



Les activités de la CNS

B. Les activités de la CNS

I. Les éléments marquants de 2019

Dans le cadre de cette partie du rapport d'activité, les faits marquants par rapport aux principaux dossiers thématiques traités au niveau de la CNS sont résumés. Les sujets exposés se caractérisent tant par leur importance que par leur sensibilité politique ou encore leur caractère transversal.

1. Médecins

L'année 2019 aura été marquée par la poursuite de certains projets qui avaient été engagés avec le corps médical, tels que la finalisation de la généralisation de la Documentation hospitalière pour le recueil de l'activité médicale dans les hôpitaux, ou la poursuite des travaux de refonte de la nomenclature des actes médicaux.

Concernant la nomenclature médicale, certains chapitres renouvelés (chirurgie digestive et chirurgie des prothèses orthopédiques) sont entrés en vigueur au 1er janvier. La reprise des travaux pour la poursuite de la refonte de la nomenclature et un fonctionnement normal de la Commission nomenclature s'est effectuée dans un cadre constructif de l'ensemble des parties, avec une volonté d'aboutir.

Avec la reprise des travaux de la Commission nomenclature, la CNS continuera à introduire des propositions de modifications à des fins d'amélioration ou de correction dans les nomenclatures des actes médicaux. Tel que cela a été le cas lors des travaux de refonte des nomenclatures, ces propositions se feront sur la base d'un dialogue constructif avec les médecins concernés.



2. Autres prestataires de soins

Conformément aux annonces faites lors de la réunion Quadripartite en mai 2018, une convention et une nomenclature ont été élaborées pour les diététiciens, notamment en vue d'une prise en charge plus holistique des patients souffrant du diabète.

La convention et la nomenclature afférente sont entrées en vigueur en date du 1^{er} janvier 2019. La nomenclature prévoit un traitement diététique initial et une prolongation du traitement. Le traitement diététique initial comprend dans l'ordre suivant:

- une consultation initiale avec anamnèse et bilan nutritionnel avec une durée minimale de 60 minutes (ZD11)
- une consultation de conseil et documentation, comprenant la remise du plan nutritionnel avec une durée minimale de 30 minutes (ZD12)
- quatre consultations de suivi dans le cadre d'un traitement initial avec une durée minimale de 30 minutes (ZD13)

Si le traitement diététique est poursuivi, une prolongation du traitement diététique est prescrite comprenant quatre consultations de suivi dans le cadre d'une prolongation d'un traitement diététique avec une durée minimale de 30 minutes (ZD21).

Les prestations délivrées par le diététicien ne sont prises en charge par l'assurance maladie que si elles sont délivrées sur ordonnance médicale originale et

préalable. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des diététiciens sont pris en charge que si l'assuré présente une des pathologies reprises à l'annexe E des statuts de la CNS.

Les modifications au niveau de la nomenclature des sages-femmes, qui avaient été discutées en 2018, sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2019. La prolongation de la durée du traitement post-natal pris en charge sur base d'un tarif forfaitaire sous forme de visites à domicile par les sages-femmes a été intégrée dans la révision de la nomenclature. Un acte de consultation au cours de la grossesse (S14 = préparation aux changements pendant la grossesse et/ou préparation à l'accouchement, sur ordonnance médicale, durée minimale de 45 minutes) a également été introduit dans la nomenclature révisée.

3. Les établissements hospitaliers

L'année 2019 a été marquée par l'émission des autorisations ministérielles concernant la plupart des services hospitaliers. La CNS a commencé à procéder à des contrôles de cohérence entre les services qui ont été budgétisés fin 2018 et les autorisations en question. Certaines incohérences (par exemple sur le nombre de lits) doivent être approfondies, voire régularisées le cas échéant.

Dans le cadre de la documentation hospitalière, il y a lieu de souligner que le projet a continué son cours. La CNS a reçu en 2019 le set de données de l'année 2018 correspondant à la première année complète de transmission.

En 2016, le Conseil d'administration avait décidé de prévoir une enveloppe



d'investissement dédiée au déploiement des dossiers patients informatisés dans les établissements hospitaliers, tout en retenant le principe que le soutien financier serait conditionné à l'atteinte d'objectifs et au respect de certains critères. En attendant que les hôpitaux adressent leurs demandes de financement à la CNS, le département hospitalier a précisé avec l'aide d'un consultant externe les objectifs, les critères et le protocole d'audit auquel les hôpitaux doivent se soumettre dans le cadre de leur demande de financement. Dans ses rapports avec le secteur hospitalier, la CNS poursuit ainsi sa stratégie consistant, pour autant que possible, d'exiger une obligation de résultat dans les financements de projets spécifiques.

La liste des entités fonctionnelles et des unités d'œuvre adaptée et reprise à la convention cadre est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Concernant le litige avec les Hôpitaux Robert Schuman (HRS) en ce qui concerne la prise en charge des coûts imputables à l'exploitation du robot chirurgical da Vinci, un accord a été trouvé dans le cadre d'une demande de rectification du budget 2019. Les frais variables et le contrat de maintenance sont ainsi budgétisés à partir de 2019. Les frais de leasing restent à charge de l'hôpital. Pour les années antérieures, aucun arrangement n'a encore pu être trouvé. Il est à noter aussi que le CHEM a reçu en 2019 une autorisation d'exploitation pour le même type d'équipement, conformément aux dispositions de la loi hospitalière. Le CHL a, quant à lui, procédé à l'acquisition d'un appareil da Vinci avant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi hospitalière, n'ayant ainsi pas été soumis à l'obligation d'une autorisation ministérielle. Devant l'absence de plus d'informations, la CNS a rejeté la demande de rectification que le CHL lui a fait parvenir en relation avec la prise en charge des coûts de ce robot.

Un groupe de travail émanant de la CPH a commencé à travailler sur des propositions de clarification des critères d'éligibilité concernant le subventionnement des investissements hospitaliers (articles 8 et 9 de la loi hospitalière). Une des conclusions tirées de ces travaux a consisté à considérer les 4 IRM supplémentaires, autorisées par la Ministre de la Santé Madame Mutsch, comme une extension de service, et par conséquent subventionnables par l'État. La poursuite de ces travaux devrait permettre d'apporter des réponses pour d'autres types d'investissements.

Les négociations menées avec le Domaine thermal de Mondorf en ce qui concerne la refixation des tarifs pour 2019 applicables aux cures ont échoué, tout comme la tentative de médiation. Toutefois, le Conseil arbitral de la sécurité sociale a tranché finalement en faveur de la CNS.

4. Cité de la sécurité sociale

Le bâtiment situé au 125, route d'Esch accueille aujourd'hui de nombreux acteurs de la sécurité sociale qui ne cessent de s'agrandir pour répondre aux besoins d'une population assurée croissante.

Construit en 1984, ce bâtiment qui a déjà été considérablement élargi commence d'une part à atteindre ses limites en matière d'espace, et d'autre part à être vétuste.

Afin de proposer la meilleure solution possible aux locataires, le Conseil d'administration du Fonds de compensation a décidé de construire un nouvel immeuble en face de la Gare - la future Cité de la sécurité sociale qui regroupera à terme les différentes institutions et administrations de la sécurité sociale.

Celles-ci et leurs clients pourront ainsi profiter d'un environnement moderne et lumineux d'une grande qualité.

La construction a débuté en 2018 par la démolition des bâtisses se trouvant sur





le site choisi et par le terrassement de l'immeuble à construire. Le gros-œuvre a commencé début 2019 et va petit à petit faire place aux dix étages de la Cité de la sécurité sociale.

La CNS travaille actuellement sur un concept d'espaces de travail collaboratifs. Son programme de digitalisation qui se déploiera dans les 3 années à venir changera son mode de fonctionnement et il est de première importance que le nouveau bâtiment tienne compte de tous les besoins d'agencement et d'équipement de son futur environnement de travail.

Pendant l'année 2019, le projet et le chantier ont bien avancé. Un réseau d'ambassadeurs visant à accompagner le déménagement des locataires vers la nouvelle Cité de la sécurité sociale a vu le jour. Ces ambassadeurs, qui sont des collaborateurs des différentes institutions qui déménageront, ont souhaité s'investir pour la Cité de la sécurité sociale et oeuvrent notamment pour la communication en interne sur le projet de déménagement. Plusieurs rencontres des ambassadeurs ont eu lieu au courant

de l'année, notamment pour discuter de l'avancement du projet et de son chantier. Ils ont également eu l'occasion de visiter le chantier.

La répartition des surfaces de la Cité de la sécurité sociale a été validée début mars 2019. D'un point de vue de l'aménagement des espaces alloués à chaque locataire, la définition a été effectuée avec chaque locataire au courant de l'année.

En fin d'année 2019, le concept architectural intérieur de la Cité de la sécurité sociale a été présenté. Des échantillons de l'ensemble des matériaux et couleurs choisis par les architectes ont été mis à disposition afin que les futurs locataires puissent imaginer leur lieu de travail: la qualité des matériaux, les couleurs et les textures choisies.

Quant au chantier, le terrassement est fini depuis le début de l'année 2019 et celui-ci a laissé place au gros œuvre qui devrait se dérouler jusqu'à l'automne 2021.

La fin des travaux est estimée à 2022.



5. Mesures statutaires

Le Conseil d'administration de la CNS a adopté diverses modifications statutaires au courant de l'année 2019. Ces adaptations s'inscrivent notamment dans la lignée des décisions prises par le comité quadripartite, dont le but est une amélioration continue de l'accès des assurés à des prestations de qualité.

Depuis le 1^{er} janvier 2019, les actes et services des diététiciens sont pris en charge par l'assurance maladie s'ils ont été prescrits par un médecin et si l'assuré est atteint de l'une des pathologies pour laquelle la prise en charge est prévue. Les modalités et conditions de prise en charge sont détaillées dans la nouvelle section « Soins de diététique » des statuts; l'annexe E a également été ajoutée reprenant les pathologies pour lesquelles la prise en charge est prévue.

Au 1^{er} janvier 2019 sont également entrées en vigueur les modifications statutaires concernant la prise en charge des soins de sages-femmes, notamment la prise en charge du nouvel acte S14 ainsi que les conditions de prise en charge du forfait correspondant au code S26.

Au cours de l'année 2019, la CNS a élaboré les modifications statutaires se rapportant à l'introduction de la reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques. Ce nouveau dispositif a été introduit par la loi du 10 août 2018 modifiant 1. le Code du travail; et 2. le Code de la sécurité sociale en matière de maintien du contrat de travail et de reprise progressive du travail en cas d'incapacité prolongée. Cette loi est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2019, entraînant la modification de plusieurs articles des statuts de la CNS. Sur base d'un certificat médical de son médecin traitant, un salarié peut soumettre à la CNS une demande de reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques. Si certaines conditions sont remplies, la CNS accorde la reprise progressive sur base d'un avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale, conformément aux dispositions de l'article 14bis du Code de la sécurité sociale.

Depuis le 1^{er} janvier 2019, le salarié a droit au maintien de son salaire de la part de son employeur et ce jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le 77^{ème} jour d'incapacité de tra-

vail calculé sur une période de référence de 18 mois de calendrier successifs (précédemment: 12 mois de calendrier). Aussi, le droit à l'indemnité pécuniaire est, depuis cette date, limité à un total de 78 semaines (au lieu de 52 semaines) pour une période de référence de 104 semaines.

