatives devraient être bien ciblées et probablement encore être lancées voire prises au cours de l'exercice 2014.

Définir les orientations concrètes. Les ambitions et les attentes sont donc grandes, et il appartient au gouvernement, resp. aux ministres en charge, de définir les orientations concrètes et réalistes et prendre les décisions indiquées et réalisables, ou répondant au principe de « l'utile et nécessaire » de l'assurance maladie-maternité. Une simple réédition soit des discussions et concertations conceptuelles de la période



Foto: bhvdane - Fotolia.com

L'assurance maladie-maternité représente une part substantielle du PIB.



2004-2009, soit de la réforme de 2010 ne suffira probablement pas. La réinjection de nouveaux fonds ou la recherche de nouvelles sources de financement, à condition de les trouver quelque part, ou encore la concentration sur des mesures plus symboliques ou secondaires, ne pourront pas servir de prétexte pour contourner les questions de fond auxquelles nous devons tôt ou tard, comme tous les autres pays européens, faire face.

Il me reste à souhaiter aux deux ministres courage, doigté, persévérance et confiance, et naturellement une bonne collaboration entre les départements et avec les différents institutions et organismes, qui restent motivés pour s'attaquer avec eux aux chantiers prioritaires.

(Paul Schmit, Président de la CNS)



Pour le Luxembourg l'analyse montre des résultats contrastés.

Panorama de la Santé 2013 : Le Luxembourg en comparaison internationale

Le Panorama de la santé 2013 a été publié fin novembre 2013 par l'OCDE.

Avec un éditorial qui titre « De la croissance des dépenses à la croissance de la productivité dans le secteur de la santé », l'OCDE résume les préoccupations de ses pays-membres, face aux difficultés de financement grandissantes des dépenses publiques de santé.

L'éditorial mentionne par ailleurs que la plupart des pays-membres de l'OCDE ont réduit les dépenses de santé, que l'effet de la crise sur les indicateurs de santé est contrasté avec un certain nombre d'effets négatifs, mais pas uniquement, et que dans tous les pays les efforts convergent vers des dépenses de santé abordables et viables.

Pour le Luxembourg l'analyse des indicateurs de l'OCDE montre également des résultats contrastés, avec de bonnes performances, mais aussi de moins bonnes.

On va regarder de plus près les indicateurs mis en évidence dans le résumé de la brochure. :

« L'espérance de vie dans les pays de l'OCDE augmente, mais le poids des maladies chroniques aussi »



La consommation de médicaments contre l'hypertension a doublé entre 2000 et 2011 pour bon nombre de pays, tandis qu'elle a triplé au Luxembourg. Pour la même période la consommation d'antidiabétiques a doublé chez nous et se situe au-dessus de la moyenne OCDE.

« Le nombre de médecins par habitant a augmenté dans la plupart des pays, mais les spécialistes sont deux fois plus nombreux que les généralistes »

30% généralistes. Au Luxembourg on compte en 2011 pour 100 médecins seulement 30 généralistes contre 70 spécialistes (sans les dentistes). On rejoint ainsi la moyenne des pays de l'OCDE. Pour nos pays voisins on note cependant un taux de médecins généralistes de 38% pour la Belgique, de 42% pour l'Allemagne et de 47% pour la France. Dans son analyse, l'OCDE retient que les facteurs les plus pertinents pour expliquer ces disparités sont les incitants financiers, mais aussi les conditions d'exercice.

« Des hospitalisations plus courtes et le recours croissant aux médicaments génériques contribuent à la maîtrise des coûts, mais les variations importantes des pratiques médicales semblent indiquer certains abus »

Marché de génériques peu développé. Si avec 8,8 jours, la durée moyenne d'hospitalisation en 2011 se situe seulement légèrement au-dessus de la moyenne de l'OCDE (8,0), on constate des écarts significatifs avec les autres pays OCDE pour la part (en valeur) des génériques dans le marché pharmaceutique. Ici le Luxembourg se retrouve en dernière position avec seulement 3% (en valeur), contre une moyenne OCDE de 19% et des valeurs affichées de 12% pour la France, de 28% pour le Royaume-Uni et de 35% pour l'Allemagne.

