

Panorama du système de santé luxembourgeois en 2009:

Roger Consbruck

Table des matières

Introduction

- du système de santé
- du Grand-duché de Luxembourg

Historique succinct et caractéristiques

Cadre et structure du système

- de la tutelle et de ses missions
- des acteurs de soins de santé
 - o les professionnels de santé
 - o les structures de santé

Vision synoptique du système

Organisation

- o de la gouvernance et du pilotage
- o des actions de santé
- o de la mise en place des moyens

Des bénéficiaires de soins

Du financement

Conclusions provisoires

Bibliographie

Introduction

Du système de santé

Par système de santé on entend l'ensemble des organismes, institutions et ressources du public et du privé mandatés pour améliorer, maintenir ou rétablir la santé dans le cadre politique ou institutionnel dans chaque pays. Les systèmes de santé englobent à la fois des services aux personnes ou à la population, et des activités visant à influencer les politiques et mesures adoptées par d'autres secteurs pour agir vis-à-vis des déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé. Les systèmes de santé dépassent le cadre des services de santé et incluent la prévention des maladies, la promotion de la santé et les efforts visant à inciter d'autres secteurs à traiter des questions de santé dans leurs politiques. Ils doivent garantir une approche holistique des services, impliquant une coordination entre divers prestataires, institutions et lieux de dispensation, que ceux-ci se situent dans le secteur public ou le secteur privé et incluant les soins primaires, les infrastructures pour soins aigus ou de longue durée, le domicile des particuliers (Organisation Mondiale de la Santé, extraits de la Charte de Tallin, signée à Tallin (Estonie) le 27 juin 2008 ⁷).

Du Grand-duché de Luxembourg

Le Luxembourg a une superficie de 2.586 km², la population s'élève à 0,49 million d'habitants (2006)⁶, soit une densité légèrement supérieure à 175 habitants par km².

La population est relativement jeune: 18,4 % ont moins de 15 ans et 14,1%* plus de 65 ans (2006)⁶. En 2006 le taux de natalité était de 18,4 pour 1000 habitants ⁶ et le taux de mortalité infantile est un des plus bas d'Europe avec ses 2,5 pour 1000 naissances vivantes. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 76,9 ans pour les hommes et 81,9 ans pour les femmes ce qui est légèrement inférieur aux pays avoisinants⁶.

Historique succinct et caractéristiques

Le système de santé de chaque pays est une émulation de son histoire et le système luxembourgeois n'échappe pas à la règle.

Si, sur base du programme gouvernemental, c'est actuellement le Ministère de la Santé a pour missions de piloter et de coordonner le système et d'opérationnaliser les buts fixés sur base de valeurs telles que la solidarité, l'universalité, l'équité d'accès et de traitement et autres, le développement durable et dispose à cet effet d'un arsenal de moyens, tel n'a pas toujours été le cas.

En effet, ce ministère, hormis une apparition éphémère au lendemain de la 2ème Guerre Mondiale, n'a été mis en place, via un secrétariat d'Etat, que depuis 1956 et sa principale administration, la Direction de la Santé, ne s'est véritablement déployée que vers la fin du 20ème siècle.

Auparavant et pendant très longtemps le domaine de la santé était un « patchwork » d'initiatives essentiellement privées basées sur la médecine libérale et des initiatives des institutions de bienfaisance, qui au fur et à mesure ont évolué depuis des services de charité vers des prestataires de services, grâce à la généralisation progressive de l'assurance maladie, constituées au départ sur fond de modèle bismarckien.

Aussi jusqu'à la fin des années 60, le rôle du Ministère de la Santé se limitait à veiller, d'abord avec le Collège Médical et ensuite avec la Direction de la Santé, à l'hygiène publique, à gérer les rares établissements que l'Etat avait créés par subsidiarité - comme l'asile pour aliénés, les sanatoriums pour tuberculeux et autres, l'établissement de cures thermales - et à surveiller les tâches déléguées à différents organismes dans des domaines indispensables à la santé publique mais dont le financement n'était pas pris en charge par les caisses de maladie, mais à défaut par l'Etat.

Ce n'est qu'à partir des années 70 que l'Etat s'est engagé davantage dans le cofinancement des structures de santé et de l'assurance maladie. En même temps, il a confié par voie légale le rôle de contrôle des actions de santé à la Direction de la Santé et a progressivement mis en place un tissu législatif portant notamment sur l'exercice des professions de santé, l'organisation des soins urgents, la planification des établissements hospitaliers, la prise en charge des grossesses, des nouveau-nés, puis ultérieurement sur la médecine scolaire et celle du travail et s'est ainsi qu'il s'est donné les moyens pour jouer son rôle naturel de pilote d'un système de santé émergeant.

Garant des valeurs, mais aussi d'un financement et d'un développement durables, il a ainsi progressivement pris en main la sécurité sociale et le secteur de la santé tout en veillant à une évolution consensuelle dont les principales caractéristiques sont actuellement les suivantes :

- couverture universelle de la population via une assurance maladie et une assurance dépendance obligatoires,
- prépondérance de l'exercice libérale de la médecine avec le médecin comme initiateur de toutes prestations opposables à l'assurance maladie,
- conventionnement obligatoire des prestataires autorisés à exercer une profession ou une activité de santé,
- libre choix du prestataire par le patient et accès direct au médecin spécialiste
- planification du secteur hospitalier et pharmaceutique,
- équité de traitement des prestataires (personnes morales ou physiques) quelque soit leur statut.

Le système de santé luxembourgeois en 2009

PANORAMA SUCCINCT

Vision schématique

Tutelles

Chambre des Députés

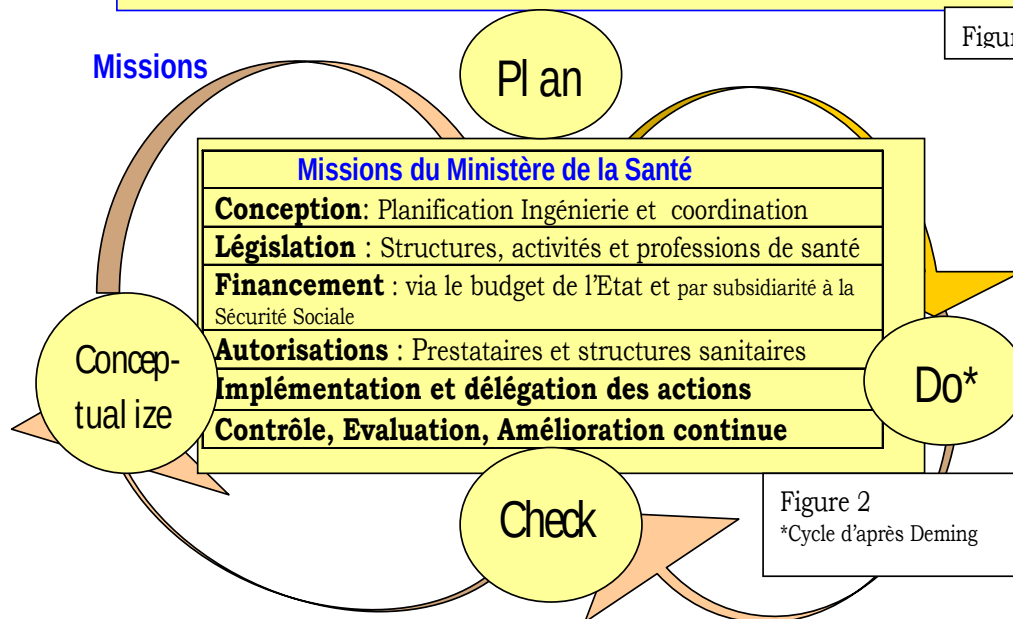
Gouvernement

Différents ministères assument des missions indispensables pour la santé

SANTE	Conception du système de santé et de lutte contre la maladie ; politique, législation et coordination
SECURITE SOCIALE	Assurances maladie et dépendance et autres branches de la sécurité sociale
AGRICULTURE	Chaîne alimentaire, environnement forestier
ENVIRONNEMENT	Air, lutte contre les pollutions
EDUCATION NAT.	Formation professionnels de santé
FAMILLE	Solidarité sociale, Intégration, 3 ^{ème} âge
INTERIEUR	Services de secours pré-hospitaliers ; Gestion de l'eau
BUDGET	Participation financière de l'Etat

