



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.santeseclu@mss.etat.lu

WEITERE WEB-INFORMATIONEN:

www.ms.etat.lu
www.mss.public.lu

INHALT - CONTENU

PATIENT IM KRANKENHAUS – zu welchem Kostenpunkt? **QUADRIPARTITE**: Finanzierung der Krankenversorgung und Prävention. **IGSS SEIT 1974**: Aufgabenspektrum ist stark erweitert. **40 JAHRE IGSS**: Und was kommt jetzt? **DIE LEITUNG DER IGSS**: Drei Direktoren seit 1974. **SOZIALVERSICHERUNGSZENTRUM**: Vor 40 Jahren gegründet. **L'IGSS EXPLORE ET EXPLOITE LES SOURCES ADMINISTRATIVES** pour analyser le système socio-fiscal. **OECD**: Sozialindikatoren veröffentlicht. **PUBLIKATIONSHINWEIS**: Krankenhausfusionen in Frankreich. **BECK-CARTOON**: Der Trend geht zur Gemeinschaftspraxis.

Patient im Krankenhaus – zu welchem Kostenpunkt?

Was kostet die stationäre Behandlung bezogen auf den Einzelpatienten? Diese Frage stellt sich für Luxemburgs Krankenhäuser seit Inkrafttreten der europäischen Patientendirektive zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung dringender als je zuvor.

Analytische Buchführung im Krankenhaus. Noch lässt sich nicht einfach beantworten, welche Kosten insgesamt für einen Patienten anfallen. Das Studienprojekt CAEH (nähere Erläuterung siehe weiter unten) hat bereits zur notwendigen Transparenz beigetragen. Dies auch im Hinblick auf die mögliche Einführung von Fallpauschalen im Krankenhaus. Das Kürzel CAEH steht für die analytische Buchführung im Krankenhaus (Comptabilité analytique des établissements hospitaliers). Laut Code de la sécurité sociale (Artikel 74 Absatz 9, eingeführt durch das Gesetz vom 17. Dezember 2010) ist jedes Krankenhaus verpflichtet, eine einheitliche Buchhaltung mit einer analytischen Komponente zu führen. Es obliegt jedoch der Gesundheitskasse (CNS) den Kontenplan sowie die Regeln der analytischen Buchführung festzulegen.

« Chaque hôpital doit tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique reflétant les coûts liés aux différents services hospitaliers et différenciant les charges et recettes liées aux activités opposables ou non-opposables à l'assurance »



maladie-maternité. Le plan comptable ainsi que les modalités et règles de la comptabilité analytique sont fixés par la Caisse nationale de santé. »

Keine präzisen Definitionen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass es bis 2012 keine analytische Buchführung in den Krankenhäuser gab. Seit der Einführung der Budgetfinanzierung (1995) waren in der Convention aus dem Jahr 1996 zwischen der Krankenhausvereinigung (EHL) und der Vereinigung der Krankenkassen (UCM) die Regeln einer analytischen Buchführung festgelegt. Oft fehlten hier jedoch präzise Definitionen und das Dokument war seit seiner Einführung nicht überarbeitet worden.

Studie beauftragt. Das Gesetz von 2010 hat also an sich keine neue Verpflichtung für die Krankenhäuser eingeführt. Die CNS nahm dies zusammen mit der Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) zum Anlass, eine Studie in Auftrag zu geben. Mit ihrer Hilfe sollten die Regeln der analytischen Buchführung überarbeitet werden, insbesondere im Hinblick auf die europäische Richtlinie zur grenzüberschreitenden Patientenversorgung.

Ziele. Die CAEH-Studie lief von Oktober 2011 bis März 2013 in den fünf großen Krankenhäusern Luxemburgs (Hôpital Kirchberg, Zitha-Klinik, Centre Hospitalier de Luxembourg, Centre Hospitalier du Nord und Centre Hospitalier Emile Mayrisch). Die Ziele der Studie lauteten:

- Standardisierung des Kontenplans und der analytischen Buchführung;
- Einführung von Organisationsstrukturen, um die Kosten den einzelnen Patienten zuweisen zu können;
- Entwicklung eines einheitlichen Kalkulationsschemas zur Berechnung der Kosten pro Krankenhauspatient.

Buchführungs-Regeln aktualisiert. In dem ersten Teil der Studie wurden die bestehenden Regeln der analytischen Buchführung überarbeitet und an die heutigen Gegebenheiten angepasst. Dabei wurden verschiedene Kostenstellen gestrichen, hinzugefügt, respektive zusammengelegt oder aufgespalten. Auch wurde für jede Kostenstelle im Detail festgelegt, welche Kosten zu verbuchen sind. Hervorzuhebende Anpassungen sind:

- die Aufspaltung der Kostenstelle „Administrative Abteilungen“ in sieben neue Kostenstellen, Direktion, Stabstellen, Informatik, Personal, Finanzen, Empfang/Aufnahme und andere administrative Abteilungen;
- die Verbuchung der Aktivitäten, welche nicht von der CNS bezahlt werden. Die Kosten dieser Aktivitäten werden in Zukunft nach einem einheitlichen Schema aufgestellt und bewertet.



Foto: contrastwerkstatt - Fotolia.com

Die Studie CAEH hat den Weg für neue Strukturen bei der analytischen Buchführung im Krankenhaus eröffnet und offene Fragen aufgedeckt



Fortsetzung beauftragt. Die CNS hat eine Fortsetzung der Studie CAEH in Auftrag gegeben. Ab Herbst 2013 wurden in allen Krankenhäusern, die Daten von 2012, nach den neu definierten Regeln der analytischen Buchführung erstellt.

Entwicklung eines einheitlichen Kalkulationsschemas. Der zweite Teil der Studie galt der Entwicklung eines einheitlichen Kalkulationsschemas zur Berechnung der Kosten pro Krankenhauspatient. Bei der Analyse der aktuellen Organisationsstrukturen sowie der aktuellen Möglichkeiten, Kosten den einzelnen Patienten zuzuweisen, wurden eine Reihe von Defiziten bei den einzelnen Krankenhäusern erkannt. Die Schlussfolgerung ist, dass es momentan nicht möglich ist, die gesamten Kosten den einzelnen Patienten zuzuweisen.

EDV als Engpass. Noch existieren die dazu erforderlichen informatischen Anwendungen nicht oder sind nicht in dem benötigten Umfang implementiert oder vernetzt. Bei dem bestehenden Finanzierungsmodell der Krankenhäuser auf Basis eines globalen Budgets war es bisweilen – aus Sicht der Finanzierung – jedoch auch nicht erforderlich, Kosten einzelnen Patienten zuzuweisen. Eventuelle Berechnungen in einzelnen Krankenhäusern für ausgewählte Bereiche dienten ausschließlich internen Zwecken.

