

LA FONDATION IDEA ASBL

IDEA est un laboratoire d'idées autonome, pluridisciplinaire et ouvert, créé à l'initiative de la Chambre de Commerce. IDEA fournit des solutions pratiques et innovantes au sujet des défis sociaux-économiques majeurs du Grand-Duché de Luxembourg.



BUDGET DE LA SANTÉ : VRAIMENT SI IDYLLIQUE ?

La situation budgétaire de l'assurance maladie-maternité paraît solide au Luxembourg, de nombreux intervenants s'étendant périodiquement sur de prétendues « *marges de manœuvre* » dans ce domaine. En apparence, notre principal problème serait la gestion de l'abondance et les personnes appelant à la prudence sont souvent (dis)qualifiées de « *Cassandra* ».

C'est peut-être vrai... à court terme. Sauf choc économique abrupt, le système luxembourgeois de santé peut probablement tabler sur une « *période de grâce* » financière d'une dizaine d'années, à la faveur de sa structure démographique particulière et pourvu que l'immigration nette demeure (fort) soutenue.

Si elle constitue plutôt un atout à court terme, cette même structure démographique est cependant porteuse de menaces à plus long terme, comme l'illustre la présente Idée du mois sur la base de divers « *stress tests* » : une démographie moins dynamique, un impact plus marqué du vieillissement, une sensibilité accrue des dépenses de santé aux revenus et enfin une croissance des dépenses de santé excédant de manière structurelle celle du PIB nominal.

Compte tenu de l'importance de la santé, d'un point de vue socioéconomique mais surtout humain, tout risque budgétaire potentiel doit être correctement appréhendé, de manière suffisamment proactive de surcroît.

La période « *de grâce* » financière dont devrait bénéficier le système de santé du Luxembourg (sauf surprise...) doit être vue comme une fenêtre d'opportunité, permettant de mettre en place de manière sereine et rationnelle un suivi proactif des dépenses de santé.

L'Idée du mois ne constitue qu'une première contribution à ce débat, dans un domaine à la fois sensible et complexe.

BUDGET DE LA SANTÉ : TOUT VA BIEN... POUR LE MOMENT

Le secteur de la santé est (plus que) primordial pour l'avenir du Luxembourg. En tout premier lieu du fait de son objet même, à savoir l'état de santé de toutes les couches de notre population, frontaliers comme résidents, Luxembourgeois comme étrangers, cadres supérieurs, chômeurs, titulaires du RMG, ouvriers de la métallurgie, jeunes ou seniors, etc. En second lieu en raison de ses répercussions économiques potentielles. Comme l'a montré une précédente étude d'IDEA, le secteur de la santé devrait connaître de profondes mutations au cours des prochaines décennies¹, ne serait-ce qu'en raison de développements technologiques potentiellement « *disrupteurs* » (informatisation et « *big data* », médecine personnalisée, biomédecine, évolution vers une médecine moins « *invasive* », chirurgie ambulatoire², etc.). Ces évolutions mettront plus encore qu'actuellement en évidence l'importance de la santé en tant que vecteur de création d'activités³.

Face à ces enjeux de santé et à ces défis socio-économiques, dont l'importance est « *écrasante* », la tâche dévolue à cette Idée du mois peut paraître ingrate : il s'agit, plus prosaïquement, d'apprécier la solidité budgétaire de l'assurance santé luxembourgeoise au regard, notamment, du vieillissement prévisible de la population et du contexte macroéconomique. Soit une tâche apparemment sans objet dans les présentes circonstances, le budget de la Caisse nationale de santé (CNS) étant actuellement excédentaire.

A priori, la situation financière de l'assurance santé-maternité paraît en effet excellente à l'heure actuelle, de sorte que toute personne appelant à la prudence dans ce domaine est automatiquement estampillée du label de « *Cassandra* ». Un observateur rapide pourrait même avoir l'impression que le seul problème budgétaire d'envergure de notre système de santé est la gestion de l'abondance. Selon nos autorités et en l'absence de rebondissements d'envergure, les réserves du système de santé franchiraient le seuil de 20% des dépenses en 2017, soit la réserve maximale permise...

Un observateur rapide pourrait avoir l'impression que le seul problème budgétaire d'envergure de notre système de santé est la gestion de l'abondance

La thèse développée ici est que ce constat correspond partiellement à une réalité, mais sur un horizon de court terme – à la faveur notamment de taux de croissance soutenus du PIB et de l'emploi. Or il est fort peu probable qu'une telle situation puisse perdurer sur un horizon de moyen terme. Le vieillissement de la population devrait en outre devenir une réalité tangible dans les décennies à venir, de l'aveu même des démographes les plus optimistes.

Les lignes qui suivent esquissent sur cette base une série de simulations de la situation à moyen terme des soins de santé. D'aucuns parleront de « *plans sur la comète* » sur un tel

¹ Voir *Healthcare system sustainability in Luxembourg: A reality or a utopia?*, décembre 2014, http://www.fondation-idea.lu/wp-content/uploads/2014/12/IDEA_Health-study_2014.pdf. Cette étude et la présente Idée du mois étudient la santé sous des angles quelque peu différents, mais tout à fait complémentaires.

² En ce qui concerne la médecine ambulatoire, le document « Euro Health Consumer Index », http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf, met en tout cas en exergue (page 25, indicateur 4.7) le fait que le Luxembourg est en retrait de la plupart des autres pays européens en ce qui concerne les dialyses ambulatoires.

³ Voir à ce sujet notamment l'Idée du mois n°11 de la Fondation IDEA asbl, *Une "medical school" au Luxembourg?*, mars 2016, <http://www.fondation-idea.lu/wp-content/uploads/2016/03/IDEA-Idée-du-mois-Medical-school-Mars-2016-.pdf>.

horizon. Mais les projections démographiques se basent sur des tendances qui apparaissent d'ores et déjà en filigrane. Les simulations permettent en outre de ramener à leur juste place les considérations émotionnelles.

1. QUELLES SONT LES PERSPECTIVES FINANCIÈRES A POLITIQUE INCHANGÉE ?

La présente Idée du mois (IDM) comprend une description des enjeux financiers à long terme du système de santé luxembourgeois, reposant sur diverses simulations des recettes et des dépenses. Le tout sous un angle purement budgétaire : il s'agit en quelque sorte d'une analyse de l'évolution tendancielle des comptes de la CNS.

Ne sont pas directement considérés dans cette Idée du mois divers déterminants à long terme de l'évolution des dépenses de santé, des « *facteurs lourds* » dont l'incidence budgétaire ne peut être précisément appréhendée en l'absence d'études dûment circonstanciées.

Les facteurs lourds et « *peu chiffrables* » suivants⁴ sont de nature à accentuer la hausse des dépenses de l'assurance maladie :

- Le **progrès médical en général** : des médicaments et équipements plus sophistiqués, plus complexes, plus personnalisés constituent une formidable opportunité en termes de santé. Avec à la clef cependant un coût d'achat et de maintenance largement accru et l'apparition de nouveaux traitements, voire même de nouvelles sphères d'intervention de la médecine.
- **Démographie médicale** : la diminution prévisible du nombre de médecins pourrait « *toutes autres choses égales par ailleurs* » rendre plus malaisé l'encadrement, par les autorités de la santé, des tarifs médicaux (« *la rareté crée la valeur* »...).
- **La progression tendancielle du niveau de vie** : la santé étant plutôt un « *bien supérieur* », il devrait en résulter dans le futur un poids économique accru des dépenses afférentes.

D'autres facteurs « *lourds* » devraient *a priori* avoir des retombées budgétaires plus favorables :

- Mise en place d'une **médecine personnalisée** : des traitements plus ciblés, prenant davantage en compte le profil du patient, sont susceptibles d'améliorer dans la durée l'efficacité des traitements. Au prix, il est vrai, de diagnostics certes plus précis mais également plus coûteux...
- Certains **aspects spécifiques du progrès médical**, par exemple un dossier patient informatisé, permettant de rassembler pour un même patient les données collectées au fil du temps par les différents médecins consultés. Cette forme de « *big data* » pourrait permettre de détecter de manière bien plus précoce qu'actuellement diverses pathologies lourdes – avec à terme d'appréciables économies liées à la réduction des hospitalisations pour soins aigus⁵. La biomédecine va également dans le sens d'une

⁴ Certains de ces facteurs ne sont certes pas pris en compte explicitement dans les simulations décrites par la suite, mais ils le sont indirectement, à travers notamment le choix du coefficient d'élasticité des dépenses de l'assurance maladie-maternité par rapport au PIB par tête.

⁵ Pour un projet récent en la matière, voir « *Genomic Data Commons* », lancé par l'Université de Chicago le 6 juin 2016 :

médecine plus préventive. C'est dans cette perspective qu'a été lancé le Luxembourg BioHealth Cluster, qui vise notamment à faire du Luxembourg un pionnier en matière de diagnostic moléculaire. Les centres de recherche publics luxembourgeois sont également très actifs dans ce domaine primordial⁶.

- Le progrès technique est également de nature à favoriser la montée en puissance de pratiques telles que la **chirurgie ambulatoire, le diagnostic « online » et le traitement non invasif** de cancers, pouvant également favoriser des soins de santé plus performants.

Ces trois derniers éléments montrent que le progrès médical ne joue pas uniquement « à charge ». Il comporte également de nombreux leviers d'amélioration de l'efficacité des soins de santé. A condition, toutefois, que les autorités encouragent leur utilisation effective au jour le jour, favorisent l'apparition d'un écosystème porteur en matière de santé⁷ et procèdent à une évaluation approfondie des technologies de la santé et de leurs retombées potentielles - tant en termes de santé que de coûts (« *Health Technology Assessment* »)⁸.

Les simulations budgétaires présentées par la suite ne peuvent évidemment prétendre intégrer explicitement ces différents facteurs lourds. Elles ne constituent au demeurant nullement des « *vérités révélées* » : elles visent plutôt à isoler les facteurs économiques et démographiques les plus déterminants pour l'équilibre budgétaire futur du système de santé et à quantifier leur impact potentiel.

Ces simulations ne sont pas des « vérités révélées » : elles visent à isoler les facteurs les plus déterminants pour l'équilibre budgétaire futur du système de santé et à quantifier leur impact potentiel.

Les résultats proprement dits doivent être considérés avec prudence, car les recettes et les dépenses de santé sont extrêmement sensibles à la générosité des prestations ainsi qu'aux paramètres économiques et démographiques – comme l'illustrent d'ailleurs les projections présentées par la suite. Il est par ailleurs délicat de projeter ces paramètres sur des horizons de long terme. Des simulations sur de tels horizons temporels n'en sont pas moins utiles, car elles permettent de mieux circonscrire les futurs possibles, de prendre plus de recul face aux évolutions de court terme et d'effectuer diverses analyses de sensibilité, portant par exemple sur l'incidence de différents scénarios d'immigration nette (soit la variable la plus cruciale).

Cette IDM débute (partie 2) par un bref survol de la récente projection de référence effectuée dans le domaine de la santé par le Groupe de travail sur le vieillissement du Groupe de

<https://www.nih.gov/news-events/news-releases/newly-launched-genomic-data-commons-facilitate-data-clinical-information-sharing>. Ce projet permettra de constituer une vaste plateforme unique de données standardisées sur le cancer. Cette base de données pourra être alimentée et consultée par les chercheurs actifs dans ce domaine.

⁶ Ajoutons encore (liste non limitative...) les importants acteurs suivants : le *Luxembourg Centre for Systems Biomedicine* (LCSB), l'*Integrated Biobank of Luxembourg* (IBBL) ou encore le Laboratoire national de santé (LNS) et bien entendu différents ministères.

⁷ Il est souvent affirmé que l'absence d'un hôpital universitaire au Luxembourg freine la mise en pratique des résultats de la recherche. La création d'un tel hôpital semble assez utopique, mais l'introduction d'une « *Medical school* » pourrait constituer un compromis réaliste en la matière. Pour une étude de cette problématique « *Medical school* », voir l'Idée du mois n°11 de la Fondation IDEA : <http://www.fondation-idea.lu/wp-content/uploads/2016/03/IDEA-Idée-du-mois-Medical-school-Mars-2016-.pdf>

⁸ *Healthcare system sustainability in Luxembourg: A reality or a utopia?*, décembre 2014, op. cit.

Politique Economique (GTV par la suite)⁹. Les travaux du GTV constituent un « *benchmark* » utilisé, notamment, dans le cadre de la gouvernance économique européenne. Afin de ne pas surcharger inutilement le texte, les hypothèses et méthodologies ne seront présentées que de manière succincte¹⁰.