Il s'agit dès lors d'une **politique de santé intégrée** sous l'autorité du Gouvernement et pour laquelle le **rôle naturel de coordinateur** incombe au **Ministère de la Santé**

Figure 1



Source des figures : Ministère de la Santé, Carte sanitaire 4^{ème} édition

Les acteurs des soins de santé

Parmi les acteurs de soins de santé on distingue :

- les personnes physiques, dont la majorité relève d'une profession de santé réglementée et désignés
ci-après par professionnels de santé, sans toutefois oublier l'apport important d'autres personnes engagées, notamment à titre bénévole, tels que les ambulanciers de la Protection Civile ou celles œuvrant pour la propagation de la santé respectivement la défense des intérêts des malades, mais aussi les personnes employées dans le secteur de la santé et qui n'exercent pas une des professions réglementées dont question ci-après,
- les personnes morales, c.à.d. celles qui constituent les organisations, sous leurs diverses formes - publiques
ou privées - qui assument la direction et la responsabilité des structures de santé et notamment :
 - des établissements hospitaliers et des associations conventionnées,
 - des corps constitués, dont le Collège médical et le Conseil Supérieur des Professions de santé,
 - de commissions prévues par une loi telle que la Commission Permanente pour le secteur hospitalier

Toutefois, pour simplifier cette description synthétique du système de santé au Grand-duché, il n'est question ci-après que des personnes physiques exerçant une profession dite de santé et des personnes morales représentant les structures sanitaires les plus caractéristiques.

1) des professionnels de santé (personnes physiques)

Généralités : Autorisation d'exercer et exercice professionnel

Tous les professionnels de santé qui veulent exercer une profession de santé réglementée au Grand-Duché de Luxembourg (médecins, pharmaciens et autres professions de santé) doivent être autorisés à cet effet par le Ministre de la Santé.

Cette autorisation ne peut être donnée que suite à la reconnaissance d'un titre de formation afférent reconnu par le Ministère de l'Education nationale. Celui-ci établit également l'équivalence pour la reconnaissance des diplômes étrangers ; à cet égard les titres délivrés dans les pays membres de l'Union Européenne tombent sous l'empire des directives communautaires alors que tel n'est pas le cas pour ceux acquis dans des pays tiers.

Sur demande des prétendants, l'autorisation du Ministre de la Santé pour exercer la profession de santé pour laquelle le candidat peut se prévaloir en vertu de son titre de formation reconnu par le Grand-duché, est donnée sur base des dispositions légales et réglementaires qui régissent les différentes professions. Celles-ci ont trait notamment à l'honorabilité, à des connaissances linguistiques adaptées au pays et à des obligations de formation continue.

L'exercice de ces professions est régi par des lois et, en général, des règlements d'exécution spécifiques qui cernent le spectre d'exercice afférent pour chacune de ces différentes professions.

Le contrôle de la conformité de l'exercice des professionnels de santé par rapport aux dispositions légales et stipulations réglementaires précitées relève, sans préjudice des obligations incombant, le cas échéant, à leurs employeurs, à la Direction de la Santé, division de médecine curative pour les médecins et autres professionnels de santé respectivement à la division de la pharmacie et du médicament pour les pharmaciens.

Les professionnels de santé relèvent également de l'autorité disciplinaire de leurs pairs élus soit au Collège médical (médecins et pharmaciens), soit au Conseil Supérieur de certaines professions de santé. Ces corps constitués édictent également chacun un code de déontologie applicable aux professionnels qui relèvent de leurs autorités respectives.

Par ailleurs, l'autorisation d'exercer est couplée à un conventionnement d'office et obligatoire avec l'Union des Caisses (UCM) de Maladie, ce qui veut dire que chaque professionnel de santé est lié à la convention afférente conclue par l'UCM avec les représentants de sa profession. Ainsi aucun prestataire ne peut dès lors fixer des tarifs qui diffèrent de ceux qui ont été convenus pour sa profession. Le contrôle de la conformité de l'exercice de ces professions par rapport aux dispositions de sécurité sociale, celui-ci relève de l'Administration du Contrôle Médical relevant de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale.

- les professions médicales

a) Législation

Lois :

Loi du 29 avril 1983 concernant l'exercice des médecins, médecins-dentistes et médecins-vétérinaires (telle qu'elle a été modifiée)

Loi du 8 juin 1999 relative au Collège médical

Règlements d'exécution :

Règlement grand-ducal du 10 juin 1997 fixant la procédure à suivre pour obtenir l'autorisation d'exercer les professions de médecin et de médecin-dentiste.

Règlement grand-ducal du 10 juin 1997 portant fixation de la liste des spécialités en médecine reconnues au Luxembourg ainsi que détermination des conditions de formation à remplir en vue de la reconnaissance de ces titres (tel qu'il a été modifié).

Règlement grand-ducal du 25 novembre 1983 fixant les conditions et les modalités de la prestation de services du médecin et du médecin-dentiste.

Règlement grand-ducal du 30 mai 1996 fixant les modalités de remplacement en médecine et médecine dentaire ainsi que la procédure à suivre pour obtenir l'autorisation de remplacement (tel qu'il a été modifié) .

Règlement grand-ducal du 17 juin 1993 fixant la liste des équipements et appareils qui ne peuvent être acquis par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical.

Arrêté ministériel du 20 décembre 1993 fixant la liste des analyses de laboratoire que les médecins peuvent effectuer dans leur cabinet (tel qu'il a été modifié).

Règlement grand-ducal du 10 septembre 2004 portant désignation des maladies infectieuses ou transmissibles sujettes à déclaration obligatoire.

Règlement ministériel du 17 novembre 2004 établissant la liste des diplômes, certificats et autres titres de médecin prévus par la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire.

Règlement ministériel du 17 novembre 2004 établissant la liste des diplômes, certificats et autres titres de médecin-dentiste prévus par la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire.

Arrêté ministériel du 7 juillet 2005 approuvant le code de déontologie des professions de médecin et de médecin dentiste édicté par le Collège Médical.