Zeitplan festlegen. Im Zuge der Einführung eines einheitlichen Kalkulationsschemas wurde die Struktur eines theoretischen Berechnungsmodells erstellt. In den folgenden Monaten wird die CNS mit den Krankenhäusern die Prioritäten und einen entsprechenden Zeitplan für die Umsetzung festlegen. Traditionell ist es so, dass Personalkosten sowie teure Verbrauchsgüter den Hauptteil der Kosten bilden. Es gilt Lösungen zu finden, um diese Kosten den Patienten zuzuweisen, ohne jedoch schwerfällige und zusätzliche Dokumentationsarbeiten einzuführen.

OP-Bereich. Für die CNS gilt der OP-Bereich bezogen auf die aktualisierte Buchführung als prioritär. Zum einen gibt es in diesem Bereich eine große Varianz bei den Kosten. Es kommen sehr preiswerte und auch sehr teure Eingriffe vor. Zum anderen existieren für diesen Bereich schon viele relevante Basisdaten, so dass die erforderliche einheitliche Vernetzung schneller umzusetzen ist als in anderen Klinikbereichen.

Durchschnittspreise. Aufgrund der Einführung der europäischen Direktive zur grenzüberschreitenden Patientenversorgung seit Oktober 2013 wird die CNS zumindest bis Anfang 2015 Durchschnittspreise für die einzelnen Leistungen errechnen. Ziel ist es dann ab 2015, für prioritär eingestufte Bereiche die Kosten pro Krankenhauspatient nach einem einheitlichen Kalkulationsschema zu berechnen.



Vorbereitung auf Fallpauschalen. Sollte das Finanzierungsmodell jedoch geändert werden, also die Finanzierung auf Basis eines Gesamtbudgets ersetzt werden durch eine Finanzierung auf Basis von Fallpauschalen oder DRGs, müssten die entsprechenden Basisdaten sowie detaillierte Kostenberechnungen zu diesem Zeitpunkt zur Verfügung stehen.

Integration der Arztkosten. Die CAEH-Studie hat analysiert, inwieweit die Arzthonorare ebenfalls in die Kostenrechnung integriert werden können im Hinblick auf die Berechnung eines „full cost price“. Mit den aktuell verfügbaren Daten ist es jedoch nicht möglich, die Arzthonorare den einzelnen Patienten zuzuweisen. Zum einen muss die Dokumentation der medizinischen Aktivität umgesetzt werden, welcher Arzt wann (Datum und Uhrzeit), wo (Krankenhaus oder Praxis), welche Leistung erbracht hat. Zudem müssen die Leistungen sowie deren Kostenpunkt den einzelnen Patienten zugewiesen werden können. Die Dokumentation der ärztlichen Aktivität mittels der CCAM ist ein erster Schritt in diese Richtung. Die Integration der Arztkosten im Gesamtkostenpunkt ist eher mittelfristig umzusetzen. Die entsprechenden Vorarbeiten dazu können parallel mit denen zur Analyse der Krankenhauskosten erfolgen.

Langfristiges Projekt. Ein in der Praxis direkt anwendbares, einheitliches Kalkulationsschema zur Berechnung der Kosten pro Krankenhauspatient besteht zum heutigen Zeitpunkt noch nicht. Bestehende Defizite, sprich nicht vorhandene oder nicht vernetzte Daten, sind nun jedoch ermittelt. Sie zeichnen den Weg der Arbeiten auf, welche in den nächsten Jahren auf der Agenda stehen.

(Frank Bisenius, CNS - Chef de département – Établissements hospitaliers)



Foto: Gina Sanders - Fotolia.com

Welcher Arzt hat wann, wo, welche Leistung erbracht? Diese Frage soll die analytische Buchführung ebenfalls beantworten können.



Quadripartite: Finanzierung der Krankenversorgung und Prävention

Die finanzielle Situation der Krankenversicherung und der Ausbau der Gesundheitsprävention nahmen auf der jüngst stattfindenden Quadripartite breiten Raum ein. Je zwei Fragen zur näheren Konkretisierung an Sozialminister Romain Schneider und Gesundheitsministerin Lydia Mutsch.

■ Herr Minister Schneider, die Umstellung der Finanzierung der Krankenhäuser auf Basis von Pauschalen ist Teil des Regierungsprogramms. Wie weit sind die inhaltlichen und organisatorischen Vorarbeiten vorangeschritten? Welcher Zeitplan ist angedacht?

Das Regierungsprogramm ist anspruchsvoll. Bis 2018 sollen die Voraussetzungen für die Finanzierung der Krankenhäuser über diagnosespezifische Pauschalen geschaffen sein. Bis zur Umsetzung wird auf die im Jahre 2010 eingeführte globale zweijährige Finanzierungsbemessungsgrenze (enveloppe globale) zurückgegriffen. Des Weiteren wird auch die Abrechnung der technischen ärztlichen Eingriffe an die Aktivität gekoppelt werden.

Ein konkretes Beispiel: Aktuell rechnet das Krankenhaus die Behandlung nach Dauer, Art der Unterkunft und Anzahl von Leistungseinheiten ab. In dem neuen Finanzierungsmodell wird das Krankenhaus die zu vergütende Leistung an die Art der Diagnose anlehnen. Auch wird die Abrechnung des Arztes im Prinzip sämtliche von ihm getätigten Leistungen nach Art der Behandlung beinhalten. Arzt- und Krankenhausabrechnungen werden jedoch weiterhin getrennt sein.

Was nun das Krankenhauswesen angeht, haben die Arbeiten bereits begonnen. Augenblicklich werden in allen Häusern des Landes Pilotstudien durchgeführt, um die medizinische Aktivität nach international anerkannten Standards zu erfassen. Nächstes Jahr sollen die Krankenhäuser die in den Pilotstudien erprobte standardisierte Erfassung ihrer Aktivitäten regulär anlaufen lassen.

Auch wurde durch die Gesundheitsreform von 2010 eine verbesserte analytische Buchführung in den Krankenhäusern anhand verschiedener Kostenstellen unumgänglich. Eine patientenbezogene Kostenanalyse erlaubt es dann die Krankenhausleistung diagnosespezifisch zu erfassen. Voraussetzung dafür ist, dass die medizinische Leistung jeweils einer Kostenstelle zuzuordnen ist. Dies wird Transparenz schaffen sowie eine effizientere Finanzplanung für die Krankenhäuser ermöglichen. Auch sind diese pati-



Foto: SIP

Sozialminister
Romain Schneider



Foto: SIP

Gesundheitsministerin
Lydia Mutsch



entenbezogenen Abrechnungen dringend vonnöten, um im Kontext der Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung die Kosten eines Eingriffes aufzeigen zu können.