Avant le 1^{er} juin 2019, le forfait annuel de 60 EUR pris en charge intégralement pour les soins dentaires n'était lié ni à l'index, ni à un coefficient. Depuis la date précitée, ce montant dépend désormais de l'index et d'un coefficient fixé par l'article 39 des statuts. Au 1^{er} juin 2019, le montant-limite intégralement à charge de l'assurance maladie correspond donc à 64,90 EUR.

C'est également au 1^{er} juin 2019 que l'une des conditions pour la prise en charge d'actes et services de masseur-kinésithérapie a été abrogée: il n'est désormais plus nécessaire qu'un traitement presté par un masseur-kinésithérapeute soit commencé au plus tard dans les trente jours de l'établissement du titre de prise en charge.

Au niveau de la prise en charge à 100% des soins de kinésithérapie, pour les actes prescrits dans le cadre d'une intervention chirurgicale sur l'appareil locomoteur, il n'est plus obligatoire - à partir du 1^{er} juin 2019 - que ces actes soient prescrits par le médecin spécialiste qui a effectué l'intervention chirurgicale en question.

L'ensemble des modifications statutaires 2019 peuvent être consultées dans le tableau publié dans la dernière rubrique « Les annexes » du présent rapport.

6. Contrôle interne et lutte abus et fraude

La CNS a constaté fin janvier 2019 qu'au sein de son administration des fonds à hauteur estimée de deux millions d'euros ont été détournés par deux agents

de la CNS. Les agents concernés ont été immédiatement dispensés de leur service et la CNS a entrepris toutes les démarches internes, légales et juridiques nécessaires dès la connaissance des faits. Une plainte a été déposée et les autorités judiciaires ont été saisies.

La CNS a convoqué une réunion extraordinaire de son Conseil d'administration le 4 février 2019 pour informer les membres des faits. Le ministre de la Sécurité sociale, Romain Schneider, a informé les membres de la commission parlementaire du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale des faits lors d'une séance de la commission le 5 février 2019. La CNS a mandaté PricewaterhouseCoopers (PwC) pour une mission de contrôle de grande envergure. 3.000 heures de travail ont été consacrées à l'analyse de 100 millions de documents écrits.

Cet audit a confirmé qu'il ne s'agissait que de deux cas isolés; aucune autre irrégularité de la sorte n'a pu être constatée et que ni les professionnels de santé ni les assurés étaient directement visés par les actions de fraude découvertes.

L'intervention de PwC a également permis d'effectuer un inventaire des procédures à mettre en place rapidement pour que chacun des collaborateurs de la CNS puisse travailler en toute confiance dans un environnement sécurisé. Un second contrôle a également été effectué par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS). Suite à ces interventions, le système de contrôle interne et le dispositif de lutte contre abus et fraude ont été renforcés.

Au niveau contrôle interne, la CNS a mis en place un dispositif qui répond au concept des « trois lignes de défense »:

- La première ligne de défense est à la charge des directions métiers.



- La deuxième ligne de défense est constituée par des activités de support qui contribuent au contrôle indépendant des risques. On peut citer comme exemple le DPO ou encore le contrôleur interne.
- La troisième ligne de défense est constituée par la fonction d'audit interne. L'auditeur interne effectue une évaluation indépendante, objective et critique des deux premières lignes de défense.

Le Conseil d'administration est le responsable final de la qualité et de l'efficacité du système de contrôle interne. Il doit s'assurer à intervalle régulier que l'institution dispose d'un système de contrôle interne adéquat. C'est pourquoi il s'est doté d'une Commission d'audit composée de deux membres effectifs et de deux membres suppléants issus du conseil d'administration et qui, ensemble avec l'auditeur interne l'assistent dans son rôle de surveillance et de pilotage du système de contrôle interne.

Au niveau prévention et détection de l'erreur, de l'abus et de la fraude (PDEAF), les engagements en jeu sont considérables et croissants. Étant donné ces engagements, des mécanismes doivent être en place pour garantir le bon usage des ressources allouées.

C'est le Conseil d'administration qui est le responsable final de la qualité et de l'efficacité du dispositif PDEAF. À cette fin, il a instauré la Commission LAF composée de six membres effectifs et de cinq membres suppléants. La Commission LAF supervise et pilote la lutte contre les abus et la fraude (LAF) avec, comme entité de support, le service LAF de la CNS qui, en plus des actions ciblées pour détecter l'erreur, l'abus et la fraude, doit aussi s'intéresser à la lutte contre la corruption, identifier les comportements et situations considérées comme non acceptables ou susceptibles de conflits d'intérêt et lutter contre le gaspillage des

soins de santé «waste management». En vue de la transformation numérique de la CNS, le service LAF est également chargé de développer une démarche de détection systématique des cas d'abus et de fraude en explorant les techniques de «data mining» et de Machine Learning (ML) et doit, de manière générale, utiliser les techniques d'analyses statistiques et assurer une veille des techniques d'exploration de données.

7. La démarche Qualité

La Direction de la CNS a souhaité en 2019 s'engager dans le déploiement d'une démarche qualité interne structurée, en vue de promouvoir l'amélioration continue de ses performances au bénéfice de l'ensemble de ses parties prenantes (assurés, prestataires, employés, autres institutions publiques notamment).

Afin de signifier son engagement dans cette voie, la Direction la CNS a intégré un nouveau membre responsable de la mise en œuvre et du pilotage de la politique Qualité institutionnelle, Mme Stéphanie Blaise.

Le déploiement démarche Qualité s'inscrira en plusieurs phases :

- sensibilisation et formation du management et de l'ensemble du personnel à la démarche CAF (Cadre d'Auto Évaluation des Fonctions publiques) retenue pour structurer la démarche ;
- réalisation des auto-évaluations afin d'évaluer le niveau de maturité actuel ;
- mise en œuvre d'un plan d'actions d'amélioration ;
- mesure de l'impact du plan d'action sur la performance des processus de la CNS et la satisfaction des parties prenantes.

Outre la CAF, la démarche Qualité aura pour objectif de contribuer au renforce-



ment de l'efficience de la gouvernance par le déploiement d'approches fondées sur la maîtrise des processus, la fixation d'objectifs mesurables, le pilotage par le suivi d'indicateurs pertinents, l'implication des parties prenantes, la prévention et la gestion des risques et le recours aux bonnes pratiques internes et externes.

Concrètement, la CNS entreprendra des actions visant :

- au développement du management par les processus;
- à l'harmonisation des méthodologies et standards internes (management, gestion de projet/de programme, gestion documentaire, etc);
- au déploiement des outils et moyens permettant de mesurer la satisfaction de ses parties prenantes et d'identifier les dysfonctionnements à tous les niveaux (enquêtes, audits, gestion des doléances);
- à la mise en place d'un dispositif de mesure de KPI (indicateurs clés de performance), tant au niveau stratégique qu'opérationnel;

- à l'implication des personnels et parties prenantes dans l'élaboration et/ou le déploiement de la stratégie de la CNS;
- à l'accompagnement du changement.

Par ailleurs, la CNS poursuit en parallèle sa participation aux démarches nationales visant à promouvoir le management de la qualité des établissements de santé.

8. L'assurance dépendance

Développement et amélioration des systèmes informatiques

Dans la continuité de l'année 2018 la CNS a poursuivi en 2019 ses efforts dans les buts d'adapter les processus impactés par la réforme de l'assurance dépendance, et de développer et surtout d'améliorer les nouveaux systèmes informatiques. Ces améliorations et perfectionnements des systèmes se font en collaboration avec la COPAS (Fédération des organismes prestataires d'aides et de soins) afin de considérer au mieux les



retours obtenus des prestataires.

Cependant, il est à noter que vu la complexité technique de la mise en œuvre du nouveau système de facturation, des retards de mise en œuvre tant du côté de la CNS que du côté des prestataires ont conduit à des problèmes au niveau des processus de facturation et de tarification. Ainsi les retards de facturation observés en 2018 ont également impacté la facturation pour l'exercice 2019. Malgré une accélération du rythme de facturation et du rythme de traitement des factures, un certain retard reste observable sur l'exercice 2019. Cet état des choses appelle la nécessité de procéder à des dotations aux provisions importantes sur le plan comptable, même si ces dotations sont moindres que celles comptabilisées en 2018.

La convention-cadre signée entre la COPAS et la CNS

Le 21 mai 2019, la COPAS a officiellement dénoncé la convention-cadre signée le 17 décembre 2017 entre la COPAS et la CNS. Le deuxième semestre 2019 a dès lors été marqué par les négociations de cette nouvelle convention qui n'aboutiront qu'en 2020. Les points de discussions majeurs auront été, les possibilités de facturation des actes essentiels de la vie par les prestataires aux personnes dépendantes, les adaptations nécessaires suite aux amendements de la loi du 10 août 2018, ainsi que le traitement des déclarations d'indisponibilité de l'aidant.

Dans le cadre des négociations de la convention, la transposition de l'accord du 16 juin 2018 dans le contexte du litige dans le secteur ESC entre le Gouvernement et la COPAS fut également thématique, la COPAS ayant revendiqué son inscription dans la convention cadre.

Le Conseil d'administration de la CNS dans sa séance du 13 novembre 2019 a donné son accord pour la proposition d'un dispositif visant la transposition

de l'accord, sous réserve d'une analyse à faire par le département juridique de la CNS concernant la faisabilité de la procédure proposée, et sous réserve de l'accord du Conseil d'administration de la COPAS. Un projet d'accord de collaboration a ainsi été proposé à la COPAS début 2020, qui ne sera cependant pas accepté par son bureau exécutif.

Commission technique paritaire

2019 ayant été une année sans négociations des valeurs monétaires, qui depuis la réforme de l'assurance dépendance sont prévues tous les 2 ans, la commission technique paritaire s'est réunie en 2019 afin de préparer les prochaines négociations qui auront lieu fin 2020. Les principaux sujets traités au cours de cette année auront été l'évaluation du suivi de la qualité par les prestataires, les méthodologies de calculs utilisées dans le cadre de la détermination des valeurs monétaires et plus particulièrement des Centres semi-stationnaires dont l'activité semble déficitaire ainsi que la définition des données à recenser auprès des prestataires, tant pour le rapport d'analyse de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) que dans le cadre des prochaines négociations.

Avis sur le rapport d'analyse prévisionnel de l'IGSS

La CNS a également émis son avis concernant les conclusions du rapport d'analyse prévisionnel de l'IGSS dans lequel il est précisé qu'en raison de certaines incertitudes méthodologiques et en l'absence de statistiques plus complètes, la CNS estime qu'il n'est pas possible à la date actuelle de calculer de manière suffisamment précise un taux d'ajustement permettant de minimiser l'écart entre le coût des prestations réellement effectuées dans le cadre des actes essentiels à la vie requis et le montant des forfaits payés.



9. Agence eSanté

L'année 2019 s'est avérée une année de divers événements charnières décisifs pour l'avenir proche de l'Agence.

Visite de travail des deux ministres de tutelle

Ainsi, on peut citer ici comme premier fait marquant la visite de travail des deux ministres de tutelle, à savoir le Vice-Premier ministre, ministre de la Santé, Étienne Schneider, et le ministre de la Sécurité sociale, Romain Schneider. L'objectif de cette entrevue avec l'équipe de l'Agence était d'échanger sur l'avancement des travaux portant sur les divers services mis à disposition des professionnels de santé et organismes publics ou de recherche au travers de la Plateforme eSanté. À cette même occasion, l'Agence a également présenté ses priorités stratégiques pour les années à venir devant mener à la fédération de tous les acteurs de santé autour des nombreux services proposés par sa Plateforme eSanté.