La partie 3 de l'IDM présentera des projections effectuées par IDEA, qui a développé à cette fin un outil propre (comportant un volet démographique et un module de santé). Il apparaîtra que lorsque la Fondation IDEA asbl utilise les mêmes hypothèses d'environnement que le GTV, ou du moins des hypothèses aussi semblables que possible, elle obtient des résultats extrêmement proches de ceux qui se dégagent de la simulation de référence du GTV – ce qui est *a priori* un gage de fiabilité des deux instruments de simulation.

Sur la base de sa simulation « *de référence* », sorte de décalque de celle du GTV, IDEA a ensuite élaboré quelques scénarios alternatifs d'évolution des finances de l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise, en relâchant successivement diverses hypothèses parfois sujettes à discussion du GTV. Il s'agit d'autant de « *stress tests* », qui mettent en évidence certains défis pesant sur le financement à long terme de l'assurance santé au Luxembourg.

⁹ Ce groupe de travail donne le ton, au niveau européen, pour ce qui est de l'évaluation du coût de financement à long terme du « *vieillesse démographique* ». Le résultat des calculs associés sert notamment à déterminer les « *objectifs budgétaires à moyen terme* » ou soldes structurels, pierres angulaires de la fameuse « *règle d'or* » budgétaire. Pour le Luxembourg, siègent au sein du Groupe de travail des représentants de l'IGSS et du STATEC. Voir en particulier le rapport 2015 : http://europa.eu/epc/pdf/ageing_report_2015_en.pdf.

¹⁰ Pour davantage de détails, le lecteur est invité à consulter le rapport 2015 précité.

2. UN PRÉLIMINAIRE : LES PROJECTIONS DE DÉPENSES DE SANTÉ DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LE VIEILLISSEMENT

Le GTV a effectué dans son rapport précité, datant de mai 2015, diverses projections de l'évolution des dépenses de santé¹¹ dans les pays de l'Union européenne, le tout sur l'horizon 2013-2060. Les résultats sont synthétisés au tableau suivant.

Tableau 1 : La projection de référence « santé » du Groupe de travail vieillissement

Dépenses et leur évolution, en % du PIB

	2013	2060	Différence	p.m. différence 2012*
Belgique	6,0	6,1	0,1	0,4
Bulgarie	4,0	4,4	0,4	0,5
République tchèque	5,7	6,7	1,0	1,7
Danemark	8,1	9,0	0,9	0,9
Allemagne	7,6	8,2	0,6	1,4
Estonie	4,4	5,0	0,6	1,1
Irlande	6,0	7,2	1,2	1,1
Grèce	6,6	7,9	1,3	0,9
Espagne	5,9	6,9	1,1	1,3
France	7,7	8,6	0,9	1,4
Croatie	5,7	7,5	1,7	N.A.
Italie	6,1	6,7	0,7	0,6
Chypre	3,0	3,3	0,3	0,4
Lettonie	3,8	4,4	0,6	0,5
Lituanie	4,2	4,3	0,1	0,7
Luxembourg	4,6	5,1	0,5	0,7
Hongrie	4,7	5,4	0,8	1,1
Malte	5,7	7,8	2,1	2,9
Pays-Bas	7,2	8,1	1,0	1,0
Autriche	6,9	8,2	1,3	1,6
Pologne	4,2	5,5	1,2	1,9
Portugal	6,0	8,5	2,5	1,1
Roumanie	3,8	4,8	1,0	1,0
Slovénie	5,7	6,8	1,2	1,1
Slovaquie	5,7	7,7	2,0	2,1
Finlande	7,8	8,5	0,7	1,0
Suède	6,9	7,3	0,4	0,7
Royaume-Uni	7,8	9,1	1,3	1,1
Zone euro	7,0	7,7	0,8	1,1
Union européenne	6,9	7,8	0,9	1,1

Source: Groupe de travail sur le vieillissement, mai 2015.

*: Différences par rapport au précédent jeu de simulations à long terme, datant de 2012.

Le scénario de référence du GTV laisse augurer une augmentation des dépenses de santé finalement assez mesurée au Luxembourg, le ratio des dépenses augmentant de 0,5 point de PIB de 2013 à 2060. Il s'agit là d'une hausse inférieure à celle qui est escomptée par le GTV dans l'ensemble de la zone euro (soit 0,8 point de PIB). La progression attendue des dépenses de santé luxembourgeoises était par ailleurs plus élevée dans le rapport précédent, datant de 2012, du Groupe de travail vieillissement. La hausse du ratio (de 2010 à 2060 en l'occurrence) équivalait alors à 0,7 point de PIB.

¹¹ Il convient de noter que la définition des dépenses de santé utilisée par le Groupe de travail sur le vieillissement est un peu plus restreinte que celle privilégiée dans la suite de la présente Idée du mois. Le GTV se focalise en effet sur les dépenses de santé au sens strict, à l'exception par exemple des dépenses de maternité. Pour davantage de détails, voir http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2014/pdf/ee8_en.pdf

Deux remarques doivent cependant être formulées à cet égard. En premier lieu, le Groupe de travail vieillissement a élaboré dans son rapport 2015 divers scénarios de risque, les plus extrêmes laissant planer la menace d'une hausse de quelque 1,5 point de PIB des dépenses de santé au Luxembourg d'ici 2060. La présente IDM ne s'étendra pas davantage sur ces « *stress tests* » du GTV, puisque comme indiqué ci-dessus IDEA va présenter dans les lignes qui suivent ses propres scénarios de risque.

En second lieu, les hypothèses et méthodologies sur lesquelles se fondent ces résultats sont aussi – sinon plus – importantes que les résultats. Les points suivants méritent particulièrement d'être mis en exergue :

- Pour l'**environnement macroéconomique**, le GTV postule pour le Luxembourg une convergence graduelle vers un taux de croissance du PIB réel de l'ordre de 3% de 2020 à 2040, revenant graduellement à 2% environ vers 2060. Le PIB en volume triplerait dès lors de 2013 à 2060. La productivité du travail augmenterait quant à elle de 1,2% par an en moyenne sur l'ensemble de l'horizon de projection 2013-2060. L'emploi s'accroîtrait de 1,4% en moyenne de 2013 à 2060¹², avec toutefois au fil du temps un déclin tendanciel marqué de ce taux de progression, qui se limiterait à 0,5% environ de 2055 à 2060.
- Une autre hypothèse très importante est celle qui porte sur l'**immigration nette**, qui resterait très soutenue. Elle excéderait en effet 10.000 personnes l'an jusqu'en 2035, pour décliner graduellement vers 5.000 personnes l'an par la suite. Le GTV considère par conséquent que les taux d'immigration extrêmement élevés observés dans un passé récent, en particulier depuis la survenance de la crise économique et financière (du fait notamment de difficultés économiques dans certains pays périphériques), vont se maintenir au cours d'une période extrêmement longue. Pour une même évolution du PIB par habitant, cette hypothèse volontariste va *in fine* s'accompagner des taux de croissance du PIB relativement élevés décrits au point précédent ; il en sera d'ailleurs de même pour l'emploi. Le fort dynamisme démographique escompté explique par ailleurs l'essentiel de la différence entre les projections de 2015 et 2012 du GTV. Ce point sera plus spécifiquement abordé ci-dessous.
- Ce scénario migratoire (de même que le postulat fait par le GTV d'une légère hausse du taux de fertilité) donne lieu à une **population luxembourgeoise** de quelque 1,1 millions d'habitants en 2060 dans la simulation de référence – ce qui correspond au double de la population luxembourgeoise actuelle. Pour rappel, la population escomptée dans les projections de 2012 du GTV se limitait à 700.000 personnes environ. Soit quelque 400.000 personnes de moins que dans les plus récentes projections sur lesquelles se base le GTV.

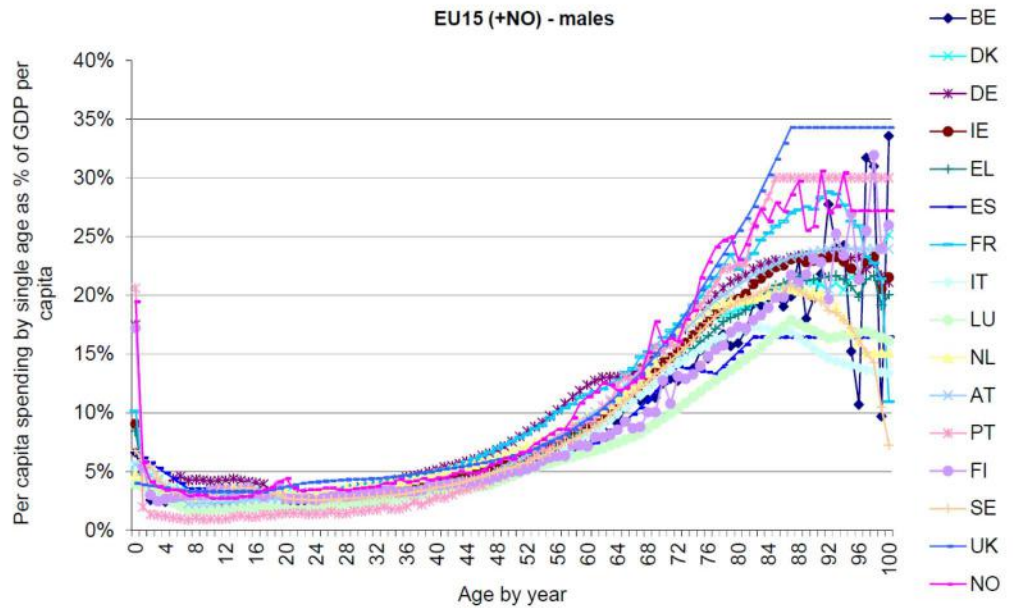
Ce dernier attire par ailleurs, toujours dans son rapport de 2015, l'attention sur deux hypothèses extrêmes d'évolution des dépenses de santé en fonction du vieillissement, qui revêtent une importance cruciale pour les projections de santé. Le point de départ est le constat de dépenses de santé bien plus importantes dans les tranches d'âge les plus élevées, comme l'atteste le graphique suivant extrait du rapport 2015 du GTV. Il montre qu'au Luxembourg comme dans la plupart des autres pays, les dépenses de santé (exprimées en

¹² L'emploi total passerait dès lors de 390.000 personnes en 2013 à plus de 700.000 en 2060.

pourcentages des PIB par habitant respectifs) augmentent fortement à partir de la quarantaine, pour atteindre un plateau élevé vers l'âge de 80 ans¹³.

Graphique 1 : Evolution des dépenses de santé par âge (hommes)

En % des PIB par habitant respectifs



Source: Groupe de travail sur le vieillissement.

Ce profil des dépenses est bien évidemment essentiel pour les projections des dépenses de santé dans le contexte du vieillissement démographique attendu, tant au Luxembourg qu'en Europe. Or il existe **deux théories extrêmes** en la matière, souvent mentionnées dans la littérature spécialisée.

Selon la première théorie (baptisée « *demographic scenario* » par le GTV), le profil de dépenses illustré au graphique demeure constant au fil du temps, de sorte que les dépenses de santé futures vont encaisser « *de plein fouet* » l'impact du vieillissement de la population. Cette théorie revient à considérer que l'augmentation de la longévité va s'accompagner d'un statut de santé par âge inchangé : les personnes de 80 ans en 2030 seront plus nombreuses qu'actuellement. Elles seront pas ailleurs dans le même état de santé que les personnes ayant le même âge en 2016.

Selon l'autre « *pôle* » théorique, le profil de santé illustré au graphique ne constitue pas un réel problème pour les dépenses futures de santé, car ce profil va au fil du temps se déplacer vers la droite. En d'autres termes, si on en croit cette théorie, une personne ayant 75 ans en 2026 connaîtra, à la faveur notamment des nouvelles technologies médicales, une situation de santé aussi favorable qu'une personne ayant actuellement 65 ans (simple exemple illustratif).

Le GTV a en quelque sorte « *coupé la poire en deux* » dans son scénario de référence, en considérant que la « *vérité* » se situe entre les deux extrêmes précités. Il est vrai que la

¹³ Les résultats affichés au graphique se rapportent uniquement aux hommes. Les profils sont relativement similaires pour les femmes. Il convient par ailleurs de noter que les courbes luxembourgeoises sont biaisées à la baisse, en raison du niveau artificiellement élevé du référentiel utilisé, à savoir le PIB par habitant.

littérature en la matière ne permet pas de trancher de façon très claire entre ces deux hypothèses concurrentes. La projection de référence du GTV intègre par conséquent le coût du vieillissement (ou plus exactement le coût résultant de l'interaction du vieillissement et du profil de dépenses par âge illustré au graphique), mais à raison de la moitié seulement.

