



RAPPORT ANNUEL 2012

Sommaire

Le mot du président	p. 5
Quelques chiffres pour l'année 2012	p. 6

A. LE FONCTIONNEMENT DE LA CNS

I. La naissance de la CNS	p. 10
II. La CNS et l'assurance maladie-maternité	p. 10
III. Les missions de la CNS	p. 12
IV. Les axes stratégiques et la planification annuelle	p. 13
V. Le Comité directeur	p. 14
VI. La Présidence, la Direction, les ressources rattachées au Président et les départements	p. 16
VII. Les ressources humaines	p. 18
VIII. L'organigramme de la CNS au 31.12.2012	p. 19

B. LES ACTIVITÉS DE LA CNS EN 2012

I. Les éléments marquants de 2012	p. 24
II. Le travail quotidien de la CNS	p. 32

C. LES FINANCES ET CHIFFRES-CLÉS DE LA CNS

I. Assurance maladie-maternité	p. 46
II. Assurance dépendance	p. 52

D. ANNEXES

I. Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance maladie-maternité	p. 58
II. Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance dépendance	p. 60
III. Modifications statutaires entrées en vigueur en 2012	p. 62
IV. Campagne d'information aux assurés	p. 64
V. Les communiqués de presse de 2012	p. 66
Glossaire	p. 71
Sources et liens utiles	p. 72

Mot du président

Madame, Monsieur,

Vous tenez sous vos mains une première édition d'un rapport annuel de la Caisse nationale de santé. Créée en 2008 dans le cadre de la loi portant introduction d'un statut unique et se basant sur la longue tradition de l'assurance maladie au Luxembourg, dont les origines remontent au début du 20^{ième} siècle, la CNS est un établissement public qui gère, en dehors de certaines missions dévolues aux caisses du secteur public, les prestations des assurances maladie-maternité et dépendance.

La CNS est une administration complexe et diversifiée, déjà par le large spectre de prestations et de services qu'elle est amenée à gérer par le biais de plus de 475 agents affectés à ses activités. En outre, quasiment tous les citoyens du pays ainsi qu'une large population des pays limitrophes ont fréquemment recours aux services de la CNS, par exemple pour la prise en charge des prestations en espèces dues à un arrêt maladie, ou le remboursement des prestations de soins. Ainsi la CNS apporte une contribution essentielle à la cohésion sociale tant à l'intérieur du Grand-Duché de Luxembourg qu'au sein de la Grande Région.

L'ordre de grandeur du budget de la CNS d'un total de plus de 2,7 mrd. euros contribue à assurer une population protégée de quelque 740.000 personnes contre les risques de la maladie et de la dépendance, ce qui représente une part de 6,2 % du PIB national. Par ce biais, elle fait également vivre un secteur d'activités économiques important du pays, englobant les médecins, les différentes professions de santé, le secteur de fournitures de produits de soins et aussi les secteurs hospitalier et de long séjour employant à eux seuls quelque 17.000 personnes.

Une autre facette de l'activité de la CNS, respectivement des branches de sécurité sociale qu'elle gère, est sa sensibilité politique inhérente. D'abord par le mode de financement répartitionnel, les assurances maladie et dépendance sont directement tributaires des tendances économiques, notamment de l'évolution de l'emploi.

Puis, elles doivent faire face aux évolutions de l'offre de soins, des besoins et des demandes des assurés ainsi que du progrès médical. Face à ses tendances, et dans un contexte économique précaire, des réformes de ces systèmes s'imposent périodiquement. La CNS doit et veut s'y impliquer activement, tout en étant consciente que son mode de gestion tripartite réunissant État, salariat et patronat pose certaines limites.

La finalité de ce rapport annuel est ainsi, en complément aux décomptes financiers annuellement publiés pour les assurances maladie-maternité et dépendance, de fournir à un public externe d'assurés intéressés, de prestataires de soins, de responsables d'autres administrations ou encore de décideurs politiques au sens large du terme, une information transparente et diversifiée des différentes facettes des activités de la CNS, de ses contraintes et défis, des projets majeurs et de ses orientations stratégiques, des données-clés caractérisant son environnement et ses activités, ou encore de son fonctionnement interne.

J'espère, au nom du Comité directeur et de l'administration de la CNS, que ce rapport pourra apporter des informations utiles et contribuer ainsi à une meilleure connaissance voire compréhension de la CNS et du fonctionnement des assurances maladie-maternité et dépendance. Il est de notre volonté d'institutionnaliser cette publication au-delà de cette première édition, et de la faire évoluer, aussi sur base d'éventuels commentaires, qui sont naturellement les bienvenus.

En dernier lieu, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la préparation et à la publication de ce document.

Luxembourg, en octobre 2013

A blue ink signature of Paul Schmit, written in a cursive style.

Paul Schmit

Président du Comité directeur
de la CNS

Quelques chiffres pour l'année 2012

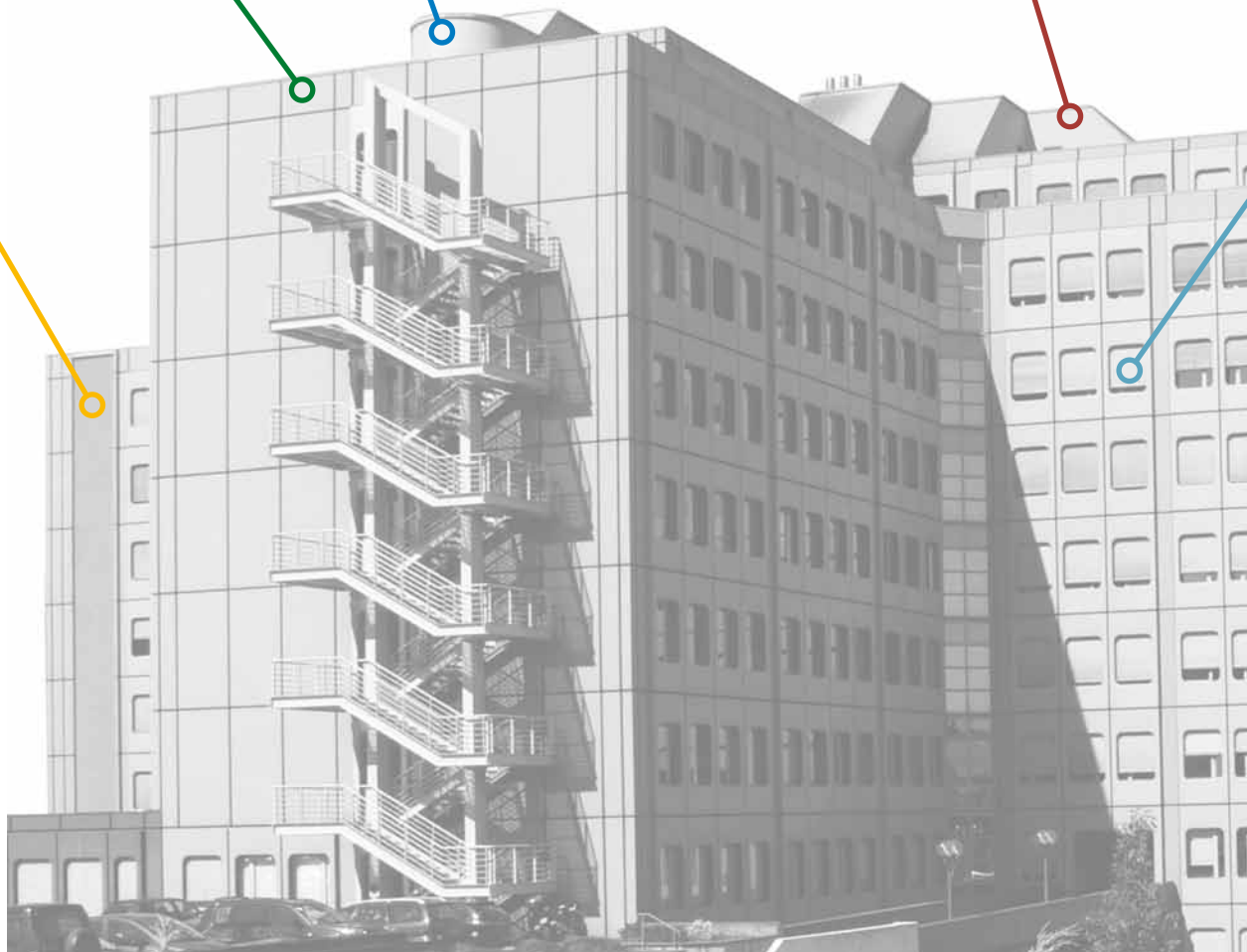
739.863 assurés
sont affiliés à l'assurance maladie-maternité,
en augmentation de 2,71 % par rapport à
2011

11.000
déclarations médecins référents ont été
émises par 144 médecins généralistes

16 agences de la
CNS sont à votre service

presque **1** assuré sur **3**
ne réside pas au Luxembourg

475
collaborateurs



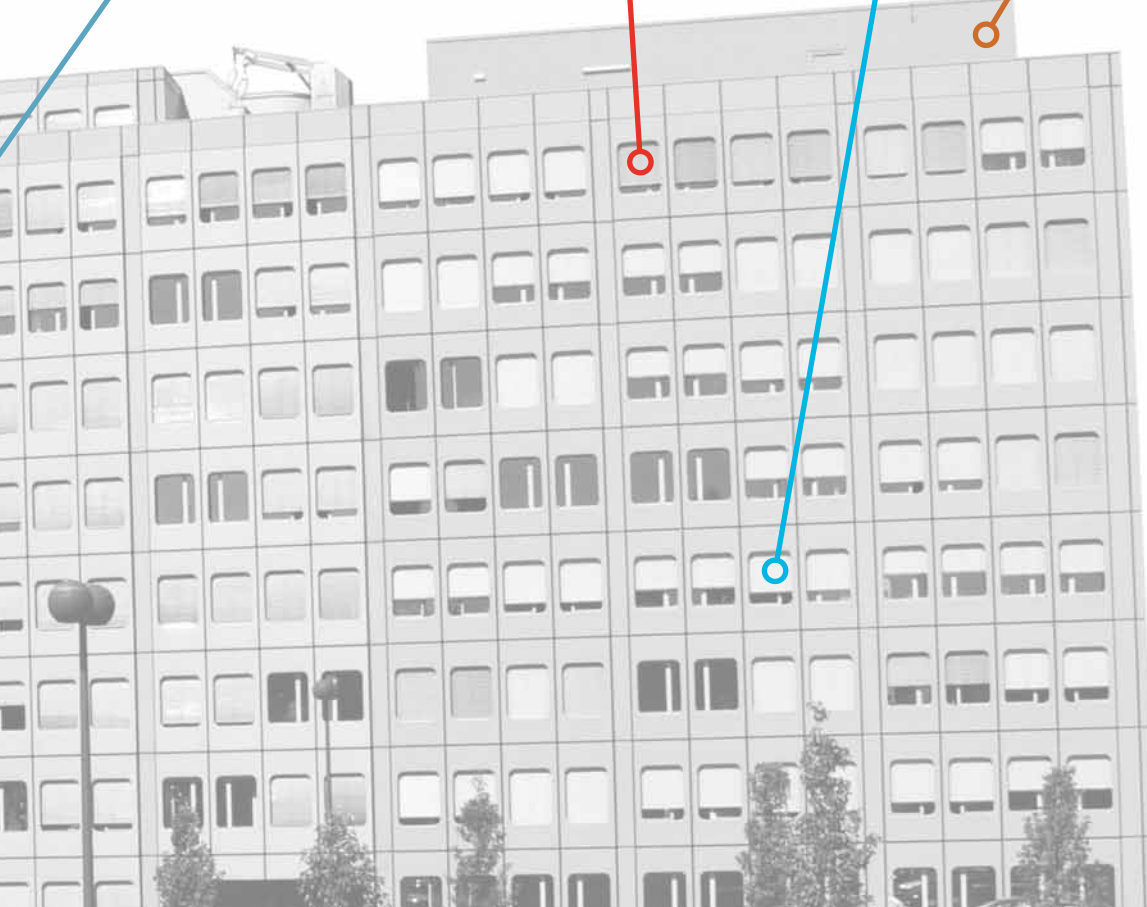
2/3 des **assurés** ayant
déclaré un médecin référent
sont âgés de **moins de 70 ans**

586.019
certificats d'**incapacité de travail**
sont parvenus à la CNS

12.736
mémoires d'honoraires de médecins
et d'autres professions de santé sont
saisis en moyenne par jour

196.955
appels sont arrivés au central
téléphonique de la CNS

2.000
visites journalières en moyenne
sur notre site www.cns.lu



Le fonctionnement de la CNS

A. Le fonctionnement de la CNS

I. La naissance de la CNS

La Caisse nationale de santé a été créée avec l'introduction du **statut unique**.

Depuis le 1^{er} janvier 2009, la CNS a repris les activités de l'Union des caisses de maladie (UCM) et des six caisses de maladie du secteur privé, à savoir la Caisse de maladie des employés privés (CMEP), la Caisse de maladie des ouvriers (CMO), la Caisse de maladie agricole (CMA), la Caisse de maladie des professions indépendantes (CMPI), les deux Caisses de maladie des employés et des ouvriers de l'Arbed (CMEA et CMOA).

II. La CNS et l'assurance maladie-maternité

La CNS est compétente pour tous les assurés du secteur privé (salariés et non salariés tels les indépendants) ainsi que pour les ouvriers de l'État.

i

C'est quoi le statut unique ?

La loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009) a mis fin à la **distinction** entre les catégories socioprofessionnelles des employés privés et des ouvriers sur le plan de la sécurité sociale et du droit du travail.

À côté de la CNS, il existe encore trois autres caisses de maladie qui sont compétentes pour le secteur public : la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics (CMFEP), la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux (CMFEC) et l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois (EMCFL).



739.863 assurés sont affiliés à l'assurance maladie-maternité.

© Stephanie Hofschlaeger / PIXELIO

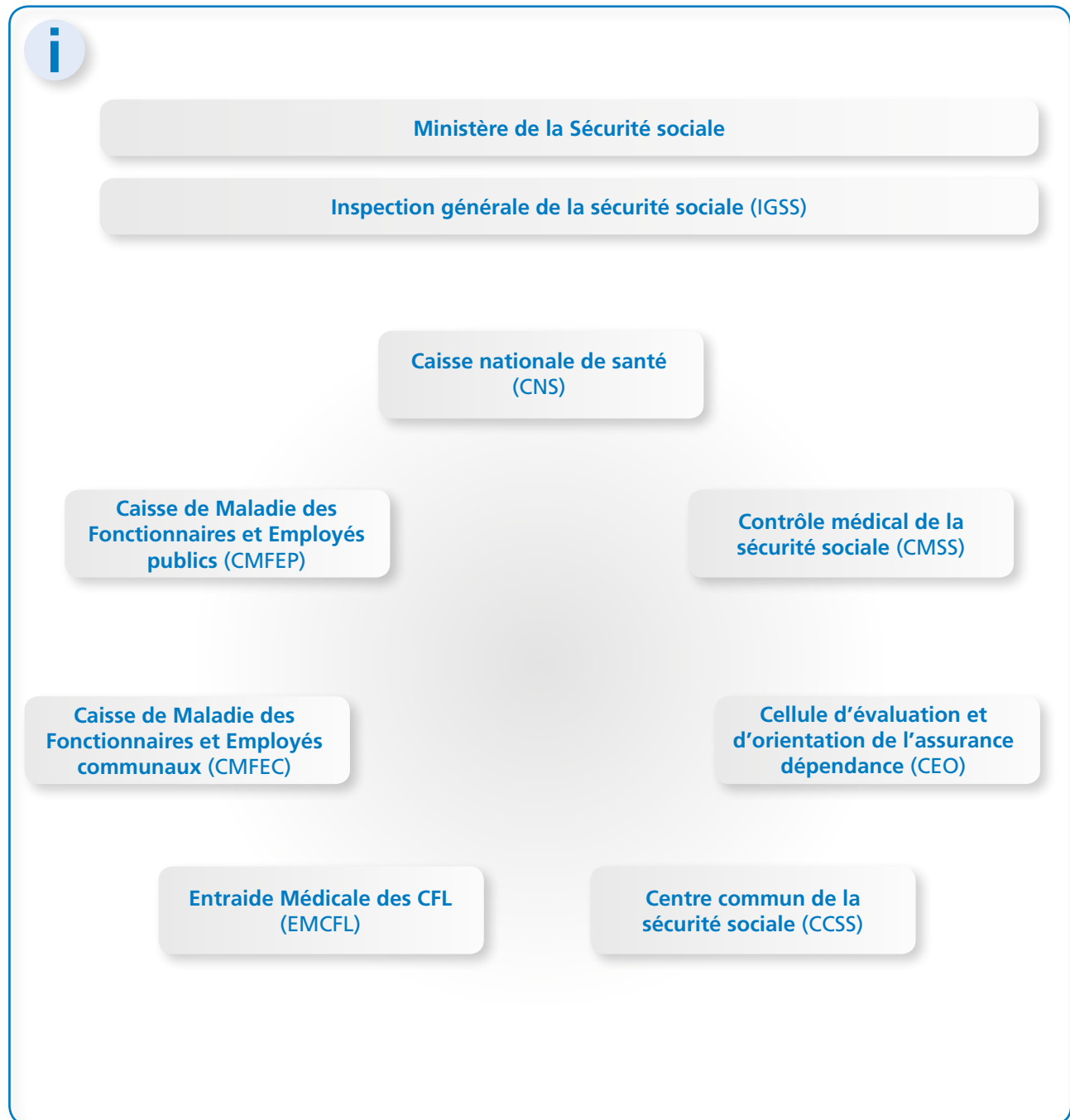
Les Visions de la CNS

Gestionnaire des assurances maladie-maternité et dépendance, la **Caisse nationale de santé** est l'assureur légal en matière de santé dont l'action repose sur trois principes fondamentaux, la solidarité, l'égalité d'accès aux soins et la qualité des soins.

Nous **accompagnons l'assuré** en lui accordant une indemnité de maternité, une prise en charge des frais de soins de santé y compris les soins de dépendance et une indemnité en cas d'incapacité de travail de longue durée.

Nous maintenons un **haut niveau de prise en charge** et nous intégrons le progrès médical au profit de l'assuré.

L'**organisation générale** des assurances maladie-maternité et dépendance au Luxembourg se présente comme suit :



Nous renforçons notre rôle de **conseil et de prévention** auprès de l'assuré afin de lui offrir un service de qualité.

Nous fondons nos relations avec les assurés, les professionnels de santé et les entreprises sur la **simplification et le dialogue**.

Nous utilisons **de façon responsable, durable et efficiente** les fonds qui nous sont confiés.

Nous luttons contre les **fraudes et les abus**.

Nous assurons un **rôle d'expert** en matière de sécurité sociale et de santé et nous participons activement aux discussions et aux projets menés à ce niveau.



III. Les missions de la CNS

La CNS est en charge de la gestion de l'assurance maladie-maternité et de l'assurance dépendance.

Les missions de la CNS dans le cadre de l'assurance maladie sont les suivantes :

- la prise en charge des soins de santé moyennant remboursement aux assurés ou par la voie du tiers payant ;
- le paiement d'une prestation en espèces sous forme d'indemnité pécuniaire de maladie en cas de maladie de longue durée ou d'indemnité pécuniaire de maternité ;
- le paiement d'une indemnité funéraire ;
- l'établissement des **statuts** définissant les prestations prises en charge par l'assurance maladie et leur niveau de prise en charge ;
- l'établissement du budget global de l'assurance maladie-maternité accompagné d'une programmation pluriannuelle indiquant de façon prospective l'évolution financière de l'assurance maladie et du décompte des recettes et des dépenses ;
- la refixation du taux de cotisation lorsque le budget fait apparaître que le montant de la réserve est inférieur à 10 % respectivement supérieur à 20 % du montant annuel des dépenses ;
- la négociation avec les groupements professionnels des prestataires de soins et des établissements hospitaliers des conventions réglant leurs relations avec l'assurance maladie ;
- l'établissement, tous les 2 ans, du budget pour chaque établissement hospitalier, en tenant compte de l'enveloppe budgétaire globale ;
- l'émission d'un avis à l'attention du gouvernement pour la fixation de l'enveloppe budgétaire globale pour tout le secteur hospitalier ;
- la prise en charge de mesures de médecine préventive ;
- le contrôle adéquat de la conformité et de la qualité des prestations fournies ;
- la collaboration avec les ministères et les administrations concernés, pour le développement durable du

i

C'est quoi les statuts de la CNS ?

Les statuts de la CNS définissent les prestations prises en charge ainsi que leur niveau de prise en charge, et ce dans la limite des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles.

système de soins de santé ;

- la mise en oeuvre d'une information active de la population assurée, des prestataires de soins et des employeurs ;
- la participation à travers l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé (Agence eSanté) d'une plate-forme d'échange et de partage de données de santé comportant notamment le dossier de soins partagé ;
- la gestion des relations au niveau européen et international.

Les missions de la CNS dans le cadre de l'assurance accident sont les suivantes :

- le paiement de prestations en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle pour compte de l'assurance accident.

Les missions de la CNS dans le cadre de l'assurance dépendance sont les suivantes :

- la prise en charge, par la voie du tiers payant, des aides et soins nécessitées par la personne dépendante à son domicile ou dans un établissement stationnaire ;
- le paiement d'une prestation en espèces en remplacement des prestations en nature pour la personne dépendante à domicile ;
- la prise en charge des aides techniques et des adaptations du logement ;
- la négociation avec les groupements professionnels

des prestataires oeuvrant dans le cadre de l'assurance dépendance ;

- l'établissement du budget de l'assurance dépendance et du décompte annuel des recettes et des dépenses.

La CNS, à travers son Président, est tenue régulièrement informée sur les travaux d'autres institutions sociales en participant aux discussions menées au sein du Conseil d'administration de la Mutualité des employeurs, du Comité directeur du Centre commun de la sécurité sociale, de la Commission permanente pour le secteur hospitalier et de la Conférence des Présidents.

La CNS participe également à la mise en oeuvre de projets intéressant la Santé et la Sécurité sociale. Il s'agit notamment de projets menés sous l'égide du Ministère de la Santé (plan hospitalier), du Ministère de la Sécurité sociale et de l'Inspection générale de la sécurité sociale (réforme du Contrôle médical de la sécurité sociale, transposition de la directive relative aux soins transfrontaliers) et du Ministère de la Famille (mise en oeuvre du tiers payant social).

Parmi les activités scientifiques nationales, européennes et internationales, la CNS est membre de l'Association luxembourgeoise des organismes de sécurité sociale (ALOSS), de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), de l'European Social Insurance Platform (ESIP) et du Medicine Evaluation Committee (MEDEV).

IV. Les axes stratégiques et la planification annuelle

En 2012, une démarche de planification annuelle a été mise en place.

