

2.3 LA SITUATION BUDGÉTAIRE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ³⁴

La présente analyse vise à faire le point sur la situation budgétaire de l'assurance maladie-maternité dans une optique de moyen terme. En dépit de l'adoption de nouvelles mesures dans la foulée de la réunion tripartite nationale du 24 novembre dernier, les perspectives financières des caisses de maladie paraissent assombries, du moins en l'absence de réformes structurelles susceptibles d'induire un ralentissement structurel de la croissance des dépenses de santé. Un bref examen de l'évolution des recettes et des dépenses de santé au cours de la période 1990-2002 permettra d'isoler les principaux déterminants de l'équilibre budgétaire de l'assurance maladie. Sur la base des informations rassemblées à cette occasion, il sera procédé à diverses projections, sur un horizon allant jusqu'en 2030. Ces projections ne constituent pas à proprement parler des prévisions. Elles visent plutôt à mieux baliser d'évolution future au moyen d'un outil analytique cohérent.

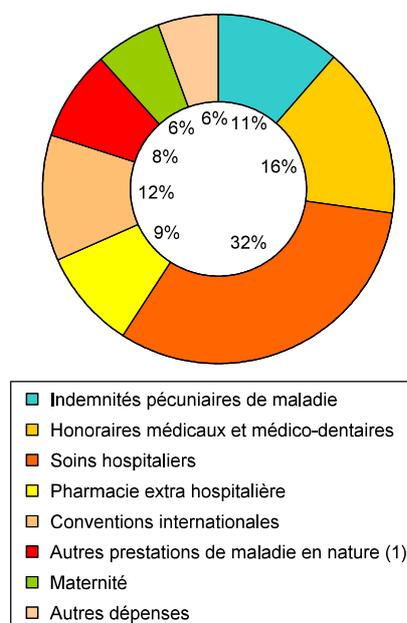
2.3.1 Évolution des dépenses, des recettes et de la situation budgétaire du système d'assurance maladie-maternité

2.3.1.1 Les dépenses de l'assurance maladie-maternité

A raison de près de 80 %, les dépenses de l'assurance maladie-maternité correspondent à des prestations en nature, les trois catégories les plus importantes étant les soins hospitaliers, les honoraires médicaux et médico-dentaires et les conventions internationales. Ces dernières reflètent l'important recours des assurés frontaliers et des membres de leurs familles à des prestataires de soins situés dans leurs pays respectifs. En conséquence, l'évolution de ce poste de dépenses dépend du nombre de frontaliers et de l'évolution des coûts médicaux dans les trois pays voisins.

Graphique 12

Composition des dépenses de l'assurance maladie-maternité en 2003 (En pourcentages du total)



Source: UCM (Budget voté 2003)

(1) A l'exclusion des prestations de maternité en nature.

Les dépenses effectives de santé se sont accrues à un rythme très élevé au Luxembourg de 1990 à 2002. En termes nominaux, elles ont en effet affiché une progression annuelle moyenne égale à 8,5 %³⁵. Ce rythme soutenu s'explique cependant pour partie par deux facteurs qui ne relèvent pas de la dynamique interne

³⁴ Note rédigée par M. Muriel Bouchet

³⁵ Source: UCM (2003).

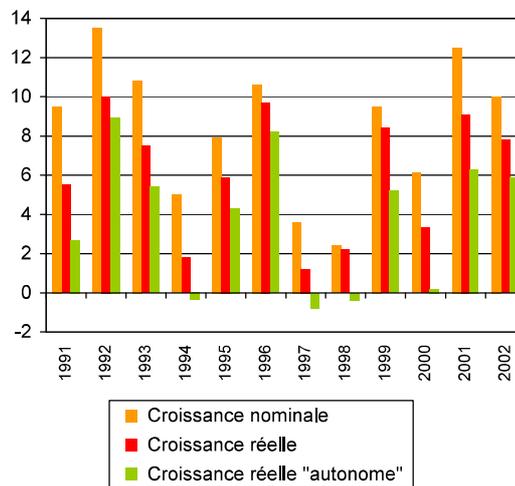
du système de santé. En premier lieu, l'indice des prix à la consommation a en moyenne augmenté de 2,5 % par an au cours de la période sous revue de sorte qu'exprimées en termes réels, les dépenses de soins de santé ont progressé de 6 % par an. En second lieu, la population protégée s'est fortement accrue au Luxembourg, du fait d'une immigration importante et d'un recours accru à la main-d'œuvre frontalière. Ainsi, la population protégée active résidente serait passée de 280 000 à 332 000 individus de 1990 à 2002³⁶. Dans le même temps, la population protégée active non-résidente aurait plus que triplé, pour atteindre 133 000 individus en 2002. Seule la catégorie qui regroupe les assurés pensionnés et les membres de leurs foyers a manifesté une relative stabilité, le nombre d'individus concernés n'ayant augmenté que de 11 % au cours de la période 1990-2002, pour atteindre 101 500 personnes à la fin de 2002.