Source: Ministère de la Santé, Code de la Santé ; Compilation des références par le Service des Professions de santé

b) Classification et démographie ; médecins en activité en 2006

Catégories	Femmes	Hommes	Total
Médecins généralistes	150	275	425
Médecins spécialistes °	241	688	929
Médecins dentistes	108	254	362
Total 2006	499	1217	1716

° Répartition par spécialités	Nombre	° Répartition par spécialités	Nombre
Anatomie pathologique	10	Médecine nucléaire	10
Anesthésie-réanimation	83	Neuropsychiatrie	12
Biologie clinique	8	Neurochirurgie	9
Cardiologie et Angiologie	32	Neurologie	26
Chirurgie cardio-vasculaire	3	Néphrologie	5
Chirurgie dentaire, orale et maxillo-faciale	5	Ophthalmologie	48
Chirurgie générale	63	Orthopédie	37
Chirurgie plastique	10	Oto-rhino-laryngologie	38
Chirurgie pédiatrique	4	Pneumo-phtisiologie	15
Chirurgie thoracique	1	Pneumologie	3
Chirurgie vasculaire	1	Psychiatrie	59
Dermato-vénéréologie	28	Psychiatrie infantile	6
Electroradiologie	10	Pédiatrie	66
Endocrinologie, maladies du métabolisme	3	Radiodiagnostic	48
Gastro-entérologie	15	Radiothérapie	5
Gynécologie-obstétrique	67	Rhumatologie	15
Hématologie-biologique	1	Rééducation et réadaptation fonctionnelles	15
Microbiologie	4	Santé publique	1
Médecine du travail	25	Stomatologie	6
Médecine interne	109	Urologie	22

Source: Ministère de la Santé, Direction de la Santé; service des Statistiques sanitaires

- les autres professions de santé

a) Législation

Lois :

Loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé (telle qu'elle a été modifiée)

Loi du 11 janvier 1995 portant réorganisation des écoles publiques et privées d'infirmiers et d'infirmières et réglementant la collaboration entre le ministère de l'Education nationale et le ministère de la santé.

Règlements d'exécution :

Règlement grand-ducal du 11 juillet 1969 portant exécution des articles 1^{er} et 5 de la loi du 18 novembre 1967 portant réglementation de certaines professions paramédicales en ce qui concerne la profession **d'infirmier hospitalier gradué** (tel qu'il a été modifié) ...

Règlement grand-ducal du 15 juillet 1969 portant exécution des articles 1^{er} et 5 de la loi du 18 novembre 1967 portant réglementation de certaines professions paramédicales en ce qui concerne la profession **d'assistant d'hygiène sociale** (tel qu'il a été modifié) ...

Règlement grand-ducal du 15 juillet 1969 portant exécution des articles 1^{er} et 5 de la loi du 18 novembre 1967 portant réglementation de certaines professions paramédicales en ce qui concerne la profession de **laborantin** (tel qu'il a été modifié) ...

Règlement grand-ducal du 24 septembre 1969 portant exécution des articles 1^{er} et 5 de la loi du 18 novembre 1967 portant réglementation de certaines professions paramédicales en ce qui concerne la profession de **masseur** (tel qu'il a été modifié par le RG du 21 janvier 1998)

Règlement grand-ducal du 24 septembre 1969 portant exécution des articles 1^{er} et 5 de la loi du 18 novembre 1967 portant réglementation de certaines professions paramédicales en ce qui concerne la profession de **masseur-kinésithérapeute** (tel qu'il a été modifié) ...

Règlement grand-ducal du 24 septembre 1969 portant exécution des articles 1^{er} et 5 de la loi du 18 novembre 1967 portant réglementation de certaines professions paramédicales en ce qui concerne la profession de **puériculteur** (tel qu'il a été modifié) ...

Règlement grand-ducal du 30 juin 1970 portant exécution des articles 1^{er} et 5 de la loi du 18 novembre 1967 portant réglementation de certaines professions paramédicales en ce qui concerne la profession d'**orthophoniste** ...

Règlement grand-ducal du 23 mars 1979 portant réglementation des études d'infirmier psychiatrique et détermination des attributions et techniques professionnelles de l'**infirmier psychiatrique** (tel qu'il a été modifié) ...

Règlements grand-ducaux du 29 août 1979 et du 18 mars 1981 portant réglementation des études et des attributions de la profession d'**assistant technique médical (de laboratoire et de chirurgie)** (tels que modifiés) ...

Règlement grand-ducal du 11 décembre 1981 réglementant les études et les attributions de la profession de **sage-femme** (tel qu'il a été modifié) ...

Règlement grand-ducal du 14 mai 1996 portant institution de la commission permanente de consultation ayant pour objet de conseiller le Ministre de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle et le Ministre de la Santé en matière de formation, de statuts et de règles de l'exercice des professions de santé

Règlement grand-ducal du 21 janvier 1998 portant sur l'exercice de la profession d'**infirmier**

Règlement grand-ducal du 8 avril 2000 fixant la procédure à suivre pour obtenir l'autorisation d'exercer au Grand-duché certaines professions de santé ...

Règlement grand-ducal du 15 février 2002 déterminant pour la profession d'**ergothérapeute**

Règlement grand-ducal du 25 juillet 2002 portant sur l'exercice de la profession d'**aide-soignant**

Règlement grand-ducal du 20 septembre 2002 déterminant pour la profession d'aide-soignant les modalités de reconnaissance des diplômes étrangers ...

Règlement grand-ducal du 9 mai 2003 portant sur l'exercice de la profession d'**assistant technique médical de radiologie** ...

Règlement grand-ducal du 22 août 2003 déterminant pour la profession de **diététicien**

Des réglementations pour les professions de santé suivantes sont en cours d'élaboration : **psychomotricien, pédagogue curatif, psychothérapeute et ostéopathe**

Source: Ministère de la Santé, Code de la Santé ; Compilation des références par le Service des Professions de santé

b) Démographie des autres professionnels de santé en activité en 2006

b 1) Distribution par nationalité et par sexe

		Nationalité										Total		
		Autre:		B		D		F		L				
		Sexe		Sexe		Sexe		Sexe		Sexe				
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M			
Titre professionnel		187	41	27	1	303	39	517	66	829	115	2125		
Aide-soignant														
Aide-soignant psychiatrique		1	.	2	.	.	.	.	.	31	18	52		
A. T. M. de Chirurgie		7	3	8	3	17	26	22	4	40	19	149		
A. T. M. de Laboratoire		7	1	.	.	17	1	7	1	128	38	200		
A. T. M. de Radiologie		4	8	.	1	2	1	64	56	63	36	235		
Assistant d'hygiène sociale		1	.	9	1	1	.	1	.	96	11	120		
Assistant senior		1	.	1	.	1	.	.	.	21	2	26		
Assistant social		11	3	47	11	5	3	.	.	176	39	295		
Diététicien		2	.	9	.	1	.	6	.	26	3	47		
Ergothérapeute		4	.	43	7	30	15	19	6	73	5	202		
Infirmier		206	35	567	115	619	213	796	137	1218	165	4071		
Inf. en anesthésie et réanimation		13	8	10	10	24	41	23	17	108	95	349		
Infirmier en pédiatrie		8	.	17	1	41	.	29	.	127	1	224		
Infirmier gradué		1	.	11	3	2	1	11	3	78	44	154		
Infirmier psychiatrique		10	6	14	5	2	7	26	7	97	50	224		
Laborantin		2	.	74	27	.	.	35	7	87	22	254		
Masseur		1	1	.	.	6	23	.	.	3	10	44		
Masseur-kinésithérapeute		15	16	98	90	26	11	16	20	110	87	489		
Orthophoniste		4	.	9	.	1	.	.	.	33	2	49		
Orthoptiste		.	.	.	.	1	.	3	.	5	1	10		
Pédagogue curatif		.	.	.	.	.	.	.	.	27	2	29		
Rééducateur en psychomotricité		4	.	3	.	.	.	2	1	18	.	28		
Sage-femme		7	.	38	1	.	.	42	.	71	.	159		
Total		2006		496	122	987	276	1099	381	1619	325	3465	765	9535

