



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.santesecu@mss.etat.lu

WEITERE WEB-INFORMATIONEN:
www.ms.etat.lu
www.mss.public.lu

INHALT - CONTENU

ABSENTÉISME AU TRAVAIL : une priorité politique à mener. **QUADRIpartite** : Financement de l'assurance maladie-maternité 2014–2015. **HÔPITAUX** : Fixation des enveloppes budgétaires globales. **OECD-STATISTIK** : Übergewicht und Adipositas. **PANORAMA DE LA SANTÉ** – Europe 2014. **INSIGHT SANTÉSÉCU** : Neuer Titel und anderes Outfit. **INSIGHT SANTÉSÉCU** : Nouveau look. **CARTOON** : Dr. Kässner sagt, ich soll mich mehr bewegen...

Absentéisme au travail : une priorité politique à mener

Programme d'études par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

L'introduction du statut unique en 2009 a renforcé l'acuité avec laquelle se pose, au Luxembourg, la question de l'absentéisme au travail. En effet, dans la mesure où le statut unique a modifié les modalités de prise en charge du coût de l'absentéisme pour maladie, il était probable que le statut unique puisse générer un surcoût pour certaines entreprises, notamment celles employant beaucoup d'ouvriers. Afin d'anticiper cet éventuel surcoût, le Gouvernement a affiché, dès 2009, sa volonté de faire de la maîtrise de l'absentéisme une priorité politique.

Création d'un Observatoire de l'absentéisme. Depuis 2009, la principale mesure prise par le Groupe de Haut Niveau (GHN) sur l'absentéisme (constitué des Ministres de la sécurité sociale, du travail et de l'emploi et des partenaires sociaux) a été la création d'un Observatoire de l'absentéisme. Afin d'inciter les entreprises à réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour réduire le phénomène, cet Observatoire propose à chaque entreprise de nombreux indicateurs, mis à jour tous les 6 mois, qui lui permettent de dresser un diagnostic complet sur son absentéisme et surtout de se comparer aux autres entreprises de son secteur d'activité, dans une démarche de benchmarking.



Mieux connaître les causes de l'absentéisme. Pourtant, quatre années après l'introduction du statut unique, le taux d'absentéisme pour maladie a légèrement augmenté (passant de 3,3% à 3,7% entre 2009 et 2013), en partie probablement du fait de la crise économique. Même si, au Luxembourg, l'évolution est plus faible que celle observée dans les pays voisins, le gouvernement souhaite relancer le débat sur l'absentéisme de manière à prendre de nouvelles mesures destinées à réduire le phénomène. Dans cette perspective et afin d'alimenter la réflexion politique, le GHN a souhaité pouvoir s'appuyer sur une bonne connaissance du phénomène. C'est pourquoi un programme d'études a été soumis par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS). Son objectif réside dans la volonté d'élargir le débat en proposant une démarche en trois temps : d'abord, identifier les différents types d'absentéisme ; ensuite, pour chacun d'eux, recenser les mesures de politiques publiques permettant de le réduire ; enfin, pour chacune de ces mesures, analyser les effets attendus et/ou observés, soit sur la base de travaux qu'il sera possible de mener au Luxembourg, soit sur la base de travaux menés à l'étranger et dont nous ferons la synthèse.

Les différentes formes d'absentéisme. Il existe trois types d'absentéisme :

- **l'absentéisme noir**, qui regroupe les absences non justifiées médicalement, c'est-à-dire les absences qualifiées d'abusives ;
- **l'absentéisme blanc**, qui rassemble, à l'inverse, toutes les absences justifiées médicalement et dont la légitimité n'est pas discutée compte tenu de la nature de la maladie que subit l'individu ;
- **l'absentéisme gris**, qui concentre les absences certes justifiées médicalement (l'individu se sent effectivement malade) mais qui se distinguent de l'absentéisme blanc par le fait que face à une même maladie, certains individus décident de s'absenter, tandis que d'autres décideront de travailler. L'absentéisme gris renvoie ainsi à toutes les maladies qui bien que réduisant la capacité à travailler ne produisent pas pour autant une impossibilité totale à effectuer son travail.