La croissance «autonome» des dépenses de santé a été isolée au graphique ci-contre. Il s'agit là d'un concept résiduel, en ce sens que la croissance des dépenses a été apurée de l'incidence de l'inflation d'une part, et de la croissance de la population protégée d'autre part. La population protégée non-résidente est prise en compte au prorata de la consommation de soins de santé par les frontaliers. Une omission de ce facteur aurait donné lieu à une surestimation de l'impact, sur les dépenses, de la croissance de la population protégée. L'arrivée de nombreux non-résidents a permis de ralentir quelque peu la croissance des dépenses, car leur consommation de soins de santé est en moyenne nettement inférieure à celle des résidents.

La dérive autonome des dépenses peut s'expliquer par divers facteurs, qui sont de nature structurelle – tels que le progrès technique, l'accroissement de l'offre médicale ou encore l'incidence de la hausse du pouvoir d'achat moyen sur la demande de soins de santé – ou qui relèvent de mesures discrétionnaires. Considéré isolément, le progrès technique devrait contribuer à modérer la croissance des dépenses. A demande de soins de santé constante, il est en effet susceptible d'engendrer une plus grande efficacité, ce qui devrait se traduire par des coûts moindres.

Graphique 13

Evolution des dépenses de l'assurance maladie (en pourcentages)



Source: UCM, IGSS, STATEC

Note: La croissance réelle «autonome» est un résidu, qui vise à apurer la croissance nominale des dépenses de l'assurance maladie de l'impact de l'inflation et de la croissance de la population protégée. Cette dernière a été estimée sur la période 1990-2002 à partir de données de l'UCM, de l'IGSS et du STATEC (frontaliers). Les dépenses reprises dans le graphique sont les dépenses effectives après déduction des prélèvements aux provisions pour prestations dues mais non liquidées.

Cependant, le progrès technique tend en parallèle à induire une hausse de la demande de soins de santé, tant en termes quantitatifs que qualitatifs. Ce phénomène est encore exacerbé par l'existence d'asymétries d'informations. Les bénéficiaires des prestations ne disposent en effet que d'une connaissance limitée de leur état de santé et des remèdes envisageables. La demande de soins médicaux est de ce fait une demande dérivée, qui est dans une large mesure tributaire de l'offre médicale («supplier-induced demand»). Un encadrement de l'offre médicale est particulièrement de mise dans un tel contexte. Enfin, la santé constitue un bien supérieur. Conformément à la loi de A. Wagner (1958), la demande de soins de santé tend en effet à s'accroître

36 La population protégée «active» résidente se compose en fait des assurés résidents actifs et volontaires et des membres de leurs familles. La même définition est adoptée pour la population «active» protégée non-résidente.

davantage que le revenu moyen. La croissance «autonome» des dépenses peut également résulter de mesures purement discrétionnaires, comme la récente adaptation des honoraires des médecins et dentistes, les réformes relatives à l'incapacité de travail et à la réinsertion professionnelle ou encore un accroissement du remboursement des médicaments.

Il est extrêmement ardu, sinon impossible, de déterminer quel sera l'impact de ces différents facteurs sur la croissance future des dépenses de santé. Cependant, l'évolution des dépenses observée dans le passé fournit certaines indications, qui permettent de mieux baliser les développements futurs. Comme l'indique le graphique ci-joint, la dérive «autonome» des dépenses qui, pour rappel, constitue une mesure de la croissance réelle par personne protégée des dépenses de l'assurance maladie-maternité, se serait en moyenne montée à 3,8 % de 1990 à 2002, avec il est vrai d'importantes fluctuations de court terme. Cette dérive de 3,8 % par an est le point de départ adopté dans la présente analyse pour mieux appréhender l'évolution future des dépenses de santé (voir infra, partie 2). Ce taux de 3,8 % est certes affecté par l'impact de mesures discrétionnaires passées, mais il induit à d'autres égards une sous-estimation de la croissance future des dépenses de soins de santé. Il ne comprend en effet nullement l'incidence du vieillissement de la population, puisqu'il a été calculé au cours de la période 1990-2002, au cours de laquelle ce dernier phénomène ne s'est pas manifesté. La population des personnes âgées de plus de 60 ans ne représentait en effet que 15,6 % de la population totale à la fin de 2002, ce qui est légèrement inférieur à la proportion observée en 1990³⁷.

2.3.1.2 Les recettes de l'assurance maladie-maternité

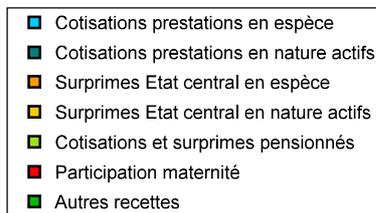
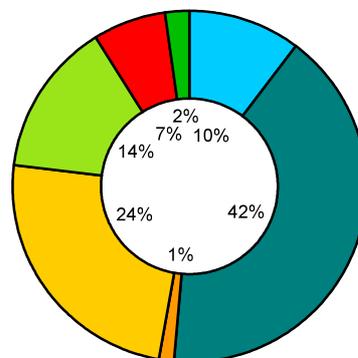
Selon le budget voté de l'UCM, les recettes de l'assurance maladie-maternité ont atteint 1 370 millions d'euros en 2003, soit près de 6 % du PIB. Les recettes liées à l'évolution de la masse salariale représentent 77 % de ce montant total. Il s'agit d'une part des cotisations sociales au sens strict, retranchées du revenu brut des assurés cotisants actifs, qui se sont montées à 706 millions d'euros en 2003, et d'autre part des «sur-

primes» versées aux caisses de maladie par l'Etat central. Ces transferts de l'Etat sont strictement proportionnels aux cotisations perçues, puisque la quote-part de l'Etat central dans l'ensemble des cotisations et surprimes canalisées vers les dépenses en nature est actuellement fixée à 37 %. La participation de l'Etat est nettement inférieure en ce qui concerne les dépenses en espèce, puisqu'elle se limite dans ce cas à 10 % du montant total des cotisations et surprimes.