Für die Abänderung der Ärztenomenklatur wird voraussichtlich auf eine ausländische Methodik zurückgegriffen. Dies wird in Anlehnung an die Klassifikation ärztlicher Behandlungen im Rahmen der neuen Abrechnungsmethode für die Krankenhäuser erfolgen. Hierfür sind die Arbeiten aber noch nicht angelaufen. Es ist jedoch geplant, die Kontinuität der Einkünfte aus verschiedenen fachlichen Spezialisierungen zu berücksichtigen. Auch wird – wie im Falle der Krankenhäuser – den spezifischen Besonderheiten Rechnung getragen. Die Arbeiten werden in enger Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft durchgeführt.

■ **Herr Minister Schneider, die demographische Entwicklung wird dahin führen, dass sich Luxemburgs Gesundheitskasse auf eine wachsende Anzahl von anspruchsberechtigten älteren Menschen vorbereiten muss. Welche Vorkehrungen sind angedacht, damit die Krankenversicherung bereits heute auf diese besonderen Herausforderungen angemessen reagiert?**

Hierzu gibt das Regierungsprogramm einen Ausblick. Die Regierung hat sich zum Ziel gesetzt, den durch die Alterung der Bevölkerung drohenden anwachsenden Ausgaben entgegenzuwirken. So soll bis zur Ende der Legislaturperiode der Staatshaushalt einen Überschuss von 0,5 Prozent des Bruttoinlandsproduktes ausweisen. Dies bedeutet, dass wir unseren Schuldenanstieg abbremsen und gegebenenfalls zurückführen, um so in Zukunft auf einen ausgeglichen Haushalt zurückgreifen zu können, wenn zusätzliche Finanzmittel benötigt werden. Dieses Prinzip ist auf den Gesamtstaat – also Zentralstaat, Gemeinden und Soziale Absicherung – anzuwenden. Im Bereich des Gesundheitswesens bedeutet dies, den Anstieg der Ausgaben dem Zuwachs des geschaffenen Reichtums anzupassen, sprich dass die Leistungen der Krankenkasse nicht deren Einnahmen übertreffen sollen.

Die Menschen werden älter und das ist gut so. Wir müssen also heute dafür sorgen, dass die zur Verfügung stehenden, begrenzten Finanzmittel der stetig zunehmenden Zahl von Leistungsbeziehern Rechnung tragen.

In diesem Sinne wurden einzelne Schritte schon im Regierungsprogramm aufgezeigt. Dadurch dass wir die Generikasubstitution einführen und mit Zustimmung der Patienten die elektronische Patientenakte etablieren, indem wir das Referenzarztmodell und dadurch auch insbesondere die ambulante Versorgung stärken, können wir freige-wordene Ressourcen dafür nutzen, um die Krankenversicherung auf die zukünftigen Herausforderungen vorzubereiten.



- **Frau Ministerin Mutsch, ein wichtiger Schwerpunkt Ihrer Arbeit in der kommenden Legislaturperiode wird auf dem Ausbau gesundheitspräventiver Maßnahmen liegen. Der Krebsplan ist ein Baustein in diesem Vorhaben. Wie weit ist dieses Projekt fortgeschritten?**

Die Krebskrankheiten stellen ein großes Problem in den industrialisierten Ländern sowie ebenfalls in Luxemburg dar. Jedes Jahr werden in Luxemburg etwa 2.500 neue Fälle bekannt, Tendenz steigend. Im Jahr 2012 lag die Zahl der Todesfälle durch Krebs in Luxemburg bei 1.087, was 29,3 Prozent aller Todesursachen und heute schon die Haupttodesursache bei Männern darstellt, gefolgt von Herz- und Kreislaufkrankheiten. Da die Behandlungen oft langwierig und teuer sind, stellen die Krebskrankheiten eine große Belastung für die Allgemeinheit dar, jedoch hauptsächlich für jeden einzelnen Patienten auf physischer, psychischer sowie sozialer Ebene.

Unser Ziel ist es, alle Aktionen und Programme zu nutzen und zu vervollständigen, um sie in einem ersten gesamten nationalen Krebsplan zusammenzuführen. Dieser Fünfjahresplan, welcher mit allen Beteiligten bis zum Sommer 2014 ausgearbeitet wird, soll alle benötigten und wertvollen Maßnahmen im Bereich der Prävention, der Diagnostik, der Behandlung, der Forschung und der Information der Patienten zusammenfassen. Damit helfen wir aktiv mit, die Risikofaktoren des Krebses, neue Krebsfälle und Todesfälle durch Krebs in den nächsten Jahren herabzusetzen, die Lebensqualität der Patienten zu verbessern und jedem Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Eine regelmäßige Auswertung dieser Aktionen wird es uns erlauben, die notwendigen Mittel zur Bekämpfung des Krebses möglichst sinnvoll, im Interesse des Patienten, einzusetzen.

- **Frau Ministerin Mutsch, Prävention setzt voraus, dass der Patient nicht nur gut informiert ist, sondern auch in der Lage ist, selbstverantwortlich zu handeln. Wo sehen Sie Stellschrauben, um Patienten mehr und mehr in diese Rolle hineinwachsen zu lassen?**

Information und Selbstverantwortung sind eng miteinander verbunden. Ziel der Gesundheitspolitik muss es sein, den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen und das Gesundheitswesen am Patienten zu orientieren. Ich freue mich deshalb besonders darauf hinweisen zu können, dass Luxemburg in den kommenden Monaten ein modernes Rahmengesetz über die Rechte und die Pflichten der Patienten annehmen wird.

Dieses neue Gesetz stärkt den mündigen Patienten indem es seine Rechte gut sichtbar und verständlich in einen Gesetzestext fasst. Die Gesetzesregelungen schaffen die Voraussetzung dafür, dass sich Arzt und Patient auf Augenhöhe begegnen können und dass somit ebenfalls die Selbstverantwortung des Patienten gestärkt wird. Gestärkt wird eine informierte und gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Patient und



Foto: contrastwerkstatt - Fotolia.com

Zukünftig werden die Kliniken die zu vergütende Leistung nach Art der Diagnosen erfassen.



behandelndem Arzt. Deshalb hält das Gesetz unter anderem die Informations- und Aufklärungspflichten klar fest und verankert ein Recht auf Einsicht der Patientenakte. Das neue Gesetz schafft auch eine Informations- und Mediationsstelle. Diese neu geschaffene Stelle wird Patienten und Gesundheitsdienstleister über ihre gegenseitigen Rechte und Pflichten beraten und generelle Informationen über das Luxemburger Gesundheitswesen zur Verfügung stellen. Bei Meinungsverschiedenheiten sowie Interessenkonflikten im Arzt-Patienten-Verhältnis wird eine Plattform für einen Interessenausgleich im gegenseitigen Einvernehmen angeboten.