Selon le GTV, l'incidence potentielle totale de l'effet « *profil par âge* » serait de 0,7 point de PIB au Luxembourg d'ici 2060. Le GTV a cependant ramené ce coût à 0,35 point de PIB environ dans sa simulation de référence (en vertu de la prise en compte à raison de 50% seulement, en guise de compromis entre les deux hypothèses concurrentes). Ce qui représente tout de même de l'ordre de 70% de la hausse totale des dépenses de santé luxembourgeoises escomptée dans le rapport 2015 du Groupe (soit 0,5 point de PIB de plus au total d'ici 2060, comme illustré au graphique 1).

Une autre hypothèse méthodologique essentielle, tout à fait déterminante pour les résultats du GTV, se rapporte à l'**élasticité des dépenses de santé au PIB par habitant**. Dans sa simulation centrale, le GTV considère en effet que les dépenses de santé sont liées à la croissance de la population et à celle du PIB par habitant. En raison du statut supposé de « *bien supérieur* »¹⁴ de la santé, la croissance du PIB par habitant est censée jouer plus que proportionnellement sur les dépenses de santé. C'est dans cette perspective que le GTV « *gonfle* » l'impact sur les dépenses de la croissance du PIB par tête, en lui appliquant une élasticité supérieure à l'unité. Elle est en effet fixée à 1,1 initialement¹⁵, avant de converger graduellement vers 1,0 en 2060.

Notons enfin que le GTV ne chiffre pas explicitement le phénomène des frontaliers dans son rapport – il s'agit assurément d'un phénomène peu présent (en termes absolus et relatifs) dans les autres pays de l'Union européenne.

¹⁴ C'est-à-dire un bien qui voit sa part dans la dépense totale augmenter à mesure que les revenus s'accroissent. L'évolution inverse est observée pour les biens de base ou « inférieurs », par exemple les dépenses d'alimentation hors restaurants.

¹⁵ Ce qui signifie qu'une hausse du PIB en volume par habitant de 1% tend à s'accompagner d'une augmentation de 1,1% des dépenses de santé réelles par tête en début de période.

3. PROJECTIONS IDEA : UNE EXPÉRIENCE TÉMOIN

La Fondation IDEA asbl a développé un simulateur propre, intégrant non seulement un module démographique et une simulation des dépenses, mais également les recettes de l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise. Le point de départ des simulations exposées dans le présent chapitre est une « *simulation de référence bis* », soit une sorte de décalque s'attachant à répliquer, sur la base d'hypothèses similaires et à politique inchangée, la simulation de référence du GTV. Ce sera là le point de départ des analyses dites « *de sensibilité* » développées dans la partie 4.

La Fondation IDEA asbl a développé un simulateur propre, intégrant non seulement un module démographique et une simulation des dépenses, mais également les recettes de l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise.

L'environnement économique général

La « *référence IDEA* », qui est davantage un point de départ s'inspirant du GTV qu'un scénario jugé vraisemblable, repose sur des **variables d'environnement économique général** précisément assez semblables à celles du GTV sur l'horizon de projection – ce qui ne veut d'ailleurs pas dire qu'IDEA les endosse. Elles sont par ailleurs issues des prévisions d'hiver 2016 de la Commission européenne¹⁶ de 2015 à 2017. Les variables macroéconomiques « *de référence* » sont synthétisées au tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Les variables d'environnement macroéconomique de la simulation « *de référence* »

En %

	2014	2015	2016	2017	2020	2025	2030	2040	2050	2060
Population	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,2	2,0	1,5	0,9	0,7
PIB réel	4,1	4,8	3,8	4,4	3,3	3,2	3,0	2,4	1,8	1,6
PIB réel par habitant	1,6	2,3	1,3	1,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Emploi total	2,5	2,6	2,7	2,5	2,1	1,9	1,7	1,2	0,6	0,4
Emploi résidents	2,3	2,5	2,6	2,5	2,3	2,0	1,8	1,4	0,6	0,2
Emploi frontalier	2,6	2,8	2,9	2,5	1,9	1,9	1,6	0,9	0,6	0,6
Productivité	1,6	2,2	1,1	1,9	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Inflation (déflateur)	1,0	1,7	1,2	2,1	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0

Sources : CNS, IGSS, STATEC, Commission européenne, calculs IDEA.

Note : de 2015 à 2017 : PIB, emploi et déflateur sur la base des projections d'hiver 2016 de la Commission européenne et des comptes nationaux d'avril 2016.

¹⁶ Amendées le cas échéant sur la base des comptes nationaux du STATEC (le taux de croissance du PIB en 2015 par exemple, qui est égal à 4,7% selon les projections de la Commission et s'est en définitive établi à 4,8% selon le STATEC). Publiées le 3 mai 2016, les prévisions de printemps de la Commission européenne n'ont pu être intégrées aux projections de l'IDM. Le PIB ayant été revu à la baisse par la Commission à cette occasion (+3,3% pour le PIB en volume en 2016 contre +3,8% prévus en hiver, +3,9% pour 2017 contre +4,4% en hiver), cette pratique contribue à améliorer légèrement le résultat de nos projections de santé.

Le pivot des projections de dépenses: la démographie

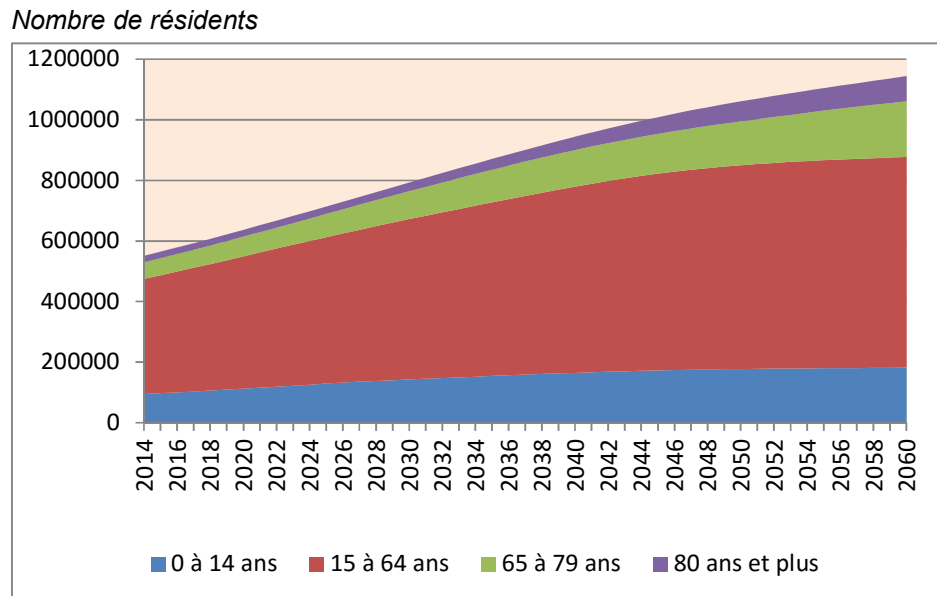
Autre pierre angulaire des simulations : les **évolutions démographiques**. Ces dernières permettent de déterminer l'évolution d'ici 2060 de la population résidente totale, avec une ventilation précise par âge (pour les deux sexes). Ces projections sont certes effectuées sur un horizon de très long terme, mais l'incertitude inhérente à un tel horizon est tout de même circonscrite car dans leur majorité, les déterminants de la population ne connaissent qu'une évolution lente et régulière¹⁷.

Trois de ces déterminants démographiques, à savoir la natalité, la mortalité et l'immigration nette, sont isolés. La projection démographique « *de référence* » repose sur des hypothèses semblables à celles de la simulation de référence du GTV. Le taux de naissances est maintenu constant tout au long de l'horizon de projection, à un niveau se situant cependant 10% au-dessus de son niveau moyen observé de 2003 à 2014, afin de le rapprocher de l'hypothèse privilégiée par le GTV. Des taux de mortalité ont quant à eux été calculés par âge et sont projetés en supposant un rythme de déclin de ces taux comparable à celui observé au cours de la période allant de 2003 à 2013.

Last, but not least – c'est en quelque sorte la variable stratégique – l'immigration nette est censée évoluer comme prévu par le GTV, qui escompte pour rappel une immigration nette annuelle supérieure à 10.000 personnes par an d'ici 2035 et par la suite un déclin graduel, vers un peu moins de 5.000 personnes en 2060.

En mélangeant ces ingrédients, IDEA parvient à des estimations futures de la population totale largement en ligne avec celles du GTV, laissant notamment augurer 1,1 million de résidents en 2060. Le graphique suivant illustre cette évolution de la population et de sa composition par classes d'âge.

Graphique 2 : Evolution de la population totale du Luxembourg



Sources : estimations propres d'IDEA sur la base d'hypothèses proches de celles du Groupe de travail vieillissement.

¹⁷ Une notable exception étant l'immigration nette, qui est de ce fait au cœur des discussions sur la soutenabilité à terme des régimes sociaux.

Les dépenses de santé par âge

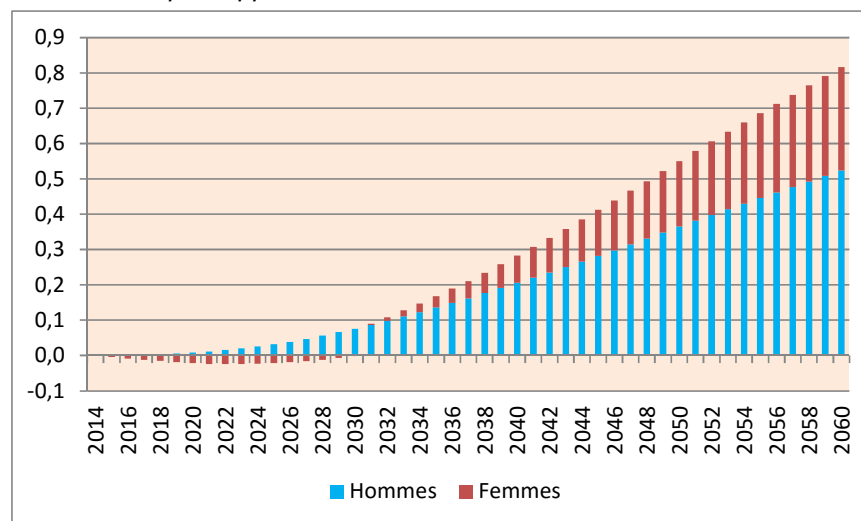
Après l'environnement économique et démographique vient l'examen du **profil par âge des dépenses de santé**. Ce facteur central a été pris en compte de la même manière que dans les scénarios du GTV. Cette intégration a été effectuée à partir de données élaborées conjointement par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS), où les dépenses de soins de santé ambulatoires et de soins de santé stationnaires au Luxembourg font l'objet d'une ventilation par âge pour l'année 2014. En 2014, ces dépenses se sont respectivement montées à 830 et à 696 millions d'euros pour les femmes et les hommes. Elles s'établissent donc de concert à 1.526 millions d'euros, sur un total de dépenses de l'assurance maladie-maternité égal à 2.491 millions d'euros en 2014. Le profil par âge des dépenses a donc pu être dégagé pour environ 60% des dépenses totales.

Par contre, faute de données publiques en la matière, IDEA n'a pu calculer le profil par âge des autres dépenses de l'assurance maladie-maternité, soit (i) les produits pharmaceutiques (200 millions d'euros en 2014), (ii) les dépenses à l'étranger (400 millions en 2014, dont 300 millions environ imputables aux frontaliers), (iii) les prestations en espèces (280 millions) et les dépenses administratives (près de 80 millions).¹⁸ Cette absence de prise en compte des profils par âge paraît *a priori* assez justifiée pour la population des frontaliers, comme on le verra ci-dessous. Pour le reste, elle a pour effet de minorer quelque peu la perception de l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé.

En combinant la prise en compte (partielle) du profil par âge des dépenses de santé et les projections démographiques par âge esquissées ci-dessus, IDEA a été en mesure de calculer un coût potentiel total du vieillissement en termes de dépenses de santé. Les résultats apparaissent au graphique suivant, où l'effet a été dissocié pour les hommes et les femmes.

Graphique 3 : Coût potentiel total de l'interaction entre le profil par âge des dépenses de santé et le vieillissement démographique (coût cumulé, par rapport à une situation à structure d'âge constante)

En % du PIB par rapport à 2014



Sources : CNS, IGSS, calculs IDEA.

¹⁸ Données de l'IGSS et de la CNS.