L'assurance maladie perçoit également des cotisations sociales dont sont redevables les pensionnés. Elles ont atteint 123,4 millions d'euros en 2003. Il s'y est ajouté une surprime de 72 millions de l'Etat central, de sorte que 14 % des recettes de l'assurance maladie ont pour assiette l'ensemble des pensions dont bénéficient les assurés.

Graphique 14

Composition des recettes de l'assurance maladie-maternité en 2003 (en pourcentages)



Source: UCM (Budget voté 2003)

37 Source: UCM (2003).

Le financement de l'assurance maternité donne lieu à un autre transfert de l'Etat, qui a alimenté 6,6 % des recettes totales en 2003. Ce financement dépend intimement de l'évolution des dépenses de maternité, qui sont intégralement financées par l'Etat. Par construction, l'équilibre budgétaire de la gestion maternité est donc assuré. Les recettes non citées supra ne représentent que 2 % des recettes totales. Il s'agit notamment du revenu du patrimoine de l'UCM et du financement par l'Etat central des frais d'administration encourus par l'assurance maladie.

2.3.1.3 L'équilibre budgétaire de l'assurance maladie-maternité

En raison de l'importance des recettes directement liées à l'évolution de la masse salariale, l'équilibre budgétaire de l'assurance maladie-maternité dépend étroitement de la progression de l'emploi et, in fine, de l'évolution de la croissance économique. Cet état de fait est d'autant plus crucial qu'au Luxembourg, une croissance élevée s'accompagne d'importants flux d'immigrants et de travailleurs frontaliers. Du fait de la jeunesse relative des populations concernées, ces flux contribuent à ralentir la hausse des dépenses par tête de soins de santé.

Le PIB nominal s'est en moyenne accru de quelque 8,8 % au cours de la période 1990-2000, de sorte que les recettes des caisses de maladie ont progressé au rythme soutenu de 8,5 % par an en moyenne³⁸. Ces évolutions ont permis de contrecarrer le fort accroissement spontané des dépenses. Malgré une progression nominale soutenue, ces dernières sont en effet demeurées stables en pourcentages du PIB et ont évolué parallèlement aux recettes. Il en a résulté une situation budgétaire équilibrée, voire même excédentaire au cours de cette période. Ainsi, à la fin de 2001, les réserves de l'assurance maladie-maternité se montaient à 208,9 millions d'euros, soit 17 % des dépenses courantes³⁹. Ce dernier chiffre excède nettement le minimum légal, qui équivaut à 10 % des dépenses⁴⁰.

Ce parallélisme dans l'évolution des recettes et des dépenses a cependant été rompu depuis lors. Alors que les recettes ont encaissé de plein fouet le ralentissement de l'activité économique, depuis 2001 les dépenses se sont accrues à un rythme plus élevé encore que la progression moyenne observée au cours de la période 1990-2000. Il en a résulté une diminution des excédents

et la survenance de déficits courants dès 2002. Selon l'UCM, le déficit des caisses de maladie se serait monté à près de 96 millions en 2004 en l'absence de mesures nouvelles, de sorte que les réserves seraient devenues inférieures au fonds de roulement légal à raison de 83,2 millions d'euros. En l'absence d'une croissance économique soutenue et faute d'un sensible ralentissement de la progression des dépenses de l'assurance maladie-maternité, la divergence entre les recettes et les dépenses devrait continuer à prévaloir au cours des prochaines années, ce qui donnerait lieu à des déficits récurrents et cumulatifs. Comme on le verra infra, le transfert en provenance du régime de pensions décidé à l'issue de la réunion tripartite nationale du 17 novembre dernier n'est pas de nature à changer ce constat, du moins si aucun transfert additionnel ne survient au cours des années ultérieures à 2004. A moyen terme, cette mesure n'est en effet guère susceptible de modifier la dynamique d'évolution des recettes et des dépenses de l'assurance maladie-maternité.

2.3.2 Projections de l'évolution de la situation budgétaire de l'assurance maladie-maternité

Seul un outil de simulation permet de prendre en compte les multiples déterminants de l'équilibre budgétaire des caisses de maladie. Les simulations décrites infra ne constituent nullement des prévisions de l'évolution future, qui sont difficiles à établir en raison de la multiplicité des déterminants de la croissance des dépenses de santé et de la difficulté de quantifier l'impact de facteurs tels que le progrès techniques ou l'influence de l'offre sur la demande («supplier-induced» demand). L'incidence de ces déterminants est par ailleurs conditionnée par l'organisation institutionnelle du système de santé.