Ich erwarte mir ebenfalls gute Resultate von den neuen Aufgaben, die dem Referenzarzt zugeschrieben werden. Indem er den Patienten besser im Bereich Prävention aufklärt, fördert er dessen Selbstverantwortung. Ich werde diesen Ansatz gezielt zusammen mit Herrn Minister Schneider und den eingebundenen Sozialpartnern vorantreiben.

(Redaktion Insight SantéSécu)



Inspection générale
de la sécurité sociale
Luxembourg

IGSS seit 1974: Aufgabenspektrum ist stark erweitert

Seit 1974 gibt es sie schon, die „Inspection générale de la sécurité sociale“, kurz IGSS genannt. Gegründet vor allem als Aufsichtsorgan für die Sozialversicherung hat sie sich vom strengen Buchhaltungs-Kontrollgremium zu einer Institution mit breitem Aufgabenspektrum gewandelt.

Die Wurzeln. Die Zuständigkeiten der heutigen IGSS fußen auf dem seither mehrfach abgeänderten Gesetz vom 25. April 1974. Doch ihre Wurzeln reichen bis in die 40er Jahre zurück, als nach Kriegsende der direkte Vorläufer, die damalige „Inspection des institutions sociales“, als kleine, autonom arbeitende Aufsichtsbehörde für die Sozialversicherungen gegründet wurde. Deren Kontrollfunktionen wiederum hatte zuvor die Rechnungskammer des Großherzogtums ausgeübt. Als zu Beginn der 70er Jahre die Internationale Arbeitsorganisation mit Sitz in Genf (BIT) eine Studie über die Pensionsstrukturen in Luxemburg durchführen wollte, konnte sie aufgrund fehlender Quellen die Informationen nur schleppend zusammentragen. Auch mangelte es an einer einheitlichen Methodik, nach der notwendige Daten erhoben wurden. Als eine der Schlussfolgerungen aus dieser Studie wurde die IGSS als zentrale Statistik-, Aufsichts- und Koordinierungsbehörde für die Sozialversicherungssysteme geschaffen.



Mehrere Zuständigkeiten wurden ihr seitdem übertragen:

- Als Aufsichtsbehörde gibt sie zu allen Entwürfen und Vorschlägen, die direkt oder indirekt die soziale Sicherheit betreffen, Gutachten ab. Ferner hat sie ein Initiativrecht und kann Vorschläge zur Harmonisierung beziehungsweise zu einer besseren Koordinierung der entsprechenden Gesetzestexte unterbreiten. Ebenso formuliert sie nach Vorgaben der Ministerien Gesetzesvorlagen für den Sozialversicherungsbe- reich und überwacht die Einhaltung bestehender Gesetze.
- In enger Zusammenarbeit mit den verschiedenen Renten- und Pensionskassen erstellt sie – im Auftrag der Regierung – Studien zur Finanzsituation der Pensions- systeme.
- Die IGSS trägt für alle Einrichtungen der sozialen Sicherheit statistisches Zahlen- material zusammen und wertet dieses aus.
- Auf internationaler Ebene ist sie an der Ausarbeitung der europäischen Reglemente sowie von bi- und multilateralen Konventionen beteiligt. Sie ist daher auch in zahl- reichen internationalen Gremien vertreten.
- Schließlich ist sie mit der Kontrolle der Sozialversicherungen befasst.

Pflegeversicherung. Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1999 sind unter dem Dach der IGSS die operativen Aufgaben dieses jüngsten aller Sozial- versicherungsweige gebündelt. Zu diesem Zweck wurde ebenfalls 1999 eine Unter- einheit gebildet, die „Cellule d'évaluation d'orientation“ (CEO). Sie bestimmt den Pflegebedürftigkeitsgrad und die für die Pflegebedürftigen angemessenen Hilfen und Leistungen. Ebenso kann die CEO Maßnahmen zur Rehabilitation vorschlagen. Sie ist befugt, die Einhaltung der Pflegestandards zu kontrollieren, die von der „Commission de qualité des prestations“ ausgearbeitet werden. Gemäß Regierungsprogramm wird sie in Kürze abgetrennt von der IGSS und in eine selbstständige Verwaltungseinheit über- führt. „Die Vorarbeiten dazu laufen“, berichtet IGSS-Direktor Raymond Wagener.

Die IGSS als Aufsichtsbehörde. Die eigentliche Kontrollfunktion über die sozialen Einrichtungen fällt derweil dem hausinternen „Service Surveillance“ zu. Er kontrollierte bis 2011 vor allem die Gesetzeskonformität der Entscheidungen von Führungsorganen, die Bilanzen und die Buchhaltung der verschiedenen Kassen sowie die Einhaltung von Budgetvorgaben. Auch Personalentscheidungen wurden auf ihre Gesetzeskonformität überprüft. Raymond Wagener weist auf eine neue Vorgehens- weise hin. „Wir haben die Kontrolle in Richtung eines Qualitätsmanagements erwei- tert. Dabei arbeiten wir eng mit den Sozialversicherungsträgern zusammen, um sie bei der Erreichung ihrer Ziele über systematische Bewertungen zu unterstützen und zu beraten. Ziel ist, gemeinsam Lösungen zu finden, damit Effizienz und Qualität geför- dert und verbessert werden können“. (vgl. das Kurzinterview auf Seite 12).



Foto: apops - Fotolia.com

Ihre reine Aufsichtsfunktion über die Sozialversicherungen hat die IGSS in den letzten Jahren stetig erweitert und Maßnahmen des Qualitätsmanagements eingeführt



Statistische Arbeiten. Als zentrale Dienststelle innerhalb der IGSS fungiert die Abteilung „Statistiques, actuariat et programmation sociale“. Ihre Aufgabe besteht unter anderem darin, die Budgetberechnungen der sozialen Einrichtungen zu überprüfen sowie Statistiken für den jährlich zu veröffentlichen „Rapport général de la sécurité sociale“ zu erstellen und zu analysieren. Anhand von Analyse- oder Projektionsmethoden behält sie die Entwicklungen der Renten- und Pflegeversicherung, die Finanzentwicklung des Spitalsektors sowie des Arbeitsmarktes im Auge. Ebenso erstellt sie Berichte zu Fehlzeiten am Arbeitsplatz und anderen Fragestellungen der sozialen Sicherheit. Ihre Studien erarbeitet sie zusammen mit den jeweils zuständigen Institutionen in den Bereichen soziale Sicherheit, Gesundheit sowie dem Arbeitsministerium. Wichtige Aufgabe dieser Abteilung ist ebenfalls internationalen Organisationen wie dem Internationalen Währungsfonds (FMI), der OECD sowie EUROSTAT oder auch dem BIT zuzuarbeiten. In Brüssel vertritt sie Luxemburg sowohl im „Comité de politique économique“ als auch im „Comité de politique sociale“, wo Vergleiche zwischen den europäischen Staaten und Zukunftsmodelle erstellt und bewertet werden.