Comme l'indique le graphique, le coût total induit par le changement de la structure par âge de la population s'établirait à 0,8 point de PIB à l'horizon 2060. Ce résultat obtenu sur la base des projections démographiques propres d'IDEA et des données précitées sur le profil des dépenses de santé par âge est pratiquement identique à celui obtenu par le Groupe de travail vieillissement dans une simulation spécifique¹⁹ – ce qui suggère que ce dernier a en définitive utilisé des données sinon identiques, du moins fort similaires à celles intégrées par IDEA.

Un autre enseignement du graphique est que le coût occasionné par la concentration en fin de vie des dépenses de santé (et par son interaction avec le processus de vieillissement) ne se manifeste réellement qu'à partir de 2020-2025 (et même de 2030 pour les femmes). Il s'agit là de la conséquence notamment des importants flux d'immigration nette postulés dans la « *référence* », ces derniers contribuant à neutraliser pendant une « *période de grâce* » le phénomène de vieillissement de la population au Luxembourg. Enfin, il est frappant de constater que les hommes représentent l'essentiel du coût total du vieillissement, même si cette proportion tend à décroître au fil du temps²⁰. On ne saurait mieux illustrer une spécificité luxembourgeoise : à l'inverse de la plupart des autres pays européens, l'impact financier du vieillissement ne devrait normalement pas se manifester d'ici 2025. Ce qui pourrait donner l'impression au cours de la « *période de grâce* » que les dépenses de santé sont parfaitement sous contrôle au Grand-Duché. Comme le montre le graphique, il faut se garder de tout optimisme déplacé en la matière, puisque l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé ne pourrait en tout état de cause se manifester que dans une décennie environ.

Le graphique ci-dessus se rapporte certes à l'effet potentiel du vieillissement, qui ne vaut cependant que si les profils de dépenses de santé par âge demeurent inchangés au fil du temps. A l'inverse, comme déjà indiqué ci-dessus, cet effet serait atténué voire même neutralisé si l'état de santé de personnes d'un âge donné tendait à s'améliorer au fil du temps. A l'instar de la projection centrale du GTV, la simulation « *de référence* » présentée ici repose pour rappel sur un scénario intermédiaire, où il est supposé que le coût potentiel du vieillissement imputable aux profils par âge s'établira d'ici 2060 à 0,4 point de PIB (soit, par hypothèse, la moitié du montant de 0,8 point de PIB considéré au graphique 3).

Incontournables au Luxembourg : les frontaliers

Toute projection qui se respecte au Luxembourg se doit d'intégrer non seulement la population résidente, mais également les nombreux travailleurs frontaliers et les membres de leurs familles. La Fondation IDEA asbl prend d'ailleurs explicitement en compte l'évolution du **nombre de frontaliers**, estimé sur la base du taux de croissance des variables d'environnement macroéconomiques (PIB par habitant, productivité). Ces taux déterminent la progression de l'emploi total (frontaliers + résidents) requis.

¹⁹ Le GTV obtient quant à lui un coût équivalent en fin de période de 0,7 point de PIB.

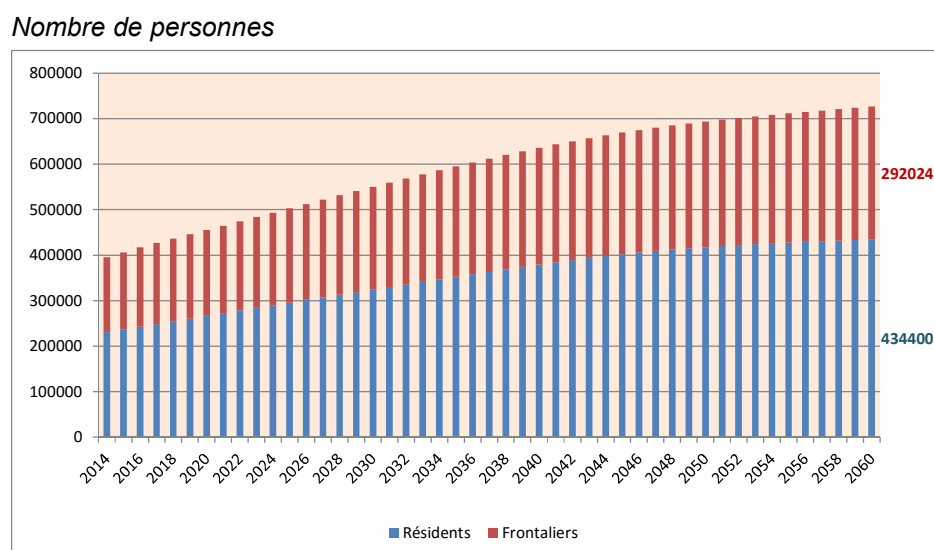
²⁰ Cette évolution est due à la composition par âge respective des populations masculines et féminines. Jusqu'en 2040 environ, la proportion d'hommes âgés de 55 ans ou plus augmenterait nettement plus rapidement que la proportion similaire chez les femmes. En outre, à partir de ce même âge de 55 ans, le remboursement de soins de santé moyen est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (à raison de 10%, environ).

Toute projection qui se respecte au Luxembourg se doit d'intégrer non seulement la population résidente, mais également les nombreux travailleurs frontaliers et les membres de leurs familles.

L'emploi résident disponible sous la projection de référence est quant à lui estimé par IDEA²¹ en multipliant les projections démographiques du nombre de personnes en âge de travailler (15 à 64 ans) par le taux d'emploi, ce dernier étant censé évoluer comme dans les projections du GTV (hausse de 1,7 point de % de 2014 à 2060).

Le nombre de frontaliers est simplement calculé par différence, en retranchant l'emploi résident de l'emploi total requis pour alimenter la croissance économique. Les résultats de ces diverses simulations apparaissent au graphique suivant.

Graphique 4 : Evolution de l'emploi et de ses composantes résidents – frontaliers



Sources : STATEC, calculs IDEA.

Il apparaît que la proportion de frontaliers demeurerait appréciable mais tendrait à se réduire, passant de 41,7% de l'emploi total en 2015 à 40,2% en 2060 en raison de la réduction progressive de la croissance économique – cette dernière ralentissant la progression de l'emploi total (soit résidents et frontaliers confondus) requis. Pour rappel, la croissance économique convergerait vers 1,6% l'an « *seulement* » à la fin de l'horizon de projection. Ces hypothèses supposent un rapport entre frontaliers et résidents pratiquement inchangé par rapport à la situation actuelle.

Il convient cependant de noter que si la proportion de frontaliers diminuerait légèrement, le nombre absolu de frontaliers augmenterait considérablement selon la projection « *de*

²¹ IDEA cherche ici à répliquer le scénario de référence du Groupe de travail sur le vieillissement, ce qui n'implique aucun jugement quant au réalisme des hypothèses sous-jacentes, relatives par exemple à la progression de l'emploi requis ou disponible.

référence ». Il passerait en effet de 170.000 en 2015 à 226.000 en 2030 et 292.000 en 2060, ce qui équivaut à une augmentation annuelle moyenne de plus de 1% l'an d'ici 2060²².

Les frontaliers font l'objet d'un traitement particulier dans cette IDM, ce qui constitue une différence de taille par rapport au GTV : leurs dépenses de santé – ainsi que celles des membres de leurs familles – sont isolées. Leurs dépenses en nature dans leurs pays de résidence respectifs représentaient en 2014 12% des dépenses totales de l'assurance maladie-maternité. Ces dépenses imputables aux non résidents sont censées évoluer de 2014 à 2060 en fonction du nombre total de frontaliers et du PIB par tête luxembourgeois²³. Il s'y ajoute un effet d'élasticité jouant sur la croissance de ce PIB par tête, qui sera abordé dans la partie 4.

L'effet lié au « *profil des dépenses par âge* » n'est pas appliqué aux frontaliers, faute de données statistiques suffisantes. Un tel lien paraît de toute manière assez superflu dans leur cas pour une raison assez évidente, à savoir la relative rareté, dans leurs rangs, de personnes âgées. Dans les présentes circonstances, les frontaliers pensionnés sont dans les faits pris en charge par les systèmes de santé de leurs Etats de résidence respectifs.

Cette situation pourrait cependant évoluer en fonction des mutations du cadre réglementaire européen. Soulignons à cet égard les règlements européens 883/2004²⁴, 987/2009²⁵ et 988/2009²⁶ portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, qui sont tous trois entrés en vigueur le 1^{er} mai 2010²⁷. Ces règlements aboutissent à un élargissement des possibilités d'« *exportation* » des prestations sociales. Ils comportent notamment le passage d'une optique catégorielle (prestations en faveur des personnes actives dans l'Etat membre considéré) à une optique européenne (champ d'application élargi aux citoyens européens assurés ou ayant été assurés dans l'Etat membre, sous diverses conditions). En vertu de ces textes, **les anciens frontaliers retraités** (pensions de vieillesse ou d'invalidité) disposent de droits d'accès plus étendus au système de santé luxembourgeois. Par exemple, une telle personne (de même que les membres de sa famille) peut, en cas de maladie, bénéficier de prestations de santé en nature au Luxembourg (dernier Etat où elle a exercé une activité professionnelle) afin de poursuivre un traitement entamé au Luxembourg et consistant à déceler, diagnostiquer ou traiter une maladie jusqu'à son terme. Cette condition de poursuite d'un traitement ne doit même pas être remplie si la même personne a travaillé pendant deux ans ou plus au Luxembourg au cours des 5 années ayant précédé sa pension. Une partie souvent substantielle de la charge des prestations en

²² Il est supposé dans toutes les simulations que le Luxembourg pourrait aisément accéder à un tel « pool » de frontaliers. Dans le cas contraire (manque de travailleurs non résidents présentant les profils requis), la progression du PIB serait moindre que ne le laissent augurer les projections.

²³ Ce lien semble quelque peu contre-intuitif mais n'est pas dénué de fondement: la demande de soins médicaux des frontaliers est en effet susceptible d'évoluer en fonction de leur revenu, qui dépend à son tour davantage du PIB luxembourgeois que du PIB de leurs pays de résidence respectifs.

²⁴ Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

²⁵ Règlement (CE) n°987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du Règlement n°883/2004.

²⁶ Règlement (CE) n°988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 modifiant le Règlement n°883/2004.

²⁷ S'est ajouté en 2012 le Règlement (UE) n°465/2012 du Parlement européen et du Conseil du 22 mai 2012 modifiant le Règlement (CE) n°883/2004 et le Règlement (CE) n°987/2009.

nature correspondantes incomberait bel et bien à la sécurité sociale luxembourgeoise – au *prorata* de la durée des carrières au Luxembourg, pour schématiser²⁸.

Ces mutations effectives ou futures constituent un risque majeur d'accroissement des dépenses de santé futures qui, en raison de son caractère toujours quelque peu « *insaisissable* » (portée exacte des adaptations législatives, comportement futur des frontaliers pensionnés, bases de données), n'est pas pris en compte dans la présente Idée du mois. Ce risque devrait dans un avenir proche être mieux appréhendé et même chiffré, avec la constitution de réserves additionnelles si ce risque devait paraître avéré.

*Les mutations du cadre réglementaire européen constituent un risque majeur
d'accroissement des dépenses de santé futures*

Le lien entre les dépenses de santé et la prospérité économique

Un autre paramètre souvent évoqué dans la littérature spécialisée est l'élasticité des dépenses de santé au revenu par tête – qui mesure simplement la façon dont les dépenses de santé évoluent suite à un « *enrichissement* » de l'économie nationale. Cet enrichissement peut alimenter une hausse de la demande de santé et / ou de l'offre de services médicaux (une société plus « opulente » pouvant se permettre l'achat d'équipements plus sophistiqués). Comme la projection centrale du GTV, la simulation « *de référence* » d'IDEA applique à la progression du PIB par habitant²⁹ une **élasticité revenu** supérieure à l'unité, censée rendre compte du statut de bien supérieur de la santé³⁰. Pour rappel, le GTV adopte une élasticité revenu initialement égale à 1,1, qui converge cependant graduellement vers 1,0 en 2060. Par souci de simplicité et toujours avec le souci, à ce stade de l'IDM, de « *coller au mieux* » au scénario central du GTV, IDEA a pour sa part retenu une élasticité revenu des dépenses afférentes égale à 1,05 sur l'ensemble de l'horizon de projection.

Dépenses : pour récapituler...

Les déterminants de l'évolution des dépenses de santé dans notre simulation de référence sont donc, pour récapituler :

- Le nombre de personnes résidentes (hommes ou femmes) par classes d'âge et par sexe, pondérées en fonction du remboursement moyen par âge et par sexe.
- L'élasticité des dépenses aux revenus (effets de demande / bien supérieur).