Accélération de la digitalisation du secteur de la santé

Dans ce contexte, cinq projets ont été identifiés par lesquels l'Agence est appelée à contribuer davantage aux efforts d'accélération de la digitalisation du secteur de la santé découlant de l'Accord de coalition signé par le gouvernement en décembre 2018 et poursuivis dans l'intérêt d'une modernisation du système national de santé et de l'amélioration de la prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins de santé. Le détail de ces projets accélérateurs à réaliser et les moyens financiers accordés à cette fin ont été définis au sein de l'Avenant au Contrat d'Objectifs et de Moyens conclu entre l'État, la CNS et l'Agence eSanté pour les années 2019 à 2021.

Dossier de Soins Partagé (DSP)

L'initiation du déploiement généralisé du Dossier de Soins Partagé (DSP) à tous

les assurés de l'assurance maladie a été identifiée comme un de ces projets accélérateurs. Pour rappel, le DSP est le dossier de santé électronique sécurisé du patient dont le patient gère lui-même les droits d'accès. Ce service de santé digital est un outil de coordination de soins permettant le partage et l'échange de données de santé entre professionnels de santé. Or, cette généralisation du DSP ne pouvait être lancée qu'après publication du Règlement Grand-Ducal précisant les modalités et conditions de la mise en place du DSP. Entré dans le parcours législatif en 2018, ledit règlement grand-ducal a finalement été publié en date du 28 décembre 2019, avec une entrée en vigueur au 1er janvier 2020. Permettant ainsi le déploiement généralisé du DSP à l'ensemble des assurés résidents et frontaliers de la sécurité sociale luxembourgeoise, cet événement charnière vient ainsi clôturer la phase pilote lancée en mai 2015. Celle-ci dresse le bilan favorable au 31 décembre 2019 de 59 138 DSP ouverts contenant ensemble au total plus de 314 281 documents, soit en moyenne 5.3 documents par DSP. Dans le top 5 des types de documents déposés dans les DSP ouverts, les résultats d'examens biologiques se placent en 1ère position, suivis par le résumé patient, le résumé des prestations, le compte-rendu d'actes diagnostiques et les certificats médicaux.

Premier service d'échange électronique transfrontalier

Troisième fait marquant de l'année 2019 fut la mise en opération du premier service d'échange électronique transfrontalier de certaines données de santé entre professionnels de santé exerçant dans les Etats membres européens participant au programme européen CEF eHDSI. Ce programme européen vise notamment à opérer l'échange électronique transfrontalier de deux types de documents: le résumé patient et la e-prescription. Pour l'assuré cela veut concrètement dire que



son résumé patient contenant ses informations de santé essentielles pourra être partagé avec le professionnel de santé qu'il consulte lors de son séjour à l'étranger, ou qu'il peut récupérer un médicament dans une pharmacie basée dans un autre pays européen grâce au transfert en ligne d'une prescription électronique rédigée dans son pays d'affiliation. Etant donné que les deux types de documents échangés sont fournis dans la langue véhiculaire du pays «étranger» de soins et dans celle du pays d'affiliation du patient, cela enlève des barrières linguistiques potentielles entre le patient et le professionnel de santé. Fin juin 2019, l'Agence eSanté a pu mettre en opération le premier cas d'usage de cet échange transfrontalier: la possibilité pour un médecin luxembourgeois de recevoir le résumé patient d'un citoyen étranger qui doit se faire soigner ici. Le Luxembourg est par là un des pays pionniers à pouvoir initier cet échange transfrontalier du résumé patient. Par la suite, il est prévu que l'Agence eSanté mette en opération deux autres cas d'usage: l'envoi d'un résumé patient et d'une e-prescription d'un assuré luxembourgeois voyageant à l'étranger.

Deux documents stratégiques clés

En 2019, l'Agence eSanté a également vu l'initiation de l'élaboration de deux documents stratégiques clés:

- le Schéma Directeur des Systèmes d'Information (SDSI) dans le domaine de la santé couvrant la période 2020-2025: il s'agit de la feuille de route définissant les terrains d'action qui devront faciliter l'accélération de la digitalisation de la santé en épaulant les autres actions nationales des divers acteurs nationaux concernés, et permettant à ceux-ci de mettre en œuvre leur propre programme de convergence interne dans le respect des normes et des standards promus par l'Agence eSanté;
- la stratégie nationale e-santé, lancée sous la coordination de l'Agence en octobre 2019. Cette stratégie nationale rassemblera l'input des différentes parties prenantes de la santé dans l'objectif de les consolider dans une stratégie eSanté cohérente et efficiente, créant une synergie avec des initiatives déjà existantes et visant à déployer les divers cas d'usage à large échelle.

Certification d'accréditation internationale à la norme ISO 27001

Par ailleurs, la sécurité étant un aspect clé pour gagner et maintenir la confiance des utilisateurs des services eSanté, l'Agence eSanté met tout en œuvre pour la positionner, ensemble avec la protection des données, au centre de ses activités. Ainsi, elle a fait les démarches nécessaires pour le renouvellement de la certification d'accréditation internationale à la norme ISO 27001 de son système de gestion de la sécurité des informations (SMSI), qu'elle avait obtenue pour la première fois en 2016. En avril 2019, l'Agence a eu confirmation de ladite re-certification de son SMSI qui porte sur la réalisation, le déploiement, l'exploitation et la gestion administrative et technique d'une plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, ainsi que d'applications et de systèmes informatiques de santé y liées. Cette nouvelle certification, qui est valable pour une durée de trois années au cours de laquelle un contrôle annuel est conduit, a été accordée par le Bureau Veritas, leader mondial dans ce domaine.

Autres travaux menés

En outre, comme les années passées, l'année 2019 a également été intense en travaux menés pour les différents services eSanté déjà opérationnels ou en cours d'élaboration. On peut citer ici notamment les travaux suivants :

- outil «médecin référent»: opérationnel pour son 1er cas d'usage depuis 2014, ce service a depuis connu diverses évolutions essentiellement axées autour de l'amélioration et de l'automatisation des flux de dépôt de deux documents dans le DSP: le résumé patient et le résumé des prestations. A fin 2019, le nombre de résumés patients déposés dans les 23.733 DSP ouverts pour les patients suivis par un médecin référent s'élevait à 50.762 au total, et les résumés des prestations à 33.294.
- IdeoMed: opérationnel depuis 2016, cet applicatif de gestion de dossier patient électronique est mis à la disposition des structures de santé sans plateau technique. Ce service est entretemps déployé au sein de 3 établissements: le Centre de réhabilitation du Château de Colpach, la Fondation Tricentenaire et l'Hôpital Intercommunal de Steinfort, et devrait être déployé auprès d'un 4ème établissement en 2020, à savoir la Haus Omega de l'asbl Omega 90.
- Service de pseudonymisation en santé (SPS): il s'agit d'un outil permettant de pseudonymiser les attributs de l'identité du patient, mis à disposition d'acteurs du domaine de la recherche médicale. Mis en production pour le premier cas d'usage de l'Integrated BioBank of Luxembourg (IBBL) en 2018, diverses autres parties prenantes ont montré leur intérêt pour ce service, à l'instar du LCSB (Université de Luxembourg) ou encore le Laboratoire National de la Santé.
- IdeoRCP: outil de gestion de réunions de concertation pluridisciplinaire qui est prévu d'être implémenté en oncologie au niveau national. La phase pilote effectuée à la Clinique Bohler en 2018 ayant été concluante, sa mise en opération auprès d'autres établissements ne pourra toutefois intervenir dès que la connectivité avec leur DPI (Dossier de patient informatisé) respectif ait été réalisée, ce qui est attendu au plus tôt en 2020.
- ePrescription: La prescription étant un des deux documents types prévus dans le cadre de l'échange électronique transfrontalier sous CEF eHDSI, et étant un document souvent à la base des actes médicaux et de soins à prodiguer, l'équipe de



l'Agence eSanté a réalisé de nombreux travaux devant permettre sa dématérialisation. Le projet national d'e-Préscription a pour objectif de graduellement dématérialiser 4 cas d'usages de prescription: la prescription de médicaments, d'analyse biologique, d'examen radiologique et autres imageries médicales, et le certificat d'incapacité de travail. Si en 2018 les travaux étaient axés autour du développement et de la mise en place de deux catalogues nationaux référentiels relatifs aux médicaments et aux codes utilisés dans le domaine des analyses biologiques, ceux de 2019 concernaient essentiellement la définition des formes structurées de documents. Cette phase clôturée, l'Agence pourra déployer cet e-service de façon progressive parmi ses partenaires dès 2020.

- Carnet de Vaccination Electronique (CVE): Mandatée par la Direction de la santé en mai 2019 pour la mise en place de cet outil, l'Agence eSanté a lancé, en juin 2019, ses premières activités liées à cet outil prévu dans l'axe 3 du Plan National Cancer. Ce projet a pour objectif de dématérialiser la carte jaune de vaccinations actuellement utilisée au Luxembourg. Il permettra de mesurer et suivre l'évolution de la couverture vaccinale de la population résidente dans un registre vaccinal national, permettant ainsi d'améliorer le programme vaccinal et de réduire l'incidence des maladies à prévention vaccinale.

10. Digitalisation

Lecture optique

Depuis le mois d'octobre 2016, la CNS a mis en place une nouvelle application informatique pour le remboursement de certains mémoires d'honoraires. En effet, jusqu'à cette date, les mémoires d'honoraires des médecins et médecins-den-

tistes étaient saisis manuellement par les gestionnaires du service Remboursements. Désormais, un grand nombre de mémoires d'honoraires peuvent être scannés et un outil informatique dédié procède à une lecture et reconnaissance optique. Ce processus permet donc un traitement informatique de ces mémoires d'honoraires.

Sur base de divers critères de tri (pas de mémoires manuscrits, liste de tarifs spécifiques, ...), le service Remboursements trie les mémoires d'honoraires afin de séparer ceux susceptibles d'être scannés des autres mémoires. Ensuite, l'équipe en charge procède au scanning. Par la suite, l'application procède à une lecture des mémoires scannés et effectue une reconnaissance des données nécessaires pour le remboursement à l'assuré. Toutes ces données sont après injectées dans l'outil traditionnel de remboursement.

Lors du lancement de l'application, seuls les mémoires d'honoraires à une seule ligne (par exemple, consultation C1) ont pu être scannés. L'application a, au fur et à mesure, été adaptée afin de permettre aujourd'hui de scanner des factures à trois lignes. Le système de lecture optique des demandes de remboursements nationaux reçues par voie postale par les assurés continuera à être développé, y compris la numérisation de toutes les demandes et leur archivage électronique

En 2017, 535.500 mémoires d'honoraires ont été remboursées par lecture optique. Pour l'année 2018, ce chiffre a plus que doublé et 1.284.894 mémoires ont pu être remboursés de cette manière. En 2019, ce chiffre a continué à augmenter, avec 1.621.779 mémoires d'honoraires traités par lecture optique.



Chaînes d'autorisation et de facturation pour les diététiciens

Depuis janvier 2019, les prestations délivrées par les diététiciens sont prises en charge par l'assurance maladie, sous certaines conditions: elles doivent être délivrées sur ordonnance médicale préalable, et l'assuré doit présenter au moins une des pathologies reprises à l'annexe E des statuts de la CNS.

À l'instar de la procédure électronique mise en place en 2018 pour les kinésithérapeutes, des procédures d'échange exclusivement numérique pour l'autorisation et la prise en charge des prestations des diététiciens ont été directement implémentés, ce afin de respecter le principe de la dématérialisation des documents et des flux de transmission prévu par la convention entre la CNS et l'Association nationale des diététiciens du Luxembourg.