Services juridiques: Die IGSS unterhält zwei juristische Abteilungen: für die jeweils nationale und internationale Ebene. Die Juristen des service juridique „national“ erstellen Gesetzentwürfe, bearbeiten Klagen und Probleme im Bereich des Sozialrechts und aktualisieren jährlich die sozialrechtliche Gesetzessammlung „Code de la sécurité sociale“. Die internationale Einheit arbeitet bei europäischen und internationalen Regelwerken mit und überwacht, ob europäisches Recht oder andere Verbindlichkeiten in Luxemburg korrekt umgesetzt werden.

CEM (Cellule d'expertise médicale). Im Zuge der Gesundheitsreform von 2010 wurde die CEM ins Leben gerufen. Ihre Aufgabe besteht unter anderem darin, internationale evidenzbasierte klinische Behandlungsmethoden zu dokumentieren und Gutachten für die Erstattungsfähigkeit der Leistungen durch die Gesundheitskasse (CNS) sowie deren Einordnung in die Nomenklatur zu erstellen. Sie arbeitet im Auftrag der Ministerien für Soziale Sicherheit und Gesundheit. Ferner unterstützt sie die Aufgaben des Conseil Scientifique.

Betriebsrenten. Neben der CEO entstand ebenfalls 1999 eine zweite Dienst-einheit in der IGSS, die Abteilung „Pensions complémentaires“. Sie kontrolliert die Zusatzpensionen des Privatsektors, also die „Betriebsrenten“. Jeder Pensionsplan, den Arbeitgeber in Luxemburg erstellt haben, ist bei der IGSS hinterlegt, nachdem die IGSS überprüft hat, ob er die gesetzlichen Normen erfüllt.



Die Fachliteratur. Mehrere Publikationen gibt die IGSS heraus. Sie richten sich hauptsächlich – aber nicht ausschließlich – an ein Fachpublikum. So erscheint jährlich im „Rapport général“ eine Sammlung und Analyse der aktuellen Daten aus dem Sozialversicherungssektor. Die hausinterne „Cellule de publications“ gibt neben dem „Code de la sécurité sociale, lois et règlements“ sowie dem „Code de la sécurité sociale, réglementation internationale“ (siehe oben) eine Reihe juristischer Veröffentlichungen heraus, so etwa den jährlich erscheinenden „Droit de la sécurité sociale“, der einem breiteren Lesepublikum einen Gesamtüberblick über das Sozialversicherungsrecht gibt. Daneben erscheint für Spezialisten der „Précis de la sécurité sociale“ als kleines praktisches und aktuelles Nachschlagewerk. Zusätzlich werden regelmäßig über die Webseite des Ministeriums eine Reihe von Indikatoren und anderen Informationen aus dem Bereich der sozialen Sicherheit publiziert. (<http://www.mss.public.lu/publications/index.html>)

Mitarbeiterstamm. Um all diesen Aufgaben gerecht werden zu können, beschäftigt die IGSS heute rund 75 feste Mitarbeiter, die entweder in Vollzeit oder in Teilzeit arbeiten. Transversal tätige Abteilungen sorgen dafür, dass die IGSS überhaupt arbeitsfähig ist: Die Informatik stellt Daten bereit, kümmert sich um deren Sicherheit und bietet die notwendige technische Unterstützung; die Personal- und Budgetabteilung betreut Mitarbeiter und hauseigene Finanzen und sorgt für eine reibungslose Logistik und Archivierung, die „Cellule de publication“, managt das Layout aller Publikationen. Neben der für die Pflegeversicherung zuständigen CEO (zusätzlich 48 Mitarbeiter), deren Büros im Verwaltungsgebäude der Sozialversicherungen in Luxemburg-Hollerich liegen, arbeiten sämtliche Abteilungen unter einem Dach, und zwar in der Rue Zithe am „Rousegärtchen“ im hauptstädtischen Bahnhofsviertel gelegenen Ministerium der Sozialen Sicherheit.

(Beatrice Wolter, Redaktion Insight SantéSécu)

■ **Webtipp:**

Näheres zur IGSS unter:
www.mss.public.lu/acteurs/igss/index.html.



40 Jahre IGSS – und was kommt jetzt?

Welchen Weg schlägt die IGSS für die Zukunft ein? Ein Interview mit ihrem Direktor Raymond Wagener.

■ **40 Jahre IGSS bedeuten auch 40 Jahre Finanzkontrolle der Sozialversicherungsträger. Welche Weichenstellungen sind geplant, um die IGSS als moderne Kontrollbehörde zu positionieren?**

Die Zeiten, in denen unsere Mitarbeiter ausschwärmten und Rechnungsbücher vor Ort prüften, sind glücklicherweise für alle Beteiligten schon lange vorbei. Wir sind sehr froh, dass wir die Kontrollarbeit seit 2012 sukzessive in Anlehnung an die „International Audit Standards“ ausgeweitet haben. Nicht mehr die reinen Zahlenkolonnen der Buchhaltung stehen im Fokus, sondern weit mehr: das Risikomanagement, die Prozeduren und die Frage, ob die verschiedenen Prozessabläufe geeignet sind, um die gewünschten Ziele zu erreichen. Wir legen den Versicherungsträgern unsere Analysen vor und in einem intensiven Austausch erarbeiten wir gemeinsam Vorschläge für moderne Verwaltungsstrukturen, die Effizienz und Qualität voranbringen.

■ **Wie reagieren die Sozialversicherungen auf dieses neue Verfahren?**

Die Reaktionen waren bisher sehr positiv. Die Neuerungen kommen gut an. Wir können uns keineswegs über mangelnde Kooperationsbereitschaft beklagen. Die integrierte Sichtweise auf die betrieblichen Abläufe wird als nützlich angesehen und komplett anders eingeschätzt als die reinen Buchhaltungskontrollen von früher.

■ **Zweiter zentraler Bereich der IGSS ist die Aufbereitung der luxemburgischen Sozialversicherungsstatistik. Welche Pläne gibt es hier für die Zukunft?**

Wir planen ein Forschungsdatenzentrum nach dem Vorbild der Statistikabteilung der deutschen Bundesagentur für Arbeit. Unter Berücksichtigung aller Datenschutz-Richtlinien wollen wir das vorhandene Datenmaterial für die Forschung und für Analytiker zugänglich machen. Auch Mikrodaten in anonymisierter Form zu Einzelpersonen oder etwa Haushalten sollen dort zu Forschungs- und Studienzwecken abrufbar sein (zum Beispiel für Verwaltungen wie ADEM, Statec, Gesundheitsministerium, oder Forschungszentren). In diesem Sinn bauen wir zusammen mit der luxemburgischen Arbeitsagentur, der luxemburgischen Statistikbehörde Statec und dem CEPS als begleitendem Forschungsinstitut ein Beschäftigungsobservatorium auf.