Source: Ministère de la Santé, Direction de la Santé; service des Statistiques sanitaires

b) Démographie des professionnels de santé en activité en 2006

b.2) Distribution par secteur d'activité et par sexe

		Secteur d'activité						Total
		Exercice libéral		Etablissements aigus (Hôpitaux)		Etablissements de moyen et de long séjour		
		Sexe		Sexe		Sexe		
F	M	F	M	F	M			
Titre professionnel								
Aide-soignant	422	60	490	78	951	124	2125	
Aide-soignant psychiatrique	4	.	25	17	5	1	52	
A. T. M. de Chirurgie	.	1	94	53	.	1	149	
A. T.M. de Laboratoire	73	18	86	23	.	.	200	
A. T. M. de Radiologie	5	2	128	100	.	.	235	
Assistant d'hygiène sociale	96	11	7	.	5	1	120	
Assistant senior	3	.	.	.	21	2	26	
Assistant social	204	50	29	4	6	2	295	
Diététicien	24	1	18	2	2	.	47	
Ergothérapeute	71	12	54	9	44	12	202	
Infirmier	790	134	2007	396	609	135	4071	
Inf. en anesthésie et réanimation	4	9	173	160	1	2	349	
Infirmier en pédiatrie	54	1	161	1	7	.	224	
Infirmier gradué	57	21	37	16	9	14	154	
Infirmier psychiatrique	23	12	122	60	4	3	224	
Laborantin	90	20	108	36	.	.	254	
Masseur	10	34	.	.	.	.	44	
Masseur-kinésithérapeute	178	162	67	42	20	20	489	
Orthophoniste	38	2	8	.	1	.	49	
Orthoptiste	9	1	.	.	.	.	10	
Pédagogue curatif	27	2	.	.	.	.	29	
Rééducateur en psychomotricité	18	1	9	.	.	.	28	
Sage-femme	5	.	153	1	.	.	159	
Total	2006	2205	554	3776	998	1685	317	9535

Source: Ministère de la Santé, Direction de la Santé; Service des Statistiques sanitaires

2) des structures sanitaires (personnes morales):

Généralités : Autorisations, cadre des prestations et contrôle

Tout comme le droit à l'exercice des professions de santé, les structures de santé au Grand-duché nécessitent également une autorisation de création, de mise en service et/ou d'exploitation.

Ces autorisations reposent sur des dispositions légales spécifiques qui fixent les conditions et procédures à suivre et délimitent le spectre d'activité des structures respectives. Elles visent ainsi à établir un certain nombre de pré-requis pour assurer des prestations de qualité.

Les dispositions légales afférentes sont compilées et mises à jour au code de la santé et sont cités à titre indicatif et non exhaustif ci-après. Elles peuvent être consultées sur le site internet de l'Administration Gouvernementale et ultérieurement sur le « portail santé » respectivement sous Legilux. (http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/compilation/code_sante/)

Les établissements hospitaliers, les pharmacies, les réseaux d'aides et de soins et notamment les laboratoires d'analyses médicales relèvent ainsi de l'autorisation et de la tutelle du Ministre de la Santé, tandis que la surveillance de la conformité des dispositions qui les régissent incombent à la Direction de la santé et ses divisions dont notamment celles de médecine curative, de radioprotection et de la pharmacie et des médicaments.

Les structures de séjour continu relèvent du Ministre ayant la Famille dans ces attributions.

- des établissements hospitaliers

a) Législation

- Loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers
- Loi du 21 novembre 1980 portant organisation de la direction de la Santé (telle qu'elle a été modifiée)
- Loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente (telle qu'elle a été modifiée)
- Loi du 28 mai 1988 relative aux placements de personnes atteintes de troubles mentaux dans les établissements ou services psychiatriques fermés (telle qu'elle a été modifiée)

b) Caractéristiques et classement de ces structures et cadre de leurs activités

voir ci-après page 15 sous : « les soins de 2^{ème} ligne ; « le secteur hospitalier »

- des services conventionnés

A défaut, pour des raisons diverses, d'opposabilité financière aux différentes branches de la sécurité sociale et en particulier à l'assurance maladie, il revient souvent en dernier lieu à l'Etat de financer « par défaut » un certain nombre d'actions de santé.

Loin de pouvoir les assurer avec ses agents, la plupart de ces missions et actions sont déléguées à des associations ou organismes existants ou spécifiquement créées. Le Ministère et la Direction de la Santé concluent alors avec eux des conventions de sous-traitance.

Les prestataires conventionnés se rendent compte de leurs activités, notamment à travers un rapport annuel d'activités à l'intention, notamment des Députés, mais également publiquement accessible.

Les spectres d'activités de ces services conventionnés sont des plus variés, mais relèvent souvent d'actions préventives et palliatives dans le domaine de la médecine sociale. Souvent il s'agit également d'initiatives novatrices, qui après avoir fait leurs preuves, sont ultérieurement intégrés dans le champ des domaines couverts par la sécurité sociale.

Actuellement les services suivants est conventionné avec le Ministère de la Santé :

- services à vocation générale dont la défense des intérêts des patients (*Patienteverriedung*)

- services à vocation spécifique dont

des initiatives au service de la petite enfance comme « Hëllef fir den Puppelchen », Service de rééducation précoce, Service médico-thérapeutique d'évaluation et de coordination, ALUPSE (enfants maltraités), Ligue médico-sociale (consultation de nourrissons),

- des Initiatives au service de certains groupes de malades chroniques comme :

- le cancer (Fondation Luxembourgeoise contre le cancer)
- les affections cardiaques (Association des sportifs cardiaques)
- le diabète (Association Luxembourgeoise du Diabète)
- les maladies infectieuses (Sida)
- les troubles du comportement (structures des psychiatrie extra-hospitalière)
- de toxicomanies (structures au service des drogués)

Avec l'évolution à partir de 2009 de l'Union des Caisses de Maladie vers une Caisse Nationale de Santé, il est probable qu'un certain nombre de ces services soient progressivement repris dans le champ de ceux à financer par la sécurité sociale, comme tel est le cas, depuis 2007, pour les services de psychiatrie extra-hospitalière.

- des pharmacies

a) Législation

- Loi du 4 juillet 1984 concernant le régime de la pharmacie,
- loi du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien

b) Structures, nombre et spectre d'activités

Les pharmacies délivrent en exclusivité légale des médicaments dont la grande majorité relève d'une prescription médicale, et accessoirement des produits de vente libre tels que notamment des pansements et des produits de bien-être. On distingue entre les pharmacies hospitalières, qui ne délivrent, sauf exceptions réglementées, qu'aux patients hospitalisés et les pharmacies traditionnelles, ouvertes au public.

Comme le secteur hospitalier, celui des pharmacies est planifié et assure une continuité des services à la population. Le nombre des pharmacies non hospitalières, dont certaines relèvent d'une concession d'Etat, est limité à 1 pharmacie pour 5000 habitants.

- des laboratoires d'analyses médicales

a) Législation

- Loi du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales,
- Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 déterminant les disciplines d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale et réglementant la formation spécialisée des responsables de laboratoire
- Règlement grand-ducal du 27 mai 2004 déterminant les critères minima à observer dans le cadre des activités globales d'un laboratoire d'analyses médicales.

b) Caractéristiques et classement de ces structures et cadre de leurs activités

Ces structures sont les seules légalement autorisées à effectuer, essentiellement sur prescription médicale, des analyses notamment biologiques et chimiques, physiologiques ou pathologiques, des liquides, tissus, gazes respectivement cellules y compris leurs contenus ou encore autres micro-organismes présents dans le corps humain.

Si dans un souci de classification on peut distinguer le Laboratoire national de santé (LNS), les laboratoires des établissements hospitaliers et les laboratoires privés d'analyses médicales, il faut néanmoins savoir qu'à part certaines spécificités, comme l'anatomo-pathologie au LNS, leurs activités se confondent largement, toutefois leurs modalités de financement pour les mêmes activités et quoique quasi toutes opposables à l'Union des Caisses de Maladie, varient fortement.