Les projections ont été effectuées sur l'horizon 2004-2030. Elles visent simplement à mieux baliser l'évolution future au moyen d'un outil analytique cohérent et reposent sur un modèle démographique qui a déjà été décrit par ailleurs⁴¹. L'évolution de la population protégée du système de santé sur l'horizon 2004-2030 a été extrapolée à partir de la population résidente livrée par ce modèle. Il s'y ajoute la population des assurés non-résidents et des membres de leurs familles. Le point de départ de l'inférence de cette dernière est le nombre

38 Evolution des recettes de cotisations et des participations de l'Etat de 1990 à 2000. Sources: IGSS (2003) et UCM (2003).

39 Source: UCM (2003).

40 En vertu de l'article 28, alinéa 1 du Code des Assurances Sociales.

41 Voir bibliographie, Bouchet (2003).

de travailleurs frontaliers, qui est déterminé de façon résiduelle, par différence entre l'emploi total d'une part et le nombre d'actifs résidents d'autre part. L'emploi total évolue en fonction du taux de croissance économique choisi sur l'horizon de projection et d'un taux fixe d'accroissement de la productivité égal à 2 % par an. En d'autres termes, le nombre de travailleurs frontaliers constitue la variable d'ajustement, qui permet de concilier la croissance du PIB, l'évolution de l'emploi total et la progression postulée de la productivité. Toutes autres choses égales par ailleurs, une hausse de la croissance donnera donc mécaniquement lieu à un accroissement du nombre de frontaliers. En revanche, il est supposé que le nombre d'immigrants n'est pas affecté par la croissance. Le solde net d'immigrants est en effet rivié à 4000 personnes par an de 2004 à 2030.

La population des assurés non-résidents et de leur famille est calculée en multipliant le nombre de frontaliers inféré de la sorte par un coefficient fixe, égal à 1,26. Ce rapport a été dégagé à partir des données 2002 de l'UCM, qui indiquent que chaque frontalier a en moyenne 0,26 personnes à charge⁴².

A la population protégée composée des actifs résidents et non-résidents et des membres de leurs familles s'ajoutent les pensionnés et les membres de leurs foyers, qui sont dans 95 % des cas des résidents. Par hypothèse, le nombre de personnes qui relèvent de ce segment de la population protégée est supposé évoluer parallèlement au nombre de pensionnés tel qu'il a été inféré sur la période 2004-2030 au moyen du modèle de pensions de la BCL⁴³.

Tableau 2 Hypothèses de base des simulations

	Taux d'inflation (%)	Croissance des salaires réels (%)	Productivité du travail (%)
2006-2030	1,9	2,0	2,0
Naissances	Stabilité au niveau de fécondité observé en 2000		
Mortalité	Réduction graduelle de la mortalité (-22 % au total de 2001 à 2030)		
Immigration	Arrivée nette de 4000 immigrants par an de 2004 à 2030		
Frontaliers	Arrivée nette en fonction de la croissance économique (variable ajustante)		
Taux d'occupation	Augmentation graduelle pour les femmes, stabilité pour les hommes. En conséquence, les femmes représentent 42 % de la population active résidente en 2030, contre 40 % en 2004.		

Source: Calculs BCL.

Les recettes des caisses de maladie perçues au titre des cotisations et des surcharges en provenance de l'Etat central sont estimées à partir des montants prévus par l'UCM pour 2004, de l'évolution de la population active assurée cotisante⁴⁴ et des salaires moyens, ces derniers étant censés augmenter à raison de 2 % par an en termes réels. Il s'y ajoute les cotisations versées par les pensionnés, les éventuels revenus d'intérêt, évalués sur la base d'un taux d'intérêt moyen de 4 %, et enfin des

recettes diverses. Ces dernières sont estimées au moyen des prévisions de l'UCM relatives à 2004. Leur montant est censé évoluer parallèlement au PIB au cours de l'horizon de projection. Il est également tenu compte d'un transfert en provenance du régime de pensions en 2004, dont le versement a été décidé lors de la réunion du 17 novembre de la commission de coordination de la conférence tripartite nationale. Ce transfert couvre le surcroît de dépenses de maladie occasionné de 1997 à

⁴² Le ratio de 1,26 est sous-estimé en raison du caractère incomplet des données sur la composition des familles des non-résidents. Cet état de fait ne biaise cependant pas les projections de dépenses, car il s'accompagne d'une surestimation de même ampleur des dépenses moyennes, par personne protégée, des non-résidents.

⁴³ Voir la simulation de référence décrite dans Bouchet (2003).

⁴⁴ Cette dernière atteignait 300 681 personnes en 2002 selon l'UCM. Les assurés cotisants pensionnés étaient au nombre de 77 351 à la même époque. Par hypothèse, l'évolution de ces deux populations aux cours de la période 2004-2030 sera parallèle à celle du nombre de salariés et de pensionnés assurés, respectivement.

2003 par le transfert aux caisses de maladie de dépenses d'invalidité précédemment supportées par le régime de pensions. Dans le cadre des simulations commentées ci-dessous, il est supposé que le transfert se montera à 130 millions d'euros en 2004 et ne sera pas renouvelé au cours des années ultérieures.

Les dépenses sont estimées en prenant comme base de départ les dépenses courantes totales des caisses de maladie en 2004, telles qu'elles sont actuellement prévues par l'UCM⁴⁵. L'évolution ultérieure des dépenses primaires dépend également du taux réel de croissance des dépenses par tête, qui est supposé identique pour les populations protégées résidente et non-résidente. Cependant, il est supposé que le niveau absolu des dépenses par tête des personnes protégées non-résidentes est inférieur au chiffre correspondant, relatif aux résidents, à raison de 35 % dès 2004⁴⁶. Les charges d'intérêt sont calculées en appliquant à tout engagement net éventuel un taux d'intérêt nominal de 4 %. Les prestations dont bénéficient les pensionnés résidents et non-résidents sont quant à elles inférées au moyen du simulateur de pensions de la BCL.