²⁸ Pour davantage d'explications sur les règlements 883/2004, 987/2009 et 988/2009 ainsi que sur leur portée, voir « *La coordination des règles de la sécurité sociale dans l'Union européenne* », CSL, dans la collection « Droit de la sécurité sociale » (<http://www.csl.lu/component/rubberdoc/doc/911/raw>). Voir aussi les sites <http://www.cleiss.fr/> et <http://www.tress-network.org/>.

²⁹ En toute rigueur, il conviendrait plutôt d'associer les dépenses de santé des assurés à une mesure du revenu national brut par résident ou simplement à la productivité, afin de contourner le biais inhérent au concept de PIB par habitant au Luxembourg (biais associé aux travailleurs frontaliers). Il a cependant été décidé en guise de simplification de rester fidèle à l'indicateur PIB par habitant dans les simulations commentées dans la présente IDM, ce biais étant fort réduit dans ce contexte précis du fait de la faible différence postulée entre l'évolution du PIB par tête (soit 0,9% l'an en vitesse de croisière) et de la productivité (+1,2% l'an par hypothèse). Ce traitement contribue au demeurant à ... améliorer légèrement le résultat des simulations en question : l'utilisation de la productivité comme variable de référence de la « prospérité » aurait donné lieu à une progression légèrement plus forte des dépenses de santé.

³⁰ C'est-à-dire, pour rappel, un bien dont la consommation tendrait à augmenter plus que proportionnellement par rapport au revenu.

- Le nombre de frontaliers et les dépenses de santé à l'étranger des résidents (prise en compte de l'élasticité précitée, mais pas de l'impact du vieillissement dans ce cas).
- Les autres dépenses : dépenses en espèce, médicaments et frais administratifs, pour l'essentiel. Pour ces postes, prise en compte de l'évolution de la population assurée totale, de l'élasticité mais pas du vieillissement.

Cette méthodologie est inspirée de celle du Groupe de Travail sur le vieillissement, mais en greffant sur ce canevas quelques spécificités luxembourgeoises (les dépenses des frontaliers explicitement prises en compte, ou encore la ventilation des dépenses en fonction des données du rapport général de la sécurité sociale). Une des conséquences du traitement décrit ci-dessus, quelque peu contre-intuitive, est qu'une baisse du PIB par habitant ne se traduirait pas par une augmentation des dépenses de santé exprimées en pourcentages du PIB. Ces dépenses sont en effet censées s'ajuster au PIB³¹, donc faire preuve d'une certaine flexibilité par rapport à ce dernier. Il en serait probablement tout autrement dans la réalité, du moins à court terme...

Le versant des recettes

Le simulateur de santé d'IDEA permet d'inférer, outre l'évolution des dépenses, celle **des recettes totales** de l'assurance maladie-maternité. Il s'agit principalement des recettes de cotisation et de la participation de l'Etat (proportionnelle aux cotisations). Ces recettes de cotisation ou assimilées sont très logiquement censées évoluer en fonction de la masse salariale³² - soit la principale³³ assise des cotisations sociales. En outre, les salaires réels augmenteraient par hypothèse strictement en ligne avec la productivité. Dans une telle configuration, les recettes de cotisation et assimilées ne peuvent que demeurer stables par rapport au PIB³⁴, d'autant que les taux de cotisation sont maintenus inchangés tout au long de l'horizon de production, conformément à l'hypothèse de « *politique inchangée* ». Il en est de même des autres recettes que les cotisations, qui ne représentent qu'un peu plus de 1% des recettes totales et sont par souci de simplification simplement « *indexées* » sur le PIB.

Ces diverses hypothèses et la méthodologie utilisée donnent lieu aux résultats « *de référence* » illustrés au graphique qui suit.

³¹ Voire même un peu au-delà, en raison du choix d'une élasticité des dépenses aux revenus par tête quelque peu supérieure à l'unité.

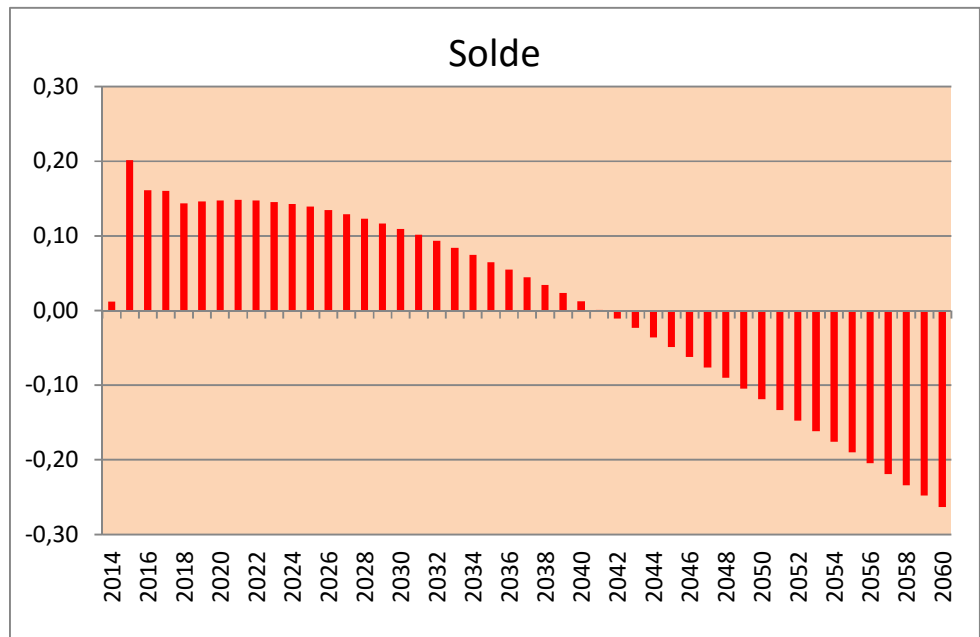
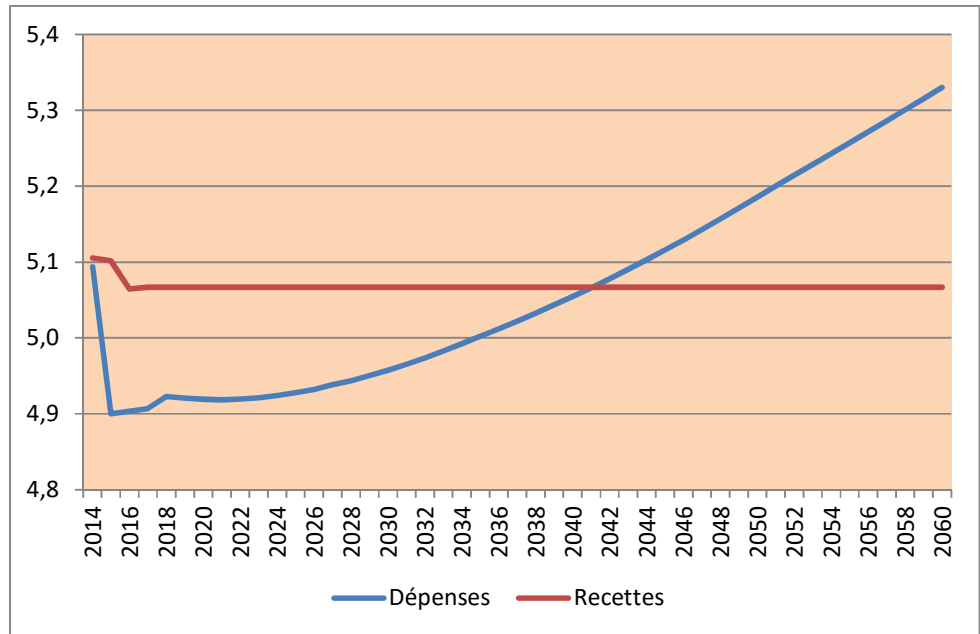
³² Cette dernière progresse cependant au même rythme que le PIB dans la simulation « de référence » d'IDEA. Par hypothèse, l'inflation joue en effet de la même manière sur les salaires et le PIB. En d'autres termes, les salaires sont censés s'ajuster à une inflation elle-même égale au déflateur du PIB à partir de 2018.

³³ Mais pas la seule à strictement parler : voir les cotisations de santé des pensionnés, par exemple.

³⁴ Sauf effet de la suppression prévue pour 2016 d'une dotation transitoire de l'Etat de 20 millions d'euros.

Graphique 5 : Evolution des recettes, des dépenses et des soldes de l'assurance maladie-maternité selon la simulation « de référence »

En % du PIB



Sources: CNS, IGSS, STATEC, calculs IDEA.

Note: les recettes se réduiraient légèrement en % du PIB en 2015 (prise en compte des estimations de l'IGSS pour 2015) et surtout en 2016 (suppression précitée d'un transfert transitoire de 20 millions en provenance de l'Etat central).

La forte réduction du ratio des dépenses en 2015 et l'amélioration corrélative marquée du solde de l'assurance maladie-maternité la même année résultent de la prise en compte des informations (parcellaires) livrées par le Gouvernement dans la foulée de la quadripartite du 27 avril 2016. Le solde aurait été positif à concurrence de 105 millions d'euros en 2015, contre 6 millions de surplus seulement en 2014. Malgré le caractère un peu lacunaire de ces

informations et l'incertitude qui en découle concernant la pérennité de cette amélioration, IDEA a incorporé l'intégralité du surplus précité de 105 millions d'euros à ses simulations, avec à la clef un effet de base positif sur l'ensemble de la période de projection. Cet effet explique les soldes positifs anticipés dans la « *référence* » jusqu'en 2040 environ. Les surplus en question commenceraient cependant à s'étioler vers 2025, comme déjà expliqué dans le contexte du profil par âge des dépenses de santé (période dite « *de grâce* »).

Toujours dans la « *référence* », le solde de l'assurance maladie-maternité serait négatif à raison de 0,26 point de PIB en 2060, sous l'effet essentiellement de l'interaction entre le vieillissement et la modification de la structure d'âge de la population (« *vieillesse* »).

Les résultats de la simulation « *de référence* » sont extrêmement proches de ceux du scénario central du GTV, ce qui était d'ailleurs voulu (volonté de constituer une expérience témoin « *neutre* »). Pour rappel, le GTV prévoit également un accroissement systématique du ratio des dépenses de santé, qui augmenterait de respectivement 0,2 et 0,5 point de PIB d'ici 2040 et 2060. Ces résultats *a priori* peu préoccupants semblent corroborer la simulation « *de référence* » d'IDEA, qui est tout juste un peu plus « *optimiste* », puisqu'elle laisse augurer un accroissement du ratio des dépenses égal à 0,15 point de PIB d'ici 2040 et à 0,43 point d'ici 2060³⁵.

Cette « *référence* » d'IDEA n'est cependant nullement un point d'aboutissement. Elle ne constitue que le point de départ de l'identification de quelques défis d'envergure, présentés dans la partie suivante qui représente le cœur de la présente Idée du mois.

4. FINANCEMENT FUTUR DE LA SANTÉ : LES PRINCIPAUX DÉFIS

Quatre scénarios alternatifs sont successivement développés ci-dessous. Le premier consiste à simuler l'impact financier d'une immigration moins dynamique que ne l'escompte le GTV (« *immigration plus basse* »). Le second prend en compte l'intégralité des effets « *de vieillissement* ». Le troisième consiste à rehausser à 1,4 l'élasticité de revenu³⁶. Le dernier « *stress test* » évalue l'incidence, sur le financement de la santé, d'un dépassement systématique de la progression des dépenses de santé par rapport à celle du PIB (scénario « *excess cost* »).

Les quatre scénarios envisagés sont en quelque sorte des « *stress tests* » de la solidité financière de notre système de santé. Compte tenu de l'importance extrême de ce système pour les générations présentes et futures, le Luxembourg ne peut prendre le moindre risque en la matière. D'autant que la pérennité d'une croissance économique élevée et d'une immigration nette (très) soutenue n'est nullement assurée.

³⁵ Ces chiffres sont cités dans un souci de transparence. Leur degré de précision est bien entendu un peu illusoire sur un tel horizon de projection.

³⁶ Ce coefficient de 1,4 a d'ailleurs été retenu par le GTV – du moins au début de l'horizon de projection – dans l'une de ses propres analyses de sensibilité (voir le rapport 2015 du GTV, op. cit.).

Les quatre scénarios envisagés sont des « stress tests » de la solidité financière de notre système de santé. Compte tenu de l'importance extrême de ce système pour les générations présentes et futures, le Luxembourg ne peut prendre le moindre risque en la matière.

Dans une simulation illustrative, dite « *worst case* », les principaux risques identifiés sont juxtaposés.