■ In welcher Rolle sehen Sie die IGSS verstärkt in der Zukunft?

Wir planen weit mehr als bisher Evaluationen durchzuführen und zwar sowohl ex ante als auch und ex post. Erste Ansätze hierzu haben wir bereits bei der Pflegeversicherung gemeinsam mit anderen Kooperationspartnern vollzogen.

(Das Interview führte Beatrice Wolter, Redaktion Insight SantéSécu)

Die Leitung der IGSS: Drei Direktoren seit 1974



Raymond Wagener (seit 2010): Der Mathematiker Raymond Wagener bringt seit 1980 in wechselnden Funktionen sein Fachwissen in der IGSS ein. Seit November 2010 hat er die Direktion inne. Einen wichtigen Schwerpunkt legt er auf die Entwicklung geeigneter Analysemethoden. Mit ihrer Hilfe sollen zukünftig soziale Programme besser evaluiert und evidenzbasierte Sozialreformen vorbereitet und ausgearbeitet werden können. Bedeutendes Ziel für die Zukunft der

IGSS lautet, so Raymond Wagener, Sozialdaten Forschungszwecken zugänglich zu machen. Denn in seinen Augen müssen soziale Reformprozesse von einem ganzheitlichen Standpunkt aus analysiert werden können. Betrachtungen, die den gesamten Lebenslauf beinhalten, von der Kindheit über das Arbeits- und Familienleben bis zur Rente und vielleicht der Pflegeabhängigkeit sind dafür hilfreich. Hierfür gilt es geeignete Expertise aufzubauen (vgl. vorhergehendes Interview).



Georges Schroeder (1982 bis 2010): 28 Jahre lang, von November 1982 bis Oktober 2010, lenkte der Jurist Georges Schroeder die Geschicke der IGSS. Bedeutende sozial- und gesundheitspolitische Strukturreformen hat er mit ihr vorangetrieben und deren Entstehung und Umsetzung mit gestaltet: Die Rentenreform von 1987, die Luxemburgs Rente verglichen mit anderen europäischen Ländern auf sehr hohem Niveau stabilisierte; die Strukturreform der Krankenversicherung 1992, die die Union des Caisses de Maladie (UCM) ins Leben rief und die Budgetisierung der Krankenhäuser einführte; sowie die Einführung der Pflegeversicherung zum 1. Januar 1999 als jüngsten Pfeiler der luxemburgischen



Sozialversicherung. Georges Schroeder begleitete auch intensiv die Umsetzung des Einheitsstatuts 2009, durch das Arbeiter und Privatbeamte als Beschäftigte des Privatsektors sozialrechtlich einander angeglichen wurden. Schließlich bereitete er die jüngste Gesundheitsreform im Jahr 2010 mit vor.

Als Verwaltungschef machte er sich stark für eine fortschrittliche und effiziente Organisation der IGSS: So führte er ab 2003 die elektronische Archivierung aller Akten ein, verbesserte die interne Kommunikation und war auch bemüht, über Audits die Leistung seiner Verwaltung messen zu lassen.

Von 1994 an brachte Georges Schroeder sein Können und Wissen auch als Mitglied in den Staatsrat ein, dem er ab November 2009 als Präsident vorgestanden hatte, bis er vier Wochen vor seinem Tod im Juni 2012 zurücktrat.



Charles Reiffers (1974 bis 1982): Vom 26. April 1974 bis zu seiner Pensionierung am 1. November 1982 bekleidete Charles Reiffers den Posten des Direktors der neu geschaffenen Generalinspektion der sozialen Sicherheit. Der energische, allseits angesehene Spezialist auf dem Gebiet der sozialen Sicherungssysteme baute die IGSS kontinuierlich zu einer bedeutenden Größe des Sozialversicherungssystems in Luxemburg auf. Er war Mitarbeiter und treibende Kraft bei der Herausgabe des „Code des assurances sociales“. Am 23. Dezember 1978 wurde Charles Reiffers in den Staatsrat berufen, wo er ab 31. Oktober 1979 zusätzlich Mitglied des Streitsachenausschusses war. Im Oktober 1985 ist Charles Reiffers gestorben.



Sozialversicherungszentrum: Vor 40 Jahren gegründet

Im selben Jahr wie die IGSS wurde auch das Sozialversicherungszentrum (Centre commun de la sécurité sociale – CCSS) gegründet. Seitdem übt es gebündelt wichtige Aufgaben im Sozialversicherungssektor aus.

Bedeutende Zentralstelle. Jede Person, die einer beruflichen Tätigkeit in Luxemburg nachgeht, unterliegt der Versicherungspflicht und muss sich bei den luxemburgischen Sozialversicherungsträgern anmelden. Wer in Luxemburg wohnt und einer Tätigkeit im Ausland nachgeht, kann sich ebenfalls im Großherzogtum sozialversichern. Die Anmeldung erfolgt in jedem Fall zentral beim Sozialversicherungszentrum, dem Centre commun de la sécurité sociale (CCSS). Sie dient dem Versicherungsschutz der Arbeitnehmer oder Selbstständigen in Sachen Krankenversicherung und Mutterschaft, Rentenversicherung, Unfallversicherung und Pflegeversicherung. So verwaltet das Zentrum alle personenbezogenen Daten der Sozialversicherungen und zieht zentral alle Mitgliedsbeiträge ein. Als Rechenzentrum für alle Daten, die sich auf Versicherte, Unternehmen und Leistungserbringer beziehen, stellt es somit das datentechnische Rückgrat des Sozialsektors dar.



Foto: DDC RABE Media – Fotolia.com

Jeder, der in Luxemburg sozialversichert ist, ist zentral beim Sozialversicherungszentrum registriert.

Drei Fragen an Claude Seywert, Präsident des Vorstands des CCSS

■ Warum wurde 1974 das CCSS gegründet?

Vor 1974 oblag die Aufnahme der Versicherten, die Bestimmung, Erhebung und Beitreibung der Beiträge den einzelnen, jeweilig zuständigen Sozialversicherungsträgern. Der Gesetzgeber war sich der Probleme dieser unnötigen Aufteilung von weitgehend identischen Aufgaben bereits sehr früh bewusst und hat 1951 die Zentralisierung der Anmelde- und Entlohnungsformulare sowie des Beitragseinzugs und der Beitragskontrolle im Sozialgesetzbuch vorgesehen. Allerdings wurde im Jahr 1954 nur die gemeinsame Bearbeitung von Anmelde- und Entlohnungsformularen der Kranken-, Alters-, und Invalidenversicherung sowie der Familienzulagen geregelt. Diese Teillösung war unbefriedigend und trug auch den wachsenden Bedürfnissen an die Digitalisierung der Daten nicht Rechnung.