Les participants à la réunion du 24 novembre du Comité de coordination Tripartite sont parvenus à un accord sur cinq mesures d'économie. Faute d'informations suffisantes sur les retombées budgétaires précises de ces mesures, ces dernières n'ont à ce stade pas été prises en compte dans les projections. Si elles sont de nature à ralentir la croissance des dépenses, leur impact sera cependant amoindri par le fait qu'elles se focalisent essentiellement sur les prestations pécuniaires de maladie, qui ne représentent que 11 % des dépenses totales

de l'assurance maladie-maternité (voir le graphique 12). Ce pourcentage devrait d'ailleurs diminuer significativement suite à la mise en œuvre éventuelle de l'harmonisation des régimes d'indemnisation pécuniaire des ouvriers et des employés privés, qui se traduira notamment par la prise en charge d'une partie des indemnités pécuniaires des ouvriers par les employeurs. A noter que l'impact budgétaire de l'harmonisation dépendra de la durée de la période d'indemnisation pécuniaire par l'employeur (la «Lohnfortzahlung») qui sera en définitive retenue et du taux de cotisation sociale auquel les ouvriers et les employés seront conjointement soumis⁴⁷. De surcroît cette harmonisation, de même qu'une éventuelle fusion des caisses de maladie, doit encore faire l'objet d'une étude approfondie dans le cadre d'un comité d'accompagnement. Pour rappel, l'incidence du phénomène de vieillissement sur les dépenses n'est pas davantage prise en compte dans les simulations commentées ci-dessous⁴⁸.

Une première simulation, dont les principaux résultats sont synthétisés au tableau ci-dessous, repose sur une croissance des dépenses réelles par tête égale à 3,8 %, soit le taux observé de 1990 à 2002. Il s'y ajoute l'incidence de l'accroissement du nombre de personnes protégées et l'incidence de l'inflation. La croissance du déflateur des dépenses d'assurance maladie-maternité postulé dans le futur est égal au taux d'inflation à partir de 2006. Par hypothèse, il demeure stable à 1,9 % par an. Il est supposé qu'à l'inverse des recettes, le taux de croissance des dépenses n'est pas affecté par l'évolution conjoncturelle. Il s'agit-là d'une simplification, car selon une étude exhaustive de l'UCM, le ralentissement de la conjoncture en 2001 et 2002 pourrait avoir occasionné

⁴⁵ *Estimations 2004 de l'UCM datée du 8 octobre 2003.*

⁴⁶ *Il s'agit-là d'une estimation, qui a été calibrée de telle manière que les dépenses totales imputables aux foyers des assurés actifs non résidents soit égales à 15 % des dépenses totales. Ce dernier chiffre correspond au pourcentage inféré à partir des données de l'IGSS (voir IGSS (2003)) sur les transferts à l'étranger des caisses de maladie. A noter que la dépense moyenne par tête des assurés non résidents et des membres de leur famille est artificiellement surestimée du fait de la sous-estimation du nombre d'individus relevant de ces familles (voir la note de bas de page numéro 42 supra).*

⁴⁷ *Selon le communiqué officiel, «le taux de cotisation des ouvriers, actuellement un multiple de celui qu'ont à payer les employés, devrait diminuer de façon très substantielle, entraînant une réduction des charges sociales susceptibles de bénéficier au patronat. Par contre, le taux de cotisation des employés ne devrait être que très légèrement affecté». Un taux de cotisation pour prestations en espèces uniforme proche de celui que supportent actuellement les employés, à savoir 0,20 %, donnerait en effet lieu à une nette diminution du taux dont sont redevables les ouvriers, qui est égal à 4,70 %. Un tel ajustement des taux limiterait fortement les retombées budgétaires favorables de la décision de porter la période d'indemnisation pécuniaire par l'employeur à six semaines pour les ouvriers. Pour rappel, ces derniers sont actuellement pris en charge par les caisses de maladie dès le premier jour de maladie.*

⁴⁸ *L'incidence du vieillissement serait d'ailleurs difficile à appréhender, car les dépenses de santé tendent à se concentrer au cours des dernières années de la vie. Du fait de l'accroissement tendanciel de l'espérance de vie, les tranches d'âge qui s'accompagnent des dépenses les plus importantes tendent également à évoluer avec le temps. Il serait par conséquent injustifié d'inférer les prestations de santé futures en multipliant le nombre projeté des membres de chaque cohorte d'âge par les dépenses moyennes observées au début de l'horizon de prévision. Cet état de fait complique considérablement la prise en compte des effets du vieillissement. Pour une explication précise de ce phénomène, voir *Economic Policy Committee (2003).**

une augmentation de l'occurrence des cas de maladie de longue durée. Il en aurait résulté une accélération de la progression des prestations en espèce⁴⁹. L'omission de ce facteur dans les projections induit une sous-estimation de l'impact d'un éventuel ralentissement de la croissance économique sur l'équilibre budgétaire de l'assurance maladie. Enfin, conformément à l'hypothèse de politique inchangée, il est supposé que les taux des différentes cotisations de maladie demeurent égaux aux niveaux atteints en 2003⁵⁰. Du fait de l'importance du taux de croissance du PIB postulé, soit 4 % par an en termes réels, le nombre d'assurés non résidents passerait de 110 000 en 2004⁵¹ à 267 000 en 2030. Une telle évolution supposerait un accroissement considérable du recours aux travailleurs frontaliers, qui pourrait a priori sembler irréaliste.