La planification annuelle comprend les neuf axes stratégiques suivants :

1. La CNS documente et harmonise ses processus et ses procédures internes.
2. Afin de se développer toujours plus, la CNS met en place une gestion électronique de documents en vue d'optimiser le travail des agents et d'améliorer ainsi la qualité du service. Cet axe stratégique intègre la modernisation des outils informatiques.
3. La CNS attache une grande importance à la gestion de ses ressources humaines en développant toujours plus les compétences de son personnel. La description formelle des rôles et responsabilités et un solide plan de formation seront établis.
4. En veillant à l'évolution du secteur de la santé, la CNS revoit les conventions avec ses prestataires de soins et les nomenclatures y afférentes afin que celles-ci traduisent au mieux la réalité tout en mettant en oeuvre une stratégie de communication avec les prestataires.
5. La CNS modernise et étend ses services d'information et d'assistance aux assurés. Le site internet sera modernisé et un nouveau concept des agences sera présenté.
6. La CNS met en place un reporting statistique et financier plus complet à l'avenir.

7. La CNS agit activement en matière de lutte contre la fraude et les abus.
8. La CNS s'implique dans les projets de réforme, comme le plan hospitalier, la substitution de médicaments, la transposition de la directive sur les soins transfrontaliers et la réforme de l'assurance dépendance.
9. Pour optimiser son fonctionnement interne et pour établir une prise de décision transparente, le processus de la planification annuelle et d'amélioration continue sera implémenté durablement, ainsi qu'une mise en oeuvre d'une politique de communication interne et externe sera définie. Il sera procédé à une révision des statuts.

V. Le Comité directeur

La CNS est placée sous la responsabilité d'un Comité directeur qui gère la CNS. Les actes posés par le Comité directeur engagent la CNS.

Il est composé du Président de la CNS, représentant de l'État, de 5 délégués des salariés du secteur privé, 3 délégués du secteur public, 3 délégués des non-salariés et 5 délégués des employeurs.

Le Comité directeur se réunit sous trois compositions différentes, à savoir la gestion plénière, la gestion CNS et la gestion dépendance.

Pour la gestion CNS relative aux frais de soins de santé avancés par les assurés, aux indemnités pécuniaires de maladie et de maternité, à l'indemnité funéraire concernant les assurés de la CNS, le Comité directeur siège en l'absence des délégués du secteur public.

En matière d'assurance dépendance, le Comité directeur délibère en l'absence des délégués des employeurs.

Le Comité directeur, ensemble avec la Direction, met en place les principes de gouvernance interne de la CNS permettant d'un côté de piloter et d'un autre côté de contrôler les activités de la CNS.

Les missions spécifiques du Comité directeur sont définies dans le Code de la sécurité sociale (CSS), selon lequel il lui appartient notamment :

- de statuer sur le budget annuel global de l'assurance maladie-maternité, compte tenu du budget des frais administratifs établi par la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois ;
- d'établir la programmation pluriannuelle ;
- de fixer les taux de cotisation ;
- de statuer sur le décompte annuel global des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan de l'assurance maladie-maternité ;
- d'établir les statuts réglant, dans la limite des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles, tout ce qui concerne les prestations ;
- d'établir les règles relatives au fonctionnement de la CNS ;
- de préparer les négociations à mener par le Président ou son représentant avec les prestataires de soins et de se prononcer sur le résultat de ces négociations ;
- de gérer le patrimoine immobilier de la CNS ;
- de prendre les décisions concernant le personnel de la CNS.



La composition du Comité directeur au 31 décembre 2012

Nom	Fonction	Délégué par	Suppléant	Gestion plénière	Gestion CNS	Gestion dépendance
Paul Schmit	Président	CNS		✓	✓	✓
Raymond Munhowen	Délégué des non-salariés	Chambre de Commerce	Marc Decker	✓	✓	✓
Norbert Geisen	Délégué des non-salariés	Chambre des Métiers	Christian Colas	✓	✓	✓
Camille Schroeder	Délégué des non-salariés	Chambre d'Agriculture	Josiane Willems	✓	✓	✓
Fabienne Lang	Déléguée employeurs	Chambre de Commerce et des Métiers	Danielle Elsey-Haustgen	✓	✓	
Claude Bizjak	Délégué employeurs	Chambre de Commerce et des Métiers	Nathalie Wagner	✓	✓	
François Engels	Vice-président Délégué employeurs	Chambre de Commerce et des Métiers	Jeannot Franck	✓	✓	
Tom Hermes	Délégué employeurs	Chambre de Commerce et des Métiers	Marc Kieffer	✓	✓	
Pierre Bley	Délégué employeurs	Chambre de Commerce et des Métiers	Raymond Soumer	✓	✓	
Armand Drews	Délégué salariés du secteur privé	Chambre des Salariés	Marianne Thomas*	✓	✓	✓
Carlos Pereira	Délégué salariés du secteur privé	Chambre des Salariés	Lynn Settinger*	✓	✓	✓
René Pizzaferrì	Délégué salariés du secteur privé	Chambre des Salariés	René Baustert*	✓	✓	✓
Alain Nickels	Délégué salariés du secteur privé	Chambre des Salariés	Jean-Claude Hinger**	✓	✓	✓
Alain Rassel	Délégué salariés du secteur privé	Chambre des Salariés	Paul De Araujo**	✓	✓	✓
Michèle Diederich	Délégué salariés du secteur public	Délégué désigné par les agents CFL de la Chambre des Salariés	Nico Wennmacher	✓		✓
Marie-Claude Koders	Délégué salariés du secteur public	Délégué désigné par les fonctionnaires et employés communaux de la Chambre des fonctionnaires et employés publics	Claude Reuter	✓		✓
Claude Geimer	Délégué salariés du secteur public	Délégué désigné par la Chambre des fonctionnaires et employés publics	Jean-Marie Spartz	✓		✓

* Dans la gestion CNS, ces membres deviennent membres effectifs, et non membres suppléants.

** Dans la gestion CNS, M. Jean-Claude Hinger devient membre suppléant de M. Armand Drews et M. Paul De Araujo devient membre suppléant de M. Carlos Pereira

VI. La Présidence, la Direction, les ressources rattachées au Président et les départements

Le Président

La CNS est dirigée par son Président qui assume la double fonction de chef d'administration et de représentant de l'État au sein du Comité directeur. Le Président représente la CNS judiciairement et extrajudiciairement et les actes qu'il pose engagent la CNS.

Le Président, en concertation avec le Comité directeur coordonne, planifie, dirige et supervise l'ensemble des activités de la CNS.

Il lui appartient notamment :

- de prendre les décisions relatives à l'inscription ou à l'exclusion de médicaments sur la liste positive ainsi qu'à la fixation de leur taux de prise en charge ;
- de mener les négociations avec les prestataires de soins en matière d'assurance maladie et assurance dépendance ;
- de prendre les décisions individuelles à l'égard de l'assuré en matière de prestations de l'assurance maladie et de l'assurance dépendance ainsi qu'en matière d'amende d'ordre ;
- de saisir l'Inspection générale de la sécurité sociale pour toute décision qui est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts.

La Direction

Le Président est assisté d'une Direction. En principe, un membre de la Direction est en charge d'un ou de plusieurs départements de la CNS. La Direction a notamment comme missions :

- de préparer, de coordonner la mise en œuvre et d'assurer le suivi des décisions prises et des actions retenues lors des réunions du Comité directeur, de la Commission des statuts et de la Direction ;
- de développer et de recommander un plan stratégique et des objectifs au Comité directeur, ainsi que d'arrêter et d'assurer la mise en œuvre de la planification annuelle qui en découle ;
- de coordonner la gestion journalière des affaires et la gestion interne de la CNS, notamment en ce qui concerne l'allocation des ressources, la répartition des dotations, l'organigramme et les décisions majeures en matière de gestion de personnel, ainsi que la gestion des urgences ou de conflits ;
- de développer une approche d'amélioration continue et de gestion proactive des risques, ainsi qu'une philosophie d'action se fondant sur le respect, les compétences, le mérite, la collaboration et l'innova-

tion ;

- de valider les tableaux de bord et les dossiers lui soumis.

La Direction se compose de 10 personnes :

Paul Schmit, Président. Outre ses fonctions précitées, il préside les réunions de la Direction et s'assure du respect de la conformité des activités, des valeurs institutionnelles et de la stratégie de la CNS ;

Jean-Paul Juchem, Adjoint au Président. Il assiste et conseille le Président dans l'exercice de ses responsabilités. Il remplace le Président en cas d'absence ;

José Balanzategui en charge du Département Établissements Hospitaliers et du Département Assurance Dépendance ;

Vanessa Di Bartolomeo en charge du Département Comptabilité et Budget ;

Jean-Claude Garlinskas en charge du Département Prestations Espèces Maladie, du Département International et du Département Relation Assurés ;

Geneviève Klepper en charge du Département Prestations des Médecins et Autres Professions de Santé et du Département Fournitures et Médecine Préventive ;

Nicolas Kremer en charge du Département Maîtrise d'Ouvrage et Support Informatique ;

Denise Seywert en charge du Département Ressources Humaines et Organisation, du Département Communication et du Département Administration Générale ;

Catherine Thomé, Secrétaire générale ;

Mike Walch en charge du Département Juridique ;

Les ressources rattachées au Président

Le Secrétariat général

Le Secrétariat général est directement rattaché au Président. Il assure notamment la coordination et la transmission d'informations et de documents entre les entités organisationnels et la coordination, la préparation, le secrétariat et le suivi des réunions du Comité directeur, de la Commission des Statuts, de la Direction, de la Commission de Coordination Prestataires, de la Plateforme Départements et de toute autre réunion que le Président juge utile.

La Cellule Instruments juridiques

La Cellule Instruments juridiques est également directement rattachée au Président. Elle est notamment en charge, en concertation avec le Président et les autres acteurs concernés, des statuts, conventions nationales et

internationales et du suivi de l'évolution du cadre réglementaire et législatif ayant un impact sur la CNS.

Les départements

Les activités de la CNS sont regroupées en 13 départements.

Sous la responsabilité d'un chef de département et d'un adjoint, un département se compose normalement de plusieurs services. Le service se compose de plusieurs collaborateurs regroupés, le cas échéant, en différentes équipes. Le service est dirigé par un chef de service et un adjoint.

Ci-après les 13 départements avec un bref descriptif de leurs missions principales :

1. Administration Générale

Le Département Administration Générale couvre l'ensemble des services nécessaires au fonctionnement journalier de la CNS.

2. Assurance Dépendance

Le Département Assurance Dépendance traite les demandes en obtention de prestations de l'assurance dépendance.

3. Communication

Le Département Communication se charge de la communication interne et externe. Il a notamment pour mission la gestion et la mise à jour du site internet, l'édition de dépliants dans le cadre de sa campagne d'information aux assurés.

4. Comptabilité et Budget

Le Département Comptabilité et Budget est responsable des finances et de la comptabilité de l'assurance maladie-maternité et de l'assurance dépendance et il se charge de la gestion du budget administratif de la CNS.

5. Établissements Hospitaliers

Le Département Établissement Hospitaliers gère les relations avec les établissements hospitaliers et la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL).

6. Fournitures et Médecine Préventive

Le Département Fournitures et Médecine Préventive gère la prise en charge des médicaments, dispositifs médicaux et fournitures diverses (ex.: prothèses auditives, pansements, matelas anti-escarres).

7. International

Le Département International regroupe l'ensemble des missions ayant trait aux activités transfrontalières, dont notamment la gestion de l'ensemble des formulaires internationaux, la gestion des demandes de transfert à

l'étranger pour traitement stationnaire ou ambulatoire, l'émission des cartes européennes d'assurance maladie.

8. Juridique

Le Département Juridique traite les réclamations et les oppositions introduites à l'encontre des décisions présidentielles. Il gère en plus le contentieux de la CNS et donne des avis juridiques.

9. Maîtrise d'Ouvrage (MOA) et Support Informatique

Le Département MOA et Support Informatique coordonne et planifie les projets de la CNS ayant une forte implication informatique et une forte intersection avec le Centre informatique de la sécurité sociale (CISS). Il garantit entre autre la cohérence des outils informatiques majeurs au sein de la CNS.

10. Prestations des Médecins et Autres Professions de Santé

Le Département Prestations des Médecins et Autres Professions de Santé a notamment pour mission la gestion de l'enregistrement centralisé de tous les professionnels de santé et fournisseurs et la gestion de l'autorisation, tarification et liquidation par la voie du tiers payant de certains actes. Le département entame également les négociations avec les groupements représentatifs des professionnels en vue de l'élaboration et de l'adaptation des conventions.

11. Prestations Espèces Maladie

Le Département Prestations Espèces Maladie se charge de la saisie et de la gestion des certificats d'incapacité de travail, du calcul et de la liquidation des indemnités de maladie ainsi que des dispenses de travail, congés de maternité, congés d'accueil, congés pour raisons familiales et congés d'accompagnement de personnes en fin de vie.

12. Relation Assurés

Le Département Relation Assuré a pour mission principale le remboursement aux assurés des soins délivrés au Luxembourg et à l'étranger, la gestion des coassurances, la gestion des devis pour prothèses dentaires et pour traitement orthodontique ainsi que le contrôle administratif des personnes portées incapables de travailler.

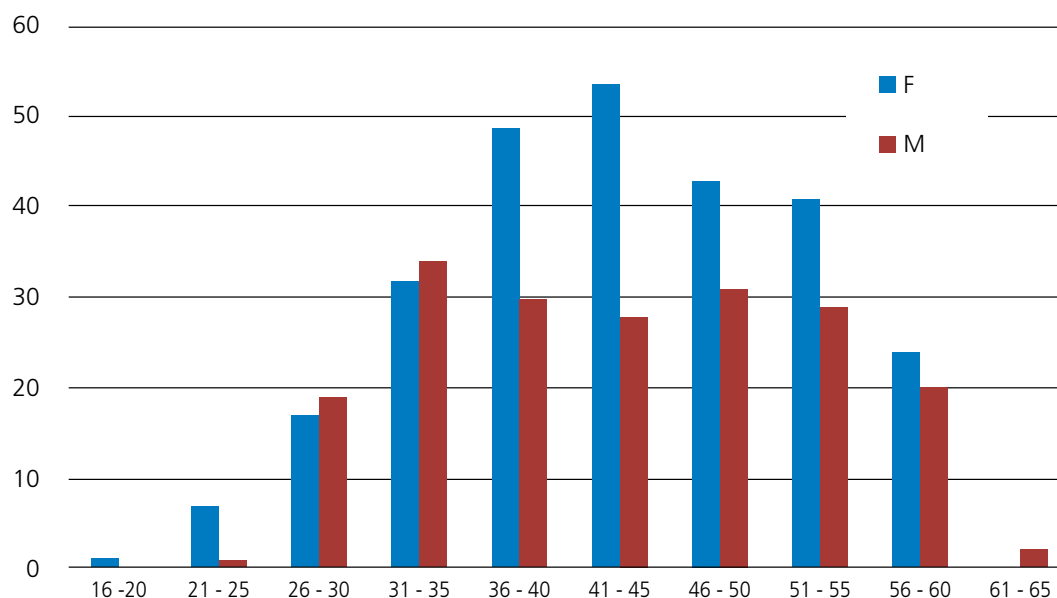
13. Ressources Humaines et Organisation

Le Département Ressources Humaines et Organisation est en charge de la gestion du personnel, entre autres en ce qui concerne la paie, les congés, le recrutement et la formation.

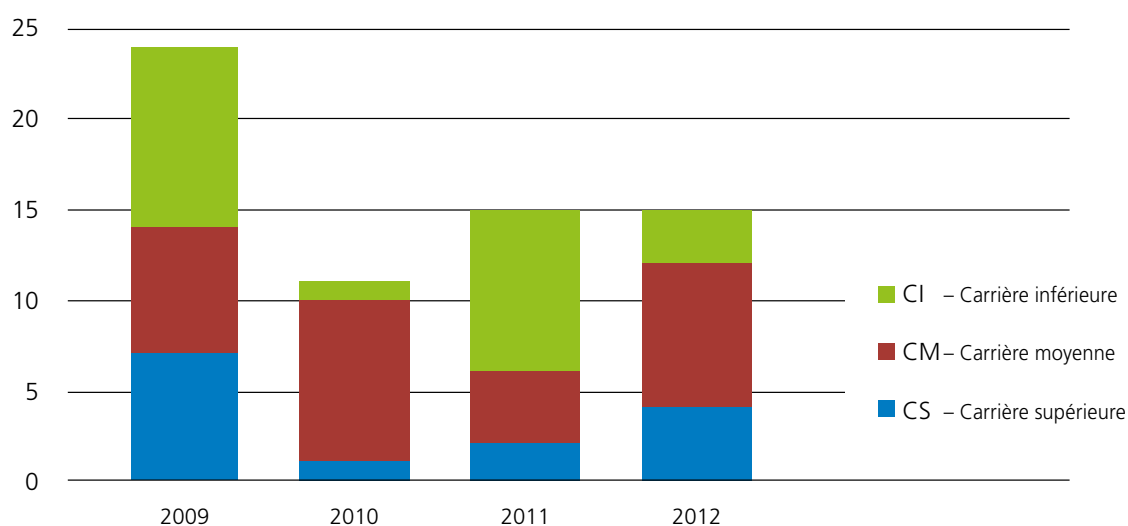
VII. Les ressources humaines

Effectif de la CNS (au 31 décembre de l'année)				
	2009	2010	2011	2012
Président	1	1	1	1
1 ^{er} Conseiller de direction	4	4	3	4
Attaché de direction	13	14,25	14	16
Pharmacien	1	1	1	1
Rédacteur	163	167	164	161,25
Expéditionnaire	118,25	115	118,25	114,75
Infirmier/Laborantin	0	0	1	1
Garçon de bureau	1	1	1	1
Non-statutaires	112,25	117,25	113,5	112,5
Total	413,5	420,5	415,75	412,5

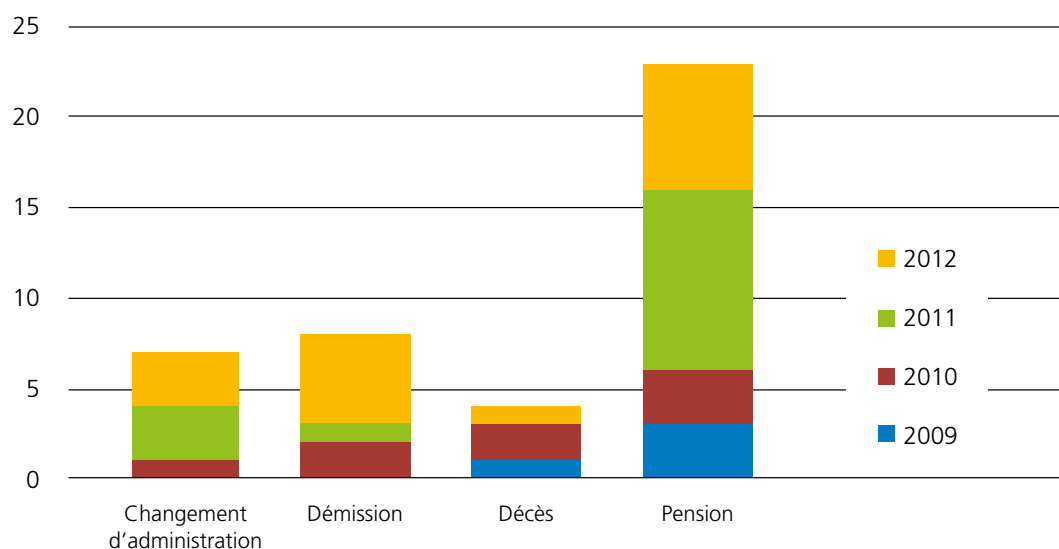
Pyramide des âges 2012



Recrutements 2009 – 2012



Départs 2009 – 2012



VIII. L'organigramme de la CNS au 31.12.2012

Comité Directeur

Président

Adjoint au Président

Direction

Département Prestations Espèces Maladie

Département International

Département Relation Assurés

Département Prestations des Médecins et
Autres Professions de Santé

Département Fournitures et Médecine Préventive

Département Établissements Hospitaliers

Département Assurance Dépendance

Département Administration Générale

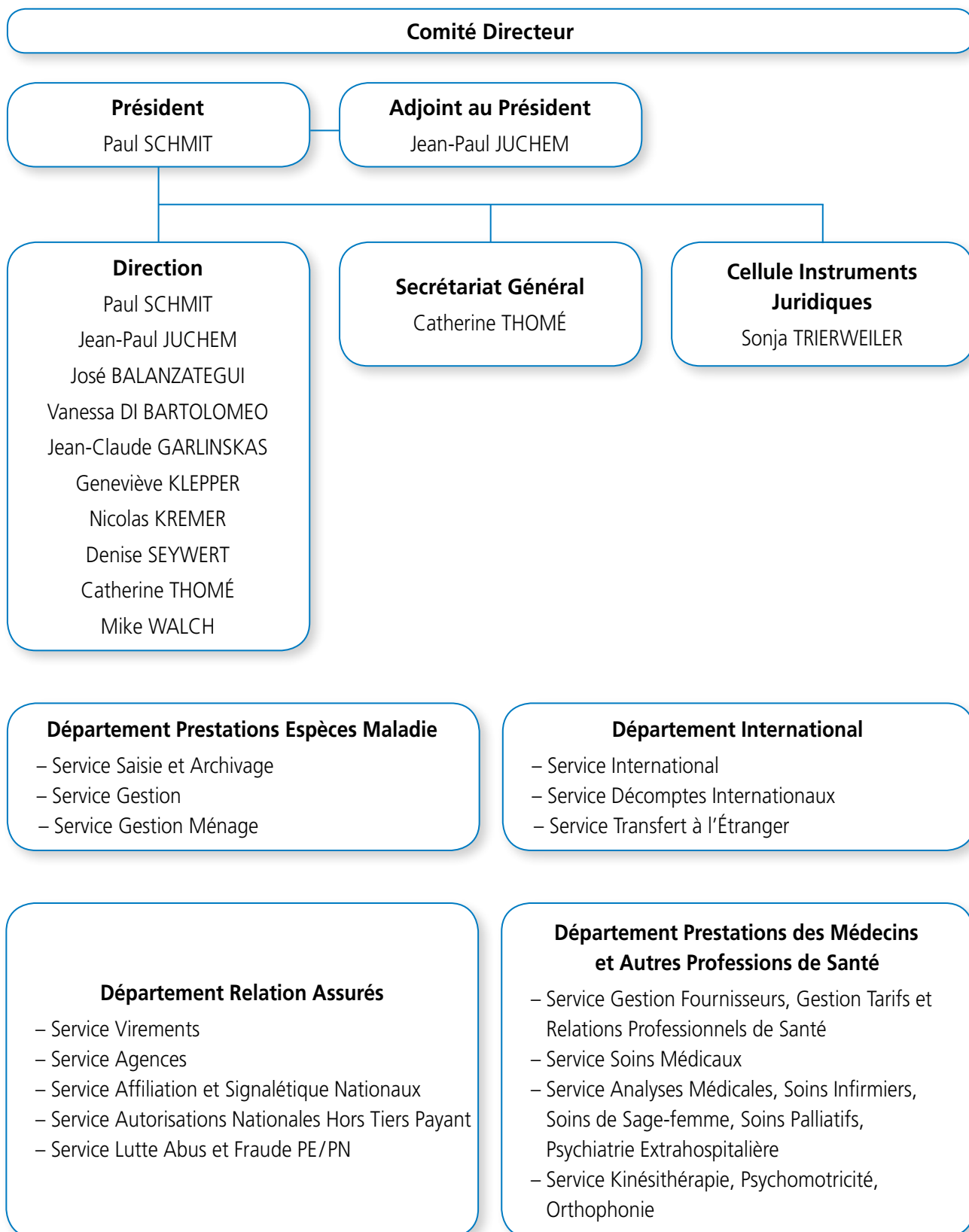
Département Ressources Humaines et Organisation

Département Communication

Département Comptabilité et Budget

Département MOA et Support Informatique

Département Juridique



**Département Fournitures
et Médecine Préventive**

- Service Liste Positive et Tarifs Fournitures
- Service Médicaments et Dispositifs Médicaux
- Service Orthopédie et Transport des Malades

Département Établissements Hospitaliers

- Service Négociation
- Service Autorisations et Liquidation

Département Assurance Dépendance

- Service Relations Prestataires
- Service Gestion des Demandes
- Service Liquidation

Département Administration Générale

- Service Support Administratif
- Service Gestion du Patrimoine
- Service Courrier
- Service Central Téléphonique

**Département Ressources Humaines
et Organisation**

- Service Gestion du Personnel
- Service Formation et Examens

Département Communication

- Service Relations Publiques et Publications
- Service Multimédias

Département Comptabilité et Budget

- Service Comptabilité Générale
- Service Budget Administratif
- Service Budget Global

Département MOA et Support Informatique

- Service Maîtrise d’Ouvrage
- Service Support Informatique
- Service Centre de Compétences Décisionnelles
- Service Sécurité Informatique

Département Juridique

- Cellule Juristes
- Service Contentieux Assurés
- Service Recours Contre Tiers
- Service Réclamations et Litiges Non-Juridictionnels
- Service Assurance Dépendance

Les activités de la CNS en 2012

B. Les activités de la CNS en 2012

I. Les éléments marquants de 2012

Plusieurs thématiques ont occupé la CNS au cours de l'année 2012. Ces dossiers concernent davantage des volets politiques ou innovatifs, que la CNS a dû transposer, soit dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de la santé soit suite à une autre mesure législative. En outre, une attention particulière est donnée aux relations et négociations avec les prestataires de soins.