Notons que le plus souvent, le débat public sur l'absentéisme au travail se concentre uniquement sur l'absentéisme abusif. En effet, dans la mesure où l'absentéisme blanc et gris est lié à la survenance d'une maladie, on considère souvent et à tort qu'il n'est pas possible d'agir, puisque la maladie constitue un élément qui contraint l'individu à une absence. Or ce n'est pas le cas, comme nous le montrerons plus loin. D'ailleurs, en termes d'économies, le potentiel lié à la réduction de l'absentéisme blanc et gris est plus important que celui lié à l'absentéisme abusif, puisque ce dernier ne représente qu'une faible part du phénomène (entre 10% et 13%). Ce chiffre est repris d'une étude française puisqu'une telle estimation n'existe pas pour le Luxembourg.



Foto: Picture-Factory - Fotolia.com

Comme d'autres pays, le Luxembourg a connu une augmentation du taux d'absentéisme au travail depuis 2009.



Comme nous l'avons précisé, chaque type d'absentéisme correspond à des mesures différentes. Dans la suite de ce document, nous allons brièvement décrire ces mesures et pour chacune d'elles, décrire les travaux qui seront réalisés.

L'absentéisme noir. Les mesures permettant de lutter contre l'absentéisme abusif (noir) sont le renforcement des contrôles médicaux et la hausse du coût de l'absence pour le salarié.

Concernant les contrôles médicaux, le projet de loi 6656 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) est actuellement en discussion. Avec cette loi, l'avis du CMSS pourra conduire à un stade avancé, à la suspension de la rémunération du salarié si ce dernier ne reprend pas le travail alors que l'absence est jugée injustifiée. Le programme de travail présenté par l'IGSS propose d'estimer les effets attendus, en termes d'économies, du renforcement des contrôles médicaux.

Au-delà de l'efficacité attendue des contrôles médicaux en relation avec les absences abusives, la littérature montre qu'une partie des absences abusives sont liées à des problèmes de motivation ou de mauvaise ambiance au travail qui conduisent les salariés à s'absenter même sans justification médicale. Ainsi, lutter contre l'absentéisme abusif nécessite également de s'interroger sur le rôle des conditions de travail dans la décision de s'absenter abusivement. Cet aspect sera de même étudié dans le programme d'études de l'IGSS.

Concernant les politiques liées au coût de l'absence, leur objectif est de dissuader les salariés de s'absenter abusivement en instaurant une perte de revenus en cas d'absence. Ce type de politique peut être mené soit au niveau de la firme (ou de la branche), soit au niveau législatif.

Au niveau de la firme (ou de la branche), il peut s'agir de pénalités salariales figurant dans les conventions collectives ou, de façon moins directe, de politiques managériales conditionnant les perspectives d'évolution de carrière à un faible absentéisme. L'un des objectifs du programme de travail sera de recenser l'ensemble de ces mesures, autant que faire se peut, de manière à quantifier la part de salariés qui, sous une forme ou sous une autre, sont soumis à une politique de ce type.

Au niveau national, il peut s'agir d'une baisse du taux de remplacement en cas de maladie ou de l'instauration d'un délai de carence. Il existe une littérature abondante relative à l'impact, sur l'absentéisme, de la générosité des systèmes d'indemnisation.