A l'opposé des établissements hospitaliers et des pharmacies dont le nombre est réglementé sur base d'estimations de besoins de la population, il n'y a pas de planification d'ensemble pour les laboratoires d'analyses médicales dont le nombre reflète, notamment pour les laboratoires privés, la logique des lois du marché. Tous ces laboratoires sont toutefois soumis aux mêmes contrôles de qualité

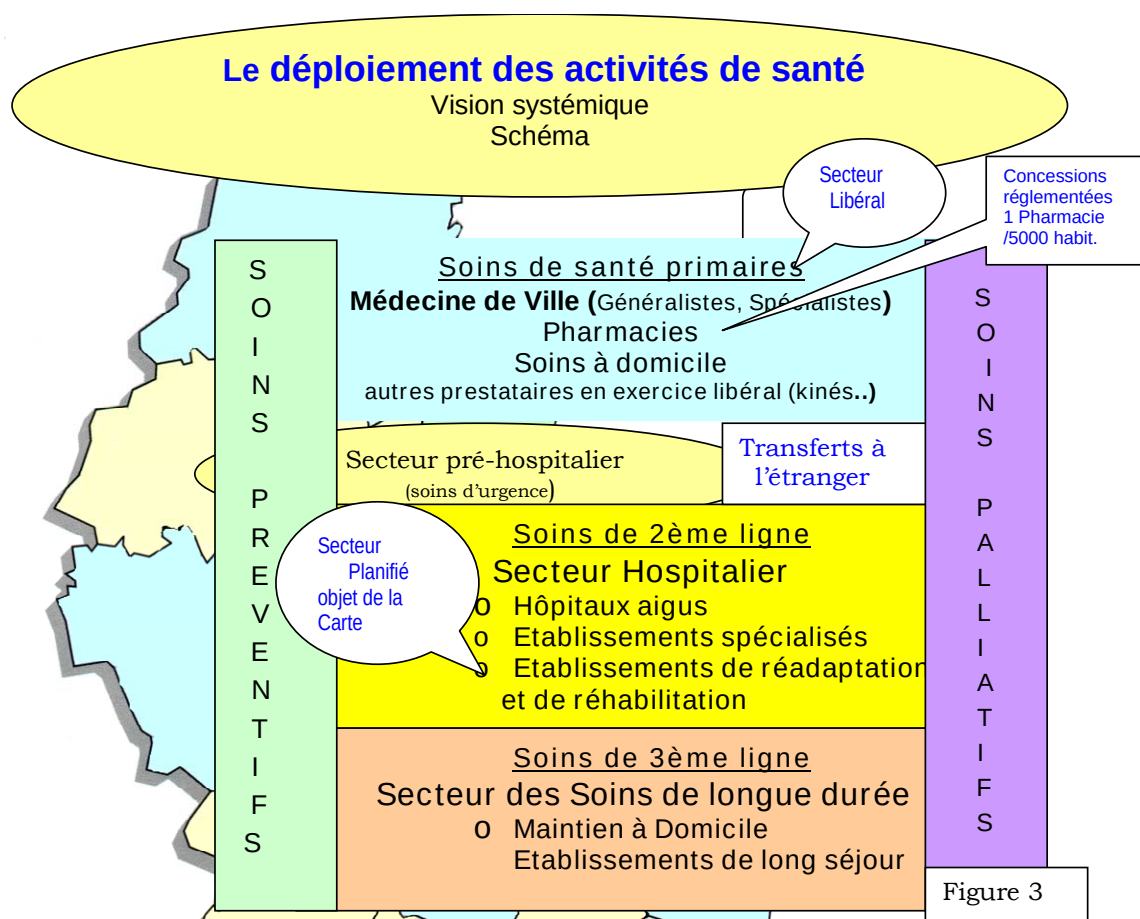
- de la veille sanitaire

Par veille sanitaire est entendu ici l'ensemble des mesures mises en place pour surveiller l'hygiène publique et les risques sanitaires. Cette veille, qui relève de la Direction de la Santé, vise en particulier à prévenir, détecter et à intervenir en cas de concrétisation des menaces pour la santé publique.

A cet effet une série de dispositions légales régissent notamment les matières suivantes:

- Règlement sanitaire international
- Denrées alimentaires et eau potable
- Biocides et organismes génétiquement modifiés
- Protection contre les rayonnements ionisants (radioprotection)
- Prévention et lutte contre la toxicomanie et l'addictologie (tabagisme, alcoolisme)
- Vaccinations et médecine préventive
- Transfusion sanguine et prélèvements d'organes, de tissus et cellules humains destinés à des applications humains
- Dispositifs médicaux

Les dispositions légales afférentes, compilées au code de la santé, peuvent également être consultées sous Legilux. (http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/compilation/code_sante/).



Description succincte et caractéristiques du système				
	Acteurs Nombre 2004	Bases de l'exercice	Compte -Rendu des activités / Surveillance	Continuité des soins Service d'urgence
1^{ère} ligne Médecine de Ville (secteur à exercice libéral)	6300 prestataires de soins ambulatoires dont : 318 Méd. Généralistes 792 Méd. Spécialistes 84 Pharmacies	- o Autorisations d'exercer - o Lois exercice prof. - o Conventions - o Déontologie - o Equipements limités	Pas de rapport des activités Surveillance par Direction de la Santé (DMC) Contrôle médical	Service volontaire de remplacement Service de garde et de remplacement de nuit
2^{ème} ligne Secteur Hospitalier (secteur planifié)	7133 collaborateurs hospitaliers dans 2 Hôpitaux locaux 7 Hôpitaux généraux 4 Et. nationaux 1 Et. spécialisé 1 Et. de convalescence	- o Législation hospitalière - o Législation service d'urgence - o Plan hospitalier - o Législation financement - o Budgétisation - o Normes	- Carte sanitaire - Rapport IGSS Surveillance par Direction de la Santé (DMC) Contrôle médical	Service d'urgence des hôpitaux
3^{ème} ligne Secteur social et de la Dépendance (secteur planifié, entrée en fonction d'un seuil de dépendance)	4103 collaborateurs 2 Réseaux de maintien à domicile xx Etablissements de long séjour x Services spéciaux de médecine sociale	- o Législation Assurance Dépendance - o Législation ASFT - o Agréments - o Conventions	- Rapport sur l'Assurance Dépendance. (rapport IGSS) Surveillance par Ministère de la Famille et Direction de la Santé	
Soins préventifs	Direction de la Santé & sous-traitants conventionnés	- o Lois spécifiques - o Conventions (c.f UCM programme mammographie)	- Rapport d'activité du Ministère et de la Direction de la Santé	
Soins palliatifs	Ces soins sont assurés par les prestataires de 1 ^{ère} , 2 ^{ème} et 3 ^{ème} ligne			

Tableau 1

Source figure et tableau : Ministère de la Santé, Carte sanitaire 4^{ème} édition

➤ de la gouvernance et du pilotage

Comme le système de santé englobe à la fois des services aux personnes et à la population ainsi que des activités visant à influencer les politiques et les mesures adoptés par d'autres secteurs pour agir vis-à-vis des déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé, il convient de ne pas voir ces différentes actions de façon isolée, mais comme moyens complémentaires pour atteindre les objectifs de santé voulus.

Toutefois pour atteindre ces objectifs, ces actions parallèles nécessitent d'être coordonnées au sein d'une stratégie cohérente. Or, comme cela ne se fera pas spontanément il faut un leadership, certes non autoritaire, mais qui doit négocier et orienter. Cette mission qui revient par nature au Ministère de la Santé consiste à diriger ces nombreuses actions de santé et à agencer les rôles des divers acteurs, individuels et institutionnels, afin de potentialiser leurs efforts au meilleur profit des bénéficiaires des prestations. Elle consiste aussi à mesurer les progrès accomplis et à comparer les performances, à mettre en place des démarches d'amélioration et à assurer la pérennité du système, notamment via une maîtrise des coûts non négligeables qu'engendrent toutes ces activités, mais également à veiller à l'intégration des aspects de santé dans toutes les politiques, même si elles relèvent d'autres tutelles.