1. Tiers payant social

Prévu par le programme gouvernemental et inscrit dans le Code de la sécurité sociale par la loi du 17 décembre 2010, le dispositif du tiers payant social, visant la prise en charge directe des prestations en nature des personnes en situation d'indigence, a été transposé au cours de l'exercice 2012.

Depuis le 1^{er} janvier 2013, les personnes à revenu modeste ont donc la possibilité de demander le tiers payant social auprès de l'Office social compétent. Ce dispositif a pour but de faciliter l'accès aux soins médicaux et médico-dentaires des personnes en difficulté.

Sur présentation d'une attestation limitée dans le temps, remise au bénéficiaire par l'office social, la CNS prend directement en charge les prestations médicales, de sorte qu'il n'est plus tenu de payer les prestations pour en demander le remboursement par la suite.

Toute personne ayant son domicile légal au Grand-Duché de Luxembourg peut faire une demande auprès de l'Office social compétent de sa commune.

Il est de la compétence exclusive de l'Office social de déterminer si le demandeur remplit les conditions requises pour bénéficier du tiers payant social. L'affiliation à l'assurance maladie est une condition pour l'octroi du tiers payant social. Ainsi, à la réception de la demande, l'office social s'assure d'abord de l'affiliation du demandeur à l'assurance maladie et, le cas échéant, procède à son affiliation.

Ensuite, il appartient à l'Office social de juger, au cas par cas, si l'octroi du tiers payant social est nécessaire.

Le tiers payant social s'applique actuellement aux prestations des médecins et médecin-dentistes.

i Le **tiers payant social** et les autres **mesures d'action sociale** sont décrits en détail sur notre site internet www.cns.lu sous la rubrique Assurés.



Quelles sont les différentes mesures d'action sociale ?

Assistance exceptionnelle en cas de situation économique précaire: Cette mesure s'adresse à des personnes protégées qui se trouvent temporairement dans une situation économique précaire et pour lesquelles le paiement d'un mémoire d'honoraires représente une charge insurmontable compte tenu de leur situation financière. La CNS verse par virement une avance sur l'argent que l'assuré est en droit d'attendre de la CNS directement au prestataire de soins ou fournisseur agréés, et ce pour une facture bien précise.

Paiement complémentaire (art.154bis des statuts de la CNS): Au cours d'une année civile (du 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 ce seuil.

Assistance d'un intervenant tiers: Une personne ou un organisme qui a payé des prestations relatives aux soins de santé pour un tiers, est en droit de se faire rembourser par la CNS la partie à charge de l'assurance maladie.

Remboursement en espèces: L'assuré peut prétendre à un remboursement par chèque de mémoires d'honoraires qui ont été payés depuis moins de quinze jours et qui atteignent au moins 100,- EUR par ménage. Ce remboursement se fait aux guichets des agences de la CNS.

2. Agence eSanté

C'est en 2006 que le gouvernement a adopté le plan d'action « eSanté » du Luxembourg.

Faisant suite à la recommandation de la Commission européenne qui demande à chaque État membre de se doter d'une stratégie pour l'élaboration d'un plan en vue de l'introduction des nouvelles technologies de la communication et de la technologie dans le secteur de la santé, le Ministère de la Santé a mis en place un groupe de travail avec pour mission d'élaborer un plan d'action « eSanté ».



© Thorben Wengert / PIXELIO

Le groupe de travail a défini les objectifs du plan d'action, à savoir :

- assurer une meilleure disponibilité des données relatives à la santé des citoyens ;
- rendre superflus des examens et analyses redondants, cela grâce à un meilleur échange de données entre les professionnels ;
- promouvoir la transparence sur les coûts des prestations et les alternatives de traitement ;
- assurer l'interopérabilité du système de santé luxembourgeois avec ceux des autres pays.

Le 3 septembre 2010, afin de poursuivre la mise en œuvre du plan national « eSanté », le Conseil du Gouvernement a décidé la création d'une Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé, l'Agence eSanté. La création de cette Agence a été ancrée dans la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé.

Il lui appartient notamment de mettre en place une plate-forme nationale de partage et d'échange de données dans le domaine de la santé ainsi que les services liés à cette plate-forme, dont notamment le dossier de soins partagé (DSP). L'intérêt de cette plate-forme est

de progressivement faciliter et améliorer la prévention, le diagnostic, le traitement et le suivi médical. La plate-forme contribue également à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de santé ainsi qu'à la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

Il incombe encore à l'Agence e-Santé d'établir une stratégie nationale d'interopérabilité des systèmes d'informations de santé.

i

C'est quoi le DSP?

Le dossier de soins partagé (DSP) est un dossier électronique qui regroupe les données médicales et autres informations importantes relatives à l'état de santé du patient, comme les prescriptions effectuées en matière d'analyses, d'imagerie médicale et de médicaments et les résultats y afférents et des comptes rendus de prise en charge.

Le patient peut également introduire des informations ou déclarations dans le DSP.

L'accès au DSP est réservé au médecin référent, au médecin traitant et aux autres professionnels de santé participant à la prise en charge du patient.

Chaque patient a un droit d'accès à son DSP et a un droit d'information sur les accès et identité des personnes ayant accédé à son dossier. Il peut à tout moment s'opposer au partage de données le concernant au sein de son DSP.

Le DSP assure une meilleure prise en charge du patient en favorisant la sécurité, la continuité et la coordination des soins autour du patient.

Déjà à partir de la fin des années 1990, un réseau de communication électronique entre différents acteurs en matière de santé, à savoir le « HealthNet », a été développé par le Centre de Recherche Public Henri Tudor, sous forme d'un projet de recherche cofinancé par le Ministère de la Santé. En 2005, le réseau HealthNet a été pérennisé avec la constitution d'un Groupement d'Intérêt Economique, le GIE Healthnet.

AGENCE eSanté | Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé
L U X E M B O U R G

i

Quels sont les partenaires de l'Agence eSanté ?

Le modèle de gouvernance du GIE eSanté intègre dorénavant les acteurs du secteur de la santé et les représentants des patients. L'Agence regroupe les membres suivants :

- 1) L'État, représenté conjointement par les Ministères de la Santé et de la Sécurité sociale ;
- 2) Caisse nationale de santé (CNS) ;
- 3) Centre commun de la sécurité sociale (CCSS) ;
- 4) Association des Médecins et Médecins-Dentistes (AMMD) ;
- 5) Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL) ;
- 6) Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales (FLLAM) ;
- 7) Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins (COPAS) ;
- 8) Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois ;
- 9) Association Patienteverriedung.

La présidence du Conseil de Gérance de l'Agence est assumée par Monsieur Paul Schmit, président de la CNS. Le directeur général est Monsieur Hervé Barge.



© Halina Zaremba / PIXELIO

Avec la mise en place d'une Agence eSanté par le cadre légal fin 2010, le GIE Agence eSanté nouvellement créé a repris les activités de l'ancien GIE Healthnet et est en charge de l'exécution des missions lui attribuées par la loi du 19 décembre 2010. Le GIE Agence eSanté a également adopté un nouveau modèle de gouvernance et recruté une équipe de direction et de gestion expérimentée.

3. Médecin référent

Historique de la mise en place du dispositif MR

Le concept du médecin référent a été introduit par la réforme du système de soins de santé. Initialement prévu pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2012, le dispositif du médecin référent a finalement été mis en place en date du 1^{er} juillet 2012 dans le cadre d'une phase de démarrage s'étendant jusqu'au 30 juin 2015.

Ce léger décalage par rapport à l'entrée en vigueur prévue à l'origine s'explique par le fait que les positions de la CNS et des partenaires sociaux concernant l'introduction du médecin référent, et particulièrement ses aspects concernant la tarification, étaient très divergentes. Le Comité directeur de la CNS avait lors de ses diverses réunions mené des discussions approfondies avec et entre les différentes parties en vue de les rapprocher sur les points conceptuels et financiers essentiels du dispositif.

Pour lui permettre de finaliser sa position, le Comité directeur avait proposé à l'AMMD un échange bilatéral préliminaire à une prochaine Commission de nomenclature. C'est en date du 16 mai 2012 que le Comité directeur de la CNS a retenu sa position finale par rapport à l'introduction du médecin référent et à la tarification y relative, suite à une étude complémentaire en la matière ainsi que l'échange bilatéral avec l'AMMD. La CNS a opté pour une approche prudente pour les premières années de démarrage du dispositif du médecin référent, tant au niveau de son déploiement conceptuel que de son impact financier.

Le 6 juin 2012, sur base des discussions et échanges menés avec les parties prenantes et en essayant d'arriver à un compromis, le président de la Commission de nomenclature a soumis aux parties prenantes un projet d'avis circonstancié, destiné au Ministre de la Santé et de



Une FAQ complet au sujet du **médecin référent** est disponible sur notre site internet www.cns.lu sous la rubrique Assurés ► Les soins de santé ► Le médecin référent.

la Sécurité sociale. Le projet d'avis comprenait 4 grands aspects, dont notamment les principes généraux par rapport à l'introduction du médecin référent ainsi que le résumé patient.

Les différents aspects ont été soumis séparément au vote de la Commission de nomenclature.

Les principes généraux qui ont obtenu l'unanimité de vote sont :

- la validation de la mise en place du dispositif pendant une phase de démarrage limitée dans le temps s'étendant du 01.07.2012 au 30.06.2015 ;
- l'élargissement et la précision des critères d'évaluation du dispositif par rapport aux objectifs fixés permettant ainsi de tirer des premières conclusions en fonction des expériences acquises pendant la période de validation provisoire ;
- une approche commune de la CNS et de l'AMMD par rapport à la mise en œuvre de la gestion électronique du futur dossier de soins partagé (DSP) ;
- une approche prudente se traduisant tant au niveau de l'entrée en vigueur graduelle de certaines mesures qu'au ciblage de la population et des catégories d'âge prioritairement visées ;
- une certaine concentration sur les affections de longue durée déterminées sur base d'un référentiel reconnu des maladies graves et chroniques ;
- certaines mesures de cadrage de l'impact financier de l'introduction du dispositif.

La CNS est d'avis que le dispositif médecin référent représente une opportunité pour le système de soins de santé en général. La CNS adhère aux visées et objectifs de l'introduction du médecin référent qui doivent à terme s'intégrer dans un concept plus large de la promotion des soins primaires et de la médecine préventive.

Au mois de décembre 2012, la CNS a établi un état des lieux des premiers mois du fonctionnement du dispositif du médecin référent. Environ 11.000 déclarations ont été émises sur les 5 premiers mois par 144 médecins généralistes. Deux tiers des personnes ayant déclaré un médecin référent sont âgés de moins de 70 ans.

À noter encore que le Comité directeur, dans sa réunion du 21 décembre 2012, a supprimé les participations statutaires des assurés en relation avec les actes du médecin référent.

Le principe du médecin référent

Le médecin référent joue un rôle central dans le suivi médical d'un patient, particulièrement en cas de maladie chronique ou de problème de santé complexe. Il n'est pas seulement celui qui soigne le patient habituellement, mais aussi celui qui :

- coordonne les soins du patient et assure que le suivi médical est optimal ;
- oriente le patient, si besoin, vers d'autres professionnels de santé ;
- gère le dossier médical du patient en centralisant toutes les informations concernant les soins et l'état de santé du patient (résultats d'examen, diagnostics, traitements, etc.) ;
- assure une prévention personnalisée en aidant le patient à prévenir les risques de santé.

Il n'y a aucune obligation d'avoir un médecin référent. Les assurés peuvent continuer à consulter leur généraliste ou spécialiste sans avoir à désigner un médecin référent.

Même si le dispositif cible principalement les personnes qui souffrent d'une maladie chronique, toute personne couverte par l'assurance maladie peut choisir un médecin référent.

Le médecin référent est un conseiller privilégié pour assurer le suivi médical et proposer les examens ou les traitements les plus adaptés à l'état de santé du patient. Ce suivi peut éviter des consultations inutiles, limiter les examens ou analyses à effectuer et optimiser la consommation médicamenteuse des assurés.

Pour faire connaître son choix de médecin référent à la CNS, l'assuré doit remplir un formulaire intitulé « déclaration médecin référent » avec le médecin qu'il a choisi de désigner en tant que médecin référent.



© Rolf van Melis / PIXELIO

1/3 des personnes ayant déclaré un **médecin référent** sont âgés de plus de 70 ans.

4. Directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers¹

Les assurés confrontés à un problème de santé lors d'un voyage dans un autre État (UE, EEE et Suisse) peuvent déjà bénéficier de soins de santé et être remboursés grâce à la coordination des systèmes de sécurité sociale de l'UE (le règlement (CE) n° 883/2004). Lorsque des patients ne sont pas en mesure d'obtenir, dans leur propre pays et dans un délai raisonnable, les soins dont ils ont besoin, ils peuvent aussi avoir recours à la procédure d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger, également prévue par le règlement (CE) n° 883/2004. Mais les citoyens peuvent se rendre à l'étranger en vue de s'y faire soigner pour d'autres raisons. Ils peuvent, par exemple, résider dans une région frontalière où les infrastructures sanitaires les plus proches se trouvent de l'autre côté de la frontière. À l'avenir, il sera plus simple et plus sûr pour ces personnes de se faire soigner dans un autre État membre grâce à l'initiative prise par la Commission européenne de clarifier les circonstances dans lesquelles les soins de santé transfrontaliers peuvent être prodigués et remboursés.

Certains aspects liés aux soins de santé transfrontaliers, en particulier le remboursement des soins dispensés dans un État membre autre que celui où réside le bénéficiaire, ont déjà été examinés par la Cour de justice, dont notamment les affaires Decker et Kohll. Suivant la jurisprudence Decker/Kohll, les assurés peuvent se faire soigner en dehors de structures hospitalières dans un autre État membre et être remboursés, sans autorisation préalable, selon les tarifs de l'État d'affiliation.



La nouvelle directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontalier vise principalement à codifier et à formaliser la jurisprudence de la Cour de justice de l'UE et à parvenir à une application plus générale et aussi plus efficace des principes établis au cas par cas par la Cour. Par conséquent, la directive prévoit notamment que les soins ambulatoires dispensés à l'étranger, sans autorisation médicale préalable, seront remboursés suivant les taux et tarifs du pays d'affiliation de l'assuré.

La directive a pour objectif de faciliter l'accès aux soins de santé transfrontaliers sûrs et de qualité élevée, et à garantir la mobilité des patients conformément aux principes établis par la Cour de justice de l'Union Européenne et à promouvoir la coopération en matière de soins de santé entre les États membres.

La directive prévoit l'instauration d'un cadre général pour :

- clarifier les droits des patients concernant leur accès à des soins de santé transfrontaliers et à leur remboursement ;
- garantir la qualité et la sécurité des soins qu'ils reçoivent dans un autre État de l'UE ;
- promouvoir la coopération en matière de soins de santé entre les États membres.

Par ailleurs, et conformément à la jurisprudence constante de la Cour de justice, les États membres peuvent continuer à soumettre à une autorisation préalable la prise en charge de soins hospitaliers dispensés dans un autre État membre. Le même raisonnement s'applique aux soins de santé qui ne sont pas dispensés dans un hôpital mais sont soumis aux mêmes besoins de planification dans l'État membre de traitement. Il peut s'agir de soins de santé qui nécessitent une planification parce qu'ils impliquent le recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux.

La directive ne s'applique pas aux soins de longue durée, aux transplantations d'organes ni aux programmes de vaccination publique.

L'obligation de rembourser les coûts des soins de santé transfrontaliers se limite aux soins de santé auxquels la personne assurée a droit conformément à la législation de l'État membre d'affiliation.

La transposition de la directive en droit national doit en principe être effectuée au plus tard jusqu'au 25 octobre 2013. Les travaux en relation avec la transposition ont porté sur l'élaboration du projet de loi correspondant à laquelle la CNS a activement participé. Un élément

essentiel de cette transposition consiste dans l'inscription dans le Code de la sécurité sociale des dispositions traitant la prise en charge des soins de santé transfrontaliers dispensés à un affilié luxembourgeois dans un État membre de l'Union européenne en dehors des règlements de coordination existant en la matière.

La directive prévoit également la création de points de contact nationaux pour les soins de santé transfrontaliers. C'est à la CNS qu'incombe la mission de mettre en place un point de contact national au Luxembourg. Il est notamment chargé de fournir aux assurés des informations claires et précises sur les soins de santé dispensés ou prescrits dans un autre pays de l'UE, en Suisse ou dans l'Espace économique européen.

5. Substitution des médicaments

La Direction de la Santé établit, en application de l'article 22 bis du CSS introduit dans le cadre de la réforme de la Santé, sur base de la classification scientifique internationale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) une liste des groupes de médicaments, appelés groupes génériques, comportant un même principe actif principal qui n'est pas ou n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance du médicament. Ces médicaments ont obligatoirement la même forme pharmaceutique et une bioéquivalence démontrée. Étant donné que le principe actif n'est pas ou plus protégé par un brevet, la fabrication du médicament s'avère moins onéreuse. Ensuite, la CNS fixe pour tous les médicaments inscrits dans la liste positive et susceptibles de substitution, appartenant au même groupe de principe actif principal, une base de remboursement qui constitue le montant sur lequel porte, par conditionnement, la prise en charge de l'assurance maladie-maternité.

La base de remboursement est calculée en fonction de critères relatifs au dosage, à la forme pharmaceutique, à la voie d'administration et au conditionnement des médicaments.

La liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement est publiée au Mémorial.

Si le médecin a prescrit un médicament non-générique et s'il existe un médicament générique, le pharmacien en informe l'assuré. Le médecin est libre de prescrire un médicament générique ou un autre. L'assuré a le libre choix d'opter pour le médicament générique ou non. Le montant pris en charge par la CNS sera calculé sur base du prix le moins cher. La différence pour un médicament plus onéreux reste à la charge du patient.

Le but visé de cette réforme est d'utiliser au mieux les moyens financiers de l'assurance maladie-maternité afin

194,7 millions d'euros de dépenses pour **médicaments** (extra-hospitaliers) en 2012.



de pouvoir soigner le plus longtemps possible, le plus grand nombre de personnes.

6. Relations avec les prestataires de soins

Au Luxembourg, le système du conventionnement général et obligatoire est applicable. Ceci signifie que tous les prestataires de soins autorisés à exercer leur profession au Luxembourg sont obligatoirement conventionnés. Ils sont obligés de respecter les **nomenclatures** et tarifs tels qu'ils sont définis par les lois, règlements, conventions et statuts en vigueur.

i

C'est quoi les nomenclatures ?

Les nomenclatures sont des compilations reprenant les actes, services et fournitures pris en charge par l'assurance maladie.

Il existe 13 nomenclatures différentes pour les

- 1 Médecins ;
- 2 Médecins-dentistes ;
- 3 Infirmiers ;
- 4 Sages-femmes ;
- 5 Masseurs-kinésithérapeutes et masseurs ;
- 6 Orthophonistes ;
- 7 Orthopédistes-bandagistes ;
- 8 Rééducateurs en psychomotricité ;
- 9 Laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique ;
- 10 Établissements de rééducation et de réadaptation fonctionnelles ;
- 11 Centre de convalescence Emile Mayrisch de Colpach ;
- 12 Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains ;
- 13 Structures de psychiatrie extrahospitalière.

Il appartient à la CNS de conclure des conventions avec les différents groupements professionnels, afin de régler leurs rapports respectifs.

Les actes, services professionnels et autres fournitures (prothèses) dispensés par les prestataires de soins et pris en charge par l'assurance maladie sont inscrits dans différentes nomenclatures et listes.

Au cours de l'année 2012, les négociations des **lettres-clés** des différentes professions de santé ont eu lieu suivant le rythme biannuel prévu par le Code de la sécurité sociale (CSS). Suivant les orientations données par le Comité directeur, la position de la CNS fut celle de ne pas concéder d'augmentation tarifaire en dehors de l'adaptation au coût de la vie d'office prévue par la loi. Cette position a mené à des litiges au cours de la négociation les lettres-clés des médecins, médecins-dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes et sages-femmes. Actuellement, les procédures de médiations, telles que prévues par le CSS en cas d'absence d'accord sur l'adaptation de la lettre-clé, sont en cours. Pour les laboratoires d'analyses médicales, la loi budgétaire a maintenu le niveau de la lettre-clé correspondante, tout comme pour les valeurs monétaires applicables dans l'assurance dépendance.

i

C'est quoi la lettre-clé et le coefficient d'un acte ou service ?