Certaines études montrent que plus les régimes sont généreux, plus le taux d'absentéisme augmente, tandis que d'autres montrent l'inverse. C'est notamment le cas d'une étude récente relative aux effets du délai de carence en France. Toutefois, quels que soient les résultats, toutes ces études sont aujourd'hui en partie remises en cause par le fait qu'elles se limitent toujours à étudier l'impact de court terme sur les absences sans prendre en compte les risques de moyen et long terme sur la santé des individus. Or, les politiques sanctionnant financièrement les absences et destinées à l'origine à lutter contre l'absentéisme abusif conduisent également certains individus réellement malades à renoncer à une absence, conscients qu'ils sont des risques auxquels ils s'exposent en étant absents trop souvent. Ainsi, ces politiques, supposées lutter contre la perte de productivité due à l'absence des salariés, lui ont substitué in fine une perte de productivité due à leur présence. En effet, le fait d'être présent ne signifie pas nécessairement que l'individu soit performant, son état de santé temporairement dégradé par la maladie réduisant sa productivité. Dans ce contexte, de plus en plus d'études se penchent sur les conséquences du présentéisme (défini comme le fait de travailler tout en étant malade) en termes de santé future des individus mais également en termes de perte de productivité des entreprises. Dans le cadre du programme de travail «absentéisme», l'IGSS tentera de faire le point sur ces questions.

L'absentéisme blanc. Les mesures permettant de lutter contre l'absentéisme blanc portent quant à elles sur la question de la réintégration des salariés absents en cas de maladie de longue durée. Dans différents pays, une politique de réintégration des malades de longue durée a été instaurée. En Norvège, par exemple, les effets semblent être positifs : non seulement le taux d'absence a diminué, mais on observe également que les individus ayant bénéficié de cette mesure se maintiennent en emploi plus longtemps que ceux n'en ayant pas bénéficié. Le programme de travail prévoit de faire le point sur toutes les expériences étrangères en la matière et de voir dans quelle mesure elles seraient transposables au Luxembourg. Cette piste, prometteuse en termes de santé publique, l'est également du point de vue des économies à réaliser. En effet, une baisse d'à peine 10% de la durée des absences en cas de maladies longues (supérieure à trois semaines) permettrait d'économiser 30 millions d'euros par an, et ce, sans tenir compte des bénéfices indirects en termes de réduction des dépenses futures de santé.

L'absentéisme gris. Concernant ce dernier type d'absentéisme, l'objectif sera d'identifier les facteurs qui expliquent que face à une même maladie un individu décide de s'absenter tandis qu'un autre décidera de travailler malgré un état de santé dégradé. Les analyses pourraient par exemple montrer qu'un style de management responsabilisant et valorisant incite le salarié à se présenter au travail, même en cas de maladie ; elles pourraient également montrer que plus la conciliation vie familiale-vie



Un programme d'étude se consacre aux causes de l'absentéisme au travail et aux possibilités de le réduire.



professionnelle est compliquée, plus le salarié est incité à s'absenter pour relâcher, le temps de la maladie, le stress généré par les contraintes quotidiennes. De tels résultats, s'ils étaient avérés, fourniraient autant de pistes pour des mesures concrètes d'amélioration des conditions de travail. Il est fondamental de noter que les pistes qui pourront être dégagées ne devront en aucun cas être préjudiciables à santé des individus. En d'autres termes, il s'agira de promouvoir des mesures qui garantissent à la fois la santé des individus et l'efficacité de l'entreprise.

Les analyses dont il est question dans ce dernier point seront réalisées à partir d'une enquête menée en 2013 sur 17 000 salariés travaillant au Luxembourg. Cette enquête fournit, pour chaque salarié, des informations sur son comportement d'absence ainsi que sur l'ensemble de ses conditions de travail.

Les résultats du programme d'études qui vient d'être esquissé seront présentés au GHN au cours du premier semestre 2015.

(Mireille Zanardelli, IGSS; Thierry Mazoyer, IGSS)

■ Références

Markussen, S., Mykletun, A., & Røed, K. (2012). The case for presenteeism - Evidence from Norway's sickness insurance program. *Journal of Public Economics*, 96(11), 959-972.