Les quatre scénarios « à risque »

Le premier scénario « à risque » se rapporte **aux hypothèses démographiques**. Le Groupe de travail sur le vieillissement et par voie de conséquence les autorités luxembourgeoises³⁷ privilégient un scénario démographique aboutissant à un doublement de la population d'ici 2060³⁸. En guise de contrepoids, IDEA a pour sa part élaboré une projection alternative, plus proche de la projection démographique effectuée par le GTV dans son rapport de 2012. Ce scénario démographique plus « *tempéré* » privilégié par IDEA consiste à supposer que l'immigration nette va graduellement se réduire³⁹. Elle demeurerait supérieure à 10.000 personnes jusqu'en 2017. Elle diminuerait cependant de moitié environ en 2018 (5.000 personnes) et déclinerait linéairement par la suite, pour converger vers une immigration nette nulle en 2060⁴⁰.

Comme le montre le graphique suivant, un tel scénario se traduirait par une augmentation significative mais plus mesurée de la population résidente du Luxembourg, un léger déclin s'amorçant même à partir de 2050 dans le sillage d'un « *pic* » de 717.000 habitants. En 2060, la population totale s'établirait à 706.000 personnes, contre 1.144.000 dans le scénario « *de référence* » s'apparentant à la simulation centrale du GTV. De manière plus cruciale encore du point de vue de la santé, la composition de la population connaîtrait une sensible mutation par rapport à la référence. Ainsi, les personnes de 65 ans ou plus représenteraient sous ce scénario « *immigration nette plus basse* » quelque 30% de la population résidente totale en 2060, contre 23% la même année sous le scénario alternatif.

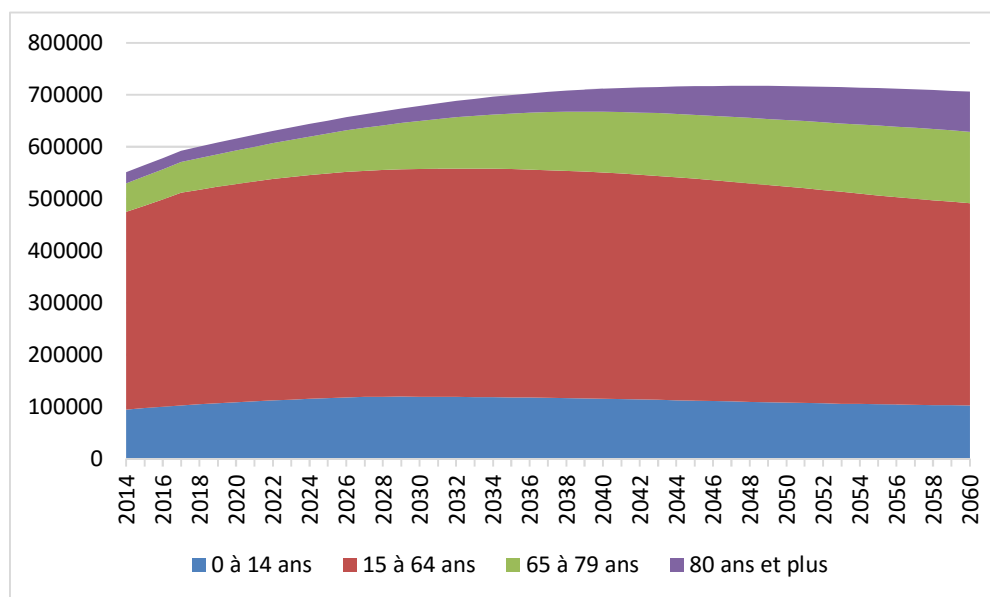
³⁷ Voir notamment la 17^{ème} actualisation du Programme de stabilité du Luxembourg, page 31.

³⁸ Et même dès 2046, pour être exact.

³⁹ Il va sans dire qu'il ne s'agit là que d'une hypothèse de travail censée refléter la « réalité future », certainement pas d'une quelconque recommandation en matière de politique migratoire.

⁴⁰ Une immigration nette nulle peut bien entendu s'accompagner d'une immigration absolue conséquente (qui est simplement contrebalancée dans ce cas de figure par une émigration absolue de même ampleur).

Graphique 6 : Population : scénario alternatif 1, avec une immigration nette déclinante à partir de 2018 (« immigration plus basse »).



Sources : STATEC, estimations propres d'IDEA.

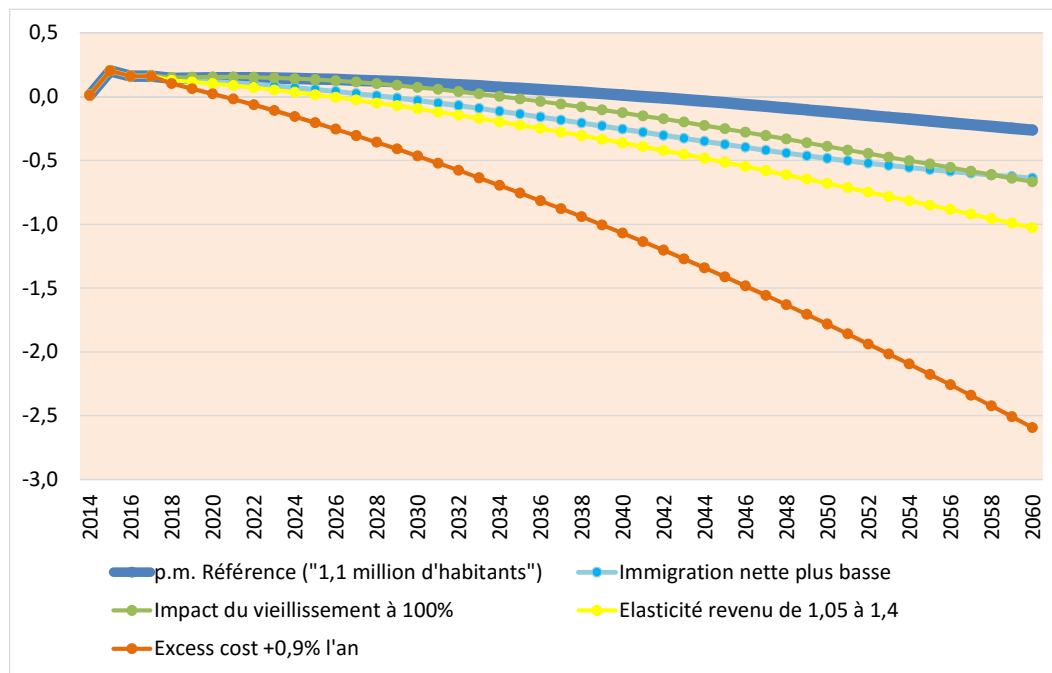
En conséquence, comme le montre la courbe bleue claire du graphique suivant, les résultats financiers seraient en nette dégradation sous ce scénario démographique « *tempéré* », précisément en raison de cet effet de composition de la population totale. L'impact négatif serait pourtant quelque peu amorti par le fait que l'effet vieillissement n'est pris en compte qu'à raison de la moitié.

Le second « *stress test* » consiste précisément à relâcher cette dernière hypothèse⁴¹, en prenant en compte intégralement l'effet du vieillissement (donc en supposant qu'au fil du temps, l'état de santé ne s'améliore pas pour un âge donné). Le solde de l'assurance maladie-maternité se monterait dans ce cas de figure, « en bout de course », à -0,67% du PIB (courbe verte), contre -0,26% dans l'« *expérience témoin* ».

⁴¹ Par rapport, à nouveau (comme dans la « référence »), au scénario démographique dynamique (avec 1,1 million d'habitants en 2060).

Graphique 7 : Les 4 scénarios « stress test » : soldes des opérations courantes de l'assurance maladie-maternité.

En % du PIB



Sources : CNS, IGSS, STATEC, calculs IDEA.

Note: le scénario « Impact du vieillissement à 100% » consiste à relâcher l'une des hypothèses du scénario central du Groupe de travail sur le vieillissement, où pour rappel l'impact budgétaire des remboursements de santé moyens plus élevés à des âges plus avancés est tempéré (c'est-à-dire divisé par deux), afin de rendre compte de l'amélioration supposée au fil du temps de l'état de santé des personnes d'un âge donné.

Le troisième « stress test » suppose quant à lui une sensibilité plus élevée des dépenses de santé au PIB par habitant. Alors que l'élasticité correspondante était fixée à 1,05 dans le scénario de référence, elle passe à 1,4 sous cette troisième variante de risque. Pour rappel, un tel coefficient a été testé par le Groupe de travail sur le vieillissement dans l'un de ses propres scénarios de risque. Par ailleurs, il dépeint mieux la forte croissance des dépenses observée par le passé au Luxembourg qu'un coefficient à peine supérieur à l'unité, choisi sur une base purement européenne mais globalement peu pertinent pour le Grand-Duché⁴². La courbe jaune du graphique montre que le choix de l'élasticité n'est pas une simple « élucubration » intellectuelle : une simple hausse de 1,05 (soit peu ou prou le scénario du GTV) à 1,4 de ce coefficient se traduit par un solde de -1 point de PIB en 2060, le tout en dépit d'un scénario démographique « dynamique ».

Le quatrième et dernier scénario à risque constitue une variante du scénario « élasticité » précédent. Le tableau 3 permet de mieux appréhender deux visions différentes de l'évolution

⁴² Un simple calcul – qui gagnerait certes à être complété par une analyse économétrique plus exhaustive – montre en effet que les dépenses de santé réelles par tête ont augmenté de 3,1% en moyenne au Luxembourg de 1990 à 2014 selon la CNS (« dépenses effectives »). Dans le même temps, le PIB en volume par tête (STATEC, AMECO) s'est en moyenne accru de 2,2 % l'an. Ce qui suggérerait « toutes autres choses égales par ailleurs » une élasticité de l'ordre de 1,4. La crise n'explique que partiellement ce résultat, puisque l'élasticité calculée de la même manière statique se serait établie à 1,3 de 1990 à 2007.

des dépenses de soins de santé. Il renferme dans sa colonne (1) l'augmentation annuelle moyenne des dépenses réelles par résident⁴³ de l'assurance maladie-maternité selon les décomptes de la Caisse nationale de santé (dépenses dites effectives). Est par ailleurs considérée au même tableau la progression du PIB réel par habitant au cours des mêmes périodes (colonne (2)). Sur l'ensemble de la période considérée (soit 1990-2014), les dépenses réelles de santé par tête se sont accrues de 3,10% l'an en moyenne, contre 2,18% pour le PIB en volume par tête – soit un écart de 0,92 point de %. Cette différence de 0,9 point peut être envisagée de deux manières différentes :

- **Optique 1** : celle qui a été privilégiée par le GTV et qui a également inspiré le scénario « à risque » précédent, reposant sur le concept d'élasticité au PIB réel par tête des dépenses de santé. Le tableau 3 suggère que cette élasticité aurait « toutes autres choses égales par ailleurs » été de l'ordre de 1,4 (soit 3,10 / 2,18) au cours de la période considérée. Cette approche présente un inconvénient certain : elle conduit à sous-estimer l'incidence sur les comptes de la santé d'un déclin de la croissance économique (par tête), puisqu'il est supposé que l'excès de croissance des dépenses de santé par rapport au PIB dépend de manière exclusive du taux de croissance. Dans un scénario extrême, c'est-à-dire en cas de stagnation totale du PIB par tête (croissance zéro) sur l'horizon de projection, le dépassement en question deviendrait lui-même nul sous l'approche « élasticité », ce qui revient à postuler une grande malléabilité des dépenses de santé par rapport à la croissance économique.
- **Optique 2** : une vision alternative consiste à considérer que les dépenses de santé dépendent de deux composantes : la première composante est certes proportionnelle au PIB par tête, mais il s'y ajoute une composante fixe ne dépendant pour sa part aucunement de la croissance et reflétant des déterminants structurels tels que le progrès technologique. Cette composante fixe serait, au tableau 3, l'écart de 0,90 point de % (qui est au demeurant identique avant et après la rupture conjoncturelle de 2008).

Ces deux optiques coïncident (forcément), par construction, au tableau 3. Elles peuvent cependant livrer des résultats fondamentalement différents sur un horizon de projection de long terme, s'il est supposé (comme dans le cas de notre « référence » et dans celle du GTV) que la progression du PIB par tête connaîtra une sensible décélération par rapport à l'expérience passée. A titre d'exemple, au tableau 3 les deux optiques livreront pour la période 1990-2014 des résultats identiques, soit +3,1%⁴⁴ pour les dépenses de santé par tête hors inflation, avec une croissance du PIB en volume par tête de 2,2% l'an. En revanche, les dépenses de santé réelles par tête augmenteront de 1,26%⁴⁵ sous l'optique 1 et de 1,8%⁴⁶ sous l'optique 2 en cas de croissance du PIB en volume par tête ramenée à 0,9% l'an dans le futur. Soit un écart de plus de 0,5 point de % par année, qui sera lourd de conséquences sur un long horizon de projection.