Dans les différentes nomenclatures, chaque acte ou service est désigné par la même lettre-clé et par un coefficient. La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnelle (tarif conventionnel de l'acte). Les coefficients sont fixés par voie réglementaire et indiquent l'importance relative d'un acte (importance de la responsabilité médicale, degré de complexité et de la durée de l'acte).

Les tarifs des actes et des services professionnels sont fixés en multipliant les coefficients, par la valeur des lettres-clés respectives.

La revalorisation de la valeur des lettres-clés est négociée tous les deux ans. La négociation est menée entre les parties signataires des conventions. Elle a lieu sur initiative des groupements professionnels représentatifs.

La CNS a également démarré la révision des conventions, dont les textes datent majoritairement des années 90. Les négociations entamées avec le Corps médical portaient, en dehors des adaptations en relation avec les dispositifs

du médecin référent et du tiers payant social, plus spécifiquement sur les mesures obligatoires à intégrer dans les conventions, parmi lesquelles il y a lieu de citer des dispositions garantissant une médication économique, les modalités du dépassement des tarifs ou encore les modalités de l'établissement des rapports d'activité des prestataires de soins. Bien qu'il soit encore trop tôt de se prononcer sur l'aboutissement des négociations et que l'exercice en soi relève d'une utilité indéniable, il sera certainement difficile de trouver un accord avec l'AMMD, rejoignant aussi les positions des différentes parties prenantes de la CNS.

Pour les autres prestataires de soins, il y a lieu de citer :

- que les négociations conventionnelles avec les laboratoires d'analyses médicales ont été tenues en suspens, étant donné que certains travaux préparatifs au niveau du traitement informatique ont dû être réalisés ;
- qu'une adaptation de la convention des orthopédistes-bandagistes a dû être réalisée suite à un changement au niveau de l'autorisation de certaines professions artisanales ;
- que la convention en matière de soins palliatifs a été révisée après plusieurs années de négociation.

Les travaux au niveau de la Commission de nomenclature ont porté en 2012, en dehors du médecin référent et de certaines demandes d'adaptation ciblées, sur la révision de fond de la nomenclature infirmière, allant également de pair avec l'introduction d'une nomenclature pour les soins palliatifs. En outre, la Commission de nomenclature a essayé de répondre à une saisine du Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, visant la mise en œuvre d'une décision du Gouvernement et ciblant une amélioration de la prise en charge des prestations de médecine dentaire, notamment d'orthodontie, et une limitation de la partie financière incombant à l'assuré. Néanmoins, ces travaux n'ont pu aboutir en raison de l'obligation d'application du principe du vase communicant et de l'absence de base conventionnelle relative au cadrage des dépassements sur devis. Les premiers dossiers traités au niveau de la Commission de nomenclature sur base du nouveau cadre légal et réglementaire engendré par la réforme du système de soins de santé ont permis de constater certains points critiques, tant au niveau des procédures applicables que de l'apport de la Cellule d'expertise médicale. La CNS a encore effectué les travaux préparatifs relatifs à des réformes plus globales des nomenclatures des laboratoires d'analyses médicales, des kinésithérapeutes et, à plus long terme, des nomenclatures médicales.

Finalement, il y a encore lieu d'évoquer la préparation de la mise en œuvre de la substitution de médicaments, la préparation d'adaptations statutaires p. ex. en matière

de kinésithérapie, la prise de position par rapport aux projets de loi du Laboratoire National de Santé (LNS) et psychothérapeutes ou encore la refonte de différentes chaînes de facturation (notamment pharmacies et laboratoires). Toutes ces démarches, utiles et nécessaires en soi, sont néanmoins fort laborieuses et intensives en ressources, et permettront toutefois tout au plus à moyen terme un meilleur cadrage des dépenses effectuées dans ces domaines, qui se caractérisent par des taux de croissance annuels de 6 à 10 %, voire plus dans certains cas spécifiques.

7. Secteur hospitalier

Les divers établissements hospitaliers au Luxembourg sont regroupés au sein de la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL, anciennement Entente des Hôpitaux Luxembourgeois).

Bien que les hôpitaux négocient individuellement leurs budgets de fonctionnement avec la CNS, la FHL représente les intérêts communs des hôpitaux.

La CNS participe au financement des établissements hospitaliers via un système de la budgétisation prévisionnelle.

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé a introduit une enveloppe budgétaire globale pour tout le secteur hospitalier. En effet, le gouvernement fixe dans les années paires une enveloppe budgétaire globale pour tout le secteur hospitalier. Par après, en tenant compte de l'enveloppe budgétaire globale, la CNS prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque établissement hospitalier sur base de son activité prévisible pour deux exercices à venir. Les hôpitaux doivent donc établir leurs budgets également pour deux années.

En 2012, les faits suivants ont marqué l'évolution relative aux établissements hospitaliers :

La convention liant la CNS à la FHL a été révisée notamment afin de pouvoir répondre aux nouvelles dispositions introduites par la réforme. La convention prévoit également la conclusion de contrats d'objectifs et de moyens relatifs à l'organisation nationale de certaines matières tels que les laboratoires hospitaliers, l'informatique ou l'achat centralisé.

L'année 2012 a été caractérisée par la première fixation de l'enveloppe budgétaire globale pour les exercices 2013 et 2014 (voir aussi page 40). Cette enveloppe est fixée sur base d'un rapport prévisionnel établi par l'IGSS, la CNS et la CPH entendues en leur avis. Le Conseil de gouvernement a fixé l'augmentation annuelle à 3,5 % pour 2013 et 3 % pour 2014. Subséquemment, la CNS a négocié les budgets spécifiques avec les établissements hospitaliers en restant en dessous du cadre fixé par l'enveloppe.

Les projets initiés par l'IGSS relatifs à la comptabilité analytique des hôpitaux et à la documentation hospitalière ont été continués au cours de l'année 2012 et devraient se concrétiser au cours de l'année 2013. En dehors de leur finalité propre, leurs mises en œuvre devraient permettre une détermination du coût moyen d'un traitement par patient.

Les travaux relatifs à un nouveau plan hospitalier ont également été continués. Sur base d'un rapport d'experts et d'une mise à jour de la carte sanitaire, le nouveau plan hospitalier, qui est censé être un élément central de la mise en œuvre de la réforme du système de soins de santé, devrait notamment mener à une concentration de certains traitements sur un établissement hospitalier.



751,4 millions d'euros de dépenses en **soins hospitaliers** au Luxembourg en 2012.

© Michael Bürke / PIXELIO

II. Le travail quotidien de la CNS

La CNS gère dans le cadre des assurances maladie-maternité et dépendance de multiples prestations tant en espèce qu'en nature. Ces prestations sont traitées dans des chaînes de liquidation et facturation en lien avec les assurés et les prestataires de soins. En dehors de ces différentes procédures métier, la CNS a encore recours à différents services de support notamment liés aux domaines informatique et financier et à la gestion des ressources humaines.

Ce présent chapitre a pour objectif la présentation des principales activités relevant de la gestion journalière de la CNS, aussi bien les activités envers les assurés que celles pour les professionnels de santé. Cette présentation ne se veut pas nécessairement exhaustive.

1. Les indemnités pécuniaires de maladie et de maternité

Le département compétent

Le Département Prestations Espèces (PE) Maladie se charge de la saisie et de la gestion des certificats d'incapacité de travail en relation avec les maladies et accidents de travail.

Il procède également au calcul et au paiement des indemnités pécuniaires de maladie et d'accident ainsi qu'à la gestion des dossiers, y compris les correspondances, l'organisation des contrôles médicaux auprès du CMSS et le contact téléphonique avec les assurés et les employeurs.

Il lui appartient également de procéder au calcul et au paiement des dispenses de travail, congés de maternité, congés d'accueil, congés pour raisons familiales et congés d'accompagnement de personnes en fin de vie.

Les chiffres 2012

Après une croissance de 17,4 % en 2011, les dépenses pour indemnités pécuniaires de maladie accusent en 2012 à nouveau un taux de croissance de 15 %. Elles s'élèvent à 121,3 millions d'euros, contre 105,5 millions d'euros en 2011.

Au niveau des indemnités pécuniaires de maternité, il y a lieu de distinguer entre les indemnités de maternité proprement dites, les indemnités de congé d'accueil, les indemnités relatives aux dispenses de travail pour femmes enceintes et les indemnités pour femmes allaitantes, ainsi que les indemnités de congé pour raisons familiales.

Nombres de certificats		
	2011	2012
PE Maladie		
Nombre de certificats	510.135	542.762
PE Accident		
Nombre de certificats	43.889	43.257
PE Maternité		
Nombre de certificats congé de maternité proprement dit	5.963	6.213
Nombre de certificats dispense	2.364	2.525
PE Congé d'accueil		
Nombre de certificats	26	23
PE Congé pour raisons familiales		
Nombre de certificats	31.232	33.615
PE Congé accompagnement fin de vie		
Nombre de certificats	237	243

Dépenses pour indemnités pécuniaires de maladie (en millions d'euros)			
	2011	2012	Var.
Indemnités pécuniaires proprement dites	97,17	112,69	16,0 %
Indemnités périodes d'essais	8,24	8,49	3,1 %
Indemnités congé d'accompagnement	0,09	0,10	10,0 %
TOTAL	105,50	121,29	15,0 %

Dépenses pour indemnités pécuniaires de maternité (en millions d'euros)			
	2011	2012	Var.
Indemnités de maternité prop. dites	78,56	84,69	7,8 %
Indemnités de congé d'accueil	0,23	0,19	-16,0 %
Dispenses de travail pour femmes enceintes	20,35	22,37	10,0 %
Indemnités pour femmes allaitantes	0,04	0,01	-74,3 %
Indemnités de congé pour raison fam.	7,25	7,58	4,5 %
TOTAL	106,43	114,84	7,9 %

2. Le remboursement des soins de santé

Le service compétent

Le Service Virements du Département Relation Assurés a pour mission principale le remboursement aux assurés des prestations de soins délivrées au Luxembourg et à l'étranger.

En cas de présentation de factures étrangères, le Service Virements procède soit à un remboursement suivant les tarifs luxembourgeois (**procédure Decker / Kohll**) soit à l'émission d'une demande de tarification adressée à l'institution d'assurance maladie du lieu de délivrance de la prestation (**procédure (CE) 883 / 2004**).

De plus, le service se charge de verser en cas de décès d'un affilié une indemnité funéraire à la personne qui a fait l'avance des frais funéraires et une indemnité de naissance pour produits diététiques à toute femme ayant accouché dans un hôpital luxembourgeois.

Les chiffres 2012

Service Virements		
	2011	2012
Virement national (prestations délivrées au Luxembourg)		
Nombre de factures saisies manuellement	3.070.276	3.108.486
Virement international (prestations délivrées à l'étranger)		
Nombre de factures saisies manuellement	107.738	113.722
Lettres d'information aux assurés	118 363	120 374



C'est quoi la procédure (CE) 883 / 2004 ?

Le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement Européen et du Conseil porte sur la coordination des systèmes de sécurité sociale. Ce règlement dispose notamment qu'un assuré qui nécessite lors d'un déplacement à l'étranger (UE, EEE et Suisse) un accès immédiat aux soins de santé au cours du séjour a droit au remboursement de ces soins conformément aux dispositions légales de l'État membre du séjour. C'est d'ailleurs ce règlement qui a instauré la carte européenne d'assurance maladie. Lorsqu'un assuré présente à la CNS une facture pour des soins médicaux qui se sont avérés nécessaires pendant un séjour dans un autre État membre, la CNS adresse à l'institution d'assurance maladie de cet État membre une demande de tarification (S67/E126). Ensuite, l'institution de l'État membre du séjour indique à la CNS pour chaque prestation que l'assuré a obtenue la somme qui pourrait lui être remboursée suivant les tarifs appliqués par l'institution du lieu de séjour. Par la suite, la CNS procède au remboursement à l'assuré de la somme due.



C'est quoi la procédure Decker / Kohll ?

Depuis les arrêts Decker et Kohll de la Cour de justice européenne, un assuré a le droit d'obtenir des prestations de soins de santé en milieu extrahospitalier à l'étranger (UE, EEE et Suisse) sans avoir à demander une autorisation préalable auprès de sa caisse de maladie. Dans le cadre de cette procédure, le remboursement se fait suivant les dispositions, taux et tarifs en vigueur au Luxembourg. Les conditions du droit luxembourgeois doivent donc être respectées.

Attention: Un assuré frontalier qui obtient des soins médicaux dans son pays de résidence doit s'adresser à la caisse de maladie de son lieu de résidence.



3. Les Agences

La CNS dispose d'un réseau de seize agences réparties dans tout le pays : Bettembourg, Clervaux, Diekirch, Diferdange, Dudelange, Echternach, Esch-sur-Alzette, Etelbruck, Grevenmacher, Luxembourg-Hollerich, Luxembourg-Ville, Mersch, Redange, Remich, Rumelange, Wiltz.

À Hollerich, la CNS travaille avec 11 guichets : 8 guichets traitent les affaires courantes des agences, un guichet est réservé aux demandes pour traitement à l'étranger et 2 autres guichets aux convocations de la CNS auprès du CMSS.

Les agences sont chargées en premier lieu de la liquidation au comptant (émission de chèques) des sommes à rembourser aux assurés ayant fait l'avance des frais, pour autant que les factures soient acquittées au jour de la présentation depuis moins de 15 jours et que leur montant atteigne au moins 100,- €. Les chèques ainsi émis peuvent être encaissés sans frais ni aucune retenue auprès de l'Entreprise des P&T.

De plus, les agences fournissent 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.

Certains travaux comme des coassurances, changements de compte bancaire ou d'adresse et l'émission de formulaires frontaliers respectivement de vacances et de cartes EHIC sont également gérés au niveau des agences.

Les chiffres 2012

Les Agences		
	2011	2012
Total liquidé en €	47.191.544,84	48.412.733,94
Factures saisies	628.747	635.355
Chèques émis	191.827	197.458
Valeur moyenne chèque	246,01	245,18

4. La coassurance

Le service compétent

Le Service Affiliation et Signalétique Nationaux (désormais Service Coassurance et Signalétique Nationaux) du Département Relation Assurés gère les coassurances des résidents, des non-résidents et les demandes de coassurance des personnes dépassant la limite d'âge de trente ans.

Il tient à jour les coordonnées des personnes protégées (changements d'état civil, adresses, comptes bancaires).

De plus, le service participe à l'émission de différents formulaires pour les frontaliers affiliés obligatoirement au Luxembourg.

Le service émet sur demande les documents suivants : cartes européennes d'assurance maladie, certificats provisoires de remplacement, formulaires pour séjour temporaire à l'étranger (conventions bilatérales), certificats de coassurance, certificats pour les bénéficiaires du RMG et de pension.

Dans certains cas d'hospitalisation d'urgence à l'étranger, le service établit des certificats provisoires de remplacement ou des copies de cartes européennes d'assurance maladie pour assurer une prise en charge par les institutions étrangères.

Les chiffres 2012

L'émission des certificats de coassurance a connu l'évolution suivante :

Nombre de certificats de coassurance envoyés			
2009	2010	2011	2012
3.584	3.744	2.915	8.229

Demandes introduites via le site internet CNS	
	2012
Changement d'adresse	2.346
Changement de compte	4.080

Les demandes d'édition de cartes européennes d'assurance maladie via le site internet se chiffrent en moyenne à 100 par mois.

5. Les autorisations nationales

Le service compétent

Le Service Autorisations Nationales Hors Tiers Payant du Département Relation Assurés assure la gestion des devis pour prothèses dentaires et pour traitement orthodontique émanant de prestataires tant luxembourgeois qu'étrangers.

Le traitement des demandes relatives à la chirurgie dite reconstructrice et plastique nécessitant une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale (APCM) relève également de la compétence de ce service ainsi que l'émission des décisions présidentielles afférentes.

Finalement le service est en charge de la gestion des convocations auprès du CMSS.

Les chiffres 2012

Service Autorisations Nationales Hors Tiers Payant		
	2011	2012
Devis prothétique dentaire	37.491	39.548
Devis orthodontie	7.110	7.094
Surveillance/contrôle orthodontie (nombre d'enfants vus par le CMSS)	543	470
Autres APCM (amniocentèse, stérilisations, chirurgie bariatrique, chirurgie esthétique)	2.124	2.562

Service Autorisations Nationales Hors Tiers Payant		
	2011	2012
Décisions présidentielles en matière d'APCM (à partir du 1 ^{er} octobre 2011)	281*	705**
Décisions présidentielles en matière dentaire	6	13
Total des dossiers traités	47.555	50.392

* dont CMFEC (0), CMFEP (16), EMCFL (1) /

** dont CMFEC (7), CMFEP (21), EMCFL (9)

Détail des dossiers APCM traités en 2012		
Acte Nomenclature	Accords	Refus
2S61 – Plastie d'un sein pour hypertrophie	139	215
2S73 – Reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire après opération antérieure	10	
2S74 – Implantation ou échange d'une prothèse mammaire	20	129
2S75 – Plastie d'augmentation d'un sein par prothèse en cas d'aplasie ou d'hypoplasie unilatérale avec asymétrie importante	1	/
2G36-38 – Lipectomies	134	263
3N48 – Rhinoplastie reconstructrice de la pyramide nasale	45	13
2A62 – Gastroplastie pour obésité pathologique	140	76
6A82-83 – Amniocentèses	905	0
6G91-92 – Stérilisations	401	0

6. Les enquêtes et contrôles administratifs

Le service compétent

Le Service Enquêtes et Contrôles Administratifs est en charge du contrôle administratif des personnes portées incapables de travailler et joue un rôle important dans la lutte contre les abus et les fraudes.

Il traite également les demandes de départ à l'étranger au cours d'une incapacité de travail. Il procède à l'examen des cas faisant présumer une tentative de fraude.

Le service se charge des amendes d'ordre en rapport avec les contraventions au règlement des malades, les déclarations tardives des arrêts de travail et les amendes d'ordre infligées en matière de fraude.

Les chiffres 2012

Contrôles administratifs			
		2011	2012
Demandes employeurs	Présent	1.537	1.392
	Absent	754	702
	Excusé	325	326
	Non excusé	429	376
	Total	2.291	2.094
CNS	Présent	6.375	5.230
	Absent	1.594	1.293
	Excusé	782	686
	Non excusé	812	607
	Total	7.969	6.523
	Total global	10.260	8.617

7. Les formulaires internationaux

Le service compétent

Le Service International gère l'ensemble des formulaires internationaux en rapport avec les affiliés luxembourgeois qui résident à l'étranger, qu'il s'agisse 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 et ce pour l'Union européenne, l'EEE, la Suisse et les pays avec lesquels le Luxembourg a conclu un accord bi- ou multilatéral en matière de sécurité sociale.

Le service émet, sur demande, les cartes européennes d'assurance maladie, les certificats de remplacement de la carte européenne, les formulaires pour séjour temporaire en présence d'une convention bilatérale en matière de sécurité sociale et ce en étroite collaboration avec le Service Affiliation et Signalétique Nationaux.

Le service gère l'ensemble des inscriptions à l'assurance maladie-maternité au Luxembourg d'assurés étrangers. En cas de résidence ou de séjour d'assurés étrangers au Luxembourg, le service procède à l'enregistrement des formulaires édités par les organismes étrangers et permet ainsi la prise en charge des soins suivant les taux et tarifs luxembourgeois. Ces inscriptions et enregistrements constituent la base pour l'édition et la gestion des décomptes (frais effectifs et frais forfaitaires suivant le type d'inscription) que le Luxembourg établit avec les pays de l'Union européenne, les pays de l'EEE, la Suisse ou les pays conventionnés.

Les chiffres 2012

Le tableau suivant reprend le nombre d'assurés luxembourgeois avec résidence à l'étranger. La situation est celle au 1^{er} décembre de l'année concernée.

Les formulaires internationaux		
	2011	2012
S1 actif (E106)	121.297	124.867
S1 membre de famille d'actif (E109)	1.391	1.480
S1 pensionné et membre de famille (E121)	7.807	8.606
BL1 actif belge	39.976	40.937
BL2 / BL3 pensionné belge	5.383	5.783
Total	175.854	178.735

8. Le transfert à l'étranger

Le service compétent

Le Service Transfert à l'Étranger gère les demandes de transfert à l'étranger pour traitement stationnaire ou ambulatoire ainsi que pour les consultations, examens, cures et analyses.

Les chiffres 2012

Nombre de patients ayant bénéficié d'un transfert à l'étranger		
	2011	2012
Consultations/examens	5.221	5.456
Traitements ambulatoires	2.128	1.942



Nombre de patients ayant bénéficié d'un transfert à l'étranger		
	2011	2012
Traitements stationnaires	4.989	5.158
Cures	61	60
Analyses	131	116
Nombre de formulaires émis	17.459	17.778
Nombre de refus de transfert à l'étranger	506	599

9. L'enregistrement des médecins et autres professionnels de santé

Le département compétent

Le Département Prestations des Médecins et Autres Professions de Santé gère l'enregistrement centralisé de tous les professionnels de santé et fournisseurs en relation avec les assurances maladie, accident et dépendance. Les médecins nouvellement autorisés par le Ministère de la Santé à exercer leur profession au Luxembourg reçoivent sur demande un code prestataire attribué par le département. Il fournit également aux professionnels de santé des informations et documents utiles à l'exercice de leur profession en relation avec l'assurance maladie.

Les chiffres 2012

Gestion des codes fournisseurs			
Catégorie de fournisseurs	Nombre de codes fournisseurs (actifs ou non) existant en fin d'année		
	2011	2012	Variation 2008/2012
Médecins et médecins-dentistes	5.366	5.578	17 %
Médecins étrangers (codes uniquement utilisés pour facturation de rapports au CMSS)	6.530	7.119	64 %
Autres professionnels de santé	7.140	7.473	21 %
Autres	6.124	6.231	8 %
Total	25.160	26.401	25 %

10. Les médicaments et dispositifs médicaux

Les services compétents

Le Service Liste Positive et Tarifs Fournitures du Département Médicaments, Dispositifs Médicaux et Médecine Préventive (désormais dénommé Département Fournitures et Médecine Préventive) gère les demandes d'inscriptions provenant des firmes visant l'inscription de leurs médicaments dans la **liste positive** afin que leurs médicaments soient pris en charge par l'assurance maladie. Le service gère également les demandes d'inscription dans les **fichiers B**. Le service établit et publie les mises à jour annuelles de la liste positive des médicaments pour le



© Klicker / PIXELIO



C'est quoi la liste positive des médicaments ?

La liste positive des médicaments reprend tous les **médicaments** qui sont pris en charge par l'assurance maladie-maternité au Luxembourg. Les médicaments y figurant sont rangés en trois classes de remboursement: 40 %, 80 % ou 100 %. Cette liste est régulièrement mise à jour et peut être consultée sur www.cns.lu.

Mémorial et la Commission européenne.