Il suffit donc que l'assuré se présente avec son ordonnance médicale auprès d'un diététicien de son choix au Luxembourg. Le diététicien transmet l'ordonnance médicale de manière électronique à la CNS pour sa validation. Par la suite, la facturation tiers-payant (prise en charge directe des frais par la CNS, sauf participation personnelle de l'assuré) se fait également de manière digitale.

L'assuré peut aussi envoyer l'ordonnance médicale originale par courrier postal à la CNS. Dans ce cas, il recevra - après validation par la CNS - le titre de prise en charge par courrier postal. Le système du tiers payant n'est pas applicable lorsque l'assuré a demandé lui-même un titre de prise en charge à la CNS. Par conséquent, l'assuré devra avancer la totalité des frais et demander un remboursement à la CNS.

Démarches MyGuichet.lu

Les démarches administratives disponibles sur le portail MyGuichet pour les assurés de la CNS sont les suivantes:

- consultation du solde des jours de congé pour raisons familiales, 7j/7 et 24h/24. Un certificat établissant ce solde peut également y être demandé;
- réception électronique du détail du remboursement;
- consultation des données personnelles (compte bancaire...);
- demande d'un certificat provisoire de remplacement de la carte européenne d'assurance maladie;
- demande d'une attestation de droit aux prestations rendues nécessaires lors d'un séjour temporaire au Cap Vert, au Québec, en Bosnie et Herzégovine, au Maroc, en Tunisie ou en Turquie;
- demande d'un certificat de coassurance;
- demande de mise à jour des coordonnées bancaires.

11. Sécurité de l'information Protection des données

Les efforts quotidiens de mise en conformité au regard de la législation en place relative à la protection des données à caractère personnel ainsi que la poursuite et le maintien des actions déjà conformes ont été poursuivis en 2019. Certains projets spécifiques ont connu des avancées importantes.

- une méthodologie pour mener des études d'analyse d'impact (Data Protection Impact Assessment) comme requis par le règlement européen sur la protection des données - GDPR – lors de l'utilisation de données sensibles, de type données de santé, a été convenue.
- concernant la sensibilisation et la formation, les actions se sont poursuivies sur les vecteurs existants, notamment pour que l'ensemble des



nouveaux arrivants bénéficient d'une sensibilisation effective. Au quotidien, la CNS maintient une rubrique spécifique dédiée à la protection des données sur son intranet. Il s'agit de centraliser les informations en relation avec la protection des données et d'informer de façon pragmatique et efficiente les collaborateurs sur ce sujet et de leur apporter, dans la mesure du possible, des réponses à leurs questions.

- à ce sujet, il a été décidé de formaliser un ensemble de réponses aux questions pouvant être posées par une personne ou entité externe à un agent CNS (F.A.Q.). Le but étant d'uniformiser les retours faits par la CNS aux questions provenant d'un externe (guichet, téléphone ou courrier), en toute conformité avec la législation applicable en matière de protection des données à caractère personnel.
- la CNS est régulièrement saisie de demandes de statistiques par des tiers: Centres de recherche, prestataires conventionnés, Doctorants, MISA, MSS, Presse, etc. La CNS s'est donc organisée pour que l'ensemble de ces demandes soient adressées à une unité fonctionnelle spécifique de la CNS. Ceci afin de statuer sur l'opportunité de produire ces statistiques (missions CNS ou intérêt de Santé publique), de convenir des critères et méthodologies, modalités de transmission mais aussi des limites et précautions. Il est toujours veillé à l'anonymisation des données visées.
- un exercice d'envergure se construit pour améliorer le registre des traitements existant à travers une coordination avec l'Audit Interne, mais surtout par le biais d'une considération pleine et entière des départements opérationnels et de support. Le principe poursuivi étant de déployer l'outil vers une précision des plus grande

chaque fois que possible. Toujours avec la volonté d'offrir une lecture complète et aisée aux organes de gouvernance de la CNS, mais aussi à tout agent CNS qui y aurait un intérêt.

12. L'audit

En 2019, l'Audit interne s'est déployée au sein de la CNS.

Dans le prolongement de la fraude survenue en février 2019, la fonction d'audit interne a suivi l'organisme externe chargé des « investigations forensic » et le contrôle mené par l'IGSS. Cela a fortement influencé l'orientation de son développement vers le management de la gestion du risque, tout en conservant une approche globale de l'analyse des performances de l'organisation.

La fonction d'audit interne a pour mission d'aider l'institution à atteindre ses objectifs en évaluant de façon critique ses activités, par une approche systématique et méthodique, indépendante et objective, tout en faisant des recommandations pour renforcer son efficacité, accroître sa performance et minimiser ses principaux risques.

En fin d'année a été créée une Commission d'audit interne, ayant pour objectif d'assister le conseil d'administration dans son rôle de surveillance des processus de l'institution. L'auditeur interne lui est fonctionnellement rattaché.





III. Le travail quotidien de la CNS

La CNS gère dans son travail quotidien les branches de l'assurance maladie-maternité et de la dépendance. Elle est ainsi compétente pour tous les assurés du secteur privé (salariés et non-salariés tels les indépendants) ainsi que pour les ouvriers de l'État.

1. Les indemnités pécuniaires de maladie et de maternité



Département Prestations en espèces maladie-maternité



Le département Prestations en espèces maladie-maternité est responsable pour tout ce qui concerne les incapacités de travail (maladie/accident), les divers congés tels que la maternité, les raisons familiales, l'accueil d'un enfant adopté, l'accompagnement d'une personne en fin de vie, ...

Le département saisit et gère les divers certificats d'incapacité de travail, calcule et verse les indemnités éventuellement dues.



Nombre de certificats d'incapacité de travail

	2015	2016	2017	2018	2019
Maladie	606.254	627.511	626.423	726.529	719.875
Accident (de travail)	44.300	41.634	38.540	42.258	41.523
Maternité					
congé de maternité proprement dit	6.741	6.554	6.591	7.092	7.233
dispense (enceinte et allait.)	2.729	2.780	2.716	2.881	3.106
transfert de poste (enceinte et allait.)	31	3	7	5	6
Accueil	21	21	15	30	20
Congé pour raisons familiales	42.342	48.913	45.555	65.954	65.803
Congé accompagnement fin de vie	380	418	440	480	497



Nombre d'assurés déclarés capables de travailler

	2015	2016	2017	2018	2019
Total	2.209	2.994	2.606	3.273	5.325

Assurés convoqués et examinés par le CMSS

	2015	2016	2017	2018	2019
Total	16.466	21.394	24.707	31.578	38.981

2. Les agences



Service Agences du département Relation assuré



La CNS dispose d'un réseau de seize agences réparties dans tout le pays :

Bettembourg, Diekirch, Differdange, Dudelange, Echternach, Esch-sur-Alzette, Ettelbruck, Grevenmacher, Luxembourg-Hollerich, Luxembourg-Ville, Marnach, Mersch, Mondorf (anciennement Remich, déménagement juillet 2020), Redange, Rumelange et Wiltz.



Outre les missions attribuées aux agences dans le cadre du remboursement des soins de santé (voir le point « Le remboursement des soins de santé »), les agences ont pour missions de fournir aux personnes protégées des informations sur l'assurance maladie-maternité et, dans la mesure du possible, sur d'autres risques relevant du Code de la sécurité sociale. Les agences émettent sur demande les cartes européennes d'assurance maladie, les certificats provisoires de remplacement, les formulaires pour séjour temporaire à l'étranger (conventions bilatérales) et les certificats de coassurance. Elles mettent à jour les comptes bancaires ou adresses et assurent la gestion de la coassurance des résidents.

3. Le remboursement des soins de santé



Service Remboursements nationaux et service Remboursements internationaux du département Prestations en nature maladie-maternité ainsi que le service Agences du département Relation assuré



Les remboursements des soins de santé sont gérés par les services Remboursements et par les agences. Il s'agit ici de prestations de soins de santé au Luxembourg ou ailleurs pour lesquelles l'assuré a avancé les frais. D'autres versements sont également prévus, p.ex. l'indemnité funéraire ou l'indemnité de naissance pour produits diététiques allouée à toute femme ayant accouché dans un hôpital luxembourgeois.

Le service Remboursements nationaux procède également au paiement direct aux médecins dans les cas où le paiement d'une facture représente pour la personne protégée une charge insurmontable (article 162 des statuts de la CNS). Ce service assure également la prise en charge directe pour les personnes en situation d'indigence (tiers payant social).

Les agences quant à elles peuvent procéder au remboursement par chèque si la facture a été acquittée depuis moins de 15 jours et que le montant par ménage atteint au moins 100 EUR.



Saisie virements des services Remboursements et des agences

	2015	2016	2017	2018	2019
Nombre de factures saisies manuellement par les service Remboursements	3.015.853	3.121.709	2.987.512	3.386.665	3.514.189
- dont article 162 statuts CNS (assistance exceptionnelle)	206	260	228	282	961
- dont Tiers payant social (TPS)	24.819	33.372	38.809	47.728	54.694
- dont Remboursements internationaux	123.669	140.136	120.170	180.728	139.281
- dont Lecture optique (scanning)	/	124.211	535.500	1.284.894	1.621.779
Nombre de factures saisies manuellement par les agences réglées par virement	880.608	953.662	1.080.227	876.762	724.033
Nombre de factures saisies manuellement réglées par virement	3.896.461	4.075.371	4.067.739	4.263.427	4.238.222
Montant (en €) liquidé des factures saisies manuellement réglées par virement	240.568.085	251.646.246	265.980.609	286.421.575	297.877.532



La Saisie Virements consiste en le remboursement des mémoires d'honoraires et factures par virement bancaire.

La Saisie Comptant consiste en le remboursement des mémoires d'honoraires et factures par chèque, lorsque les assurés se présentent dans une agence de la CNS avec des factures acquittées depuis moins de 15 jours le jour de leur présentation et dont le montant total brut dépasse 100 €.

Saisie comptant (chèques) des agences

	2015	2016	2017	2018	2019
Factures saisies	657.618	658.230	660.422	698.328	684.670
Chèques émis	222.761	226.756	235.835	251.404	258.513
Valeur moyenne par chèque en €	243,94	240,16	245,34	247,58	247,33
Total liquidé en €	54.373.753,2	54.491.479,9	57.888.012,2	62.251.559,8	63.994.274,4

Nombre de chèques émis par les agences

	2015	2016	2017	2018	2019
Total	222.761	226.756	235.835	251.404	258.513



En février 2020, le département Prestations en nature maladie-maternité s'est restructuré.

En effet, cinq services du département (Tiers-payant médecins; Remboursements nationaux; Autorisations médicales et médico-dentaires; Autorisations et liquidations kinésithérapie, psychomotricité, orthophonie, diététique; Tiers payant laboratoires, infirmiers, sages-femmes et soins palliatifs) ont migré vers 4 nouveaux services : Service Prestations des médecins, Service Prestations des médecins-dentistes, Service Prestations des autres professions de santé et Service Prestations des laboratoires d'analyses médicales.

Cette nouvelle structure sera présentée dans le rapport annuel de l'année prochaine.

4. Le paiement complémentaire



Service Paiements PN et recouvrement du département Finances



Ce service traite notamment les demandes de paiement complémentaire suivant article 154bis des statuts de la Caisse nationale de santé.

Au cours d'une année civile (1^{er} janvier au 31 décembre), la participation personnelle totale de l'assuré aux prestations de soins de santé ne peut dépasser un seuil fixé à 2,5 % de son revenu cotisable annualisé de l'année précédente. Si la participation de l'assuré dépasse ce seuil, l'assuré a droit sur demande à un remboursement complémentaire de la partie des participations qui dépasse le seuil fixé.