➤ des actions de santé

En fonction de leurs effets, on peut classer les actions de santé en mesures préventives, curatives et palliatives.

Les actions préventives : Elles s'exercent dans tous les secteurs et lieux de séjour et de vie de la population que ce soit au domicile, à l'école, au lieu de travail, dans la rue ou dans les établissements hospitaliers. Il s'agit d'actions et de mesures collectives ou individuelles, non médicales ou médicales, qui contribuent à prévenir l'apparition de maladies, à réduire leur impact ou à en empêcher l'aggravation. Ces actions et mesures, qui comprennent également la promotion de la santé sont dites universelles si elles visent toute la population et ciblées si elles visent des groupes à risque spécifique.

Dans le cadre des soins préventifs on distingue classiquement, de façon un peu artificielle, mais illustrative, entre :

- la **prévention primaire** : Elle vise à prévenir l'apparition des maladies et dont les mesures essentiellement collectives et non médicales visent à agir sur l'environnement (air, eau, chaîne alimentaire, protection contre les rayonnements), l'hygiène du milieu de vie, l'éducation à la santé et les interventions sur les styles de vie (lutte contre l'obésité, les dépendances au tabac, à l'alcool ou aux drogues) alors que parmi les actions médicales on compte notamment les vaccinations. Au Grand-Duché les actions non médicales de prévention primaire relèvent de différentes tutelles ministérielles qui collaborent avec les services de la Direction de la Santé et notamment les services de l'Inspection sanitaire et des divisions de médecine préventive, de radioprotection, de médecine scolaire et de médecine de santé au travail.
- la **prévention secondaire** : On comprend sous cette notion l'intervention précoce chez des personnes ou groupes à risque en vue de l'évitement, notamment par le dépistage précoce, de maladies ou d'affections graves. Au Grand-duché l'organisation de ces mesures relève également de la Direction de la Santé (divisions de médecine scolaire et de santé au travail). Une des actions phares est le « programme mammographie » qui vise le dépistage et la prise en charge précoce du cancer du sein des femmes. D'autres programmes dans le domaine de la prévention des cancers et des maladies cardio-vasculaires sont en élaboration ; le succès et l'opportunité de tels programmes sont tributaires de la validité des tests de dépistage, de leur efficacité et acceptabilité et des possibilités d'interventions précoces.
- la **prévention tertiaire** : Sous cette notion on comprend les mesures qui visent à prévenir les complications évitables d'une situation pathologique déjà présente. Ces mesures ciblent le plus souvent des individus, mais peuvent également s'adresser à des groupes de malades à hauts risques. Tel est par exemple le cas de la distribution de seringues à usage unique aux toxicomanes pour éviter que par l'intermédiaire du partage des seringues usagées ils ne se propagent les virus de l'hépatite B ou C respectivement le VIH, endémiques dans cette population.

Les soins préventifs s'inscrivent dans le contexte global des actions de santé et ont par ailleurs souvent le plus d'impact en termes de prise de conscience, lorsqu'ils sont couplés aux soins

curatifs et palliatifs du fait que les bénéficiaires et leur entourage sont alors plus sensibilisés et plus réceptifs.

Les soins curatifs : Ils visent une éradication définitive de la maladie et s'exercent essentiellement au niveau des acteurs de 1^{ère} et 2^{ème} ligne, tout d'ailleurs comme les soins palliatifs. Les soins curatifs mobilisent non seulement le gros des professionnels de santé, mais également la plupart des moyens tant en termes d'infrastructures et d'équipements, diagnostics et thérapeutiques que financiers. Tous les observateurs s'accordent à dire que le Grand-duché est un des pays les mieux dotés en ce qui concerne ces moyens ^{1, 5}.

Lorsque les soins ne sont pas ou plus curatifs, leur relais est pris par les **soins palliatifs**. On entend sous cette notion des soins continus qui permettent de conserver le meilleur état de santé possible dans des maladies chroniques tels que par exemple le diabète. Sont visés également sous cette catégorie les soins palliatifs en fin de vie, dont un projet de loi sous vote au parlement se veut de faire un droit pour toute personne atteinte d'une affection grave et incurable et qui arrive en phase terminale. Au projet de loi sur les soins palliatifs, actuellement sous débat à la Chambre des Députés, le législateur y définit ces soins ainsi :

Les soins palliatifs sont des soins, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire dans le respect de la dignité de la personne soignée. Ils visent à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques et spirituels de la personne soignée et à soutenir son entourage. Ils comportent le traitement de la douleur et de la souffrance psychologique. Cette prise en charge est offerte soit à l'hôpital ou dans une autre institution, soit à domicile, et dans ce cas, dans la mesure du possible en relation étroite avec un hôpital.

➤ **de la mise en place des moyens**

0 **Les soins de santé primaires:** médecine de ville, pharmacie, soins à domicile et service ambulancier

À part les soins urgents, les soins médicaux de première ligne ne sont ni planifiés ni organisés par l'État, mais s'exercent de façon libérale dans les cabinets médicaux dont les heures et modalités d'accès sont affichés.

Toutefois pour garantir la continuité de ces prestations au-delà des heures d'ouverture, le Ministère de la Santé, via convention avec l'association des médecins a mis en place un service de remplacement respectivement de garde pendant les nuits et les weekends.

Il en est de même pour l'accès aux pharmacies, alors les réseaux de soins à domicile garantissent à leur tour une continuité 24/24 des prises en charge à domicile.

Sans préjudice d'autres vecteurs d'information comme notamment la presse, les renseignements sur les services de garde sont données par le numéro de téléphone 112 du Central des Services d'urgences qui régule également le service ambulancier, assuré en permanence par le réseau ambulancier de la Protection Civile, respectivement, pour son territoire, par le Service d'Incendie et ambulancier de la Ville de Luxembourg

0 **Les soins de deuxième ligne :** le secteur hospitalier

La loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente et ses règlements d'exécution disposent que dans chacune des trois régions hospitalières un hôpital assure le service d'urgence et dispose à cette fin d'une antenne mobile médicalisée (SAMU) et des équipements et ressources humaines requises sur place et assure un service de polyclinique. Ce dispositif est complété par certains services (chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle, neurochirurgie) ou certains équipements nationaux (caisson hyperbare) qui sont opérationnels en continu.

La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers définit le rôle des divers hôpitaux et règle l'organisation de ce secteur planifié dont :

- la coordination des établissements, de statuts divers, mais qui obéissent tous aux mêmes règles de planification, d'organisation et de financement, relève de la tutelle du Ministre de la Santé qui se fait conseiller en l'affaire par la Commission Permanente pour le Secteur Hospitalier (CPH),
- la surveillance relève de la Direction de la Santé.

Cette loi planifie également le paysage hospitalier par l'intermédiaire d'un plan hospitalier itératif qui se base sur les renseignements fournis par une carte sanitaire*,

Le plan hospitalier est l'instrument qui vise à régler l'adaptation de l'offre à la demande en soins hospitaliers en recherchant la meilleure efficacité des prestations hospitalières à un coût défendable notamment en prévenant la dispersion des moyens et des compétences et en agencant les structures de sorte à garantir une sécurité et une continuité optimales des soins.

Il détermine ainsi les régions sanitaires, les établissements, services et lits hospitaliers ainsi que leurs classements et les équipements lourds.