Mensuellement une circulaire destinée aux pharmacies ouvertes au public et aux pharmacies hospitalières est publiée. Cette circulaire renseigne sur d'éventuels changements statutaires ayant un impact sur la prise en charge de l'ensemble des médicaments et dispositifs pouvant être délivrés en pharmacie. Y sont repris les médicaments nouvellement admis au remboursement ainsi que les mises à jour des fichiers statutaires relatifs aux dispositifs médicaux.

Le service traite également les décomptes en provenance des pharmacies, des orthopédistes-bandagistes et des magasins grossistes conventionnés resp. agréés à délivrer des dispositifs médicaux inscrits dans les listes statutaires.

Le service traite des demandes d'autorisation et de décomptes en provenance des fournisseurs agréés pour le



C'est quoi les fichiers B ?

Les fichiers B1, B2, B3, B4, B5, B6 et B7 sont des listes annexées aux statuts de la CNS qui reprennent les dispositifs médicaux, appareils et fournitures diverses pris en charge par l'assurance maladie, parfois sous certaines conditions, comme des pansements, matelas anti-escarres, sondes gastriques...

transport des malades et les demandes d'autorisations des orthopédistes-bandagistes.

Les chiffres 2012

Demandes d'inscription dans la liste positive des médicaments		
	2011	2012
Demandes en cours au 1 ^{er} janvier	192	206
Demandes entrées en cours d'année	229	332
Nombre de décisions prises	261	271
Total demandes traitées suivant date entrée de la demande	421	538
Nombre de médicaments inscrits dans la liste positive au 1 ^{er} janvier de l'année	4.417	4.452

Nombre d'autorisations		
	2011	2012
Médicament	14.230	14.441
B1	1.379	1.219
B5	603	571
B2	600	609
B4	397	102
B7	148	394
Taxis Ambulances Transport par air	6.811	6.436

Dispositifs Médicaux: Dossiers de demandes			
Type de décision	Type de fichier	2011	2012
Ajouts	B1	117	66
	B2	1	0
	B4	0	255
	B5	3	0
	B7	110	5
Modifications	B1	35	34
	B2	0	0
	B4	0	16
	B5	4	0
	B7	1	1
Suppressions	B1	0	0
	B4	98	0
Inscrits dans les listes statutaires au 31. décembre de l'année	B1	2.525	2.591
	B2	38	38
	B4	98	255
	B5	63	63
	B7	110	115
Total		2.834	3.062

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

11. Les demandes dans le cadre de l'assurance dépendance

Le service compétent

Le Service Gestion des Demandes du Département Assurance Dépendance traite les demandes en obtention des prestations en cas de dépendance. L'assurance dépendance a principalement pour objet la prise en charge des aides et soins de la personne dépendante, qui vit à domicile ou dans un établissement d'aides et de soins, au moyen de prestations en nature, d'aides techniques et d'adaptations du logement. Pour la personne dépendante qui vit à domicile, la prise en charge peut comporter des prestations en espèces en remplacement des prestations en nature.

Le traitement des demandes comporte l'émission d'un accusé de réception de la demande et la saisie dans le système informatique de toutes les informations administratives pertinentes. Ensuite la demande est transférée à la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO) qui est amenée à formuler un avis quant à l'existence de l'état de dépendance du requérant. La CEO détermine les prestations requises pour les personnes dépendantes au sens de la loi.



En 2012, **27.668** aides techniques furent en location.

Dès la réception de l'avis de la CEO, la CNS prend une décision présidentielle relative à l'octroi ou le non octroi de prestations de l'assurance dépendance.

Le service traite également les demandes de réévaluation, y compris les demandes de changement de partage prestations en nature / prestations en espèces et les dossiers régis par les dispositions du règlement européen 883.

Les chiffres 2012

Activités du Service Gestion des Demandes		
	2011	2012
Premières demandes	4.187	4.508
Demandes de réévaluation	2.289	2.595
Changements de partage prestations en nature/prestations en espèces	2.292	2.566
Transcriptions d'un plan de prise en charge vers une autre structure de prise en charge	2.972	2.247
Déclarations d'entrée/sorties	5.987	6.037
Titres de prise en charge portant sur des aides techniques	18.307	19.426
Nombres de commandes passées pour des aides techniques	3.875	3.798
Demandes pour des adaptations de logement	156	257

Évolution des chiffres-clés		
	2011*	2012*
1.Nombre de bénéficiaires de prestations en nature à domicile	4.937	5.118
2.Nombre de bénéficiaires de prestations en espèces à domicile (au Luxembourg)	6.231	6.320
3.Nombre de bénéficiaires de prestations en espèces transférées à l'étranger	331	338

i Un guide pratique de l'**assurance dépendance** peut être consulté sur le site <http://www.mss.public.lu> sous Publications.

Évolution des chiffres-clés		
	2011*	2012*
4.Nombre de bénéficiaires du forfait pour produits d'aides et de soins	2.844	2.859
5.Nombre d'aides techniques en location	25.559	27.668
6.Nombre d'aides techniques prise en charge par voie d'acquisition durant l'année	5.984	6.391

Évolution des chiffres-clés		
	2011*	2012*
7.Nombre de bénéficiaires de prestations en nature en établissement à séjour continu	3.835	3.945

* Nombres au 31 décembre sauf n° 6

** Nombre au 31 octobre 2012

12. Les établissements hospitaliers

Les services compétents

Le Département Établissements Hospitaliers regroupe deux services, le Service Autorisations et Liquidation et le Service Négociation.

Le Service Autorisations traite les demandes S2 soumises à une autorisation préalable du CMSS, notamment les demandes de prises en charge pour les cures du Centre thermal de Mondorf, les cures de convalescence à Colpach, les soins palliatifs, les fécondations in vitro (FIV) etc.

Après accord du CMSS, un titre de prise en charge est émis par la CNS.

Par ailleurs le volet « Liquidation » procède, après vérification, au paiement des factures des établissements hospitaliers envoyées par voie électronique à la CNS.

Le Service Négociation gère les relations avec les 13 établissements hospitaliers et la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL). Il s'agit, en effet, d'établir les budgets annuels et de réaliser les décomptes de fin d'exercice. Depuis l'année 2011, les budgets sont négociés sur base biannuelle. En 2012, les budgets pour les années 2013 et 2014 ont été établis.

Sur base des demandes budgétaires établies par les établissements hospitaliers, la CNS établit une première contreproposition qui est discutée lors de la négociation qui se tient avec chaque établissement individuellement. La deuxième contreproposition établie par la CNS reprend les éléments de la négociation et est, en principe, acceptée par l'établissement. En cas de désaccord, le litige en question, est tranché par la Commission des budgets.

Le Service Négociation gère aussi les négociations financières avec le Centre thermal de Mondorf, le Centre de convalescence de Colpach et l'Entente des gestionnaires des structures complémentaires et extra-hospitalières en psychiatrie a.s.b.l. (EGSP).

Les chiffres 2012

Enveloppe budgétaire globale 2012 (en mio. €)	
Frais fixes	623,5
Frais variables	143,5
Total	767,0
Prime qualité (1,5 % du total des FF et FV)	11,5
Indemnités pour religieuses retraitées	0,8
Indemnités pour médecins de garde	0,5
Décomptes (0,5 % du total des FF et FV)	3,8
Total	783,6
Enveloppe	804,1
Écart	20,5

i

Quels sont les 13 établissements hospitaliers budgétisés au Luxembourg par la CNS ?

- 1 Centre Hospitalier du Nord (CHdN)
- 2 Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)
- 3 Centre Hospitalier du Kirchberg (CHK)
- 4 Clinique privée du Dr E. Bohler
- 5 ZithaKlinik
- 6 Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM)
- 7 Clinique Ste Marie (CSM)
- 8 Centre Hospitalier Neuro-psychiatrique (CHNP)
- 9 Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle (INCCI)
- 10 Centre François Baclesse (CFB)
- 11 Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS)
- 12 Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation (Rehazenter)
- 13 Haus Omega 90

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

	Total	Évolution
2006	605,75	
2007	647,29	6,9 %
2008	681,91	5,3 %
2009	712,56	4,5 %
2010	727,60	2,1 %
2011	748,78	2,9 %
2012	767,01	2,4 %



© Michael Bührke / PIXELIO

Lors des négociations budgétaires, le Département Établissements Hospitaliers et le secteur hospitalier ont dû tenir compte des conditions économiques et financières défavorables ayant entraîné un ralentissement de la croissance des dépenses à partir de 2010.

13. Le courrier

Le service compétent

Le Service Courrier est en charge de la réception, du dépouillement et de la distribution du courrier entrant au sein de la CNS et du recueil et de l'envoi du courrier sortant.

Les chiffres 2012

Le Service Courrier reçoit en moyenne de la part des EPT 48 boîtes de courrier par jour ouvrable. La période creuse pour le Service Courrier se situe pendant les mois d'août et septembre alors qu'on constate de fortes reprises du courrier entrant pour les mois de mars et d'octobre.

La majeure partie du courrier entrant est destinée au Service Virements qui reçoit, en moyenne par jour, 19 boîtes ce qui représente environ 17.100 mémoires d'honoraires de médecins ou d'autres professions de santé pour lesquels l'assuré demande le remboursement des prestations de soins reçues.

Moyennes par jour des caisses réceptionnées par le Service Courrier et des caisses distribuées au Service Virements

	Caisses Courrier/jour en moyenne	Caisses Service Virements/jour en moyenne
Février	49,5	22,4
Mars	51,1	18,6
Avril	48,9	16,6
Mai	47,7	17,5
Juin	47,7	17,5
Juillet	46,4	20,4
Août	39,5	16,7
Septembre	41,3	16,5
Octobre	51,5	19,0
Novembre	49,4	18,6
Décembre	52,8	19,8

14. Le central téléphonique

Le service compétent

Le Service Central Téléphonique répond à toute demande téléphonique. Il la traite lui-même s'il s'agit d'une demande de renseignement général, d'une demande de formulaire ou de carte de sécurité sociale. Le central transfère l'appel au service compétent si la demande est plus spécifique et si l'information y relative est seulement accessible aux gestionnaires en charge des dossiers.

Les chiffres 2012

196.955 appels sont arrivés au central téléphonique de la CNS en 2012. Le central a traité directement 41.091 appels, soit 21 % de tous les appels reçus. 155.865 appels ont été transférés vers des postes et pools internes ce qui représente une progression de 3 %.

Nombre total d'appels transférés et traités directement par le central téléphonique en 2012			
	Traités directement	Transférés	Total
Janvier	4.578	14.380	18.958
Février	3.368	12.843	16.211
Mars	4.441	14.848	19.289
Avril	2.969	12.240	15.209
Mai	3.079	12.405	15.484
Juin	3.117	13.548	16.665
Juillet	3.340	13.204	16.544
Août	3.301	12.602	15.903
Septembre	3.142	11.758	14.900
Octobre	3.999	14.376	18.375
Novembre	3.261	13.134	16.395
Décembre	2.496	10.526	13.022

15. La communication

Le département compétent

Le Département Communication se charge de la communication interne et externe.

La communication interne est chargée de centraliser et de coordonner toute information vers son public cible qui est constitué par les collaborateurs de la CNS en particulier mais également par le Comité directeur.

La communication externe 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, Infolettres, clips, brochures, conférence de presse, communiqués et informations à la presse, lettres circulaires, ...). La communication externe englobe la mise à jour du site

internet des différents publics cibles et le développement de ses rubriques. Elle est également l'initiatrice de toute communication écrite à destination des assurés.

Le site internet

En 2012, le site internet a continué d'évoluer. Il compte actuellement 870 pages (toutes langues confondues) et 4.929 liens externes.

Les services mis en ligne sont ceux qui sont les plus fortement sollicités par les internautes. Surtout les pages pour la demande de changement d'adresse et de numéro de compte bancaire sont utilisées couramment. L'utilisation des formulaires en ligne a atteint 40.000 téléchargements en 2012. Les pages de la liste positive des médicaments et celle des dépliants et clips vidéo connaissent également une nette progression qui s'est maintenue en 2012.

Le nombre de visites du site a connu un pic à 750.000 visites en 2012, avec une moyenne pour l'année se situant autour des 600.000 visites. Internet continue donc de progresser.

L'adresse email générique est également fortement utilisée par les assurés avec une moyenne de 1.350 emails rentrants par mois. Une partie de ces emails sont transférés vers les services compétents, une grande partie est traitée directement par le Département Communication à l'aide de réponses standardisées qui ont été élaborés avec les experts en la matière concernée.

Les chiffres 2012

Nombre de visites mensuelles du site www.cns.lu de 2009 à 2012				
	2009	2010	2011	2012
Janvier	42765	48027	59162	65022
Février	37000	44032	52947	59656
Mars	38175	50297	58246	63486
Avril	31924	43076	48769	55149
Mai	33363	42145	55257	58483
Juin	35431	41432	53365	61551
Juillet	39600	43347	57425	63587
Août	37211	41307	53396	59663
Septembre	43983	48098	52743	62732
Octobre	48755	49973	56584	72325
Novembre	44828	49918	58717	76424
Décembre	40026	46864	55454	59434

Nombre d'utilisations des services en ligne sur internet de 2009 à 2012

	2009	2010	2011	2012
Formulaires	6266	10742	12253	11165
Formulaire de remplacement	1420	1910	3608	3646
Changement d'adresse	3822	6965	8775	10062
Changement compte bancaire	2322	3694	4424	5000
Contrôle administratif	1609	2660	3014	2821

Notre site internet, www.cns.lu, est disponible en 3 langues : français, allemand et anglais. Il s'adresse aux trois publics qui sont concernés par la CNS, à savoir l'assuré, le professionnel et l'employeur.

Nouveautés du site internet en 2012

- Les aides visuelles ;
- le détail de remboursement ;
- le médecin référent ;
- les mesures d'action sociale ;
- le programme de médecine préventive pour la contraception chez la femme.

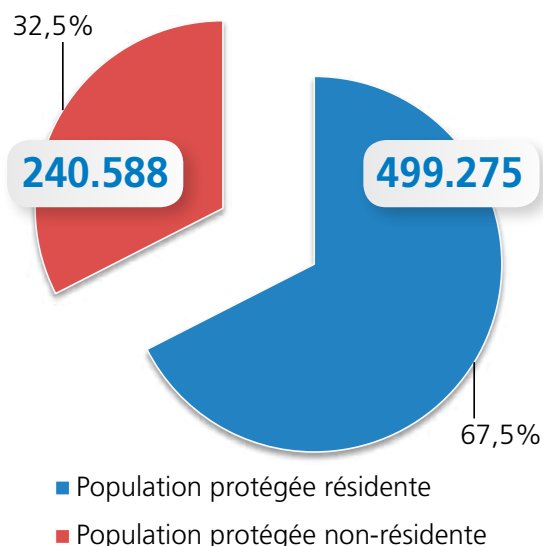
The screenshot shows the homepage of the CNS (Caisse nationale de santé) website. At the top, there are navigation links for 'FORMULAIRES & CONTACT', 'AGENCES & SERVICES', and 'PLAN DU PORTAIL'. A search bar is also present. Below the navigation, the CNS logo and name 'd'Gesondheetskeess' are displayed. A welcome message states: 'Bienvenue à la Caisse nationale de santé. La CNS - encore appelée d'Gesondheetskeess - et son réseau d'agences locales se présentent à vous.' The main content area is divided into three sections: 'Assurés' (Assured), 'Employeurs' (Employers), and 'Professionnels de santé' (Health professionals). Each section provides information, documents, and links related to social security. A sidebar on the right contains 'NEWS' updates, including a newsletter reminder and a convention announcement. At the bottom, a banner states: '750.000 visites en 2012 sur notre site internet www.cns.lu'.

Les finances et chiffres-clés de la CNS

C. Les finances et chiffres-clés de la CNS

I. Assurance maladie-maternité

a) Contexte démographique



739.863
population protégée globale

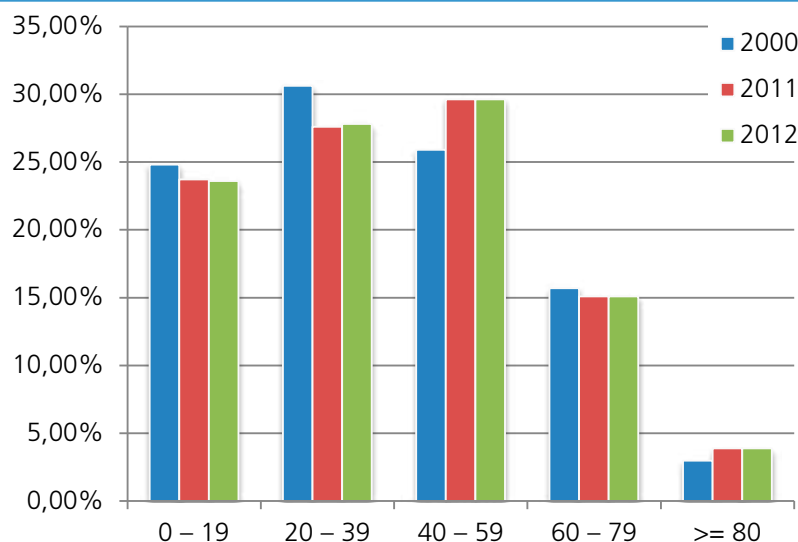
En 2012, la population protégée résidente atteint 499.275 personnes en moyenne annuelle et est en progression de 2,3 % par rapport à 2011 (variation 2011/2010 : 2,0 %).

Quant à la population protégée non résidente, celle-ci atteint 240.588 personnes en moyenne annuelle et est en progression de 3,7 % par rapport à 2011 (variation 2011/2010 : 5,1 %)

En 2012, la population protégée totale atteint 739.863 personnes en moyenne annuelle et est en progression de 2,7 % par rapport à 2011, contre une croissance de 3,0 % entre 2010 et 2011.

Le taux de croissance de la population protégée non-résidente de 3,7 % dépasse le taux de croissance de la population protégée résidente de 2,3 %, de sorte que la population protégée totale se caractérise par une croissance de 2,7 % en 2012. La population protégée non-résidente représente 32,5 % de la population protégée totale (32,2 % en 2011). La part de la population protégée non-résidente continue donc à augmenter légèrement alors que la part de la population protégée résidente diminue en passant de 67,8 % en 2011 à 67,5 % en 2012.

b) Structure d'âge de la population protégée résidente



Le graphique ci-dessus reprend la structure d'âge de la population protégée résidente au 31 décembre. Aussi bien en 2011 qu'en 2012, la plus grande partie de la population protégée est âgée entre 40 et 59 ans. Depuis 2000, la part du groupe d'âge des personnes âgées entre 60 et 79 ans a diminué continuellement de 15,7 % à 15,1 % en 2011. En 2012, elle se stabilise au niveau connu depuis 2011. La part des personnes âgées de 80 ans et plus a augmenté continuellement depuis 2000

pour s'établir en 2011 à 3,9 %. Elle se maintient à ce niveau en 2012. Finalement, on constate que la tendance du glissement net du poids du groupe d'âge des 20 à 39 ans vers le groupe d'âge des 40 à 59 ans observée au cours des années précédentes ne se confirme plus en 2012. En effet, la part du groupe d'âge des 20 à 39 ans s'est accrue de 0,2 % alors que la part du groupe d'âge des 40 à 59 ans est restée au même niveau.

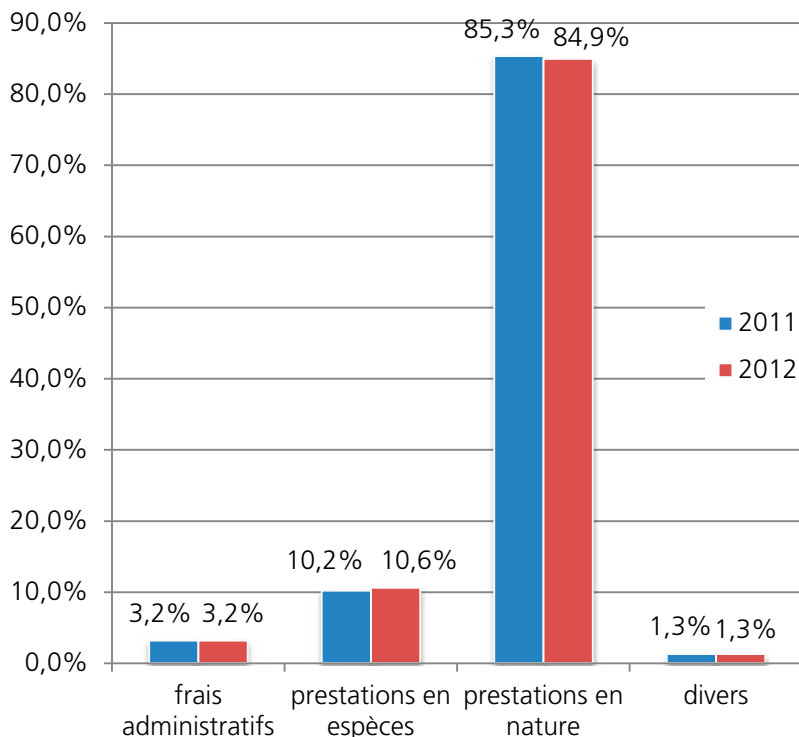
c) Part des postes dans les dépenses effectives

En 2012, les dépenses effectives de l'assurance maladie-maternité s'élèvent à 2.228,4 millions d'euros, contre 2.081,8 millions d'euros en 2011, soit une hausse de 146,6 millions d'euros.

Le poste le plus important en 2012 est celui des prestations en nature, qui représente 84,9 % de l'ensemble des dépenses effectives. En 2011, les prestations en nature représentaient 85,3 % du total des dépenses effectives.

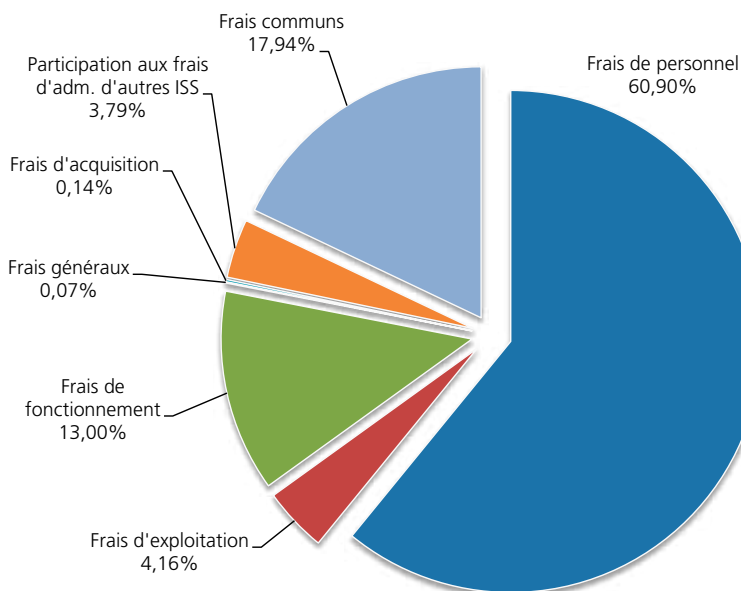
Ce poste est suivi des prestations en espèces. En 2012, la part des prestations en espèces augmente de 10,2 % à 10,6 %.