Paiements complémentaires

	2015	2016	2017	2018	2019
Demandes introduites	6.458	5.387	9.474	6.951	6.558
Nombre de demandes d'assurés ayant droit	1.926	1.791	2.242	2.228	2.104
Montants liquidés (€)	810.313,8	827.203,1	933.982,7	1.008.013,6	952.404,5

5. La coassurance et la signalétique



Service Coassurance et signalétique du département Relation assuré



Le service gère les coassurances des résidents et des non-résidents. Il tient à jour les coordonnées des assurés (changements d'état civil, adresses, comptes bancaires, partenariats). Il émet sur demande les cartes européennes d'assurance maladie, les certificats provisoires de remplacement, les formulaires pour séjour temporaire à l'étranger (conventions bilatérales), les certificats de coassurance ainsi que les certificats d'affiliation pour les bénéficiaires du RMG/REVIS et de pension.



Émission de documents					
	2015	2016	2017	2018	2019
Correspondance via templates	13.218	14.930	15.506	15.837	16.405
Certificats pour obtention visa (Cuba, Russie...)	257	315	361	406	449
Certificats de coassurance	5.397	6.093	5.759	7.059	8.671

Demandes reçues via internet					
	2015	2016	2017	2018	2019
Changement d'adresses	10.334	8.428	9.925	18.048	30.183
Changement de comptes*	5.070	5.558	5.821	5.982	8.172
Cartes EHIC / certificat provisoire de remplacement*	2.751	5.208	3.340	4.059	4.410
Info affiliation dans le cadre du TPS	235	271	316	163	633
Formulaires de vacances*	1.944	1.960	1.850	2.106	3.515
Certificats de coassurance*	1.400	2.518	2.602	2.430	3.080
Contact mail	n.a	n.a	10.955	12.916	18.998
Démarches sur GUICHET.LU - depuis le 28.09.2017	/	/	1.107	5.854	10.172

* (inclues les démarches sur myGuichet.lu disponibles depuis fin sept. 2017)

6. Les autorisations nationales



Service Autorisations médicales et médico-dentaires du département Prestations en nature maladie-maternité



Le service Autorisations médicales et médico-dentaires gère les devis pour prothèses dentaires et pour traitement orthodontique. Il traite les demandes relatives à la chirurgie dite de reconstruction et plastique nécessitant une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS). Le service reçoit également les demandes pour la prise en charge d'autres prestations qui nécessitent une autorisation préalable du CMSS.



Service Autorisations médicales et médico-dentaires

	2015	2016	2017	2018	2019
Devis prothétique dentaire	43.475	36.787*	39.657	42.303	43.950
Devis orthodontie	7.610	7.876	7.839	8.676	n.a
Surveillance traitement orthodontie en cours (nombre d'enfants vus par le CMSS)	368	631	270	155	n.a
Autres APCM (stérilisations, chirurgie bariatrique, chirurgie «esthétique»,...)	1.007	n.a	532	773	1.037
Décisions présidentielles en matière d'APCM	103	156	163	167	55
Décisions présidentielles en matière dentaire	33	44	27	30	26

* À partir de 2016, les devis qui ont dû être traités à plusieurs reprises ne sont plus enregistrés séparément, ce qui explique la baisse.



Détail des dossiers APCM traités en 2019

Actes nomenclature	Accords	Refus
2S73 - Reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire après opération antérieure, 2S74 - Implantation ou échange d'une prothèse mammaire, 2S75 - Plastie d'augmentation d'un sein par prothèse en cas d'aplasie ou d'hypoplasie unilatérale avec asymétrie importante	299	18
2G36 à 2G38 - Lipectomies	210	26
3N48 - Rhinoplastie reconstructrice de la pyramide nasale	60	5
2A62 - Gastroplastie pour obésité pathologique	171	3
6G91 et 92 - Stérilisations	27	20
1C38 - Enregistrement continu de la tension artérielle pendant 24 heures par enregistreur portable (APCM pour répétition de cet examen dans les 6 mois)	27	1
1N60 - Psychothérapie de soutien par médecin non psychiatre, durée minimum 15 minutes (APCM pour plus de 6 séances par an)	46	0
4A17, 4A24, 4A25 - Chirurgies des paupières et des voies lacrymales soumises à autorisation suivant Annexe C	102	3
Divers	9	10

7. Les soins de kinésithérapie, de psychomotricité, d'orthophonie et de diététique



Service Autorisations et liquidation kinésithérapie, psychomotricité, orthophonie et diététique du département Prestations en nature maladie-maternité



Le service gère, en collaboration avec le CMSS, les demandes d'autorisations et de titres de prise en charge des prestations de kinésithérapie, psychomotricité, orthophonie et diététiques. Par la voie du tiers payant, le service verse directement aux kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes et diététiciens la part des prestations prises en charge par l'assurance maladie-maternité.



Nombre d'autorisations

	2015	2016	2017	2018	2019
Kinésithérapie	237.708	307.472	287.484	308.724	321.463
Psychomotricité	2.841	2.770	3.200	2.769	2.853
Orthophonie	3.867	3.993	4.307	5.072	5.130
Diététique	/	/	/	/	3.157

8. Les enquêtes et contrôles administratifs



Service Contrôle et gestion des certificats d'incapacité de travail (CIT) du département Prestations en espèces maladie-maternité



Ce service assure le contrôle administratif des personnes en incapacité de travail. Le contrôle administratif consiste à vérifier si la personne incapable de travailler se trouve au domicile ou au lieu de séjour déclaré (en dehors des heures de sortie autorisée).

Les contrôles peuvent être déclenchés par la CNS ou à la demande motivée de l'employeur.

Le service peut également accorder, sous certaines conditions, un départ à l'étranger d'une personne en arrêt de travail.



Contrôles administratifs

	2015	2016	2017	2018	2019	
Employeurs	présent	1.511	1.413	1.314	1.731	1.353
	absent	822	870	752	1.000	880
	valablement excusé	435	452	388	481	442
	non-excusé	387	418	364	519	438
	Total	2.333	2.283	2.066	2.731	2.233
CNS	présent	6.976	6.692	5.819	1.012	265
	absent	2.359	2.388	1.971	455	166
	valablement excusé	1.293	1.442	1.114	273	96
	non-excusé	1.066	946	857	182	70
	Total	9.335	9.080	7.790	1.467	431
Total	11.668	11.363	9.856	4.198	2.664	

9. Les formulaires et décomptes internationaux



Service Inscriptions et service Décomptes du département International



Le service Inscriptions gère les formulaires internationaux pour les affiliés luxembourgeois qui résident à l'étranger (l'UE, l'EEE, la Suisse et les pays avec lesquels le Luxembourg a conclu un accord bilatéral en matière de sécurité sociale). Il peut s'agir de frontaliers en activité, d'anciens travailleurs frontaliers, de bénéficiaires de pension ou de membres de famille résidant dans un autre pays que l'assuré principal.

Le service Inscriptions enregistre également les formulaires internationaux de personnes assurées à l'étranger. Ces formulaires sont émis par les organismes étrangers en cas de résidence ou de séjour temporaire au Luxembourg de leurs assurés.

Le service Décomptes gère les décomptes entre le Luxembourg et les États membres de l'UE, les pays EEE, la Suisse et les pays avec lesquels le Luxembourg a conclu une convention bilatérale. Il peut s'agir de créances, lorsque la CNS a remboursé des frais médicaux à une personne assurée à l'étranger; il peut également s'agir de dettes, lorsqu'un organisme étranger a pris en charge des frais médicaux pour un assuré luxembourgeois (en cas résidence, séjour temporaire ou soins programmés à l'étranger).

Le service Décomptes gère également le remboursement complémentaire aux travailleurs frontaliers et anciens travailleurs frontaliers belges ainsi qu'à leurs membres de famille.



Formulaires d'assurés luxembourgeois avec résidence à l'étranger (données au 01.12 de l'année)

	2015	2016	2017	2018	2019
S1 - actif (E106)	137.043	142.503	149.546	156.812	164.654
S1 - membre de famille d'actif (E109)	1.292	1.184	1.138	1.129	1.065
S1 - pensionné	10.611	11.428	12.124	12.879	13.737
S1 - membre de famille d'un pensionné	2.002	2.109	2.162	2.192	2.208
BL2 / BL3 - pensionné belge	6.880	7.166	7.333	7.580	7.899
BL1 - actif belge	43.973	45.123	46.867	48.274	49.578

Inscriptions de formulaires où le Luxembourg est le pays de résidence ou de séjour

	2015	2016	2017	2018	2019
EHIC ou certificat remplacement	3.180	3.550	3.628	3.648	4.364
S3	156	150	219	270	285
S2	1.002	1.652	1.852	2.924	3.903
BL1	94	111	222	146	267
BL2	7	7	17	18	21
S1 actif	805	815	1.096	918	1.111
S1 actif MF (E109)	51	48	58	31	59
S1 pensionné	400	415	545	442	600
S1 pensionné MF	66	61	79	57	126

Dépenses relatives aux conventions internationales suivant la date de prestation

en millions d'euros	2015	2016	2017	2018	2019
Séjour temporaire	17,6	17,9	17,5	16,6	16,9
Frontaliers	272,2	276,6	283,1	301,6	316,9
Traitement E112 / S2	37,2	34,2	37,1	39,6	40,7
Pensionnés Frais effectifs	38,4	42,4	45,0	48,1	50,6
Forfaits (pens. et mem. fam.)	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4
Complément belgo-lux	6,8	7,1	6,6	6,9	7,5
Total	373,6	379,4	390,7	414,1	434,0

Source: Décompte annuel global de l'assurance maladie-maternité, exercice 2019
Comme tous les décomptes relatifs aux années 2018 et 2019 n'ont pas encore été introduits à la CNS, une partie des dépenses a dû être estimée.

10. Le transfert à l'étranger



Service Transfert à l'étranger du département International



Ce service gère les demandes de transfert à l'étranger pour traitement stationnaire ou ambulatoire ainsi que pour les consultations, examens et cures. Toutes les demandes de transfert sont obligatoirement soumises à l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS).



Nombre de patients ayant bénéficié d'un transfert à l'étranger (S2)

	2016	2017	2018	2019
Consultations ou examens	3.229	1.346	2.879	2.865
Traitements ambulatoires	1.946	1.843	2.121	1.936
Traitements stationnaires	4.324	4.249	4.442	3.924
Cures	68	65	65	51
Analyses	1	12	1	1
Total	9.071	7.775	9.131	8.677
Nombre de refus	1.755	1.353	775	1.108

11. Les médicaments et dispositifs médicaux



Département Médicaments, dispositifs médicaux et médecine préventive et son service Autorisations et liquidation médicaments et dispositifs médicaux



Les médicaments que la CNS prend en charge pour un remboursement doivent être repris sur ce que l'on appelle la liste positive. L'inscription de ces médicaments dans la liste positive demande un travail particulier.



Le département Médicaments, dispositifs médicaux et médecine préventive gère les demandes d'inscription provenant des firmes visant l'inscription de leurs médicaments et dispositifs dans la liste positive et les fichiers B des statuts de la CNS.

Il établit et publie les mises à jour régulières de la liste des médicaments commercialisés au Luxembourg, de la liste positive des médicaments et des fichiers B sur le site internet de la CNS.