En dépit d'hypothèses de croissance assez optimistes, la situation budgétaire de l'assurance maladie continuerait à se détériorer si les dépenses réelles par tête continuent

à s'accroître au rythme moyen de 3,8 % par an enregistré de 1990 à 2002. Une capacité de financement pourrait être dégagée en 2004 grâce à un important transfert en provenance du régime de pensions, mais un déficit se manifesterait dès l'année suivante. Le besoin de financement passerait de 0,6 % du PIB en 2005 à 1,3 % en 2010 et à près de 3 % du PIB en 2020. La position débitrice nette des caisses de maladie dépasserait 5 % du PIB dès 2011 et quelque 10 % du PIB à partir de 2015.

La forte hausse de la croissance des dépenses primaires de santé, qui passeraient de 6,4 % du PIB en 2004 à 9,4 % en 2030, serait observée en dépit du fait que les frontaliers s'affilient le plus souvent à leur pays de résidence pour la couverture de leurs dépenses de santé lorsqu'ils parviennent à l'âge de la pension. Il s'agit-là d'une différence fondamentale par rapport au système général de pension, qui permet d'atténuer significativement un facteur potentiel de dérive des dépenses.

Tableau 3 *Situation budgétaire de l'assurance maladie-maternité en cas de croissance réelle du PIB égale à 4 % par an et de croissance réelle des dépenses par tête égale à 3,8 % par an de 2006 à 2030. Taux des cotisations fixés au niveau 2003 (en pourcentages du PIB)*

	1.Recettes totales	2.Dépenses primaires	3.Dépenses totales	4.Solde global	5.Patrimoine	6.Fonds de roulement légal	7.Solde cumulé
			=2.+ charges d'intérêt	=1.-3.		=10 % de 3.	
2004	6,6	6,4	6,4	+0,1	0,8	0,6	0,2
2005	6,0	6,6	6,6	-0,6	0,2	0,7	-0,5
2006	6,0	6,7	6,7	-0,7	-0,5	0,7	-1,2
2007	6,0	6,8	6,8	-0,9	-1,3	0,7	-2,0
2008	6,0	6,9	7,0	-1,0	-2,2	0,7	-2,9
2009	6,0	7,0	7,1	-1,1	-3,2	0,7	-3,9
2010	6,0	7,1	7,2	-1,3	-4,3	0,7	-5,0
2015	6,0	7,6	8,0	-1,9	-10,7	0,8	-11,5
2020	6,1	8,2	8,8	-2,8	-18,9	0,9	-19,8
2025	6,2	8,8	9,6	-3,6	-28,9	1,0	-29,9
2030	6,2	9,4	10,9	-4,6	-40,6	1,1	-41,7

Sources: UCM, IGSS, STATEC, calculs BCL.

⁴⁹ UCM (2003b).

⁵⁰ Dans les faits, en vertu de l'article 30 du Code des Assurances Sociales, les taux de cotisation doivent obligatoirement être ajustés dès que le niveau du fonds de roulement est inférieur à 10 % du montant annuel des dépenses ou supérieur à 20 % des mêmes dépenses.

⁵¹ Extrapolé pour 2004 au moyen du nombre d'assurés non-résidents actifs et volontaires mentionnés dans UCM (2003) pour 2002, soit 105 743.

Il convient de noter qu'il est peu probable que la situation dépeinte au tableau ci-dessus survienne, car elle serait en contradiction avec les dispositions légales. En vertu de ces dernières, le patrimoine de l'UCM ne peut en effet être inférieur à 10 % des dépenses courantes. Toute différence entre le patrimoine et le fonds de roulement, à savoir le solde cumulé, doit par conséquent être comblé par une augmentation de la participation de l'Etat au financement de l'assurance maladie, par une diminution des prestations, par un ajustement à la hausse du taux des cotisations sociales de santé ou encore par une combinaison de ces trois mesures.

La simulation décrite au tableau ci-dessus a été ajustée en ce sens, comme l'indique le tableau suivant. Il est supposé que tout solde cumulé négatif donne lieu à un accroissement du taux des cotisations, sans ajustement des dépenses primaires, de sorte qu'en régime de croi-

sière le solde global renoue avec l'équilibre tandis que les charges d'intérêt deviennent nulles. Les recettes totales progressent par rapport à la simulation de référence, car elles sont stimulées par la progression des revenus du patrimoine et surtout par l'accroissement des taux de cotisations sociales. Ces derniers, qui constituent désormais la variable d'ajustement, vont en effet progresser considérablement au cours de la période sous revue. Par rapport au niveau observé en 2003, ils se seront en effet accrus de 21,4 % en 2010, de 40,3 % en 2020 et de 61,1 % en 2030. Une augmentation aussi considérable de la pression parafiscale affecterait considérablement la compétitivité coût du Luxembourg. Toutes autres choses égales par ailleurs, un tel ajustement viendrait gonfler le coût salarial à raison de 3,2 % de 2003 à 2030 dans le cas d'un assuré dont le taux de cotisation a atteint 5,1 % en 2003 (parts de l'entreprise et du salarié confondues).