Der Ruf nach einer zentralen Erfassungs- und Informatikstelle wurde lauter und ab dem Jahr 1972 drängte insbesondere die Vereinigung der Sozialversicherungseinrichtungen den Gesetzgeber zum Handeln. Per Gesetz vom 25. April 1974 wurde dann das Sozialversicherungszentrum gegründet mit der Aufgabe, sich unter anderem um die Organisation der Informatisierung, der Aufnahme der Versicherten, der Bestimmung, Erhebung und dem Einzug der Beiträge sowie deren Verbuchung und Aufteilung zwischen den einzelnen Sozialversicherungseinrichtungen zu kümmern.

■ Hat es heute noch dieselbe Aufgabenstruktur wie zur Zeit der Gründung?

Seit der Gründung ist die Aufgabenstruktur der Erfassungsstelle ähnlich geblieben, allerdings ist die Anzahl der betreuten Versicherten und Unternehmen enorm gewachsen. Auch innerhalb und außerhalb der Sozialversicherung kamen für das CCSS neue Kunden, wie die Zusatzversicherung der Unternehmer im Rahmen der Lohnfortzahlung, die Pflegeversicherung, das Ministerium für Arbeit und Beschäftigung, die Verwaltung für Beschäftigte im öffentlichen Dienst und die Berufskammern hinzu. Einige Aktivitäten sind hinzugekommen: So stellt das CCSS beispielsweise nun Versichertenkarten aus und zahlt die Löhne und Renten aller Beschäftigten der Sozialversicherungseinrichtungen aus.

Auch die Aufgabenstruktur der Informatikabteilung des CCSS musste dem Versicherten- und Unternehmenszuwachs und den stark gestiegenen Ansprüchen der Kunden angepasst werden. Schließlich beschafft und verwaltet sie das EDV-Material, sorgt für die Automatisierung von Arbeitsabläufen und entwickelt speziell auf den Kunden zugeschnittene Software.

■ Was sind neben Beitragseinzug und Meldestelle die wichtigsten Aufgaben heute und zukünftig?

Kundenorientiert zu arbeiten, hat schon heute für das CCSS eine große Bedeutung. Eine der wichtigsten Aufgaben wird in Zukunft sein, die Internetplattform „mySecu.lu“ für Versicherte, Unternehmer sowie Sozialversicherungseinrichtungen so auszubauen, dass Meldungen elektronisch bewerkstelligt und gesammelte Daten in anschaulicher Form und unter strengen Datenschutzvoraussetzungen „online“ einsehbar werden.

Eine besondere Herausforderung wird es sein, die Automatisierung von Arbeitsabläufen beim CCSS und den betreuten Verwaltungen voranzutreiben, um dem starken Versicherten- und Unternehmenszuwachs und dem damit verbundenen gestiegenen Arbeitsaufwand, bei gleicher oder nur geringfügig angehobener Personaldecke, Rechnung zu tragen. Hinzu kommen die Organisation der Digitalisierung von Akten, das



Foto: Claude Seywert

Claude Seywert



Ausarbeiten von maßgeschneiderten Computerprogrammen auf einer gemeinsamen informatischen Plattform und der elektronische Datenaustausch zwischen Sozialversicherungseinrichtungen unter Berücksichtigung der Auflagen der Datenschutzkommission. Eine bessere Auswertung der Datenbestände des CCSS wird den Sozialversicherungsträgern auch erlauben, ihre Tätigkeiten neu und besser zu gewichten, um effizienter arbeiten zu können. Um diese Aufgaben zu bewerkstelligen, muss das CCSS Sorge tragen, auch in Zukunft sowohl technisch als auch organisatorisch gut aufgestellt zu bleiben.

(Text und Interview: Beatrice Wolter, Insight SantéSécu)

L'IGSS explore et exploite les sources administratives pour analyser le système socio-fiscal

Les différentes institutions de sécurité sociale génèrent, dans le cadre de leur gestion, un nombre élevé de données qui contiennent des informations sociodémographiques et socioéconomiques détaillées sur les personnes protégées et sur les titulaires de prestations.

Un large potentiel analytique. Après examen de l'existant, l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) a posé le diagnostic que ces données renferment un large potentiel analytique dès lors qu'elles sont adaptées, structurées et surtout, mutualisées. La construction, au début des années 2000, d'un Datawarehouse réunissant les données des différents régimes de la sécurité sociale a offert une matière première inédite pour établir des statistiques descriptives et pour analyser le système socio-fiscal. Par exemple, dénombrer les bénéficiaires d'une ou plusieurs prestations sociales ou, pour l'analyse du système socio-fiscal, estimer l'impact budgétaire et redistributif d'une réforme fiscale. Cette estimation est opérée grâce à un modèle de microsimulation alimenté par les données de la sécurité sociale. Ce modèle couvre un large pan du système socio-fiscal, à savoir celui des prestations et prélèvements publics monétaires directs. Ce modèle reproduit les superpositions, les interactions et la complexité du système en prenant en compte l'hétérogénéité de l'ensemble des agents, en l'occurrence les personnes et les ménages, et les non-linéarités de certains transferts comme par exemple l'impôt sur le revenu.



Les caractéristiques du modèle. Un modèle de microsimulation se caractérise par

- une base de données à l'échelle individuelle et
- par un programme informatique,

qui reproduit au plus près, compte tenu des informations disponibles dans la base de données, les paramètres d'un domaine donné. Ici, il s'agit des prestations et prélèvements.

SPAFIL (Social Policy Analysis File for Luxembourg) est une base de données anonymisées sur les revenus, élaborée à partir de données administratives et mise à jour tous les ans depuis 2001. Les données sont originales car elles portent sur l'ensemble des individus qui sont liés au système national de protection sociale (résidents et non-résidents) et le cas échéant, sur les individus qui cohabitent avec les premiers dans le même ménage fiscal, mais ne sont pas liés au système national de protection sociale. Pour l'année 2011 par exemple, les données portent sur près d'un million de personnes. Faute d'informations pertinentes permettant de reconstituer un ménage-logement, c'est le ménage au sens fiscal qui est retenu pour estimer le revenu annuel avant et après intervention du système socio-fiscal. Partant des données administratives de la sécurité sociale, les catégories de revenus présentes dans la base de données, sont les revenus professionnels et de remplacement qui forment l'assiette des cotisations sociales et les prestations liquidées par un des régimes du système de protection sociale. Les revenus du capital, de la location de biens, les revenus nets divers au sens de la loi sur l'impôt, les revenus issus du reste du monde et les transferts privés entre ménages sont absents de la base de données.