Quant aux pratiques médicales, le classement du Luxembourg dans certains domaines doit nous interpeller :

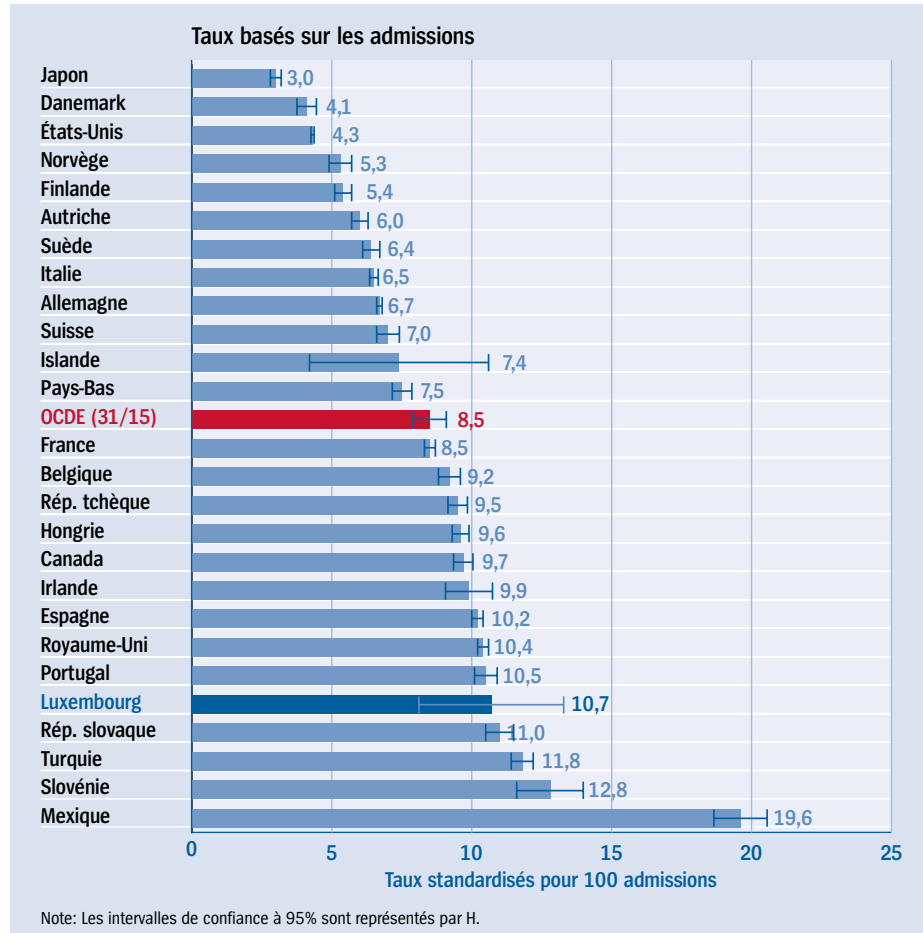
- Ainsi pour le nombre d'exams d'IRM on est classé dans le top 5, avec 81 exams/1000 habitants. La moyenne OCDE est de 55/1000. Pour les exams CT scanners on atteint même le 3e rang avec 199 exams/1000 habitants pour une moyenne OCDE de 131.
- Pour les chirurgies du remplacement de la hanche et du genou, le Luxembourg se situe nettement au-dessus de la moyenne OCDE, alors que le taux de sa population âgée de 65+ est largement inférieur à la plupart des pays européens.



« La qualité des soins intensifs et des soins primaires s'est améliorée dans la plupart des pays, mais des progrès restent possibles »

Comparer la qualité des soins. Malheureusement l'état actuel de la documentation médicale hospitalière au Luxembourg, restreint la possibilité de comparer la qualité des soins à un niveau international. Ainsi le manque de granularité des données disponibles au niveau national, ne permet pas de produire certains indicateurs comme les complications chirurgicales, les traumatismes obstétricaux, les admissions évitables de malades chroniques notamment, ou la surmortalité due aux troubles mentaux. Dans d'autres domaines, nos scores sont médiocres, comme pour la mortalité après un infarctus du myocarde, voire inquiétants en ce qui concerne la mortalité après une hospitalisation pour un accident vasculaire cérébral.

Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours après une admission pour AVC ischémique parmi la population âgée de 45 ans et plus, 2011 (ou année la plus proche)





« Presque tous les pays de l'OCDE sont parvenus à une couverture d'assurance maladie universelle, mais la couverture et le degré de protection sont variables »

Un bon point pour le Luxembourg : la couverture pour un ensemble de services définis est garantie au niveau national par le régime public obligatoire. En conséquence le recours à l'assurance maladie privée complémentaire est moins important que dans d'autres pays.

La participation des ménages aux frais médicaux est également faible en comparaison aux autres pays de l'OCDE et se situe nettement en-dessous de la moyenne. L'OCDE rend toutefois attentif à la fragilité de cet indicateur, car la plupart des pays ont du mal à évaluer les dépenses de santé à charge des patients.

« Le vieillissement de la population accroît la demande de soins de longue durée et pèse sur les dépenses publiques, malgré les soins informels »

Taux de dépendance. En 2011 on comptait au Luxembourg pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus, 13 personnes en soins de longue durée. La moyenne OCDE se situait à 12,7%, tandis que les taux allemands et français atteignaient respectivement 11,7% et 11,2%.

Personnes soignées au domicile. On note aussi que le taux des personnes dépendantes soignées au domicile est moins élevé au Luxembourg, que dans la plupart des pays de l'OCDE. En 2011, il se situe chez nous à 59,2% contre 66,6% en Allemagne. On constate toutefois pour le Luxembourg entre 2000 et 2011, une hausse significative du maintien à domicile de 7,2 points. Cette amélioration peut être attribuée à l'introduction de l'assurance dépendance dont un des objectifs concernait justement le maintien à domicile des personnes dépendantes.

Malgré une population relativement jeune dont seulement 8% est âgée de plus de 80 ans (contre 15% pour l'Allemagne), les indicateurs montrent que le poids des charges liées à la dépendance et aux soins de longue durée est plus important chez nous que dans d'autres pays.

Conclusion : Si le Luxembourg dispose d'un système de santé basé sur la solidarité et l'accès équitable aux soins pour tous, et d'une population relativement jeune avec logiquement un taux de morbidité moins important, son système montre aussi des faiblesses notamment en ce qui concerne la transparence et l'efficacité.

Ainsi la consommation de médicaments ou encore certaines pratiques médicales s'expliquent mal en fonction des caractéristiques de la population en termes d'âge et de



morbidité et mériteraient des études plus poussées.

L'accès aux soins primaires passe en grande partie par les hôpitaux et les médecins spécialisés, ce qui ne facilite pas la prise en charge intégrée des patients âgés et chroniques tout en alourdissant le financement des soins.

Certains indicateurs comme celui concernant la mortalité liée à l'AVC, semblent montrer des carences dans l'organisation des services d'urgences et un manque de prise en charge adéquate des patients concernés.

Bon nombre des indicateurs analysés vont donc étayer la position du Gouvernement, qui déclare entre autres, dans son programme d'action, vouloir :

- Donner la priorité aux soins primaires
- Garantir la qualité des soins
- Responsabiliser les acteurs du système de santé
- Tenir compte des ressources disponibles

(Marianne Scholl, IGSS)

■ Le lien vers la publication de l'OCDE (version française et version anglaise) :

OCDE (2013), *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr

<http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

Impressum

Herausgeber
Inspection générale de la sécurité sociale

Verantwortlich
Raymond Wagener, Direktor

Beauftragter des Herausgebers
KomPart Verlagsgesellschaft
mbH & Co. KG Bonn

Redaktion
Dr. phil. Beatrice Wolter (KomPart);
Ministère de la Sécurité Sociale,
Ministère de la Santé;
E-Mail: insight.santesecu@mss.etat.lu



Gesundheits- und Sozialminister: vorher – nachher