T. Mazoyer (2014). L'absentéisme en 2013. Ministère de la sécurité sociale.
http://www.mss.public.lu/publications/Apercus_et_cahiers/apercus/cahier_apercu_201307.pdf

Pollak, C. 2013. La couverture du délai de carence des arrêts maladie en France: Déterminants et impact sur l'absentéisme.

Publication CNAM (France). 2009. <http://www.annuaire-secu.com/html/splioPro355.html>



Quadripartite : Financement de l'assurance maladie-maternité 2014–2015

Le 22 octobre 2014 le Comité quadripartite s'est réuni, en présence de Madame la Ministre de la Santé et Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale, pour analyser l'évolution des recettes et des dépenses de l'assurance maladie-maternité.

Autres sujets à l'ordre du jour. Les mesures du budget de nouvelle génération (BNG) en matière de santé et de sécurité sociale 2015 ainsi que le nouveau plan hospitalier étaient également présentés lors de cette réunion.

Assurance maladie-maternité

Situation financière stable pour 2014 et 2015. Les recettes augmentent plus rapidement que les dépenses en 2013 et 2014. Leur évolution est quasi identique en 2015. Certains postes de frais, notamment les soins hospitaliers et les analyses de laboratoires, connus pour leur évolution dynamique passée, affichent pour 2014 et 2015 des croissances plus modérées.

Relèvement progressif de la réserve minimale depuis 2012.

Dès 2015 le niveau du fonds de roulement minimal atteint de nouveau 10% des dépenses courantes. L'excédent cumulé s'articule autour de 60 millions EUR pour 2014 et 2015. La réserve globale est estimée à 12,3% des dépenses courantes et se situe donc au-dessus de la limite minimale légale de 10%.

Budget de nouvelle génération 2015

Dans le domaine de la santé, l'octroi des autorisations d'exercer des médecins et des autres professions de santé, la délivrance des autorisations de mise sur le marché des médicaments et les contrôles effectués dans le cadre de la sécurité alimentaire seront soumis à des taxes dès 2015.

Au niveau du secteur hospitalier, les efforts entamés depuis la réforme du système de soins de santé en 2010 sont poursuivis. La mise en place du nouveau plan hospitalier et de la documentation médicale hospitalière, élaborés en collaboration avec le Ministère de la sécurité sociale, constituent les deux grands chantiers pour 2015.



Foto: hbornmuc - Fotolia.com

A la quadripartite d'automne la discussion portait essentiellement sur la situation financière de l'assurance maladie-maternité.



Dans le but de maîtriser l'évolution des coûts d'une population en progression continue, le Ministère de la santé s'engage à sensibiliser la population luxembourgeoise à une utilisation plus rationnelle des ressources disponibles par des campagnes ciblées sans toutefois changer la ligne directrice de sa politique.

Dans le domaine de la sécurité sociale, le gouvernement prévoit pour 2015 des mesures immédiates pour réduire les coûts de l'assurance maladie-maternité, dont notamment :

- gel voire réduction de la lettre-clé et des tarifs des certains prestataires de soins ;
- fixation de l'enveloppe budgétaire globale pour les établissements hospitaliers à 4% ;
- abattements pour fournitures orthopédiques, orthèses et épithèses ;
- maintien du crédit de 20 millions EUR pour compenser les dépenses supplémentaires incombant à la CNS pour l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

Nouveau plan hospitalier

Nouvelles définitions. A côté de l'inventaire des établissements hospitaliers (classification, missions, nombre de lits, etc.), le nouveau plan hospitalier renforce le virage ambulatoire, définit le concept des emplacements et des lits d'hospitalisation longue durée et identifie les services médicaux autorisés.

Création de centres de compétence. Le nouveau plan hospitalier prévoit la concentration des activités médicales pour certains groupes de pathologies, notamment dans le domaine du cancer et de la cardiologie dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge mais aussi pour utiliser les ressources hospitalières de manière plus efficace et efficiente.