Les frais administratifs quant à eux représentent 3,2 % des dépenses effectives, aussi bien en 2011 qu'en 2012.



d) Poids des différents postes de frais administratifs (sans opérations sur provisions)

Le graphe ci-après reprend le poids des dépenses des différents postes de frais administratifs par rapport à l'ensemble des frais administratifs.



On constate que les frais de personnel représentent 60,90 % du total des frais d'administration, contre 17,94 % pour les frais communs (participation aux frais du Centre commun de la sécurité sociale). En calculant la part totale des deux postes dans l'ensemble des frais administratifs, on constate que leur part représente 78,84 % de l'ensemble des frais administratifs.

Ceci signifie que les frais de fonctionnement, les frais d'acquisition, la participation aux frais d'administration d'autres ISS et les frais d'exploitation ne représentent plus que 21,08 % des frais administratifs. En particulier, ces quatre postes s'élèvent à 14,75 millions d'euros contre 55,19 millions d'euros pour les frais de personnels et les frais communs.

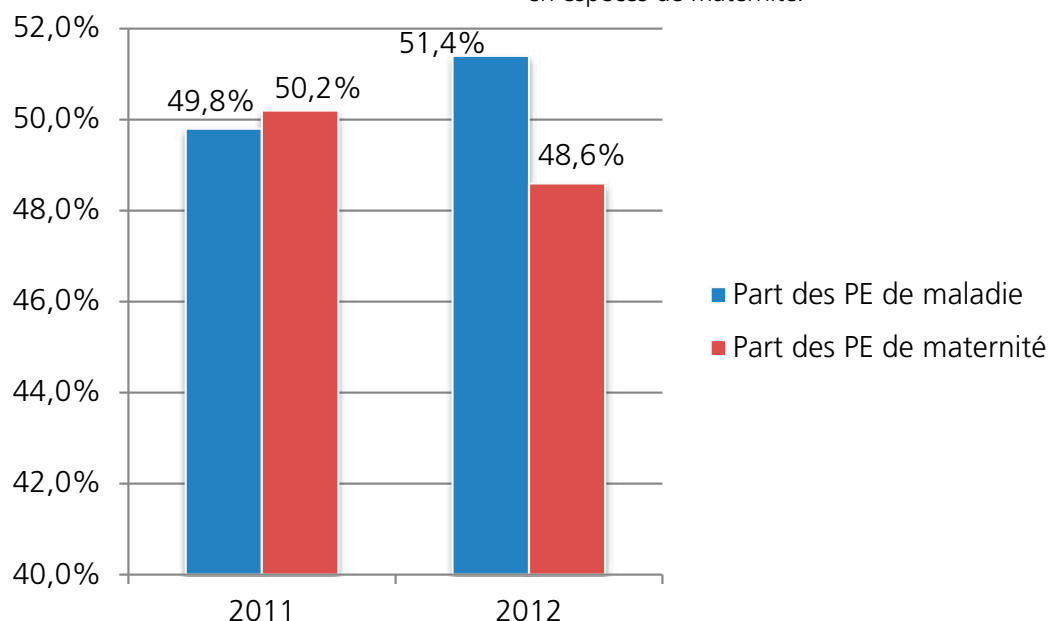
Enfin, il est utile de préciser que la marge de manoeuvre de la CNS au niveau des postes « frais de personnel », « frais communs » et « participation aux frais d'administration d'autres ISS » est relativement limitée. Ces trois postes représentent, finalement, en 2012 une part de 82,6 % de l'ensemble des frais administratifs. En ce qui concerne l'Agence eSanté, il reste à préciser que son financement est assuré à deux tiers par la CNS et à un tiers par le budget de l'État.

e) Prestations en espèces

Les prestations en espèces sont les prestations destinées à remplacer les revenus en cas de maladie ou de maternité.

Elles sont divisées en 2 catégories :

les prestations en espèces de maladie et les prestations en espèces de maternité.

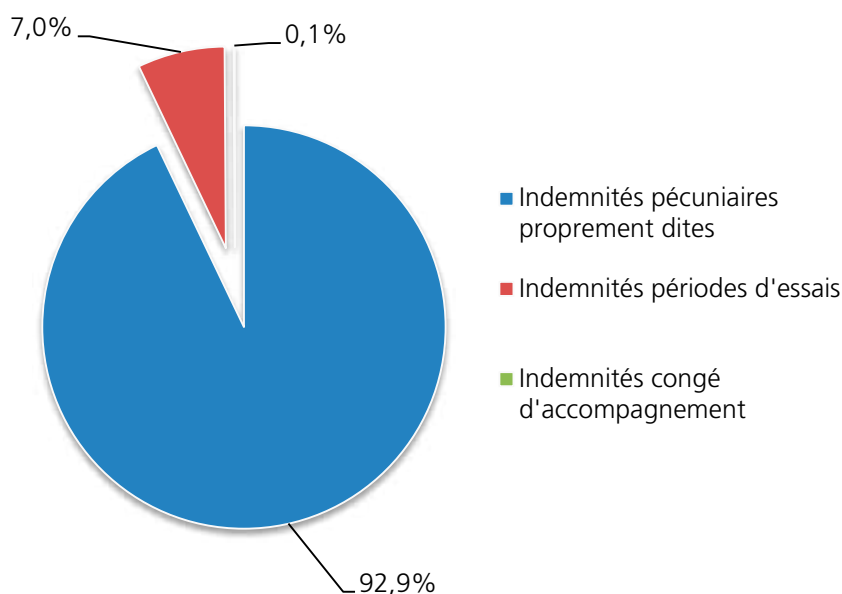


En 2011, le poids des indemnités pécuniaires de maternité était sensiblement plus important avec 50,2 % du total des indemnités pécuniaires contre 49,8 % pour les indemnités pécuniaires de maladie. Cependant, la part

des prestations en espèces de maladie représente 51,4 % en 2012, tandis que la part des prestations en espèces de maternité représente 48,6 %.

Prestations en espèces de maladie

2012



Les indemnités pécuniaires de maladie comprennent les indemnités pécuniaires de maladie proprement dites, les indemnités en cas de périodes d'essai et les indemnités en cas de congé d'accompagnement.

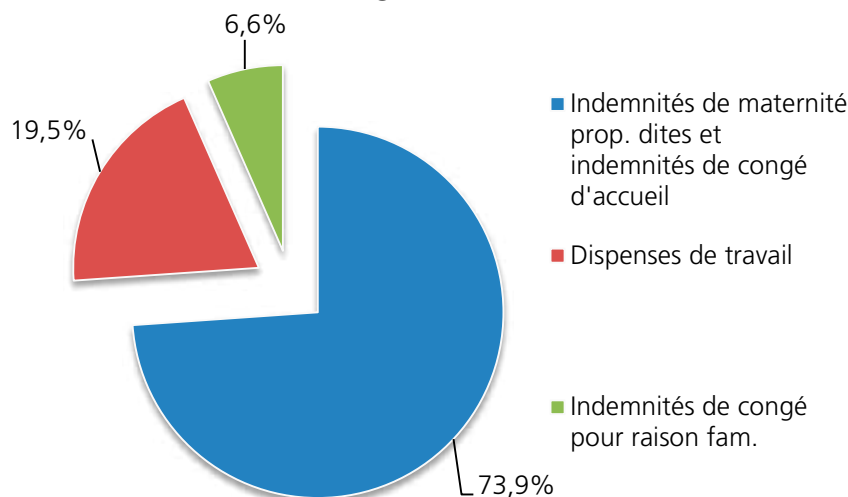
La représentation graphique permet de constater que les indemnités pécuniaires proprement dites représentent la

majeure partie des prestations en espèces de maladie, à savoir 92,9 %. Le second poste le plus important est celui des indemnités en cas de périodes d'essai avec 7,0 %, et en troisième lieu figurent les indemnités en cas de congé d'accompagnement qui représentent seulement 0,1 % des prestations en espèces de maladie.

Prestations en espèces de maternité

2012

Concernant la composition des prestations en espèces de maternité, il y a lieu de noter que par rapport à 2011, le poids des indemnités pécuniaires relatives aux dispenses de travail a légèrement augmenté en 2012. En effet, les dispenses représentaient 19,5 % de l'ensemble des indemnités pécuniaires de maternité en 2012, contre 19,2 % en 2011.

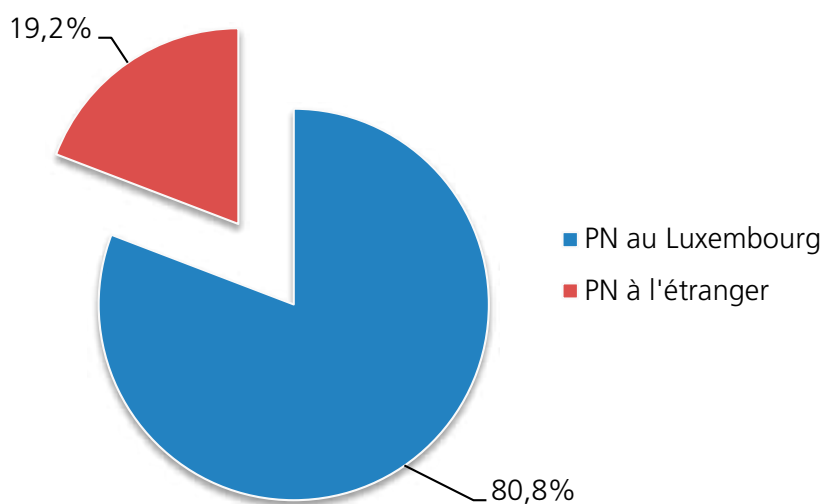


En particulier, la représentation graphique permet de constater que les indemnités pécuniaires proprement dites de maternité représentent 73,9 % des prestations en espèces de maternité. Le second poste le plus important est celui des dispenses, et en troisième lieu figure le congé pour raisons familiales qui représente 6,6 % des prestations en espèces de maternité.

Il y a lieu de préciser que les indemnités de congé pour raisons familiales se trouvent regroupées sous les pres-

tations en espèces de maternité pour des raisons historiques. En effet, avant la réforme du système des soins de santé, les prestations de maternité ainsi que le congé pour raisons familiales étaient intégralement couvertes par le budget de l'État. La réforme santé a introduit l'intégration des prestations de maternité et des indemnités de congé pour raisons familiales dans le financement général par cotisations.

f) Répartition des prestations en nature au Luxembourg et à l'étranger



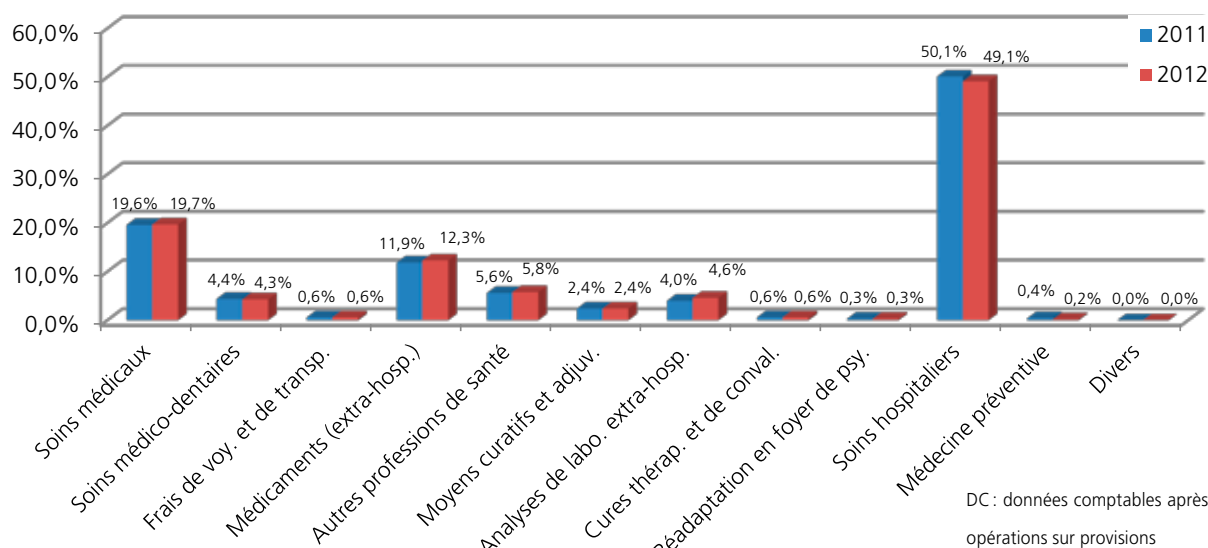
Dépenses effectives - données comptables après opérations sur provisions

Par prestations en nature, on entend les prestations de soins de santé délivrées par les prestataires et fournisseurs aux assurés.

En 2012, les prestations en nature au Luxembourg représentent 80,8 % de l'ensemble des prestations en nature, contre 19,2 % pour les prestations en nature délivrées à l'étranger.

Les prestations en nature au Luxembourg se chiffrent à 1.523,1 millions d'euros en 2012 (après opérations sur provisions), tandis que les prestations en nature à l'étranger s'élèvent à 360,9 millions d'euros (après opérations sur provisions et après régularisations de fin d'exercice).

g) Poids des prestations en nature au Luxembourg



Le graphique ci-dessus révèle que les poids des différents postes des prestations en nature au Luxembourg ne varient guère de 2011 à 2012. Le poste le plus important est celui des soins hospitaliers, aussi bien en 2011 qu'en 2012 avec respectivement 50,1 % et 49,1 % de l'ensemble des prestations en nature au Luxembourg.

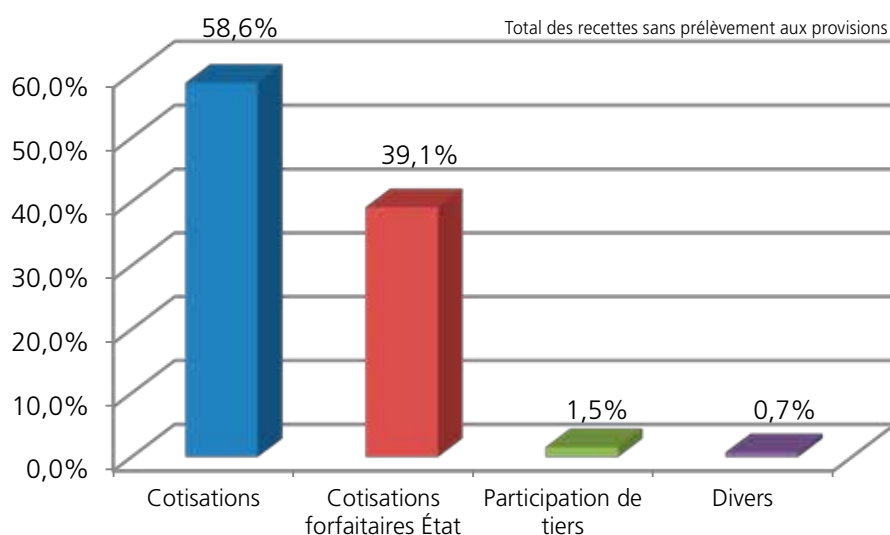
Les soins médicaux représentent le deuxième poste le plus important, avec 19,6 % en 2011 et 19,7 % en 2012.

En troisième lieu figurent les médicaments extra-hospitaliers, dont 12,3 % de la totalité des prestations en nature au Luxembourg leur sont attribués en 2012 (11,9 % en 2011, hausse de +0,4 %).

Suivent par ordre décroissant les postes suivants pour l'année 2012 :

- Autres professions de santé : 5,8 %
- Les analyses de laboratoires extra-hospitaliers : 4,6 %
- Les soins médico-dentaires : 4,3 %
- Les moyens curatifs et adjuvants : 2,4 %
- Frais de voyage et de transport : 0,6 %
- Cures thérapeutiques et de convalescence : 0,6 %
- Réadaptation en foyer de psychiatrie : 0,3 %
- Médecine préventive : 0,2 %
- Divers : 0,0 %

h) Part des postes dans les recettes

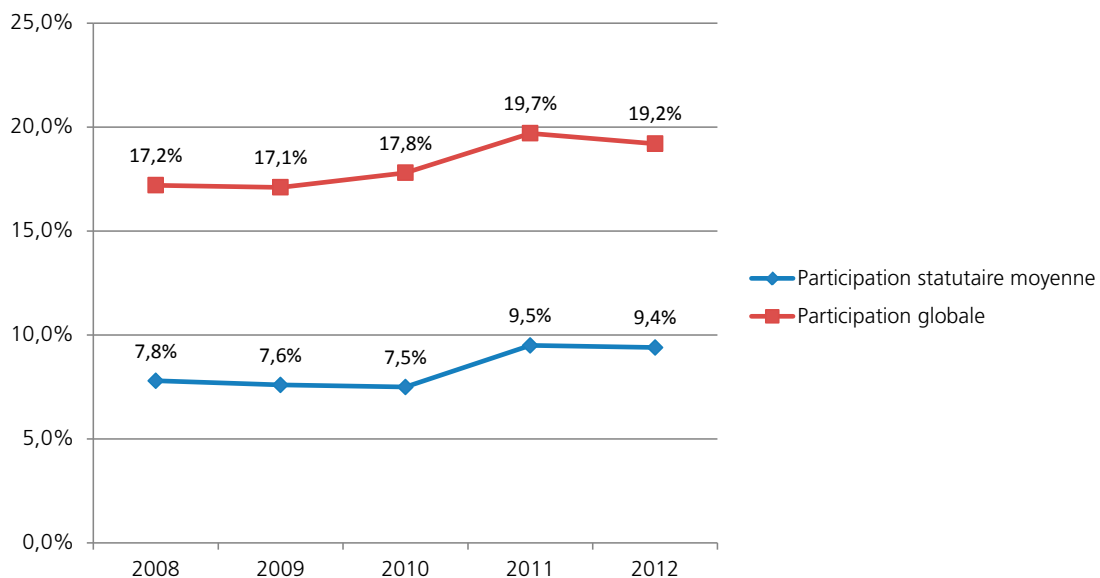


En particulier, la somme des cotisations en provenance des assurés et employeurs et des cotisations forfaitaires de l'État représente 97,7 % des recettes de l'assurance maladie-maternité (hors prélèvement aux provisions).

Les recettes de l'assurance maladie-maternité proviennent majoritairement des cotisations, à savoir 53,6 %. Le montant total des cotisations en provenance des assurés et employeurs s'élève en 2012 à 1.332,6 millions d'euros, ce qui correspond à une hausse de 5,5 %, contre une hausse de 9,3 % en 2011.

Le poste des cotisations forfaitaires de l'État représente 39,1 % de l'ensemble des recettes. Le montant de cette participation de l'État atteint 888,2 millions d'euros en 2012 et est en progression de 5,6 % par rapport à 2011. Les participations de tiers représentent quant à eux 1,5 % des recettes.

i) Participation moyenne des personnes protégées pour les prestations extra-hospitalières



Les statuts de la CNS définissent non seulement les prestations prises en charge par l'assurance maladie-maternité, mais également leur taux de prise en charge. La participation statutaire du patient correspond à la différence entre le montant que le prestataire de soins est habilité à facturer selon les conventions et nomenclatures en vigueur et le montant remboursé par la CNS. La participation statutaire moyenne de l'assuré (représentée en gris foncé ci-dessus) pour les prestations extra-hospitalières s'établit à 9,4 % en 2012, ce qui représente une légère baisse de 0,1 % par rapport à 2011.

Il y a lieu de noter que les tarifs de l'assurance maladie-

maternité ne représentent pas l'intégralité de la dépense de l'assuré, ceci en raison des dépassements possibles de certains tarifs pour convenance personnelle (supplément pour chambre individuelle, dépassement sur devis pour prestations dentaires, dépassements pour montures et verres de lunettes, etc.). La courbe « participation globale » du graphique représente une estimation du taux de participation globale des assurés pour les prestations extra-hospitalières par rapport aux prix facturés, ceci sur la base du montant brut des factures communiquées à la CNS. Cette participation se situe à 19,2 % en 2012 (en dehors des frais d'hospitalisation), contre 19,7 % en 2011.



EXERCICE 2012

DÉCOMPTÉ ANNUEL GLOBAL

des recettes et des dépenses
de l'assurance Maladie-Maternité

BILAN DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE

au 31 décembre 2012

En date du 10 juillet 2013, le Comité directeur de la CNS a approuvé les comptes annuels et le bilan de clôture de l'année 2012 de l'assurance maladie-maternité.

Le document « Décompte des recettes et dépenses de 2012 de l'assurance maladie-maternité » commenté peut être consulté intégralement sur le site internet de la CNS www.cns.lu sous « Publications ».

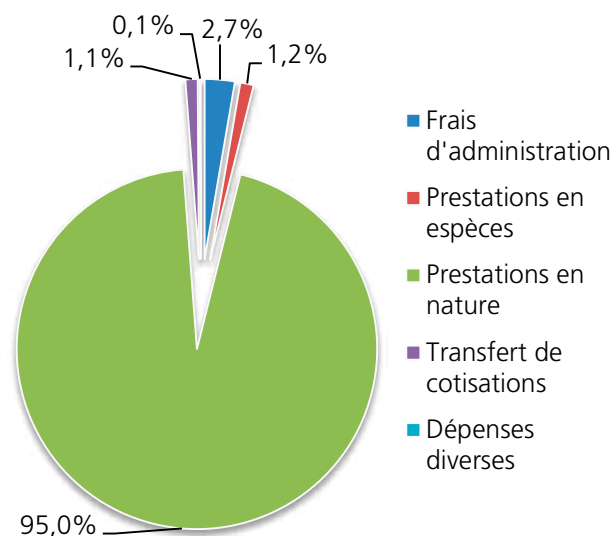
II. Assurance dépendance

a) Poids des postes de dépenses en 2012

Le graphique ci-contre illustre le poids des différents postes de dépenses par rapport à l'ensemble des dépenses de l'assurance dépendance.

On constate que les prestations en nature représentent 95,0 % du total des dépenses, contre 1,2 % pour les prestations en espèces. Dans le cadre de l'assurance dépendance, lorsqu'on parle de l'aide apportée par un service professionnel (un prestataire), que ce soit un établissement, un réseau ou un centre semi-stationnaire, on parle de prestations en nature. En ce qui concerne les prestations en espèces, il faut faire la différence entre les prestations en espèces proprement dites et les prestations en espèces subsidiaires. Les prestations en espèces proprement dites (1,2 % du total des dépenses) correspondent aux allocations spéciales pour personnes gravement handicapées et aux allocations de soins. Les prestations en nature peuvent sous certaines conditions être remplacées par une prestation en espèces : il s'agit des prestations en espèces subsidiaires, qui ne sont pas reprises séparément dans l'illustration ci-contre mais qui font partie des prestations en nature (95,0 % du total des dépenses).

Les frais d'administration représentent 2,7 % de l'ensemble des dépenses de l'assurance dépendance.