Le département procède également au contrôle en continu des critères sur lesquels s'appuie l'inscription dans la liste positive, ainsi que de la concordance des prix publics belges avec ceux appliqués au Luxembourg en collaboration étroite avec le Ministère de la Sécurité Sociale.

Le service Autorisations et liquidation médicaments et dispositifs médicaux est scindé en deux équipes, l'une qui s'occupe des autorisations, et l'autre de la liquidation (paiement). L'équipe Autorisations gère les demandes et l'envoi des décisions relatives à la prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux. Quant à l'équipe Liquidation, elle traite les décomptes en provenance des pharmacies ouvertes au public et des orthopédistes-bandagistes et magasins grossistes. Cette équipe gère également les acomptes versés mensuellement aux pharmacies et l'abattement accordé par les pharmaciens à l'assurance maladie.



Demandes d'inscription dans la liste positive des médicaments

	2015	2016	2017	2018	2019
Demandes en cours au 1 ^{er} janvier	258	261	264	271	278
Demandes entrées en cours d'année	203	182	150	194	245
Nombre de décisions prises	290	166	162	171	228
Total demandes traitées suivant date entrée de la demande	461	443	414	465	523
Nombre de médicaments inscrits dans la liste positive au 1 ^{er} janvier de l'année	4.823	4.829	4.721	4.679	4.679



Demandes d'autorisations

	2015	2016	2017	2018	2019
Médicament	16.093	16.975	16.424	18.556	19.788
B1	1.319	1.409	1.054	1.468	2.394
B5	627	690	689	857	936
B2	697	702	726	784	838
B4	160	151	134	168	165
B7	605	781	965	1.074	1.126

Dispositifs Médicaux : Dossiers de demandes

Type de décision	Type de fichier	2015	2016	2017	2018	2019
Ajouts	B1	43	181	66	74	46
	B2	0	0	0	0	0
	B4	1	25	9	0	0
	B5	5	5	31	2	8
	B7	42	2	25	56	126
Modifications	B1	44	44	17	840	26
	B2	9	5	4	33	0
	B4	10	0	1	1	1
	B5	14	11	12	0	2
	B7	0	0	56	1	0
Suppressions	B1	44	108	619	85	259
	B2	0	0	0	0	0
	B4	2	0	0	0	0
	B5	1	0	14	0	0
	B7	0	0	0	54	21
Inscrits dans les listes statutaires au 31. décembre de l'année	B1	2.650	2.723	2.165	1.946	1.733
	B2	39	39	39	39	39
	B4	305	330	352	350	350
	B5	70	75	91	91	99
	B7	255	257	282	238	343
	Total		3.272	3.424	2.929	2.664

B1 : dispositifs médicaux consommables

B2 : dispositifs médicaux réutilisables et amortissables

B4 : dispositifs médicaux pour personnes laryngectomisées/trachéotomisées

B5 : produits d'alimentation médicale

B7 : dispositifs médicaux à délivrance hospitalière

12. L'assurance dépendance



Service Gestion des demandes et service Liquidation du département Assurance dépendance



Le service Gestion des demandes traite les dossiers en obtention des prestations de l'assurance dépendance de la réception de la demande jusqu'à l'émission de la décision présidentielle. Il est aussi en charge des commandes des aides techniques. Jusqu'à fin 2017, ce service gérait également les demandes de changement de partage prestations en nature / prestations en espèces.

Le service Liquidation liquide les prestations en nature subsidiaires (prestations en espèces) et les prestations en nature dans les domaines des aides et soins, des aides techniques, des adaptations du logement et du forfait pour aides et soins.



Activités du service Gestion des demandes

	2015	2016	2017	2018	2019
Premières demandes	4.241	4.138	4.328	4.093	4.229
Demandes de réévaluation	3.126	2.913	2.232	2.547	3.123
Changements de partage prestations en nature/prestations en espèces	2.701	2.453	2.527	120*	0
Transcriptions d'un plan de prise en charge vers une autre structure de prise en charge	1.754	1.575	1.738	76*	1
Transcriptions sur base d'une décision postérieure (changement de structure pendant évaluation)	804	859	711	4*	1
Demandes pour des adaptations du logement	253	285	297	308	314
Déclarations d'entrées/sorties	5.585	5.622	5.967	10.312**	9.864
Nombre de titres de prise en charge portant sur des aides techniques	17.881	18.899	17.696	16.431	16.868
Nombre de commandes passées pour des aides techniques	2.709	2.667	2.295	2.007	2.402

* Les changements de partage ne sont plus réalisés depuis l'introduction de la réforme de l'assurance dépendance au 1^{er} janvier 2018, qui a introduit une logique forfaitaire au niveau de la prise en charge des actes essentiels de la vie. La chute du nombre de transcriptions est quant à elle la conséquence d'un changement de traitement au niveau informatique, qui ne crée plus de dossier à chaque changement de lieu de vie. Les nombres affichés pour l'année 2018 pour les trois champs concernés correspondent aux nombres de dossiers traités en 2018 mais qui concernent l'année de prestation 2017.

** La forte croissance des déclarations d'entrées/sorties s'explique par l'obligation des établissements à séjour intermittent de déclarer tout retour à domicile de la personne dépendante depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance.



Activités du service Liquidation

	2015	2016	2017	2018	2019
Nombre de factures traitées émanant des prestataires d'aide et de soins	131.477	132.613	125.960	39.814*	161.882
Nombre de factures en relation avec les aides techniques / adaptations voiture	5.005	5.242	4.973	4.513	3.474
Nombre de factures émises par l'Association pour le Développement et la Propagation d'Aides Techniques pour Handicapé(e)s (ADAPTH)	808	697	856	702	717
Nombre de factures en relation avec des adaptations logement	281	233	198	231	246
Nombre de mensualités versées au titre des prestations en espèces (nombre de patients par mois)	95.047	93.542	92.929	87.159	87.140

* En raison de difficultés dans l'adaptation des programmes informatiques aux changements liés à la réforme de l'assurance dépendance entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018, la CNS n'a disposé que d'une partie très restreinte de factures des prestataires d'aides et de soins à la clôture de l'exercice 2018.

13. Les établissements hospitaliers



Service Autorisations et liquidation et service Budgets du département Établissements hospitaliers



Le Service Autorisations et liquidation gère les demandes de prises en charge et de prolongations pour les traitements ambulatoires et stationnaires auprès des différents établissements hospitaliers et prestataires. Il contrôle et liquide les facturations de l'activité des différents établissements hospitaliers et prestataires et enregistre et liquide les demandes de prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux délivrés par le secteur hospitalier.

Le service Budgets a pour mission principale la gestion des relations avec les 12 établissements hospitaliers et la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL). Il négocie et établit les budgets annuels et les décomptes des 12 établissements hospitaliers. Il gère également les négociations financières avec le Centre thermal de Mondorf et le réseau EGSP (entente des gestionnaires de soins psychiatriques) qui regroupe les prestataires de soins psychiatriques. Il représente la CNS à la Commission Permanente pour le secteur Hospitalier (CPH) à la Plateforme de coordination Santé Mentale et Réforme de la Psychiatrie et dans les commissions paritaires instituées au niveau de la FHL (commission des normes, commission technique financière, commission technique d'investissement, médico technique et informatique). Il gère et contrôle des demandes de prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux délivrés par le secteur hospitalier et aussi les données de la documentation hospitalière (DCSH) et représente la CNS dans divers réunions concernant la documentation hospitalière.



Enveloppe budgétaire globale 2019 (en mio. €)

Frais fixes	864,8
Frais variables	209,4
Total	1.074,1
Prime annuelle	19,1
Indemnités pour religieuses retraitées	0,3
Indemnités pour médecins de garde	4,6
Frais variables art. 21	4,4
Total	1.102,4
Enveloppe	1.127,7
Écart	25,3

Nombre d'équivalents temps plein (ETP) accordés

	Nombre d'équivalents temps pleins (ETP) accordés	Postes créés (abs)	Postes créés (en %)
2007	5.877,67		
2008	6.006,00	128,33	2,2%
2009	6.114,44	108,44	1,8%
2010	6.115,00	0,56	0,0%
2011	6.197,52	82,52	1,3%
2012	6.209,53	12,01	0,2%
2013	6.226,31	16,78	0,3%
2014	6.226,93	0,62	0,0%
2015	6.256,51	29,58	0,5%
2016	6.257,53	1,02	0,0%
2017	6.339,09	81,56	1,3%
2018	6.395,68	56,59	0,9%
2019	6.622,35	226,67	3,42%



Évolution des frais pour soins hospitaliers (en mio. €)

	FF (budget accordé rectifié)	FV (montant liquidé brut)	Total	Évolution
2009	570,7	141,8	712,56	
2010	585,8	141,8	727,60	4,5%
2011	605,5	143,4	748,91	2,1%
2012	623,5	144,6	768,09	2,9%
2013	646,7	143,4	790,10	2,4%
2014	660,4	148,1	804,20	1,8%
2015	685,5	151,4	823,40	2,4%
2016	697,2	159,1	836,40	1,6%
2017	735,3	164,9	900,17	7,6%
2018	812,1	189,8	1.001,8	11,3%
2019	864,8	209,4	1.074,1	7,2%

Nombre d'ETP (infirmiers et aides-soignants) par lit occupé

	Total journées facturées	Nombre moyen de lits occupés	Nombre d'ETP accordés au niveau des unités de soins	Nombre d'ETP par lit occupé
2009	763.924	2.075	2.150	1,02
2010	751.847	2.093	2.156	1,03
2011	754.578	2.060	2.168	1,05
2012	755.763	2.071	2.164	1,05
2013	749.461	2.048	2.183	1,07
2014	745.634	2.043	2.171	1,06
2015	746.955	2.046	2.151	1,05
2016	760.303	2.046	2.151	1,05
2017	747.695	2.048	2.187	1,07
2018	758.772	2.079	2.288	1,10



Évolution du nombre d'unités d'œuvre (UO) facturées

	2015	2016	évo. 2016/ 2015	2017	évo. 2017/ 2016	2018	évo. 2018/ 2017
Anatomie pathologique						83.248	
Appartements thérapeutiques	853	838	-1,8%	843	0,6%	881	4,5%
Caisson d'oxygénothérapie hyperbare	813	580	-28,7%	600	3,4%	794	32,3%
Cardiologie interventionnelle	2.871	2.875	0,1%	2.863	-0,4%	2.845	-0,6%
Chimiothérapie	21.367	23.775	11,3%	23.617	-0,7%	26.046	10,3%
Chirurgie cardiaque	790	770	-2,5%	854	10,9%	816	-4,4%
Curiethérapie	13	11	-15,4%	9	-18,2%	8	-11,1%
Endoscopie	44.204	45.908	3,9%	43.936	-4,3%	44.875	2,1%
Ergothérapie	196.951	207.366	5,3%	229.155	10,5%	265.112	15,7%
Fécondation in vitro (FIV)	415	446	7,5%	488	9,4%	482	-1,2%
Gymnase	18.821	26.739	42,1%	25.655	-4,1%	29.495	15,0%
Hospitalisation - soins intensifs	43.774	44.545	1,8%	44.276	-0,6%	43.117	-2,6%
Hospitalisation - soins normaux	703.344	717.603	2,0%	704.014	-1,9%	715.655	1,7%
Hydrothérapie	20.056	19.916	-0,7%	20.048	0,7%	20.520	2,4%
Hémodialyse	59.233	62.118	4,9%	60.786	-2,1%	60.641	-0,2%
Hôpital de jour psychiatrique	25.683	26.560	3,4%	28.626	7,8%	28.047	-2,0%
IRM	47.602	49.607	4,2%	49.276	-0,7%	51.214	3,9%
Imagerie médicale	526.620	540.964	2,7%	544.325	0,6%	560.983	3,1%
Kinésithérapie	520.265	537.578	3,3%	547.287	1,8%	582.055	6,4%
Laboratoires	1.126.936	1.132.716	0,5%	1.172.321	3,5%	1.133.599	-3,3%
Lithotritie extracorporelle	703	630	-10,4%	612	-2,9%	590	-3,6%
Médecine nucléaire	15.727	17.055	8,4%	16.582	-2,8%	16.308	-1,7%
PET Scan	2.660	2.862	7,6%	3.239	13,2%	3.638	12,3%