Divers

Autres thèmes abordés. Le dispositif de la substitution des médicaments a été discuté et le point a été fait sur la mise en place d'un Observatoire de la Santé, le tiers payant généralisé, l'Agence eSanté, le dispositif du médecin référent et les moyens de la CNS pour lutter contre les fraudes et les abus des prestataires.

(Laurence Weber, IGSS)



Hôpitaux : Fixation des enveloppes budgétaires globales

863,1 millions EUR pour 2015 et 889,0 millions EUR pour 2016.

Toutes les années paires, l'IGSS rédige un rapport d'analyse en vue de la fixation de l'enveloppe budgétaire globale des établissements des deux années à venir. Ce rapport s'inscrit dans le cadre des mesures structurelles prévues par la loi du 17 décembre 2010 (article 74 du Code de la sécurité sociale). Sans mettre en cause le principe du financement budgétisé du secteur hospitalier, le législateur a cherché à obtenir un meilleur cadrage des dépenses hospitalières et une meilleure comparabilité des dépenses dans les différents établissements.

L'enveloppe comprend :

- les frais de personnel (à l'exception des frais médicaux),
- les frais de consommation,
- les frais pour immeubles et équipements,
- les frais de gestion,
- les frais d'investissements courants,
- les frais financiers,
- les frais d'amortissement (à raison de 20% des frais d'investissement) ainsi que
- les frais relatifs à des infrastructures et services communs dans la mesure où ces infrastructures et ces services sont nécessaires à l'activité opposable des établissements hospitaliers.

L'enveloppe budgétaire globale couvre également tous les autres engagements à charge de la CNS en vertu de conventions ou d'accords conclus avec les groupements des hôpitaux.

Paramètres pris en compte : La loi prévoit que les éléments de l'enveloppe tiennent compte des paramètres suivants : l'évolution démographique de la population résidente, la morbidité, les pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et la croissance économique du pays. Ces paramètres sont traités dans les différents chapitres du rapport :

- Situation et projection macro-économique
- Indicateurs concernant le système de santé



Le taux de croissance de l'enveloppe budgétaire des hôpitaux a été fixé à 4% pour 2015 et à 3,5 % pour 2016.



- Description du paysage hospitalier
- Planification hospitalière et politique d'investissement
- Utilisation des services de santé
- Budgets et comptes hospitaliers

Répercussion du pacte de stabilité : Comme tous les pays européens, le Luxembourg est censé respecter les taux de référence proposés par la Commission européenne pour les dépenses publiques (y compris les dépenses pour soins de santé), à savoir 2,6% pour 2015 et 3,9% pour 2016.

Conclusion du rapport : Dans ses propositions, l'IGSS tient compte d'une part des exigences des hôpitaux et d'autre part, des contraintes budgétaires des finances publiques. Elle suggère donc un taux de croissance nominal de 4% pour 2015, et de 3,5% pour 2016.

Décision du Conseil de Gouvernement : Le Conseil de Gouvernement fixe, sur base du rapport de l'IGSS ainsi que des avis y relatifs de la CNS et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier, l'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers à 863,1 millions EUR pour 2015 et à 889,0 millions EUR pour 2016.

(Christine Weisgerber, IGSS)