Les stipulations du plan hospitalier visent à assurer que :

- la couverture des soins les plus légers et les plus courants se fait au niveau des hôpitaux de proximité et des services de base,
- ceux plus lourds et/ou plus spécialisés sont à prendre en charge au niveau des hôpitaux généraux et des services spécialisés,
- ceux peu fréquents, mais très spécialisés sont à assurer au niveau d'établissements ou de services nationaux spécifiques ou, le cas échéant, à l'étranger.

Il vise la complémentarité des structures et prévoit de renforcer la collaboration entre les différents maillons de la chaîne hospitalière et incite à une coopération la plus rationnelle possible étant donné les circonstances.

S'il ne peut y avoir d'autres établissements hospitaliers que ceux repris au plan hospitalier, ces derniers nécessitent de surcroît une autorisation d'exploitation accordée pour une durée de 5 ans renouvelable. Les premières prorogations d'autorisations d'exploitation ont eu lieu en 2003. Valables jusqu'en 2008 elles ont été conditionnées aux engagements des organismes gestionnaires :

- d'organiser et de planifier ses activités de façon à assurer à tout moment une prise en charge adéquate pour tous les patients qui font appel aux services de l'établissement,
- de préconiser dans les règlements internes de ne pas prendre en charge, respectivement d'organiser le transfert en un lieu de prise en charge plus adéquat, le cas échéant, après prestation des premiers soins d'urgence, les patients qui ne relèvent pas de ses missions ou dont l'état de santé dépasse les moyens (momentanément) à sa disposition,
- de veiller au respect des règles déontologiques et éthiques concernant notamment la publicité,
- de participer, sans préjudice des dispositions de l'article 3 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, à un éventuel monitoring national des prestations qui relèvent de son champ d'activités,
- de collaborer activement avec les instances compétentes pour tout problème, notamment de santé publique, se présentant au sein des établissements,
- de mettre en place un système continu d'amélioration de la qualité,
- de soumettre au Ministre copie du règlement général, de ses dispositions d'application et du projet d'établissement, tels que disponibles à tous ceux qui y ont droit d'accès sur place
- de soumettre au Ministre, pour chaque service autorisé, un projet de service détaillé.

La direction des établissements hospitaliers sur le plan de l'organisation et du fonctionnement ainsi que sur le plan financier incombe à l'organisme gestionnaire. Celui-ci définit la politique de l'hôpital dans le respect des lois, règlements et conventions applicables. Par organisme gestionnaire de l'hôpital, on entend l'organe qui selon le statut juridique de l'établissement est chargé de la gestion et de l'établissement de l'hôpital. La direction de l'hôpital est confiée à un directeur; celui-ci est assisté d'un chef de département pour chacun des départements médical, paramédical et administratif.

Les médecins sont agréés aux hôpitaux moyennant un contrat de prestation de services (contrat d'agrément), leur représentation collective est assurée via un Conseil Médical élu en leur sein.

Le personnel est employé, généralement sous le couvert d'un contrat collectif négocié entre l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois (EHL) et les syndicats représentatifs du secteur ; en ce qui concerne leur représentation, les dispositions de la loi modifiée du 6 mai 1974 instituant des comités mixtes dans les entreprises sont applicables.

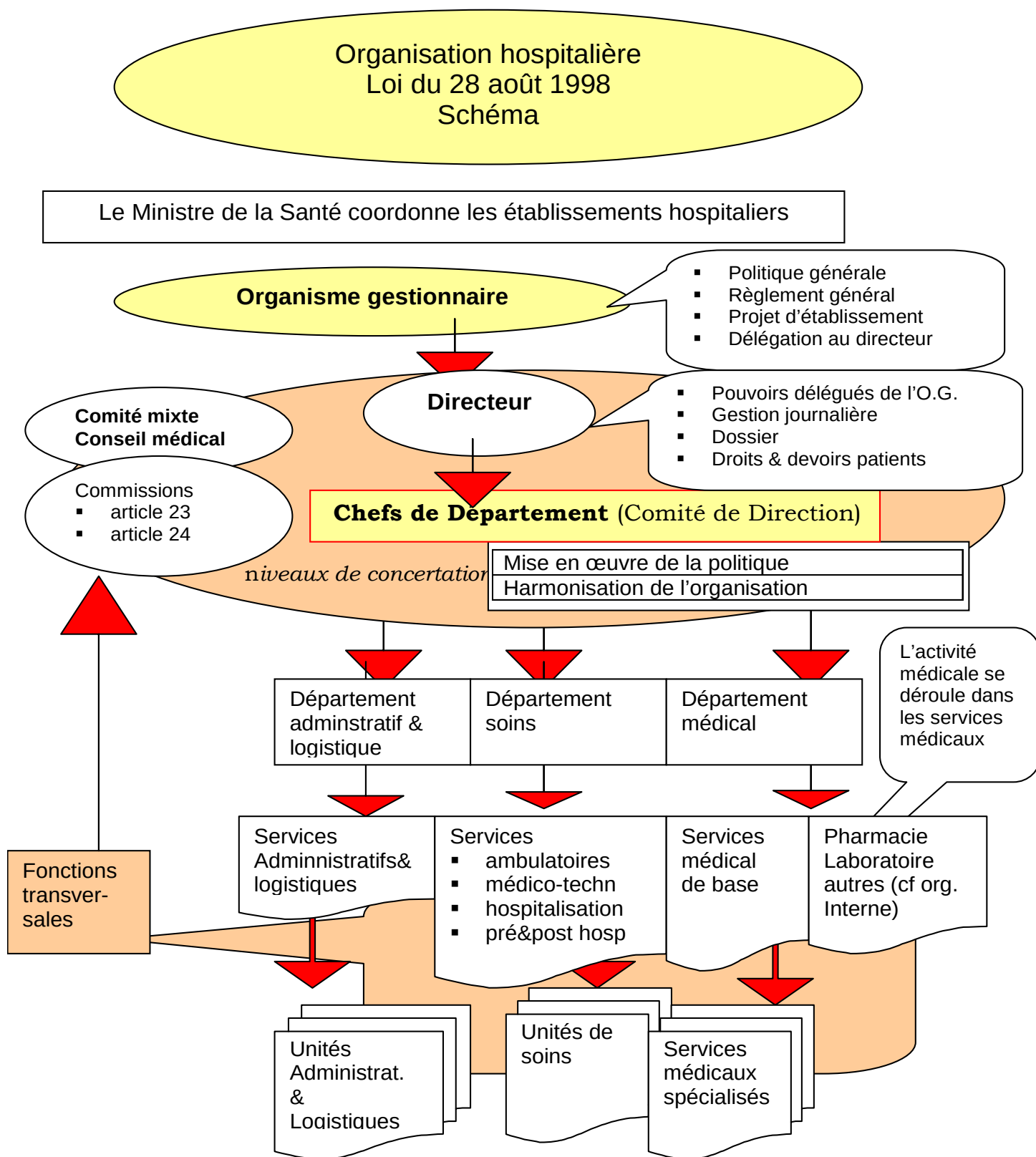


Figure 5

Source Figure 5: Ministère de la Santé, Carte sanitaire, 4^{ème} édition

Des bénéficiaires de soins

Pour souligner que le bénéficiaire de soins est en fin de compte le centre d'intérêt et la raison d'être, notamment des hôpitaux, le législateur a tenu, dans l'attente d'une loi générale afférente à fixer les droits et les devoirs des patients dans la loi hospitalière de 1998 ce qui faisait du Grand-duché un des premiers pays en Europe qui a ainsi formalisé ces droits.