Évolution du nombre d'unités d'œuvre (UO) facturées

	2015	2016	évo. 2016/ 2015	2017	évo. 2017/ 2016	2018	évo. 2018/ 2017
Places de surveillance patients ambulatoires	27.058	28.447	5,1%	31.794	11,8%	37.015	16,4%
Policlinique	1.133.229	1.147.444	1,3%	1.139.922	-0,7%	1.157.801	1,6%
Radiothérapie	26.674	26.261	-1,5%	28.456	8,4%	28.326	-0,5%
Salles d'accouchement	5.743	5.696	-0,8%	5.914	3,8%	6.001	1,5%
Salles opératoires	64.790	67.178	3,7%	67.259	0,1%	71.602	6,5%

14. Le contentieux et les affaires juridiques



Département Contentieux et affaires juridiques, son service Contentieux assurés, son service Recours contre tiers et ses juristes



Le service Contentieux assurés et les juristes assurent la gestion et l'instruction des oppositions devant le Conseil d'administration contre les décisions présidentielles en matière d'assurance maladie (prestations en espèces et en nature) et d'assurance dépendance. Il prépare les projets de décision du Conseil d'administration et gère également les litiges devant les juridictions de sécurité sociale.

Le service Recours contre tiers gère les dossiers-recours ayant trait à des accidents de circulation, bagarres, agressions, affaires RC (responsabilité civile), aléas thérapeutiques et erreurs médicales.



Les chiffres qui suivent se rapportent à l'exercice 2019.

Perquisitions

Nombre de perquisitions 9

Décisions du Conseil d'administration

Nombre dossiers PE 711



Nombre total dossiers PN	165
Nombre total dossiers concernant prestations en nature nationales	18
Nombre total dossiers concernant traitement à l'étranger	147
Nombre dossiers AD	106
Nombre total des décisions préparées	982

Juridictions de sécurité sociale - Conseil arbitral de la sécurité sociale

Total jugements définitifs pris par CASS	134
Nombre total gain de cause assuré	49
Nombre total gain de cause CNS	57
Nombre total partiellement gain de cause pour les deux parties	13
Nombre total affaires devenues sans objet ou rayées du rôle	6
Nombre total affaires déclarées irrecevables	9

Nombre total des jugements définitifs concernant PE	112
Nombre affaires PE gain de cause assuré	47
Nombre affaires PE gain de cause CNS	43
Nombre total partiellement gain de cause pour les deux parties	13
Nombre affaires PE devenues sans objet ou rayées du rôle	4
Nombre affaires PE déclarées irrecevables	5

Nombre total des jugements définitifs concernant PN	15
Nombre affaires PN gain de cause assuré	1
Nombre affaires PN gain de cause CNS	9
Nombre affaires PN devenues sans objet ou rayées du rôle	2
Nombre affaires PN déclarées irrecevables	3

Nombre total des jugements définitifs concernant AD	7
Nombre affaires AD gain de cause assuré	1
Nombre affaires AD gain de cause CNS	5
Nombre affaires AD déclarées irrecevables	1

Juridictions de sécurité sociale - Conseil supérieur de la sécurité sociale

Total arrêts pris par CSSS	24
Nombre total gain de cause assuré	10
Nombre total gain de cause CNS	11



Nombre de décisions de renvoi devant le CASS	3
Arrêts pris en matière PE sur appel de l'assuré	10
Nombre total gain de cause assuré	3
Nombre total gain de cause CNS	4
Nombre de décisions de renvoi devant le CASS	3
Arrêts pris en matière PE sur appel de la CNS	6
Nombre total gain de cause assuré	6
Arrêts pris en matière PN sur appel de l'assuré	1
Nombre total gain de cause CNS	1
Arrêts pris en matière PN sur appel de la CNS	3
Nombre total gain de cause CNS	3
Arrêts définitifs pris en matière AD sur appel de l'assuré	4
Nombre total gain de cause assuré	1
Nombre total gain de cause CNS	3
Recours contre tiers	
Nombre total des dossiers en cours au 31.12	1.961
Nombre de dossiers en cours contre assureurs nationaux	360
Nombre de dossiers en cours contre assureurs étrangers	277
Nombre de dossiers en cours dans lesquels la CNS se dirige contre des particuliers	1.140
Nombre affaires dans lesquelles la CNS est assistée par des avocats nationaux	84
Nombre affaires dans lesquelles la CNS est assistée par des avocats étrangers	100
Montant (€) total récupéré	5.454.358,50
Montant récupéré pour la Mutualité des employeurs	471.060,59
Montant récupéré en relation avec les PE (charge CNS)	470.773,16
Montant récupéré en relation avec les PN	4.090.086,51
Montant récupéré en relation avec l'AD	422.438,24
Nombre total nouveaux dossiers ouverts au cours de l'exercice en question	800

15. La coordination juridique



Département Coordination juridique, ses juristes et ses services Support instruments juridiques et Lutte contre les abus et la fraude (LAF)



Le département Coordination juridique coordonne l'élaboration des instruments juridiques en matière d'assurance maladie et d'assurance dépendance (révision des statuts de la CNS, des conventions avec les différents prestataires de soins de santé, des nomenclatures et de la contribution aux règlements grand-ducaux élaborés par le Ministère de la Sécurité sociale).

Le département Coordination juridique rédige des avis juridiques et contribue à l'élaboration des positions de la CNS en relation avec des projets de loi et de règlements grand-ducaux ayant un impact sur l'assurance maladie et l'assurance dépendance. Il coordonne et participe également à la transposition des directives européennes et à l'implémentation des règlements européens.

Le service Support instruments juridiques assure le secrétariat des réunions de négociation des conventions et des réunions de la Commission de nomenclature. Il assiste les juristes en charge dans l'élaboration et l'adaptation des instruments juridiques et dans la rédaction des questions parlementaires. Il analyse l'impact informatique sur les outils de tarification de tout changement au niveau d'un instrument juridique suivie d'une demande d'adaptation des programmes du CISS et / ou d'une implémentation dans la banque de données de la CNS.

En ce qui concerne le volet lutte contre les abus et la fraude, le département contribue avec les autres acteurs de la CNS à mettre en œuvre une stratégie en la matière. Il convient toutefois de noter qu'à compter du début de l'année 2020, le service LAF a été intégré au département Finances.

Le service LAF et les juristes du département procèdent à l'analyse juridique et à la gestion des dossiers qui leur sont soumis par les divers départements de la CNS qui sont en relation directe avec les assurés ou les prestataires. Ainsi, ils procèdent à la rédaction de courriers, de saisines de la Commission de surveillance ou de plaintes pénales et de la représentation de la CNS devant les instances compétentes.



Département Coordination juridique - 2019

Nombre de questions parlementaires transmises par le Ministère de tutelle à la CNS et préparées par le département	37
Huit dossiers concernant des demandes diverses adressées par des personnes protégées à la CNS ont été traités par le DCJ. Ils concernent des questions relatives à l'affiliation, à des remboursements, ...	8
Avis juridiques rédigés par le département dans des dossiers concernant la CNS.	67
Dossiers transmis à la CNS par l'Ombudsman et traités par le département	28
Nombre de réunions pendant lesquelles le service Support instruments juridiques a assuré le secrétariat de la Commission de nomenclature	4



Service Lutte contre les abus et la fraude - 2019

Lettres d'avertissements aux prestataires	28
Plaintes au pénal	29
Amendes d'ordre prononcées à l'égard des assurés sur base de l'article 447 du Code de la sécurité sociale	3 (450 €)
Saisines de la Commission de surveillance	6
Représentation du service LAF de la CNS devant la Commission de surveillance	16
Représentation du service LAF de la CNS devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale	2
Montant des remboursements réglés par les personnes protégées à la CNS	12.442,58 €
Montant des remboursements réglés par les prestataires à la CNS	635,67 €
Conclusions de transactions prévues par l'article 73, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale	5
Indemnités transactionnelles réglées par les prestataires	1.750 €

16. Le courrier



Service Courrier du département Ressources humaines et organisation



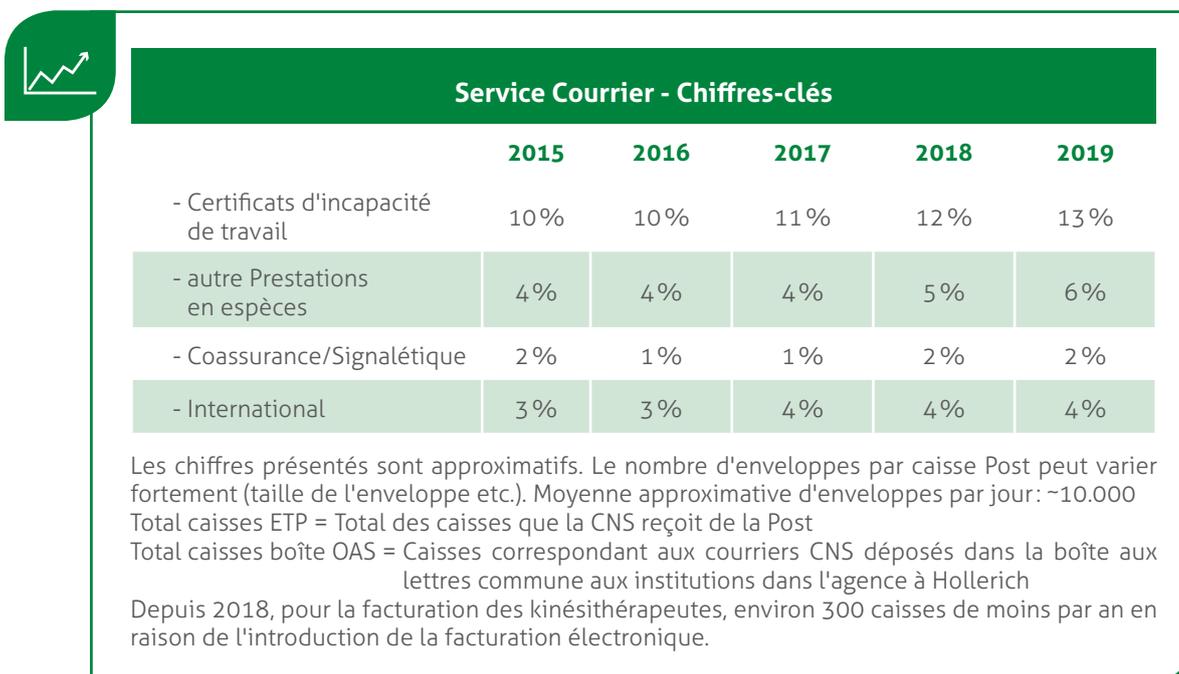
Le service Courrier réceptionne, trie et traite le courrier entrant avant de le distribuer aux destinataires. Par courrier entrant, on comprend les enveloppes et colis transmis par la « Post » (simples et recommandés), ceux déposés à la boîte-aux-lettres du siège de la CNS ainsi que les fax reçus au numéro 2757-2758.