OECD-Statistik: Übergewicht und Adipositas

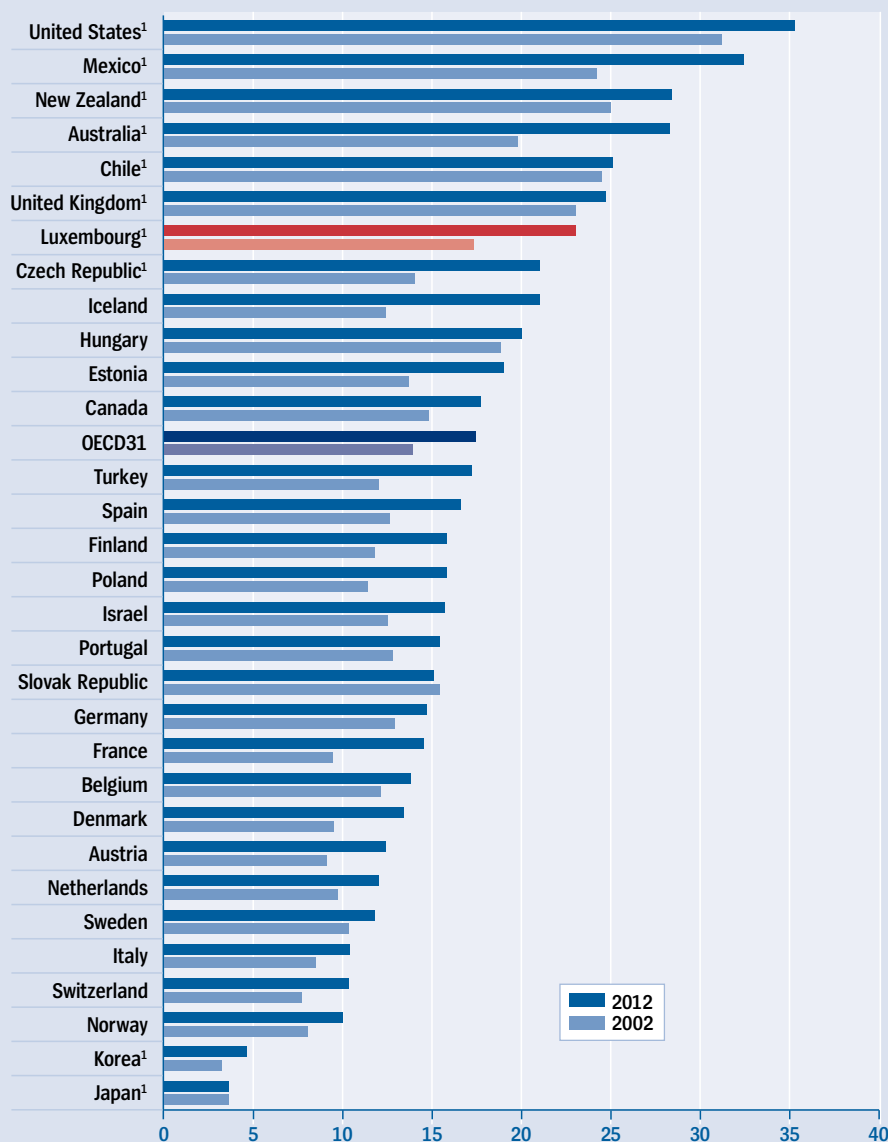
Im Vergleich mit 32 OECD-Ländern steht Luxemburg an siebter Stelle, was den Prozentsatz seiner übergewichtigen Bevölkerung angeht.

Zu diesem Ergebnis kommt die jüngste Aufstellung der OECD zu Übergewicht und Adipositas. Mit seinen 23 Prozent Übergewichtigen nimmt Luxemburg nicht nur den siebten Platz unter allen OECD-Ländern ein, sondern auch die zweite Stelle in Europa knapp hinter England (24,7 Prozent). Die traurige Spitze dieser Datenzusammenstellung bilden die USA, deren Bevölkerung zu 35,3 Prozent übergewichtig ist. Am Schluss stehen die Japaner, von denen nur 3,6 Prozent von einer Gewichtsproblematik betroffen sind. Die Daten für Luxemburg beruhen auf Mes-



sungen und nicht auf Interviews. Diese Methode der Datenerhebung ist objektiver und trägt auch zu den hohen Prozentzahlen der Übergewichtigen in Luxemburg bei. Desgleichen beruhen die Daten aller obersten neun Länder auf Messungen (USA bis Tschechische Republik). Aber auch in Japan und Korea wurde gemessen, beide Länder bilden das Tabellenende.