A l'origine, le programme informatique s'est attaché à modéliser l'impôt sur le revenu des personnes physiques, information absente des fichiers de la sécurité sociale. Il s'est ensuite étendu à la modélisation des cotisations sociales et de certaines prestations familiales.

Un modèle enrichi par les données de l'Administration des contributions directes. La Loi du 19 décembre 2008 ayant pour objet la coopération interadministrative et judiciaire et le renforcement des moyens de l'Administration des contributions directes (ADC), de l'Administration de l'enregistrement et des domaines et de l'Administration des douanes et accises stipule à son article 7 que « L'Inspection générale de la sécurité sociale ou le STATEC, d'une part, et l'Administration des contributions directes ou l'Administration de l'enregistrement et des domaines, d'autre part, échangent à l'aide de procédés automatisés ou non des informations rendues anonymes



à des fins statistiques. Les procédés automatisés se font moyennant interconnexion de données et sous garantie d'un accès sécurisé, limité et contrôlé. »

L'interconnexion des données issues des différentes institutions de sécurité sociale avec celles issues des déclarations de l'impôt sur le revenu des personnes physiques permet de pallier certaines limites inhérentes au modèle décrit ci-dessus. Pour les contribuables ayant remis une déclaration, trois composantes de revenu supplémentaires (les revenus du capital, de la location de biens et les revenus nets divers) sont ajoutées à la définition du revenu et les éléments qui participent au calcul de l'impôt sur le revenu des personnes physiques (assiette, déductions, abattements...) sont affinés.

Exemples d'applications. Sans présenter d'exemples chiffrés, ces outils sont, par exemple, en mesure d'estimer :

- Pour l'ensemble de l'économie :
 - l'impact sur les recettes fiscales d'une modification des barèmes de l'impôt sur le revenu des personnes physiques ;
 - l'impact sur les recettes de cotisations sociales d'une modification des taux et/ou de l'assiette des cotisations et, par ricochet, l'impact de cette modification sur l'impôt car certaines cotisations sociales sont déductibles de l'assiette de l'impôt ;
 - l'impact d'un changement de la composition de l'assiette de l'impôt.
- Plus particulièrement, pour la population résidente (les non-résidents sont exclus de ces analyses car l'information relative aux éventuels revenus perçus dans leur pays de résidence est manquante) :
 - la comparaison, en termes de redistribution, du système socio-fiscal d'une année avec celui d'une autre année ;
 - les effets d'une réforme d'une prestation ou d'un prélèvement en termes de gagnants et perdants ;
 - la contribution des différentes composantes du système socio-fiscal à la réduction des inégalités ;
 - la mesure des taux de prélèvements moyens et marginaux.

Le modèle de microsimulation du système socio-fiscal de l'IGSS et sa version augmentée, en recourant aux données de l'ADC, capturent une large part des prestations et prélèvements socio-fiscaux et forment donc des outils précieux d'aide à la décision publique. Au gré des données disponibles, ces outils vont être amenés à évoluer, à s'affiner et à couvrir d'autres volets du système socio-fiscal.

(Frédéric Berger, IGSS)



Foto: carloscastilla - Fotolia.com

Un programme informatique performant : condition préalable pour chaque microsimulation.



OECD: Sozialindikatoren veröffentlicht

Die siebte Ausgabe der OECD-Sozialindikatoren ist jetzt online abrufbar. Sie hat den Titel: **Panorama de la société 2014 – Les indicateurs sociaux de l'OCDE.**

Mit diesem Bericht reagiert die OECD erneut auf die wachsende Nachfrage nach Daten zum Zustand und den Tendenzen in den Sozialsystemen ihrer Mitgliedsländer. Abonnenten der OECD-Bibliothek können ihn sich direkt herunterladen. Alle anderen können ihn im Internet einsehen unter:

http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oced/social-issues-migration-health/panorama-de-la-societe-2014_soc_glance-2014-fr#page1

(Beatrice Wolter, Redaktion Insight SantéSécu)

Publikationshinweis: Krankenhausfusionen in Frankreich

Eine Analyse der Veränderungen im Spitalsektor hat die französische Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) vorgenommen. Angesichts des aktuellen Fusionsgeschehens in Luxemburgs Spitalsektor hält der Bericht interessante Hintergrundinformationen aus dem Nachbarland bereit.

Neue Anforderungen an den Gesundheitssektor. Die Mitarbeiter der IGAS Françoise LALANDE, Claire SCOTTON, Pierre-Yves BOCQUET und Jean-Louis BONNET richten in ihrem Bericht den Blick auf Fusionen und Neugruppierungen von französischen Krankenhäusern seit Ende der 90er Jahre. Das Ziel der Analyse lautete, Erkenntnisse für die Gesundheitspolitik zu gewinnen, um adäquat auf allgemeine Entwicklungen eingehen zu können wie geänderte Anforderungen an den Gesundheitssektor, technische Entwicklungen oder finanzielle Rahmenbedingungen.

Der Bericht umfasst 273 Seiten aufgeteilt auf vier Kapitel und einen umfassenden Anhang, der allein 200 Seiten ausmacht und aufgeteilt in 14 Anhangkapitel Hintergrundinformationen zur Studie liefert. Das erste Hauptkapitel beschreibt in welchem Kontext, mit welchen Zielen und unter welchen Rahmenbedingungen sich Fusionen in Frankreich in den letzten 15 Jahren ereignet haben. Den Vorteilen



Auch Frankreichs Krankenhäuser schließen sich zusammen, um verstärkt Synergien zu nutzen. Eine Analyse aus dem Nachbarland bietet Hintergrundinformationen.

von Fusionen und den Beschwerlichkeiten, die sich ergeben können, widmet sich das zweite Kapitel. Eine Bilanz der Umstrukturierungsmaßnahmen im Krankenhaussektor zieht das dritte Kapitel. Und das vierte Kapitel schließlich unterbreitet Vorschläge zur zukünftigen Gestaltung von Fusionsbestrebungen.

Interessante Aspekte aus dem Nachbarland. Zwar ist der Bericht bereits im Juli 2012 veröffentlicht worden, aber bietet für alle, die im Krankenhaussektor tätig sind, Fusionen andenken oder durchführen oder durchgeführt haben, interessante Aspekte aus dem Nachbarland.

(Beatrice Wolter, Redaktion Insight SantéSécu)

■ Webtipp

Die Publikation steht zum Download unter:
<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article267>

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



InSight

SantéSécu