Tableau 4 *Situation budgétaire de l'assurance maladie-maternité en cas de croissance réelle du PIB égale à 4 % par an et de croissance réelle des dépenses par tête égale à 3,8 % par an de 2006 à 2030 avec ajustement des taux de cotisation (en pourcentages du PIB)*

	1.Recettes totales	2.Dépenses primaires	3.Dépenses totales	4.Solde global	5.Patrimoine	6.Fonds de roulement légal	7.Solde cumulé
			=2.+ charges d'intérêt	=1.-3.		=10 % de 3.	
2004	6,4	6,4	6,4	-0,1	0,6	0,6	0,0
2005	6,7	6,6	6,6	0,1	0,7	0,7	0,0
2006	6,7	6,7	6,7	0,0	0,7	0,7	0,0
2007	6,8	6,8	6,8	0,0	0,7	0,7	0,0
2008	6,9	6,9	6,9	0,0	0,7	0,7	0,0
2009	7,1	7,0	7,0	0,0	0,7	0,7	0,0
2010	7,2	7,1	7,1	0,0	0,7	0,7	0,0
2015	7,7	7,6	7,6	0,1	0,8	0,8	0,0
2020	8,2	8,2	8,2	0,1	0,8	0,8	0,0
2025	8,8	8,8	8,8	0,1	0,9	0,9	0,0
2030	9,5	9,4	9,4	0,1	0,9	0,9	0,0

Sources: UCM, IGSS, STATEC, calculs BCL.

Comme les surprimes versées par l'Etat sont strictement proportionnelles aux montants des cotisations en l'absence d'ajustement de la participation de l'Etat, la hausse des taux de cotisations contraindrait par ailleurs l'Etat central à accroître ses transferts à la sécurité sociale à concurrence de 0,4 %, 0,8 % et 1,1 % du PIB, respectivement, à l'horizon 2010, 2020 et 2030. Une telle évolution aggraverait dès lors les difficultés budgétaires auxquelles l'Etat central se voit déjà confronté.

Les résultats des simulations présentées au tableau ci-dessus dépendent d'un taux de croissance économique

de 4 % et d'une hausse réelle des dépenses par tête égale au taux moyen observé de 1990 à 2002, soit 3,8 %. Afin de mieux baliser le champ des possibles, il a été procédé à un ensemble de simulations alternatives, dont les résultats sont synthétisés au tableau ci-dessus, où sont indiqués, en regard de divers taux de croissance du PIB et des dépenses réelles par tête, les taux de croissance des taux de cotisations sociales requis pour garantir que le patrimoine des caisses de maladie ne soit pas inférieur au fonds de roulement légal. Les taux de croissance des taux de cotisation sont exprimés sur trois horizons temporels différents.

Tableau 5 Augmentation des taux de cotisation requise afin de garantir l'équilibre budgétaire de l'assurance maladie-maternité

Augmentation de 2003 à 2010 ⁽¹⁾				Augmentation de 2003 à 2020 ⁽¹⁾		
Croissance des dépenses réelles par tête ⁽²⁾				Croissance des dépenses réelles par tête ⁽²⁾		
Croissance du PIB	2,0 %	3,0 %	3,8 %	2,0 %	3,0 %	3,8 %
2,0 %	+12,7	+19,7	+25,6	+16,8	+36,9	+55,3
2,5 %	+11,8	+18,7	+24,5	+13,7	+33,4	+51,3
3,0 %	+10,8	+17,7	+23,5	+10,8	+30,0	+47,4
4,0 %	+9,0	+15,8	+21,4	+5,5	+23,7	+40,3
Augmentation de 2003 à 2030 ⁽¹⁾						
Croissance des dépenses réelles par tête ⁽²⁾						
Croissance du PIB	2,0 %	3,0 %	3,8 %			
2,0 %	+19,6	+54,7	+89,6			
2,5 %	+14,5	+48,1	+81,6			
3,0 %	+9,8	+42,1	+74,2			
4,0 %	+1,4	+31,3	+61,1			

Sources: UCM, IGSS, STATEC, calculs BCL.

- (1) Augmentation des taux de cotisation requise de 2003 à 2010, 2020 ou 2030 afin de garantir que le patrimoine de l'UCM soit égal au fonds de roulement légal. Une croissance de 10 % signifie que tous les taux de cotisations vont s'accroître de 10 % sur l'horizon de temps indiqué. Ainsi, le taux de 5,1 % pour prestations en nature s'établirait à 5,1 % * 1,1 = 5,61 % en 2010, 2020 ou 2030 dans un tel cas de figure.
- (2) Taux de croissance moyen des dépenses réelles par tête sur l'horizon de temps considéré. Le taux de 3,8 % correspond à la moyenne observée sur l'horizon 1990-2002. A un même taux de croissance réelle des dépenses par tête peuvent correspondre plusieurs taux nominaux de progression des dépenses, en fonction du taux de croissance du PIB retenu. Une croissance économique plus élevée va en effet de pair avec une progression du nombre de frontaliers. Il en résulte une hausse du nombre total de personnes protégées, ce qui exerce un impact additionnel sur les dépenses de santé.