En quatrième position figure le transfert de cotisations, avec 1,1 % du total des dépenses. En effet, l'assurance dépendance prend en charge les cotisations pour l'assurance pension d'une personne de l'entourage (souvent un membre de la famille ou un proche) qui assure avant l'âge de 65 ans des aides et des soins à la personne dépendante à son domicile, et ce en dehors d'un réseau d'aides et de soins.

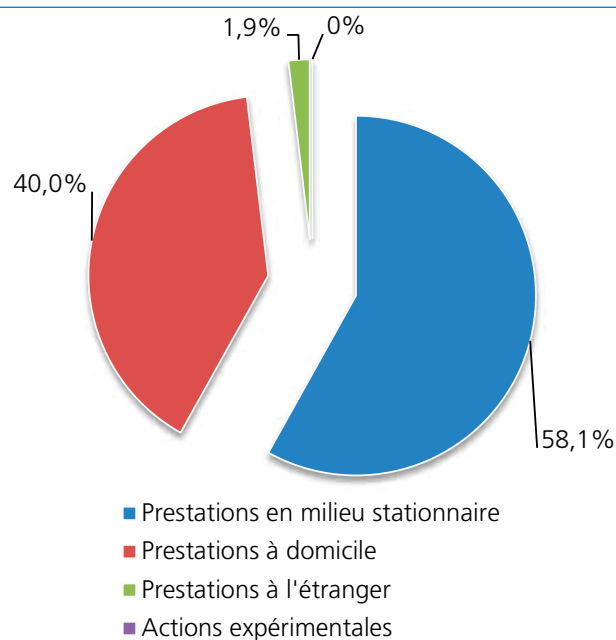
En dernier lieu figurent les dépenses diverses, qui représentent 0,1 % du total des dépenses de l'assurance dépendance.

b) Poids des postes des prestations en nature en 2012

58,1 % des dépenses en relation avec les prestations en nature ont été attribués aux prestations en milieu stationnaire en 2012. Les prestations en milieu stationnaire concernent les établissements à séjour continu (maisons de soins et centres intégrés pour personnes âgées).

En deuxième position figurent les prestations à domicile, lesquelles représentent 40 % du total des dépenses en matière de prestations en nature en 2012. Pour des besoins d'analyses dans le cadre du décompte de l'assurance dépendance, les trois types d'intervenants pour les soins à domicile pris en considération sont les réseaux d'aides et de soins, les établissements à séjour intermittent et les centres semi-stationnaires.

Les dépenses en relation avec les prestations à l'étranger représentent 1,9 % du total des dépenses relatives aux prestations en nature. Parmi les prestations étrangères, on distingue les prestations en espèces transférées à l'étranger et les prestations à payer aux institutions de sécurité sociale étrangères conformément aux conven-



tions internationales.

En 2012, il n'y avait pas de dépenses pour des projets d'actions expérimentales.

c) Bénéficiaires des prestations en nature

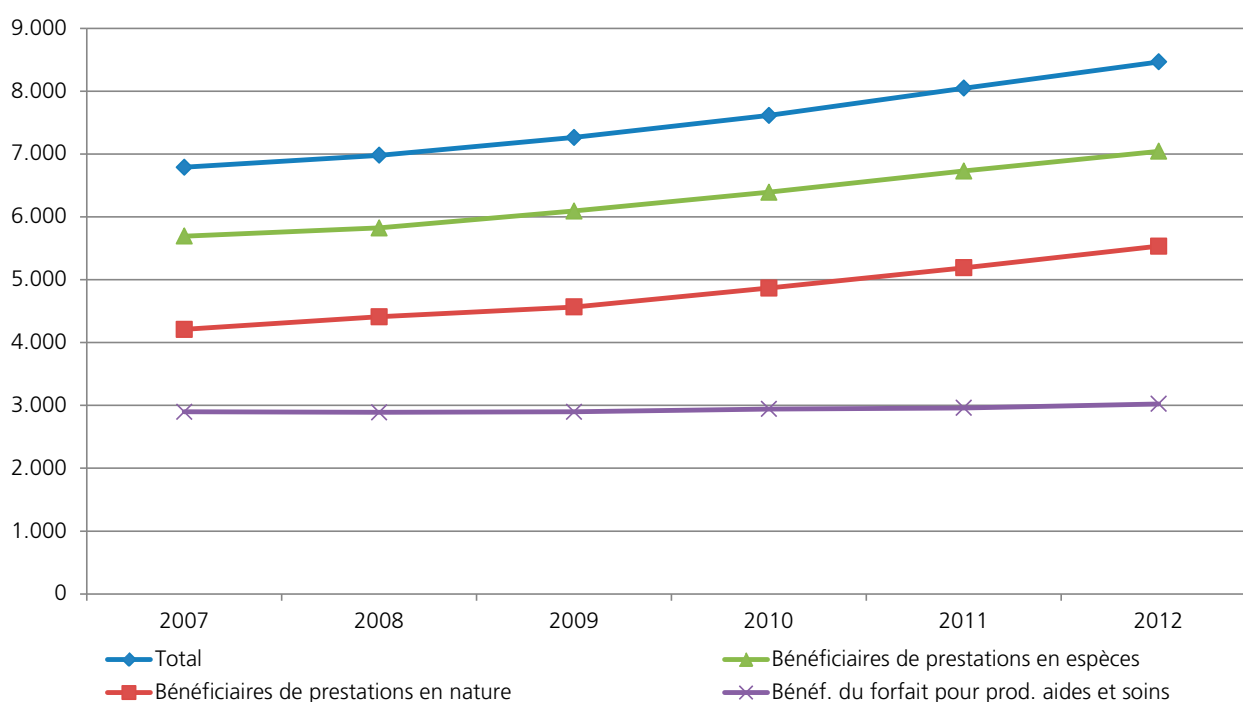
Bénéficiaires de prestations en nature au Luxembourg : **12.728**

- Prestations à domicile* : **8.466** (+5,2 %)
- Prestations en milieu stationnaire : **4.262** (+1,9 %)

- Données suivant la date prestation
- * Les prestations à domicile regroupent les prestations fournies par les réseaux, les centres semi-stationnaires et les établissements à séjour intermittent ainsi que les dépenses pour appareils et adaptations logement.

d) Nombre moyen de bénéficiaires de prestations à domicile

Nombre moyen mensuel de bénéficiaires



Les prestations en nature à domicile sont délivrées par les réseaux d'aides et de soins. Ils peuvent recourir à des centres semi-stationnaires, qui accueillent les personnes dépendantes soit de jour, soit de nuit en cas de maintien à domicile. Les prestations délivrées par les établissements à séjour intermittent figurent également sous les prestations à domicile.

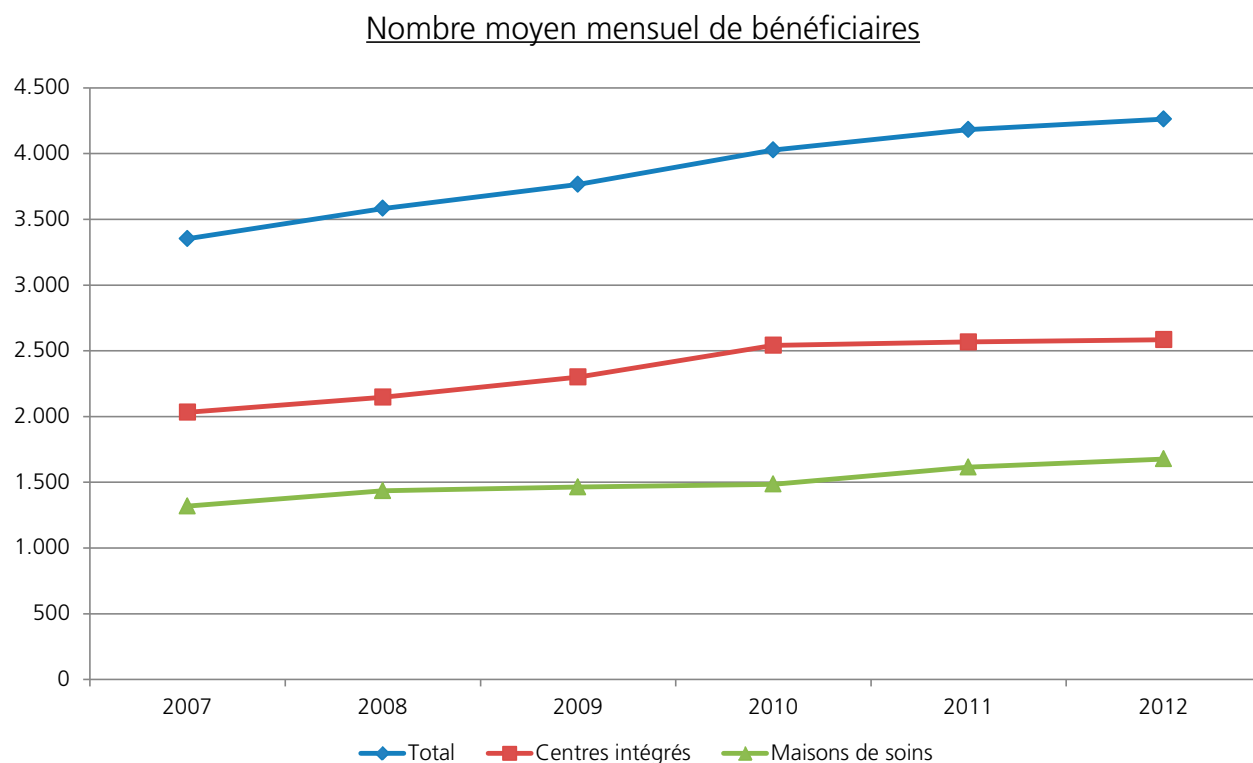
En 2012, le nombre moyen mensuel de bénéficiaires de prestations à domicile s'établit à 8.466 personnes, contre 8.047 personnes en 2011 (+5,2 %). Depuis 2000, le nombre de bénéficiaires s'est accru de 173 %. Le taux de croissance annuel moyen s'établit à 8,7 % entre 2000 et 2012. On constate cependant un ralentissement de la croissance annuelle pour les dernières années. Par conséquent, pour la période 2007 à 2012, le taux de croissance annuel moyen s'élève à 4,5 %.

En 2012, parmi les bénéficiaires de prestations à domicile, 65,4 % (5.533 personnes) touchent des prestations fournies par un réseau d'aides et de soins, un centre semi-stationnaire ou un établissement à séjour intermittent.

7.044 personnes en moyenne ont bénéficié de prestations en espèces subsidiaires (en remplacement des prestations en nature), ce qui correspond à 83,2 % des bénéficiaires de prestations à domicile en 2012.

En 2012, environ 35,7 % des personnes touchant des prestations à domicile ont bénéficié du forfait pour produits d'aides et de soins (36,8 % en 2011). En effet, un montant forfaitaire est accordé en cas d'utilisation de produits nécessaires aux aides et soins. En 2012, ce montant forfaitaire s'établit à 106,32 euros en moyenne à l'indice courant égal à 742,44.

e) Nombre moyen de bénéficiaires de prestations en établissements à séjour continu



Parmi les établissements d'aides et de soins, on distingue les établissements d'aides et de soins à séjour continu et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent.

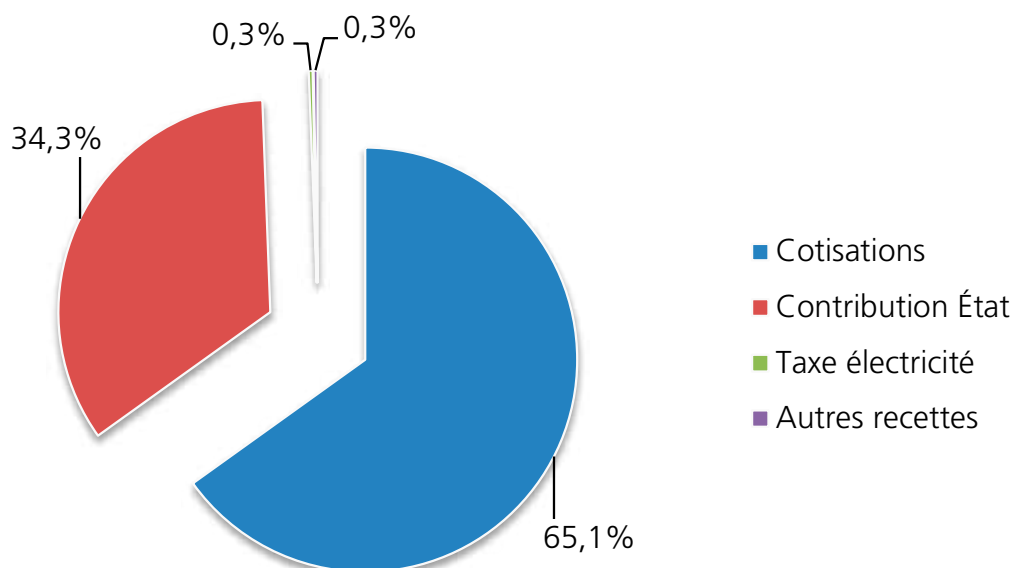
Les établissements d'aides et de soins à séjour continu hébergent de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant, dans le cadre de l'établissement, l'intégralité des aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance.

Les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent hébergent de jour et de nuit de façon prépondérante des personnes dépendantes relevant de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ou aux personnes bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire. Pour les besoins de ce document, les

prestations délivrées par les établissements à séjour intermittent figurent sous les prestations à domicile (voir p.53, point d)).

Pour l'exercice 2012, on estime le nombre moyen mensuel de personnes dans les établissements d'aides et de soins à séjour continu 4.262 personnes (+1,9 %), dont 2.585 personnes pour les centres intégrés (+0,7 %) et 1.677 personnes pour les maisons de soins (+3,8 %). La forte croissance pour les maisons de soins est due au fait que 2 centres intégrés ont changé d'agrément et ont maintenant le statut de maisons de soins. Depuis 2000, le nombre moyen a augmenté de 71,6 %, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 4,6 %. Depuis 2007, le taux de croissance annuel moyen s'élève à 4,9 %.

f) Poids des postes de recettes



Le montant total des cotisations de l'assurance dépendance s'élève en 2012 à 339,8 millions d'euros, soit 65,1 % de l'ensemble des recettes de l'assurance dépendance, ce qui représente une progression de 15,4 % par rapport à 2011 (294,5 millions d'euros en 2011).

La contribution de l'État se place en deuxième position, avec 34,3 % du total des recettes. Contrairement aux années 2007 à 2011 où l'État participait aux prestations de l'assurance dépendance par une contribution fixée à 140,0 millions d'euros, la loi concernant le budget de l'État pour l'exercice 2012 a fixé la participation de l'État à trente-cinq pour cent des dépenses totales, y com-

pris la dotation à la réserve. Cette participation s'élève à 179,2 millions d'euros, ce qui correspond à une croissance de 28 %.

La contribution spéciale en faveur de l'assurance dépendance consiste dans le produit de la taxe « électricité » imputable aux clients affichant une consommation d'électricité annuelle supérieure à 25.000 kWh. Le produit de cette redevance destinée à l'assurance dépendance atteint 1,7 million d'euros en 2012, contre 1,9 million d'euros en 2011 (-8,3 %). Par rapport à l'ensemble des recettes de l'assurance dépendance, cette contribution spéciale représente 0,3 %.



EXERCICE 2012

DÉCOMPTÉ ANNUEL GLOBAL

des recettes et des dépenses
de l'assurance dépendance

BILAN DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

au 31 décembre 2012

En date du 31 juillet 2013, le Comité directeur de la CNS a approuvé les comptes annuels et le bilan de clôture de l'année 2012 de l'assurance dépendance.

Le document « Décompte des recettes et dépenses de 2012 de l'assurance dépendance » commenté peut être consulté intégralement sur le site internet de la CNS www.cns.lu sous « Publications ».

Annexes

D. Annexes

I. Décompte des dépenses et des recettes de l'assurance maladie-maternité

Décompte des dépenses (Montants en euros)			
Année Nombre indice	Compte annuel 2012 742,44	Compte annuel 2011 724,34	Variation en % 2012/2011 2,5 %
60 FRAIS D'ADMINISTRATION	69.994.237,50	70.210.741,50	-0,3 %
Frais de personnel	42.628.104,27	41.092.137,30	3,7 %
Frais d'exploitation	2.909.362,36	3.096.724,25	-6,1 %
Frais de fonctionnement	9.097.681,92	6.192.196,95	46,9 %
Frais généraux	52.018,71	94.905,65	-45,2 %
Frais d'acquisitions	98.857,64	203.174,01	-51,3 %
Participation aux frais d'adm. d'autres ISS	2.649.436,75	7.669.173,37	
Frais communs	12.558.775,85	11.862.429,97	5,9 %
61 PRESTATIONS EN ESPÈCES	236.129.999,67	211.933.314,07	11,4 %
ASSURANCE MALADIE	121.286.644,20	105.502.687,84	15,0 %
ASSURANCE MATERNITÉ	114.843.355,47	106.430.626,23	7,9 %
62 PRESTATIONS EN NATURE	2.185.782.619,11	1.691.518.819,95	29,2 %
PRESTATIONS ASSURANCE MALADIE	2.177.584.643,97	1.677.273.439,13	29,8 %
Prestations de soins de santé au Luxembourg	1.542.424.955,22	1.464.261.966,59	5,3 %
Soins médicaux	299.354.107,56	291.705.763,96	2,6 %
Soins médico-dent., prothèses,trait. Ortho.	65.907.827,00	64.447.817,54	2,3 %
Frais de voyage et de transport	8.521.597,50	9.025.335,87	-5,6 %
Médicaments (extra-hospitalier)	194.696.994,41	165.608.297,54	17,6 %
Soins des autres professions de santé	87.114.558,25	81.960.691,03	6,3 %
Dispositifs médicaux	36.206.379,11	34.903.732,44	3,7 %
Analyses de laboratoires extra-hospitalier	79.933.793,58	38.386.064,19	108,2 %
Cures thérapeutiques et de convalescence	10.095.853,55	9.081.511,55	11,2 %
Réadaptation en foyers de psychiatrie	4.851.114,00	4.367.424,00	11,1 %
Soins hospitaliers	751.406.590,44	758.961.301,14	-1,0 %
Médecine préventive	3.809.589,47	5.504.502,44	-30,8 %
Prestations diverses	526.550,35	309.524,89	70,1 %
Prestations de soins de santé à l'étranger	635.159.688,75	213.011.472,54	198,2 %
Conventions internationales	626.516.345,33	204.559.521,06	206,3 %
Autres prest. transférées à l'étranger	8.643.343,42	8.451.951,48	2,3 %
INDEMNITÉS FUNÉRAIRES	3.286.486,13	3.480.658,23	-5,6 %
PRESTATIONS DE MATERNITÉ	4.911.489,01	10.764.722,59	-54,4 %
Prestations de maternité au Luxembourg	3.788.664,38	3.392.151,07	11,7 %
Prestations de maternité à l'étranger	1.122.824,63	7.372.571,52	-84,8 %
63 TRANSFERTS DE COTISATIONS	22.720.873,30	20.558.512,13	10,5 %
Cotisations assurance maladie	6.447.607,20	5.801.438,95	11,1 %
Cotisations assurance pension	16.273.266,10	14.757.073,18	10,3 %
64 DÉCHARGES ET RESTITUTIONS COTISATIONS	6.096.730,10	5.567.017,45	9,5 %
Cot. irrécouvrables et cotisation indues	6.096.730,10	5.567.017,45	9,5 %
Dont État	496.182,30	169.343,93	193,0 %
Autres décharges	0,00	0,00	
65 PATRIMOINE	145.137,52	134.002,86	8,3 %
66 CHARGES FINANCIÈRES	10,78	0,11	p.m.
67 DOTATIONS AUX PROVIS. ET AMORT.	62.499.418,15	355.229.060,24	-82,4 %

Décompte des dépenses (Montants en euros)			
Année	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
Nombre indice	2012	2011	2012 / 2011
	742,44	724,34	2,5 %
Prestations à liquider	59.090.000,00	352.730.000,00	-83,2 %
Autres provisions	3.200.000,00	2.300.000,00	39,1 %
Amortissements	209.418,15	199.060,24	5,2 %
68 QUOTE-PART ÉTAT DANS RÉCUPÉRATIONS	0,00	0,00	
69 DÉPENSES DIVERSES	26.524,78	2.100,62	p.m.
TOTAL DES DÉPENSES COURANTES	2.583.395.550,91	2.355.153.568,93	9,7 %
DOTATION AU FONDS DE ROULEMENT	30.347.314,52	2.899.530,74	
DOTATION DE L'EXCÉDENT DE L'EXERCICE	13.817.853,27	75.406.929,03	
TOTAL DES DÉPENSES	2.627.560.718,70	2.433.460.028,70	8,0 %

Décompte des recettes (Montants en euros)			
Année	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
Nombre indice	2012	2011	2012 / 2011
	742,44	724,34	2,5 %
70 COTISATIONS	1.332.619.737,30	1.262.777.106,13	5,5 %
PRESTATIONS EN ESPÈCES	69.066.395,88	65.335.652,46	5,7 %
Cotisations PE CNS	69.066.395,88	65.335.652,46	5,7 %
dont FOA	200.366,19	202.719,04	-1,2 %
SOINS DE SANTÉ	1.263.553.341,42	1.197.441.453,67	5,5 %
Cotisations actifs et autres	1.038.758.497,81	986.048.190,36	5,3 %
dont – État	223.248,21	196.549,08	13,6 %
– FOA	2.244.164,87	2.271.206,59	-1,2 %
Cotisations pensionnés	224.794.843,61	211.393.263,31	6,3 %
71 COTISATIONS FORFAITAIRES ÉTAT	888.239.659,93	841.264.348,36	5,6 %
PRESTATIONS EN ESPÈCES	46.005.387,15	43.472.793,05	5,8 %
PE CNS	46.005.387,15	43.472.793,05	5,8 %
SOINS DE SANTÉ	842.234.272,78	797.791.555,31	5,6 %
PN actifs et pensionnés	842.234.272,78	797.791.555,31	5,6 %
72 PARTICIPATION DE TIERS	34.936.293,51	34.273.915,53	1,9 %
FRAIS D'ADMINISTRATION	14.845.798,16	14.177.457,91	4,7 %
Frais d'administration: charge État	10.669,67	9.734,92	9,6 %
Employeurs, caisses d'entreprises + organismes	14.835.128,49	14.167.722,99	4,7 %
PARTICIPATION DANS PRESTATIONS (ÉTAT)	20.090.495,35	20.096.457,62	0,0 %
Prestations en espèces – maternité	20.000.000,00	20.000.000,00	0,0 %
Prestations en nature – maternité	0,00	0,00	
Autres soins de santé	90.495,35	96.457,62	-6,2 %
73 TRANSFERTS	4.862.160,18	3.469.690,06	40,1 %
Cotisations du régime contributif	37.005,14	20.893,74	77,1 %
Pensions cédées	4.825.155,04	3.448.796,32	39,9 %
Restitution de cotisations	0,00	0,00	
Remboursement congé pour mandat	0,00	0,00	
74 REVENUS SUR IMMOBILISATIONS	765.723,78	755.268,49	1,4 %
75 BÉNÉFICE DE RÉALISATION SUR IMMEUBLES	0,00	0,00	
76 PRODUITS DIVERS	9.451.245,89	10.686.613,49	-11,6 %
77 PRODUITS FINANCIERS	1.566.062,49	4.118.358,16	-62,0 %
78 PRÉLÈVEMENTS AUX PROVISIONS	355.030.000,00	273.400.000,00	29,9 %
Prestations à liquider	352.730.000,00	268.300.000,00	31,5 %