Il gère également le courrier sortant.



Service Courrier - Chiffres-clés

	2015	2016	2017	2018	2019
Total caisses ETP	11.719	11.607	11.024	11.279	11.640
Total caisses Boîte OAS	931	931	912,5	953	1.068
Total ETP + Boîte OAS	12.652	12.536	11.936,5	12.232	12.708
distribués à:					
- Remboursement	30%	34%	35%	35%	36%



17. La communication



Département Communication, son service Accueil et information et son service Médias et publications



Le service Médias et publications gère le développement continu des sites internet et intranet. Il rédige et met en page le rapport annuel. Le service gère les informations essentiellement adressées à l'assuré mais également au prestataire afin d'assurer une concordance et une continuité dans les actions de communication par les différents vecteurs actuellement utilisés et disponibles (Internet, newsletters, dépliants, communiqués et informations à la presse, lettres circulaires, ...), tout en veillant à l'identité visuelle et à la charte graphique.

Le service Accueil et information répond à toute demande téléphonique. Les appels sont traités directement s'il s'agit par exemple d'une demande de renseignement plus générale ou d'une demande de formulaire ou de carte de sécurité sociale. L'appel est transféré au service compétent si la demande est plus spécifique et si l'information y relative est seulement accessible aux gestionnaires en charge. Le service traite également les emails envoyés à l'adresse cns@secu.lu, respectivement reçus par le biais du formulaire de contact sur notre site internet (transmission aux services compétents, réponse directe dans la mesure du possible).



Nombre de mails entrants (adresse cns@secu.lu)

	2015	2016	2017	2018	2019
Total	32.505	44.707	49.954	73.094	88.471
Moyenne par jour ouvré	128	177	200	290	352

Nombre de pages vues sur notre site internet www.cns.lu

	2018*	2019
Total	2.153.104*	4.987.359
Moyenne par jour	11.770*	13.660

* Les statistiques ne sont disponibles que depuis juillet 2018.



18. Les ressources humaines



Département Ressources humaines et organisation, son service Gestion du personnel et son service Recrutement et formation



Le service Gestion du personnel gère le personnel, la paie, la carrière, les congés, les absences, les horaires de travail, les sorties et la pension. Il formalise et standardise les procédures et processus RH existants afin d'améliorer l'efficacité et la réactivité des services délivrés aux employés de la CNS.

Le service Recrutement et formation gère l'ensemble du processus de recrutement pour les fonctionnaires, employés, étudiants, intérimaires et personnes sous convention ATI. Le service suit de près l'intégration et la formation des nouveaux collaborateurs. Il procède à l'établissement de profils de poste, à la publication d'annonces et aux entretiens de sélection. Il évalue les besoins en formation et gère les demandes de formation continue.

19. Le support administratif



Service Support administratif du département Ressources humaines et organisation



Le service Support administratif gère l'ensemble des services de support nécessaires au fonctionnement journalier de la CNS, dont notamment le parc immobilier et automobile, l'équipement et le mobilier bureautique et la logistique (archivage, transports, déménagements). Il aménage les espaces de travail et gère les achats et stocks du matériel.



Service Support administratif - Chiffres-clés

	2017	2018	2019
Mobilier	96.924,48 €	86.939,38 €	94.002,74 €
Matériel de bureau	91.186,07 €	94.269,91 €	98.063,85 €
Déménagement	27.003,25 €	25.857,42 €	65.436,11 €
Entretien fax	4.489,15 €	1.938,98 €	1.093,56 €



Service Support administratif - Chiffres-clés

	2017	2018	2019
Téléphonie siège	52.165,48 €	51.116,47 €	48.515,93 €
Courrier entrant	1.114.284,49 €	1.271.403,36 €	1.561.254,31 €
Courrier sortant	325.692,38 €	277.583,11 €	391.196,34 €
Participation aux frais d'affranchissement CCSS	2.229.257,93 €	2.235.869,05 €	2.435.215,04 €
Total affranchissement	3.669.234,80 €	3.784.855,52 €	4.436.181,62 €

20. La maîtrise d'ouvrage et le support informatique



Service Maîtrise d'ouvrage, service Analyses décisionnelles et statistiques, service Analyse et gestion des processus et service Support informatique du département MOA, support informatique, analyse décisionnelle et procédurale



Le service Maîtrise d'ouvrage coordonne, planifie et suit les projets prioritaires de la CNS, surtout ceux ayant une forte implication informatique et une forte intersection avec le CISS. En analysant les besoins métier (fonctionnelle et procédurale), il recueille des nouvelles idées de projet et garantit la cohérence des majeurs outils informatiques de la CNS.

Le service Support informatique gère les incidents du Helpdesk ainsi que la conception, le développement et le support à tous les départements de la CNS pour la mise à disposition de fonctionnalités dans les environnements bureautique et/ou applicatif interne.

Le service Analyses décisionnelles et statistiques centralise le reporting des informations issues des applications métier de la CNS. Il met à disposition une source de données commune et fiable aux départements et à la direction leur permettant de se concentrer sur l'analyse décisionnelle. Sur base de cette source, le service crée des rapports à valeur ajoutée pour le compte des départements et de la direction.

Le service Analyse et gestion des processus aide l'organisation dans la maîtrise de ses activités et dans la réduction des risques, en veillant à ce que les processus soient en tout temps documentés de façon adéquate, accessibles et à jour. Ce service documente et révisé les processus ou assiste le métier dans cette activité en veillant aux bonnes pratiques et exigences. Il participe au développement d'un système de management de la qualité.

21. Les finances



Service Comptabilité, service Budget et service Paiements PN et recouvrement du département Finances



Outre les tâches des services qui le composent, le département Finances est en charge des missions ayant trait aux finances des assurances maladie-maternité (AMM) et dépendance (AD). Il établit les budgets et les décomptes annuels de l'AMM et l'AD. Le département gère la commission d'analyse financière et statistique introduite en 2014 et effectue la gestion et le suivi du rapport de mission de contrôle de l'IGSS: le département Finances représente le point de contact pour l'IGSS pour toutes leurs actions en relation avec leurs missions de contrôle auprès de la CNS.

En 2017, le département Finances a élaboré le concept du cahier d'études de la CNS. L'élaboration du cahier d'études s'inscrit dans une logique de développement du volet des analyses financières et statistiques. La CNS souhaite analyser et de comprendre son environnement, pour anticiper son comportement et répondre au mieux aux besoins de la collectivité. La finalité de cette démarche est de donner des informations objectives sur des sujets spécifiques, en complétant l'analyse économique traditionnelle - qui s'intéresse aux montants par grandes catégories de prestation et au nombre de personnes protégées - avec une étude approfondie qui peut descendre au niveau des actes et des patients. Les cahiers d'études CNS sont publiés sur le site internet de la CNS et transmis aux différents prestataires de soins de santé concernés par le sujet. En particulier, la CNS a publié son troisième cahier d'études en novembre 2019 relatif aux dépenses pour médicaments délivrés par les pharmacies hospitalières à des patients ambulatoires entre 2011 et 2018.

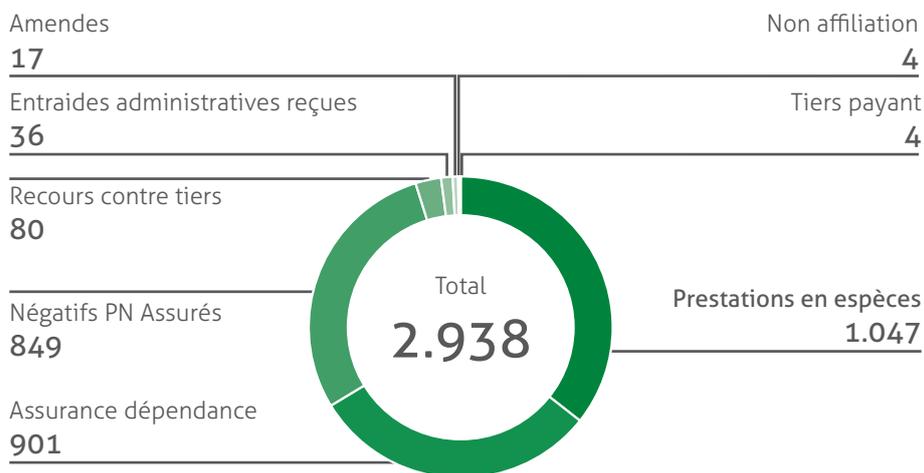
Le service Budget gère le budget administratif (BA) de la CNS, de l'établissement à la présentation au Conseil d'administration. Il assure également le suivi de l'exécution rigoureuse du BA, l'ordonnancement de dépenses et l'établissement du décompte des frais administratifs. Il gère les contrats de la CNS et établit un tableau de bord relatif aux contrats de consultance de la CNS.

Le service Comptabilité comptabilise et contrôle toute pièce comptable de la CNS et des caisses du secteur public pour les assurances maladie-maternité et dépendance. Il est en charge de la gestion des paiements, de l'établissement du bilan de clôture, du contrôle budgétaire des frais administratifs de la CNS et des caisses du secteur public. Il gère la trésorerie et établit des déclarations de créance envers l'État et les autres Institutions de sécurité sociale.

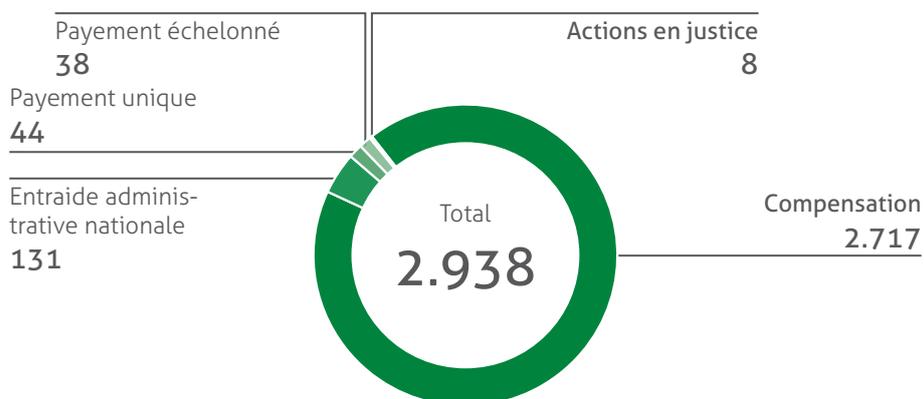
Le service Paiements PN et recouvrement établit des ordonnances d'imputation des liquidations "prestations en nature" pour l'AMM et pour l'AD. Il gère les retours-virements du département Prestations en nature maladie-maternité et du département International. Il gère les dossiers de recouvrement AMM et AD qui n'ont pas abouti après la procédure normale. En outre, ledit service gère le remboursement des cotisations aux assurés sur base de l'article 43 du CSS et le remboursement complémentaire dans le cadre de l'article 154bis des statuts de la CNS.



Provenance des dossiers du service Paiements PN et recouvrement (2019)



Mode de recouvrement



Montants recouvrés et montants à recouvrer

Montant total recouvré en 2019	456.653,00 €
Montant total à recouvrer	13.766.538,50 €
Prestations en espèces	1.043.710,92 €
Amenes	30.623,13 €
Recours contre tiers	1.791.616,36 €
Négatifs Prestations en nature Assurés	130.496,01 €
Assurance dépendance	595.740,61 €
Tiers payant	32.771,89 €
Non affiliation	13.778,44 €
Entraites administratives reçues	10.127.801,14 €