Comme l'illustre le tableau, seul un taux de croissance des dépenses nettement moins élevé qu'au cours de la période 1990-2002 pourrait permettre de garantir la stabilité des taux de cotisation. Ce constat prévaut même sous l'hypothèse optimiste d'une croissance économique de 4 % par an, car dans ce cas la croissance réelle des dépenses par tête devrait être ramenée à environ 2 % par an afin d'assurer la stabilité des taux de cotisation. En cas de croissance économique limitée à 3 % par an, ce qui semble plus réaliste, le même objectif d'endiguement de la pression parafiscale exigerait une progression annuelle des dépenses limitée à 1,8 % par an, ce qui impliquerait une décélération de quelque 2 % par rapport au rythme de croissance des dépenses observé de 1990 à 2002. Dans le scénario le moins optimiste, caractérisé par une croissance du PIB limitée à 2 % par an et par une hausse de 3,8 % des dépenses réelles par tête, les cotisations devraient avoir augmenté de près de 90 % en 2030 par rapport au niveau observé en 2003, ce qui représente un quasi doublement des taux. Il apparaît également que les hausses de cotisations requises seraient déjà significatives sur l'horizon 2003-2010, ce qui souligne l'urgence de la mise en œuvre de réformes structurelles.

Conclusion

La situation budgétaire de l'assurance maladie-maternité tend à se dégrader. Selon l'UCM, le déficit courant des caisses de maladie aurait atteint 0,4 % du PIB en 2004

à politique inchangée. Il en aurait résulté un patrimoine inférieur à raison de 83 millions au fonds de roulement légal minimum, qui est égal à 10 % des prestations annuelles. Cette dégradation pourra en définitive être contrée en 2004, grâce à un transfert en provenance du régime de pensions.

Les caisses de maladie risquent cependant d'être confrontées à de nouveaux déséquilibres après 2005, du fait d'une hausse tendanciellement forte des dépenses de soins de santé. Ce rythme d'augmentation est soutenable en période de forte croissance. Une activité économique soutenue donne en effet lieu à une sensible progression des recettes de cotisations sociales, qui est encore amplifiée par une hausse concomitante des transferts en provenance de l'Etat central, dont l'évolution est dans une large mesure parallèle à celle des cotisations. Cet équilibre entre les dépenses et les recettes est cependant rompu en période de croissance économique faible ou modérée. Dans un tel contexte, la progression traditionnellement forte des dépenses s'accompagne en effet d'une décélération des recettes. Cet «effet de ciseau» donne mécaniquement lieu à des déficits et, dans la foulée, à des réserves inférieures au fonds de roulement légal minimum, ce qui requiert mécaniquement l'adoption de nouvelles mesures.

Au rythme moyen d'accroissement des dépenses observé au cours de la dernière décennie, l'équilibre budgétaire du système d'assurance maladie-maternité ne pourrait être assuré que dans un contexte de croissance écono-

mique très soutenue. Afin de garantir la pérennité financière du système pour le cas où cette croissance forte ne serait pas au rendez-vous, il est impératif de mettre en œuvre des réformes structurelles, en l'absence desquelles l'assurance maladie-maternité devra faire face à des déficits récurrents, qui devront être résorbés au coup par coup et dans l'urgence. Les mesures annoncées à l'occasion de la réunion du 24 novembre du comité de coordination tripartite constituent assurément une première avancée en cette matière. Cependant, puisque ces mesures ne touchent essentiellement que les prestations pécuniaires de maladie, qui représentent 11 % des dépenses totales, on peut se demander si elles peuvent à elle-seules assurer la soutenabilité à moyen terme de l'assurance maladie-maternité.

Bibliographie

Bouchet (2003), *The sustainability of the private pension system from a long-term perspective: The case of Luxembourg*, Cahier d'étude n°6, BCL, Janvier 2003.

Economic Policy Committee (2003), *The impact of ageing populations on public finances: overview of analysis carried out at EU level and proposals for a future work programme*, Brussels, 22 October 2003.

IGSS (2003), *Rapport général sur la sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg 2002*, Novembre 2003.

IGSS (2003), *Droit de la sécurité sociale Luxembourg*, Novembre 2003.

McPake Barbara, Kumaranayake Lilani et Normand Charles, *Health Economics – An International Perspective*, Routledge, London and New York, 2003.

UCM (2002), *Décompte annuel global des recettes et des dépenses de l'assurance maladie-maternité de l'exercice 2001 et bilan de l'assurance maladie-maternité au 31 décembre 2001*, Juillet 2002.

UCM (2003), *Décompte annuel global des recettes et des dépenses de l'assurance maladie-maternité de l'exercice 2002 et bilan de l'assurance maladie-maternité au 31 décembre 2002*, Juillet 2003.

UCM (2003b), *Analyse de l'évolution des indemnités pécuniaires de maladie de la gestion art. 29, 1, c*, Juin 2003.

Wagner, A.(1958), *Three Extracts on Public Finance*, in Musgrave, R.A. and Peacock, A.T. (eds.), *Classics in the Theory of Public Finance*, London, Macmillan.