Increasing obesity among adults in OECD countries, 2002 and 2012 (or nearest year)



¹ Data are based on measurements rather than self-reported height and weight.

Source: OECD Health Statistics 2014.



Panorama de la santé – Europe 2014

Die dritte Edition von „Panorama de la santé – Europe“ ist seit dem 3. Dezember auf der Website der OECD abrufbar.

Daten aus 35 europäischen Ländern. Die Ausgabe der europäischen OECD-Gesundheitsdaten erscheint im zweijährigen Rhythmus. Die aktuelle Ausgabe bietet Daten aus 35 europäischen Ländern, darunter von 28 Mitgliedern der Europäischen Union (EU), vier EU-Kandidaten-Ländern und drei Nationen der europäischen Freihandelsassoziation. Inhaltlich betreffen die Statistiken den Gesundheitsstatus der jeweiligen Bevölkerung, die gesundheitsbestimmenden Faktoren, die Leistungen und Mittel der Gesundheitsversorgung, ihre Qualität und die Zugangsmöglichkeiten. Schließlich geht es um die Kostenseite und Finanzierung nationaler Gesundheitsleistungen.

Neue Indikatoren. Anhand der sogenannten ECHI Indikatoren (European Core Health Indicators) erhebt die OECD die Daten und stellt sie zusammen. Besonderheit der dritten Edition ist, dass zusätzliche Indikatoren hinzugekommen sind. Sie beziehen sich auf nicht-medikamentöse Gesundheitsdeterminanten und den Zugang zu Gesundheitsleistungen. Ein neues Kapitel widmet sich speziell dem finanziellen, geographischen und zeitlichen Zugang zu Gesundheitsdiensten.

(Beatrice Wolter, Redaktion Insight SantéSécu)

■ Webtipps:

Die Print- und Pdf-Version sind abrufbar seit dem 3. Dezember 2014 unter <http://www.oecdbookshop.org/display.asp?K=5JXX3CGPN5BS&LANG=EN>

Seit dem 30. Juni 2014 sind die OECD Health Statistics freigeschaltet unter <http://www.oecd.org/health/healthdata>



Foto: www.oecd.org

Bereits seit Ende Juni 2014 sind die allgemeinen Gesundheitsdaten der OECD online abrufbar. Die speziell auf Europa ausgerichteten Statistiken ist seit dem 3. Dezember freigeschaltet.



Insight SantéSécu: Neuer Titel und anderes Outfit

Ab 2015 wird sich Insight SantéSécu in neuem Format und mit neuem Titel präsentieren. Er wird weiterhin Informationen rund um das luxemburgische Sozialversicherungswesen und das Gesundheitssystem präsentieren. Die neue Newsletter wird weiterhin über Trends und Analysen im In- und Ausland berichten und auf relevante Entwicklungen und Zusammenhänge im Bereich der Sozialpolitik hinweisen. Freuen Sie sich auf den neuen Insight in 2015.

Ihre Redaktion

InSight SantéSécu : nouveau look

A partir de 2015, InSight SantéSécu se présentera sous un nouveau format et un autre nom. Le bulletin continuera à fournir des informations sur notre système de protection sociale ainsi que sur notre système de santé. Le nouveau concept continuera à mettre cependant plus l'accent sur l'analyse des besoins et les nouvelles évolutions en matière de protection sociale au Luxembourg et à l'étranger. Découvrez le « nouveau InSight » à partir de l'année prochaine.

Votre rédaction

Impressum

Herausgeber:
Inspection générale de la sécurité sociale

Verantwortlich:
Raymond Wagener, Direktor

Redaktion:
Dr. phil. Beatrice Wolter, Redaktionsbüro;
Inspection générale de la sécurité sociale
E-Mail: insight.santesecu@mss.etat.lu

Grafik:
Désirée Gensrich, Designbüro