⁴³ Un calcul plus fin aurait consisté à considérer l'ensemble des assurés et non les seuls résidents. Le biais associé est cependant assez réduit car pour rappel, les frontaliers ne représentent qu'environ 12% des dépenses de santé totales. Par ailleurs, si le nombre de frontaliers a fortement augmenté durant la période considérée, la population résidente s'est également accrue de manière soutenue depuis 1990.

⁴⁴ Approche 1 : $2,2\% \times 1,4 = 3,1\%$; approche 2 : $2,2\% + 0,9\%$ (facteur structurel fixe) = également 3,1%.

⁴⁵ $0,9\% \times 1,4$.

⁴⁶ $0,9\%$ (taux de croissance par tête) + $0,9\%$ (composante « structurelle » fixe).

Le 4^{ème} « *stress test* » consiste précisément à passer de l'optique 1 à l'optique 2, ce qui revient à considérer qu'une partie de la croissance des dépenses de santé ne peut être « *épuisée* » par la seule croissance du PIB et reflète divers facteurs structurels « *incompressibles* » - l'incidence du progrès technologique par exemple. Ce scénario « *à risque* » est loin d'être extrême : dans une publication de 2010⁴⁷, le FMI considérait quant à lui que sur la période 1980-2008, le Luxembourg affichait un « *excess cost* » de quelque 2,4 points de %...

Tableau 3 : Deux présentations de l'évolution des dépenses de santé

	Evolutions réelles par tête		
	Santé (1)	PIB (2)	Différence (3)
1990-2007	4,23	3,34	0,90
2008-2014	0,20	-0,79	0,99
1990-2014	3,10	2,18	0,92

Sources : CNS, IGSS, STATEC, calculs IDEA.

Note: colonne (1) = croissance moyenne des dépenses réelles par tête de l'assurance maladie.

colonne (2) = croissance moyenne du PIB réel par tête.

colonne (3) = « *excess cost* » = (2) – (1).

La simulation du quatrième scénario de risque met à jour une détérioration sensible des comptes de l'assurance maladie-maternité, dont le déficit s'établirait à 2,6% du PIB en fin de période (courbe orange du graphique 7), contre 0,26 dans la « *référence* ».

Scénario « *worst case* » : juxtaposition des scénarios de risque

Pour « *la petite histoire* », nous avons évalué les conséquences d'une réalisation simultanée des scénarios à risque (immigration plus basse, impact total du vieillissement, scénario « *excess cost* »⁴⁸). Dans ce cas de figure « *worst case* », pouvant certes sembler un peu apocalyptique mais qui donne une idée du « *potentiel* » de détérioration financière de l'assurance maladie-maternité, le solde budgétaire de cette dernière serait négatif à raison de 1,8% du PIB en 2040 et de 4,1% en 2060. La croissance du PIB total ou par habitant serait par ailleurs fort réduite sous ce scénario.

Dans le cas de figure « worst case », pouvant certes sembler un peu apocalyptique mais qui donne une idée du « potentiel » de détérioration financière de l'assurance maladie-maternité, le solde budgétaire de cette dernière serait négatif à raison de 1,8% du PIB en 2040 et de 4,1% en 2060.

Ce quatrième scénario gagne à être resitué dans le contexte financier / institutionnel de l'assurance maladie-maternité, qui est plus « *parlant* » que des résultats budgétaires simplement exprimés en pourcentages du PIB. Schématiquement, la gestion budgétaire de cette branche de la sécurité sociale s'appuie sur une norme précise, en vertu de laquelle le

⁴⁷ FMI, « *Macro-Fiscal Implications of Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies* », décembre 2010, <https://www.imf.org/external/np/pp/eng/2010/122810.pdf>.

⁴⁸ Le scénario à risque « *élasticité de 1,4* » n'est pas intégré au scénario « *worst case* », puisqu'il n'est pas compatible avec le scénario « *excess cost* ».

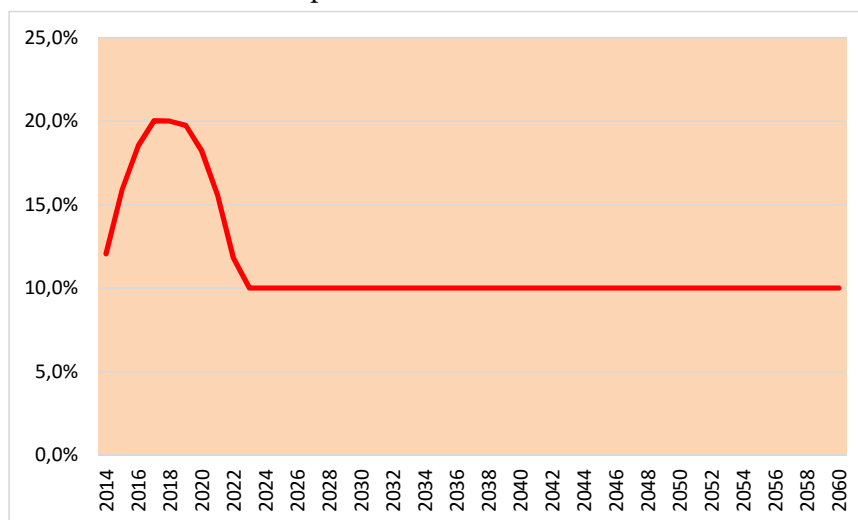
montant de la réserve (soit les soldes cumulés) ne peut être inférieur à 10% des dépenses annuelles courantes et – ce qui est beaucoup moins intuitif – ne peut excéder 20% de ces mêmes dépenses. En cas de franchissement de l'un de ces seuils, les recettes⁴⁹ et / ou les prestations doivent être adaptées. Il s'agit là de normes de gestion globalement peu proactives, jouant sur un horizon de moins d'une année. Cette tendance au court terme est aggravée par le fait que la réserve est bornée non seulement à la baisse (10%), mais également à la hausse (limite des 20%).

Il s'agit là de normes de gestion globalement peu proactives, jouant sur un horizon de moins d'une année.

Pour mettre plus en relief le caractère peu proactif des pratiques budgétaires en vigueur, les résultats de la simulation « *worst case* », qui pour être exigeante n'en est pas moins de l'ordre du possible, sont reproduits dans le graphique suivant selon un format plus en phase avec les normes budgétaires de santé en cours au Luxembourg.

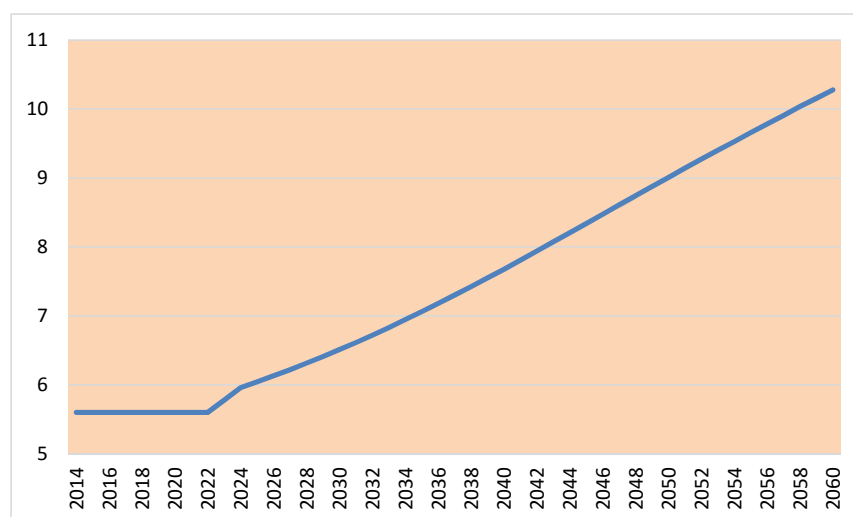
Graphique 8 : Simulation « *worst case* » avec les seuils de réserves existants

A. Réserves en % des dépenses courantes



⁴⁹ C'est le régime par défaut en vertu de l'article 30 (1) du Code de la sécurité sociale : « Le taux de cotisation est refixé par le comité directeur avec effet au premier janvier de l'année pour laquelle le budget fait apparaître que le montant de la réserve prévue à l'article 28, alinéa 1, se situe en dehors des limites y prévues. »

B. Evolution des cotisations sociales (taux, en %)



Sources : CNS, IGSS, STATEC, Commission européenne, calculs IDEA.

La partie A du graphique dépeint l'évolution des réserves sous notre scénario à risque « *worst case* ». Il est supposé que le cadre « *semi-automatique* » existant serait activé afin d'éviter tout franchissement des seuils précités de 10 et 20%. Par hypothèse, les excédents éventuels enregistrés durant la « *période de grâce* » donneraient lieu à une hausse des prestations, tandis que les franchissements à la baisse du seuil de 10% seraient évités par le truchement d'une hausse des cotisations sociales⁵⁰. Les réserves demeureraient dès lors constamment à l'intérieur d'un couloir délimité par ces deux valeurs. *So far, so good...*

Les résultats assez favorables engrangés jusqu'en 2020 pourraient donner lieu, toujours par hypothèse, à une augmentation des prestations visant à maintenir la réserve sous le couperet des 20%. Il ne s'agirait cependant là que d'un feu de paille, car les réserves commenceraient à « *fondre* » vers 2020, pour se rapprocher résolument du seuil minimal de 10% en 2022. Les réserves demeureraient « *en vertu de la loi* » égales ou marginalement supérieures à la borne inférieure de 10% par la suite, mais avec une contrepartie de taille : une véritable flambée du taux des cotisations sociales s'amorçant dès 2023, qui passerait de 5,6% actuellement (part personnelle et de l'employeur) à ... plus de 10% en fin de période de projection (voir le quadrant B du graphique).

Ces graphiques, qui postulent une application purement passive des normes actuelles, sans aucun « *foresight* », illustrent clairement le manque de cohérence temporelle d'une telle démarche – qui conduit à une folle succession d'épisodes de relâchement, puis d'austérité budgétaire. Des indicateurs budgétaires embrassant une période (beaucoup) plus large permettraient de lisser davantage la gestion de l'assurance maladie-maternité.

⁵⁰ Pour rappel, les taux de cotisation de l'assurance maladie ont d'ailleurs été rehaussés de 5,4 à 5,6% en 2011.

POUR ALLER PLUS LOIN...

Cette Idée du mois a présenté un instrument de projection à (très) long terme de la situation financière de l'assurance maladie-maternité. Certains observateurs ne manqueront pas de remettre en question la pertinence d'instruments de ce type, en affirmant que « *l'avenir est par nature imprévisible* ». Une assertion indubitablement vraie, mais qui escamote les biais considérables inhérents à une évaluation « *en temps réels* » et « *au jour le jour* », à un examen furtif ne constituant qu'une photo de l'instant présent et ignorant « *superbement* » les « *mouvements de plaques tectoniques* » totalement invisibles à l'œil nu et dont l'identification requiert une vision globale (« *vue d'hélicoptère* »). On ne peut évacuer sans autre forme de procès ces déterminants fondamentaux, qui sont au demeurant souvent identifiables des décennies à l'avance. Il ne peut être davantage question d'ignorer la dimension pluriannuelle de mesures ayant un impact budgétaire réduit à court terme, mais considérable dans une perspective de long terme – une liaison entre les transferts sociaux et les salaires réels, par exemple.

L'un des principaux déterminants des projections à long terme en matière de sécurité sociale est l'évolution démographique. Or c'est un « *safe guess* » que d'affirmer qu'une personne ayant à présent 25 ans en aura 65 en 2056... En d'autres termes, les variables démographiques sont assez inertes et souvent assez prévisibles, même à long terme. C'est moins vrai en ce qui concerne l'immigration nette, beaucoup plus fluctuante que la natalité ou la mortalité. C'est la raison pour laquelle nous avons présenté ici deux déclinaisons de cette immigration nette : un scénario « *élevé* » (maintien des arrivées à un niveau élevé) et une variante plus « *tempérée* », tablant sur une immigration nette moins « *flamboyante* ».

Après cette digression méthodologique, l'enseignement de ces simulations de long terme : la situation budgétaire de l'assurance maladie-maternité paraît *a priori* solide au Luxembourg au vu des résultats budgétaires annoncés pour 2015 en quadripartite, le 27 avril 2016. Ces résultats favorables ont été intégralement considérés dans les projections présentées dans cette IDM, dont les résultats ne sont dès lors nullement entachés par un point de départ biaisé vers le bas⁵¹.