Ceux-ci portent notamment sur :

- l'obligation de tenu d'un dossier du patient qui lui est accessible et dont le contenu est fixé par la loi,
- l'accès aux soins préventifs, curatifs et palliatifs que requiert son état de santé, conformes aux données acquises par la science et à la déontologie,
- la protection de la vie privée, la confidentialité, la dignité et le respect des convictions religieuses et philosophiques,
- le libre choix de l'hôpital et des médecins y admis à exercer,
- le droit à l'information adéquate sur l'état de santé et les traitements proposés en vue du consentement éclairé du patient,
- la possibilité de refus ou d'acceptation de toute intervention diagnostique ou thérapeutique, sans préjudice des prises en charges visant à soulager la douleur et la souffrance,
- l'équité d'accès à la qualité des soins et aux moyens dont dispose l'établissement, sans préjudice des priorités dues au degré d'urgence des prestations,
- l'existence d'un règlement d'ordre intérieur précisant notamment les heures de visite,
- l'apaisement des douleurs et des souffrances, le maintien de la qualité de survie et l'accompagnement du patient et de ses proches en cas d'affection incurable et terminale ainsi que la prohibition de l'acharnement thérapeutique,
- l'information adéquate sur les modalités pratiques et les conditions financières du séjour y compris les montants à charge du patient,
- la connaissance de l'identité et de la qualification des prestataires avec lesquels le patient est en contact,
- le dépôt et l'obligation de traitement des suggestions, doléances et plaintes.

Plus récemment mais dans la même optique et pour également promouvoir la qualité des prestations hospitalières, l'Union des Caisses de Maladie et l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois ont convenu de mettre en place un programme validé de mesures systématiques de la satisfaction des patients pris en charge dans les établissements hospitaliers et dont le but est notamment de pouvoir agir de façon proactive sur les facteurs à la base des insatisfactions et des plaintes.

Cette mesure s'ajoute à d'autres initiatives en cours qui visent notamment à mieux anticiper les risques et gérer les doléances et les plaintes. En effet, sans vouloir altérer le droit de réclamation, il est important et généralement possible d'agir au niveau de la prévention des escalades d'insatisfaction afin d'éviter des différends irrévocables et des dommages rémanents notamment grâce d'une part à des formations appropriées pour les prestataires et d'autre part en donnant des possibilités d'expression et des lignes de conduite aux plaignants afin de s'adresser à temps et en ordre utile, le cas échéant en se faisant assister, par ceux qui peuvent le mieux y remédier, en commençant par les prestataires concernés eux-mêmes ou à défaut leur(s) supérieur(s) hiérarchique(s) ou sinon encore à une instance de médiation.

Une association de défense des intérêts des patients, la « Patientevertriebung » a été conventionnée avec le Ministère de la Santé pour informer, orienter et aider les concernés dans leurs démarches.

Au niveau des hôpitaux la loi prévoit que le directeur doit mettre en place un mécanisme de traitement et de ventilation des suggestions, doléances et plaintes lui adressées.

Les plaintes de patients qui font état d'un manquement à la loi sur les établissements hospitaliers ou plus généralement d'un fonctionnement défectueux d'un service hospitalier, sont instruites par le directeur de la santé ou le fonctionnaire qu'il délègue à cet effet.

Les plaintes à l'encontre des médecins relèvent de l'autorité du Collège Médical et celles d'autres professionnels de la santé du Conseil Supérieur des Professions de Santé ; ces organes ont un pouvoir disciplinaire à l'égard des prestataires concernés, mais n'ont cependant pas les moyens pour solutionner les problèmes des plaignants respectivement pour répondre à leurs attentes, notamment des indemnisations.

Tel est toutefois le cas pour les tribunaux auxquels les plaignants sont également libres de s'adresser directement, mais les procédures sont généralement longues, coûteuses et souvent à issues incertaines.

C'est pour ces raisons que le Ministre de la Santé, en collaboration avec les représentants de tous les partis concernés, cherche actuellement à mettre en place non seulement une stratégie plus proactive pour prévenir les événements indésirables mais également pour instaurer des mécanismes plus efficaces pour trouver,

notamment par l'intermédiaire de la médiation, des solutions plus satisfaisantes en attendant et en soutenant l'évolution vers un système de responsabilité indépendant d'éventuelles fautes.

Du financement du système

Le financement du système et des soins de santé découle de deux sources importantes:

- l'Etat pour ce qui est du système de santé et
- l'assurance maladie pour ce qui est des soins de santé ; toutefois pour ces derniers les patients participent également via une faible contribution directe de leur poche (moins 10% du coût).

L'Etat intervient pour les frais de gouvernance des tutelles, la plus grande partie des soins préventifs et à raison de 80% pour les frais des grands investissements (infrastructures et équipements lourds) des établissements hospitaliers. Il intervient également dans les dépenses liées aux prestations de santé via le cofinancement à 38 % (2006) ⁴ de l'Assurance Maladie obligatoire, financée par les contributions des assurés et des employeurs.

Même si la part des dépenses pour la santé par rapport au PIB (7,3% en 2006 contre 5,6% en 1995) ⁶ se situe en dessous de la moyenne de l'OCDE (8,9 % en 2006) ⁶, le coût de la santé au Grand-duché est d'une évolution préoccupante. En effet, les dépenses de santé par tête d'habitant sont les plus fortes parmi les pays de l'OCDE (2006: 4303 USD PPP contre 2824 en moyenne)⁵ ; néanmoins la participation directe des assurés reste actuellement largement la plus faible⁵.

En effet, plus de 90 % des frais découlant des prestations de santé (1444,3 millions € en 2006)⁴ sont pris en charge par la Caisse nationale de santé, financée par l'Etat et par les assurés et leurs employeurs. Ces frais comprennent d'une part celles résultant de l'exploitation des hôpitaux (51% en 2007)⁴ et d'autre part celles qui peuvent leurs être opposés via les conventions négociés avec les groupes les plus représentatifs des autres prestataires de soins, dont les médecins, les pharmaciens, les autres professionnels de santé ainsi que les bandagistes et fournisseurs de prothèses. Les caisses de maladies assument également les frais de soins (autorisés) à l'étranger.

Conclusions provisoires

Au départ d'actions charitables et éparses, le domaine de la santé s'est mué en système de santé durant ces dernières décennies.

Classé régulièrement dans le « top 10 » mondial ¹ de comparaisons afférentes, ses points forts sont notamment sa solidarité généreuse, son universalité, son équité, sa réactivité et son pléthore de moyens; ses points faibles sont en revanche surtout son coût élevé et son manque de transparence en termes de résultats mesurables.

Si de nombreux efforts ont été consentis ces dernières années en termes d'investissements dans ses modernisations, le système reste encore à parfaire, notamment en ce qui concerne sa conceptualisation, sa gouvernance et la coordination de ses actions. Il gagnerait sans doute encore en appréciation s'il était davantage à même, de mieux visualiser les résultats de ses nombreuses actions.

Bibliographie

¹ Ministère de la Santé, Luxembourg (2006) : Carte Sanitaire, 4^{ème} édition, Luxembourg.

² Ministère de la Santé, Luxembourg (2006) : Code de la Santé. Luxembourg

³ Ministère de la Sécurité Sociale; IGSS (2007), Luxembourg : Rapport général de la Sécurité Sociale

⁴ Ministère de la Sécurité Sociale; IGSS (2008) Luxembourg : Rapport sur la situation de l'assurance maladie-maternité

⁵ OCDE : Etudes Economiques : Luxembourg, volume 2008/12, juin 2008, ISBN 978-92-64-04399-2

⁶ OECD : OECD in Figures 2008 ; ISBN 976-92-64 05 563-6

⁷ OMS : Charte de Tallinn, signée à Tallinn (Estonie) le 27 juin 2008