Sauf choc économique abrupt, l'assurance maladie-maternité peut en effet selon toute probabilité compter sur une « *période de grâce* », à la faveur de sa structure démographique particulière. Cette période de grâce pourrait « *sur la pente actuelle* » s'étendre jusqu'en 2025 environ (à condition, certes, que l'immigration nette demeure d'ici là à son niveau actuel, avec des arrivées nettes supérieures à 10.000 personnes par an).

Si elle constitue plutôt un atout à court terme, cette même structure démographique est porteuse de menaces à plus long terme. La présente Idée du mois a attiré l'attention sur ces risques potentiels pour notre régime de santé et ce par le truchement de divers « *stress tests* », qui n'épuisent nullement le sujet. Il est cependant supposé dans tous les scénarios, y compris « *à risque* », que les dépenses de santé des futurs frontaliers pensionnés continueront à être prises en charge par les systèmes de santé de leurs Etats de résidence respectifs. Cette hypothèse semble moins assurée sur un horizon de temps fort long, en particulier à la lumière de l'évolution récente du droit européen en la matière (règlements 883/2004, 987/2009 et

⁵¹ Nos projections laissent d'ailleurs augurer un niveau de réserves se montant à 16% des dépenses courantes en 2015, à 18,4% en 2016 et – à politique inchangée – à un peu plus de 20% en 2017.

988/2009, en particulier). Il est cependant difficile au présent stade d'appréhender (et *a fortiori* de chiffrer) correctement un tel risque.

Compte tenu de l'importance cruciale de la santé, d'un point de vue économique mais surtout humain, tous les risques potentiels et leurs impacts budgétaires respectifs doivent être correctement appréhendés – et couverts de manière suffisamment proactive par des réserves financières nouvelles. Cette Idée du mois ne constitue qu'une première contribution à cet indispensable effort conceptuel, dans un domaine à la fois sensible et complexe.

Une chose est sûre en tout cas : la période « *de grâce* » financière dont devrait bénéficier le système de santé du Luxembourg ne peut être galvaudée. Cette fenêtre d'opportunité doit au contraire être mise à profit pour porter sur les fonds baptismaux de manière sereine, rationnelle et en dehors de toute urgence budgétaire un suivi proactif de la situation budgétaire de la santé. Une source d'inspiration en la matière (certes avec des périodes d'observation plus longues) pourrait être le système luxembourgeois de pension, qui fait l'objet d'évaluations tous les 5 ans sur des périodes dites « *de couverture* » de 10 ans. Le régime de santé devrait faire l'objet d'évaluations de ce type, par des instances comportant notamment des experts indépendants et sur la base d'analyses de sensibilité détaillées (l'IDM propose quelques exemples en la matière).

A rebours de la pratique actuelle reposant sur l'observation annuelle de l'évolution des réserves de l'assurance maladie-maternité et sur l'application d'une « *réserve maximale* »⁵², ces évaluations devraient s'effectuer sur un horizon temporel suffisamment long pour capter les évolutions pouvant se manifester au-delà de la « *période de grâce* ». Une évaluation pluriannuelle est d'ailleurs prévue par l'article 28 (4) du Code de la sécurité sociale : « *Le budget [de la CNS] est accompagné d'une programmation pluriannuelle indiquant de façon prospective l'évolution financière de l'assurance maladie* ». Il s'agirait donc simplement de traduire dans les faits cette disposition, avec une période d'observation excédant les 10-15 ans – la seule perspective pluriannuelle qui vaille. L'évaluation pluriannuelle devrait reposer notamment sur une batterie de « *stress tests* », donc sur différents scénarios intégrant les risques macroéconomiques, technologiques, sociaux, démographiques, les risques propres à la santé et enfin les risques légaux / juridiques. Des débats avec la « *société civile* » (experts, milieux médicaux, politiques, patients, etc.) permettraient d'assurer une plus large « *appropriation citoyenne* » de ces scénarios. Il convient également de bien articuler les perspectives budgétaires de la santé d'une part et la gouvernance économique budgétaire d'autre part – lors du calcul de l'objectif budgétaire à moyen terme⁵³, par exemple.

Sur la base de critères précis, ces évaluations donneraient lieu, si nécessaire, à la constitution préventive de réserves de précaution, permettant d'éviter à l'avenir une volatilité extrême des taux de cotisation (donc de l'emploi, de la compétitivité, du pouvoir d'achat, etc.) et de la qualité des services offerts dans ce domaine vital par essence que constitue la santé.

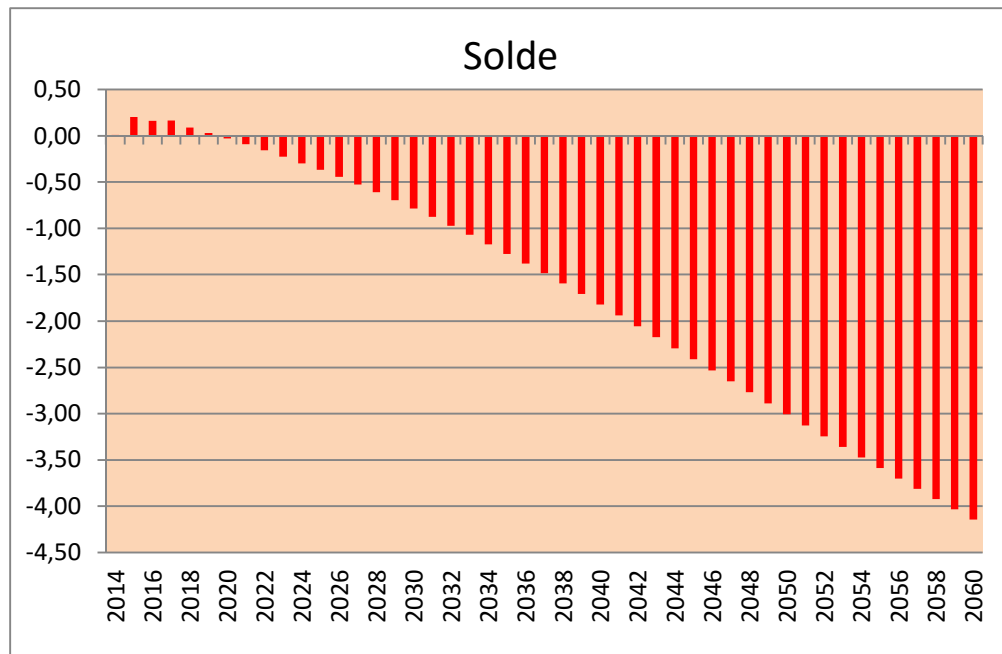
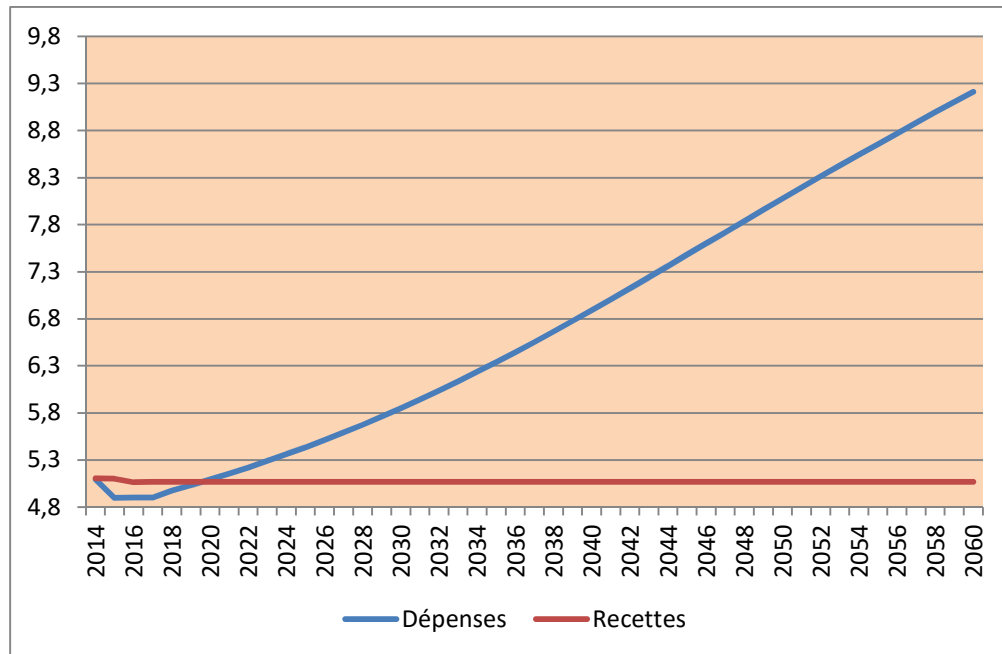
⁵² Pour rappel, cette observation, pouvant le cas échéant donner lieu à une adaptation des cotisations sociales, s'établit sur la base de limites minimales et maximales des réserves. Ces limites se montent en vertu de l'article 28 du Code de la sécurité sociale à respectivement 10 et 20% des dépenses courantes (« *Pour faire face aux charges qui incombent à l'assurance maladie-maternité, la Caisse nationale de santé applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à dix pour cent, ni supérieure à vingt pour cent du montant annuel des dépenses* »). Selon le rapport général sur la sécurité sociale de 2014 de l'IGSS, publié en automne 2015, la réserve s'établissait fin 2014 à 12,1% des dépenses courantes. Si on en croit les déclarations faites lors du Comité quadripartite le 27 avril 2016, la réserve aurait progressé en 2015, pour atteindre 16,4% du PIB.

⁵³ Ce dernier, pierre angulaire de la politique budgétaire, est calculé en référence notamment à l'évolution à très long terme des dépenses liées au vieillissement (santé, pensions, dépendance, etc.).

Annexe : Résultats détaillés du « *worst case scenario* »

Graphique : Evolution des recettes, des dépenses et des soldes de l'assurance maladie-maternité sous le scénario « *worst case* »

En % du PIB



Sources : CNS, IGSS, STATEC, calculs IDEA.

Avis Annuel

L'avis annuel 2016 : quelques doutes subsistent.....avril 2016

Idées du mois

1. Comprendre les benchmarks de compétitivité avril 2014
2. Productivité : Clé de la réussite économique future du Luxembourg mai 2014
3. *Nation Branding* – nouveau positionnement du Grand-Duché juin 2014
4. Cession d'entreprises : un enjeu d'avenir septembre 2014
5. Résolutions culturelles novembre 2014
6. 2015 : La zone euro encore un machin, bientôt une machine ? février 2015
7. Europe 2020: Quel avenir pour la stratégie européenne ? mars 2015
8. Etats-Unis et zone euro : le lièvre et la tortue ?mai 2015
9. La « financial literacy » au Luxembourg.....juillet 2015
10. Quel(que)s remèdes contre le chômage !.....octobre 2015
11. Une medical school au Luxembourgmars 2016
12. Sécurité et santé au travail » : tous ensemble pour une vision zéro.....mai 2016

Working Paper

Inflation, index et productivité: un possible ménage à trois?.....février 2016

Récents « blogs »

Le FMI, plus que jamais sur ses gardes – sans nul doute

Réforme fiscale : ne pas tomber dans les pièges à la com' !

« C'est de ta peur que j'ai peur. »

Technologie : rendez-vous dans deux ans dans un nouveau monde

Les risques réglementaires : menace ou atout pour le Luxembourg ? Une histoire d'équilibre !

Europe : Sauvons-la avant qu'elle ne se sauve – Pour un nouveau Six-Pack

Sharing in Luxembourg?

Luxembourg : un îlot de prospérité loin d'être isolé

Son nom est Bond, Social Impact Bond!

Tarifification du carbone : first movers et late movers

Tableau de bord de l'économie

Tableau de bord n°9..... février 2016

IDEA est un laboratoire d'idées autonome, pluridisciplinaire et ouvert, créé à l'initiative de la Chambre de Commerce du Luxembourg, qui souhaite contribuer à l'amélioration de la qualité du débat socio-économique, d'une part, en l'alimentant par des analyses économiques rigoureusement recherchées et documentées et, d'autre part, en proposant des pistes novatrices pour relever les grands défis d'avenir du Grand-Duché.

Directeur de la publication : Marc Wagener, tél: 42 39 39 376, marc.wagener@fondation-idea.lu

Auteur principal : Muriel Bouchet, tél 42 39 39-491, muriel.bouchet@fondation-idea.lu

www.twitter.com/FondationIDEA