Décompte des recettes (Montants en euros)			
Année	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
Nombre indice	2012	2011	2012 / 2011
	742,44	724,34	2,5 %
Autres provisions	2.300.000,00	5.100.000,00	-54,9 %
79 RECETTES DIVERSES	89.835,62	2.714.728,48	p.m.
Divers	89.835,62	2.714.728,48	p.m.
TOTAL DES RECETTES COURANTES	2.627.560.718,70	2.433.460.028,70	8,0 %
PRÉLÈVEMENT AU FONDS DE ROULEMENT	0,00	0,00	
PRÉLÈVEMENT DÉCOUVERT DE L'EXERCICE	0,00	0,00	
TOTAL DES RECETTES	2.627.560.718,70	2.433.460.028,70	8,0 %

II. Décompte des dépenses et des recettes de l'assurance dépendance

Décompte des dépenses (Montants en euros)			
Année	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
Nombre indice	2012	2011	2012 / 2011
	742,44	724,34	2,5 %
60 FRAIS D'ADMINISTRATION	13.505.255,01	12.846.747,80	5,1 %
61 PRESTATIONS EN ESPÈCES	6.037.686,95	6.784.819,64	-11,0 %
Allocation spéciale pour pers. grav. handicapées	5.997.198,12	6.706.705,25	-10,6 %
Allocations de soins	40.488,83	78.114,39	-48,2 %
62 PRESTATIONS EN NATURE	482.434.243,56	512.827.926,54	-5,9 %
Prestations au Luxembourg	473.138.300,96	504.764.490,89	-6,3 %
– Prestations a domicile	194.954.903,44	231.978.499,83	-16,0 %
Aides et soins	116.069.522,89	154.598.947,49	-24,9 %
• Réseau aides et soins (RAS)	98.798.998,05	132.143.896,64	-25,2 %
• Centre semi-stationnaire (CSS)	17.270.524,84	22.455.050,85	-23,1 %
Prestations en espèces subsidiaires	60.516.858,17	60.358.270,87	0,3 %
Forfaits pour produits d'aides et de soins	3.535.983,69	3.426.404,05	3,2 %
Appareils	11.457.663,30	10.820.314,12	5,9 %
• Location	4.991.221,56	5.082.870,70	-1,8 %
• Acquisition	6.466.441,74	5.737.443,42	12,7 %
Adaptation logement	3.374.875,39	2.774.563,30	21,6 %
– Prestations en milieu stationnaire	278.183.397,52	272.900.253,70	1,9 %
Aides et soins	278.183.397,52	272.900.253,70	1,9 %
• Établissement à séjour continu (ESC)	243.596.484,60	236.928.995,99	2,8 %
• Établissement à séjour intermittent (ESI)	34.586.912,92	35.971.257,71	-3,8 %
Forfaits pour produits d'aides et de soins			
– Actions expérimentales	0,00	-114.262,64	p.m.
Prestations étrangères	9.295.942,60	8.063.435,65	15,3 %
Prestations en espèces transférées à l'étranger	3.698.095,74	3.624.868,04	2,0 %
Conventions internationales	5.597.846,86	4.438.567,61	26,1 %
– Frontaliers	2.304.440,72	1.318.500,16	74,8 %
– Séjour temporaire			
– Traitement E112/S2	1.472.569,34	188.962,18	679,3 %

Décompte des dépenses (Montants en euros)			
Année	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
Nombre indice	2012	2011	2012 / 2011
	742,44	724,34	2,5 %
– Pensionnés	1.768.951,85	2.426.458,33	-27,1 %
– Renonciation frais effectifs	43.658,05	47.738,39	-8,5 %
– Renonciation MF			
– Excédent des dépenses : inscriptions pens.	8.226,90	456.908,55	-98,2 %
63 TRANSFERTS DE COTISATIONS	5.718.746,90	4.830.899,54	18,4 %
Cotisations assurance pension (art. 355)	5.718.746,90	4.830.899,54	
64 DÉCHARGES ET EXTOURNES	445.942,24	777.493,57	-42,6 %
Décharges	432.802,06	773.209,72	
Extournes	13.140,18	4.283,85	
66 CHARGES FINANCIÈRES			
67 DOTATION AUX PROV. ET AMORT.	45.060.000,00	43.950.000,00	2,5 %
Prestations à liquider	45.060.000,00	43.950.000,00	
69 DÉPENSES DIVERSES	5.155,32		p.m.
TOTAL DES DÉPENSES COURANTES	553.207.029,98	582.017.887,09	-5,0 %
Dotation au fonds de roulement	2.653.914,29	3.372.446,31	
Dotation de l'excédent de l'exercice	10.104.108,72	0,00	
TOTAL DES DÉPENSES	565.965.052,99	585.390.333,40	-3,3 %

Décompte des recettes (Montants en euros)			
Année	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
Nombre indice	2012	2011	2012 / 2011
	742,44	724,34	2,5 %
70 COTISATIONS	339.773.687,44	294.539.016,20	15,4 %
Cotisations actifs et autres	253.834.554,33	239.649.590,82	5,9 %
Cotisations pensionnés	42.479.648,26	41.010.095,54	3,6 %
Cotisations sur patrimoine - art. 378	43.459.484,85	13.879.329,84	213,1 %
72 PARTICIPATIONS DE TIERS	181.064.071,05	142.051.607,62	27,5 %
Contribution forfaitaire État - AD (art. 375, sub 1)	179.168.830,49	140.000.000,00	28,0 %
Redevance AD du sect. de l'énergie (art. 375 sub 2)	1.745.182,30	1.902.378,03	-8,3 %
Organismes	54.402,86	53.610,50	1,5 %
Participation État Outre-mer	95.655,40	95.619,09	0,0 %
76 PRODUITS DIVERS	981.590,06	544.246,48	80,4 %
77 PRODUITS FINANCIERS	190.362,15	1.386.252,53	-86,3 %
78 PRÉLÈVEMENT AUX PROVISIONS	43.950.000,00	99.300.000,00	-55,7 %
79 RECETTES DIVERSES	5.342,29	1.373.062,83	p.m.
TOTAL DES RECETTES COURANTES	565.965.052,99	539.194.185,66	5,0 %
Prélèvement au fonds de roulement	0,00	0,00	
Prélèvement découvert de l'exercice	0,00	46.196.147,74	
TOTAL DES RECETTES	565.965.052,99	585.390.333,40	-3,3 %

III. Modifications statutaires entrées en vigueur en 2012

Les modifications statutaires sont publiées au Mémorial et sur notre site internet le jour même de leur entrée en vigueur. Les statuts de la CNS peuvent être consultés sous la rubrique « Législation ► Statuts de la Caisse nationale de santé ».

Entrée en vigueur	Mémorial A	Modifications
01.01.2012	Nr 252 du 09.12.2011 pages 4247-4250	• Ajouts et suppressions de différentes positions dans le fichier B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie. • Introduction de la prise en charge de la chirurgie bariatrique et énumération des différentes conditions de prise en charge. • Introduction d'un nouveau formulaire concernant la demande de prise en charge des produits pharmaceutiques EFIENT et BRILIQUE (utilisés dans le traitement du syndrome coronaire aigu) (auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale).
01.01.2012	Nr 275 du 27.12.2011 page 4913	• Abolition de la participation par l'assuré de 2,50 € lors d'un passage en policlinique (Art 142 statuts).
01.01.2012	Nr 275 du 27.12.2011 pages 4913 - 4918	• Ajouts et suppressions de différentes positions dans le fichier B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie. • Ajout des médicaments contraceptifs dans la liste des médicaments soumis à une prise en charge conditionnelle, suite à la convention conclue le 21 septembre 2011 entre l'État et la Caisse nationale de santé portant institution d'un programme de médecine préventive pour la prise en charge des médicaments contraceptifs. • Introduction de nouveaux formulaires concernant la demande de prise en charge des produits pharmaceutiques PROCORALAN (utilisé en cardiologie) et MULTAQ 400 (utilisé dans le traitement de la fibrillation auriculaire) (auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale).
01.01.2012	Nr 275 du 27.12.2011 page 4918	• Limitation de la validité des autorisations du Contrôle médical concernant un acte prévu dans la nomenclature des médecins à un an. (Art 17 statuts). • Abolition de la participation par l'assuré de 1,35 € par jour de traitement en hôpital de jour de psychiatrie (Art 142 statuts). • Adaptation de la liste des prestations visées par la prise en charge complémentaire suite à l'abolition de la participation en policlinique (Art 154bis statuts).
01.03.2012	Nr 021 du 09.02.2012 pages 250-252	• Ajouts et suppressions de différentes positions dans le fichier B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie et dans le fichier B7 regroupant les dispositifs médicaux dont la délivrance sur ordonnance médicale nominative originale est limitée aux établissements hospitaliers, aux personnes protégées pour un traitement effectué en dehors du secteur hospitalier.

Entrée en vigueur	Mémorial A	Modifications
01.05.2012	Nr 065 du 30.03.2012 pages 733-734	• Ajout des antiviraux indiqués dans le traitement de l'hépatite C à la liste des médicaments pris en charge au taux de 100 %. • Changement dans les conditions de prise en charge des agents anti-thrombotiques inscrits sur la liste des médicaments soumis à une prise en charge conditionnelle.
01.05.2012	Nr 085 du 03.05.2012 pages 939-946	• Ajouts et suppressions de différentes positions dans le fichier B3 regroupant les prothèses auditives prises en charge par l'assurance maladie. • Ajout des inhibiteurs de la synthèse des androgènes indiqués dans le traitement du cancer de la prostate à la liste des médicaments soumis à un accord préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale.
01.06.2012	Nr 097 du 14.05.2012 pages 1206-1208	• Ajouts et suppressions de différentes positions dans le fichier B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie.
01.07.2012	Nr 101 du 22.05.2012 pages 1246-1259	• Ajouts et suppressions de différentes positions dans le fichier B4 regroupant les dispositifs médicaux pour personnes laryngectomisées et pour personnes trachéotomisées.
01.07.2012	Nr 117 du 08.06.2012 pages 1555-1557	• Ajouts et suppressions de différentes positions dans le fichier B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie.
01.08.2012	Nr 144 du 17.07.2012 pages 1784-1790	• Ajouts et suppressions de différentes positions dans le fichier B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie et dans le fichier B7 regroupant les dispositifs médicaux dont la délivrance sur ordonnance médicale nominative originale est limitée aux établissements hospitaliers, à une personne protégée pour un traitement effectué en dehors du secteur hospitalier.
01.09.2012	Nr 157 du 30.07.2012 pages 1889-1890	• Ajouts et suppressions de différentes positions dans le fichier B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie.
01.09.2012	Nr 164 du 10.08.2012 page 2532	• retrait des agents anti-thrombotiques de la liste des médicaments soumis à une prise en charge conditionnelle.
01.09.2012	Nr 176 du 22.08.2012 pages 2645-2650	• Ajouts et suppressions de différentes positions dans le fichier B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie et dans le fichier B4 regroupant les dispositifs médicaux pour personnes laryngectomisées et pour personnes trachéotomisées.
01.08.2012	Nr 201 du 17.09.2012 page 2872-	• Ajout des consultations dans le cadre de réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie aux prestations du médecin qui ne sont pas concernées par la participation de 12 pour cent.
01.11.2012	Nr 228 du 26.10.2012 pages 3056-3059	• Ajouts et suppressions de différentes positions dans le fichier B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie et dans le fichier B4 regroupant les dispositifs médicaux pour personnes laryngectomisées et pour personnes trachéotomisées. • Ajout des médicaments indiqués pour le traitement des accès douloureux paroxystiques chez des patients adultes recevant déjà un traitement de fond opioïde pour des douleurs chroniques d'origine cancéreuse à la liste des médicaments soumis à un protocole thérapeutique.
01.12.2012	Nr 248 du 30.11.2012 pages 3214-3216	• Ajouts et suppressions de différentes positions dans le fichier B4 regroupant les dispositifs médicaux pour personnes laryngectomisées et pour personnes trachéotomisées. • Changement des conditions de prise en charge des psychostimulants indiqués dans la narcolepsie et inscrit dans la liste des médicaments soumis à un accord préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale.

IV. Campagne d'information aux assurés

Depuis juin 2011, le Département Communication développe et publie à intervalles réguliers dans le cadre de sa campagne d'information aux assurés des dépliantes accompagnés le cas échéant d'un clip vidéo. Les dépliantes sont disponibles en français/portugais et allemand/anglais. Les dépliantes sont mis à disposition notamment dans les agences et sur le site internet de la CNS. Les

clips vidéo peuvent être regardés dans les agences Differdange, Esch-sur-Alzette, Ettelbrück et Hollerich et sur le site internet. Ces dépliantes sont généralement issus de questions récurrentes de la part des assurés. Les thèmes qui ont été abordés jusqu'à présent sont les suivants :

Le transfert à l'étranger

Parution : décembre 2012

Ce dépliant vous fournit des explications au sujet des soins programmés à l'étranger.



Le transport en ambulance

Parution : août 2012

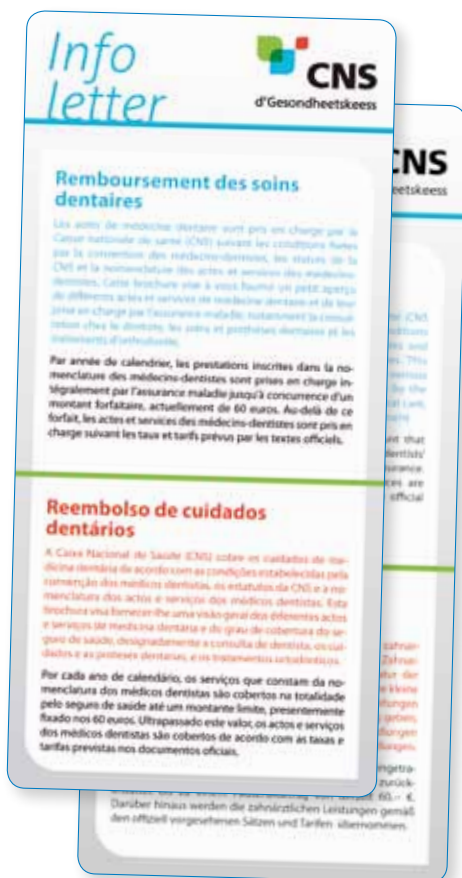
Ce dépliant vous fournit des explications concernant la prise en charge et le remboursement d'un transport en ambulance.

Le médecin référent

Parution : janvier 2012

Ce dépliant vous fournit des explications concernant l'introduction du médecin référent.





Remboursement des soins dentaires

Parution : janvier 2012

Ce dépliant vous fournit un aperçu sur les différents actes et services de médecine dentaire et de leur prise en charge par l'assurance maladie (la consultation chez le dentiste, les soins et prothèses dentaires et les traitements d'orthodontie).

Comment déclarer son incapacité de travail ?

Parution : octobre 2011

Ce dépliant vous fournit les explications relatives aux démarches que vous devez entreprendre si vous êtes incapable de travailler pour cause de maladie ou d'accident.



Vacances à l'étranger

Parution : juillet 2011

Ce dépliant vous fournit des informations sur les différentes démarches à effectuer avant, pendant et après les vacances si vous devez accéder à des soins de santé pendant vos vacances.

V. Les communiqués de presse de 2012

Les communiqués de presse peuvent être consultés sur notre site internet **www.cns.lu** sous « Presse ».

	Date	Sujet
1.	16.02.2012	Complément d'information au sujet du médecin référent
2.	15.03.2012	Information à la presse au sujet du médecin référent
3.	26.04.2012	Information au sujet de la fermeture de l'agence de Steinfort
4.	18.05.2012	Position finale du Comité directeur de la CNS par rapport à l'introduction du médecin référent et à la tarification y relative
5.	06.06.2012	Avis soumis par la Commission de nomenclature aux parties concernées et introduction du médecin référent
6.	12.07.2012	Comptes annuels et bilan de clôture de l'année 2011 de l'assurance maladie-maternité
7.	02.08.2012	Comptes annuels et bilan de clôture de l'année 2011 de l'assurance dépendance
8.	28.09.2012	Majoration des valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 3) du Code de la sécurité sociale, suite à la nouvelle cote d'application de l'échelle mobile des salaires
9.	23.10.2012	Dispositif du médecin référent
10.	14.11.2012	Budget annuel 2013 de l'assurance maladie-maternité
11.	12.12.2012	Budget de l'assurance dépendance, introduction du tiers payant social et participation personnelle dans le cadre du médecin référent
12.	21.12.2012	État des lieux des premiers mois du fonctionnement du dispositif du médecin référent

12 communiqués de presse en 2012.

Presse

Glossaire

Glossaire

ADAPTH	Association pour le Développement et la Propagation d'Aides Techniques pour Handicapé(e)s
AISS	Association internationale de la sécurité sociale
ALOSS	Association luxembourgeoise des organismes de sécurité sociale
AMMD	Association des Médecins et Médecins-Dentistes
APCM	Autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale
APE	Administration du personnel de l'État
ATC/DDD	Système de classification ATC (Anatomique Thérapeutique Chimique) et le DDD (defined Daily Dose) comme unité de mesure
ATI	Affectation temporaire indemnisée
BICC	Business Intelligence Competence Centre
CACSSS	Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale
CAEH	Comptabilité analytique des établissements hospitaliers
CAF	Cadre d'autoévaluation des fonctions publiques
CASS	Conseil arbitral de la sécurité sociale
CCSS	Centre commun de la sécurité sociale
CEFIP	Compagnie d'éditeurs d'un fichier informatique pharmaceutique
CEO	Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
CIPA	Centre Intégré pour Personnes Âgées
CISS	Centre informatique de la sécurité sociale
CMA	Caisse de maladie agricole
CMEA	Caisse de maladie des employés de l'Arbed
CMEP	Caisse de maladie des employés privés
CMFEC	Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux
CMFEP	Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics
CMO	Caisse de maladie des ouvriers
CMOA	Caisse de maladie des ouvriers de l'Arbed
CMPI	Caisse de maladie des professions indépendantes
CMSS	Contrôle médical de la sécurité sociale
CNAP	Caisse nationale d'assurance pension
CNPF	Caisse nationale des prestations familiales
CNRFR	Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation
COPAS	Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins
CPH	Commission permanente pour le secteur hospitalier
CSS	Code de la sécurité sociale
CTIE	Centre des technologies de l'information de l'État
DPM	Division de la Pharmacie et des Médicaments
DSP	Dossier de soins partagé
DTM	Domaine thermal de Mondorf
DWH	Data Warehouse
EBG	Enveloppe budgétaire globale
EEE	Espace économique européen
EESSI	Electronic Exchange of Social Security Information
EF	Entité fonctionnelle
EGSP	Entente des gestionnaires des structures complémentaires et extra-hospitalières en psychiatrie a.s.b.l.
EHIC	European Health Insurance Card
EMCFL	Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois
EPT	Entreprise des Postes et Télécommunications
ESIP	European Social Insurance Platform

Glossaire

FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
FIV	Fécondation in vitro
FLLAM	Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales
FNS	Fonds national de solidarité
GED	Gestion électronique des documents
IGF	Inspection générale des finances
IGSS	Inspection générale de la sécurité sociale
ISS	Institution de sécurité sociale
ITT	Incapacité totale de travail
KTR	Kostenträgerrechnung
LNS	Laboratoire national de santé
MEDEV	Medicine Evaluation Committee
MOA	Maîtrise d'ouvrage
OAS	Office des assurances sociales
OECD / OCDE	Organisation for Economic Co-operation and Development / Organisation de coopération et de développement économiques
PE	Prestations en espèces
PMC	Plate-forme méthodologie commune
PN	Prestations en nature
RMG	Revenu minimum garanti
SED	Structured Electronic Document
SMA	Service Moyens Accessoires
SPL	Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois
SSCALA	Social Security Coordination: Activating Local Actors
TIC	Technologies de l'information et de la communication
TPS	Tiers payant social
UCM	Union des caisses de maladie
WHO / OMS	World Health Organization / Organisation mondiale de la Santé

Sources et liens utiles

Ministère de la Sécurité sociale	http://www.mss.public.lu/
Ministère de la Santé	http://www.ms.public.lu
Portail Santé	http://www.sante.public.lu
Chambre des Députés	http://www.chd.lu/
Institutions de sécurité sociale	http://www.secu.lu/
Code de la sécurité sociale	http://www.mss.public.lu/publications/code_securite_sociale/
Droit de la sécurité sociale	http://www.mss.public.lu/publications/droit_securite_sociale/
Rapport général de la sécurité sociale	http://www.mss.public.lu/publications/rapport_general/index.html
Legilux - Service Central de Législation	http://www.legilux.public.lu/
Informations et actualités du gouvernement luxembourgeois	http://www.gouvernement.lu/
Guichet.lu	http://www.guichet.public.lu/
Commission européenne - Santé-UE	http://ec.europa.eu/health-eu/index_fr.htm
Agence eSanté	http://www.sante.public.lu/fr/systeme-sante/programme-esante/agence-esante/
Pixelio	http://www.pixelio.de/

SIÈGE DE LA CNS

125, route d'Esch • L-1471 Luxembourg
Tél. (+352) 27 57 – 1 • Fax (+352) 27 57 – 27 58
cns@secu.lu • www.cns.lu

Adresse postale pour Envois postaux

Présidence et Direction L-2978 Luxembourg
Indemnités pécuniaires L-2979 Luxembourg
Prestations en Nature
(Remboursement) L-2980 Luxembourg
Prestataires B.P. 1023 L-1010 Luxembourg

Heures d'ouverture (du lundi au vendredi):

Agences (sauf Hollerich) de 08:30 à 11:30 et de 13:00 à 16:00

Hollerich Guichets 1-8 (Agence): de 08:00 à 16:00

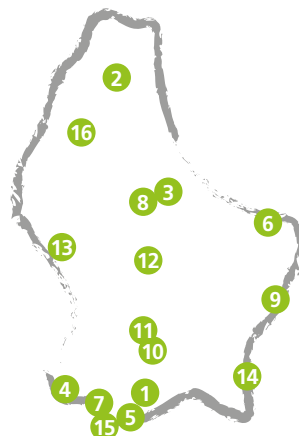
Guichet 14 (Traitements à l'étranger), Guichets 15 + 16

(Convocations CNS - Contrôle Médical):

08:00 à 11:30 et 13:15 à 16:00

AGENCES

Agence		Téléphone	Fax
1 Bettembourg	L-3260 ... 4, route de Mondorf	51 13 10	51 13 10 – 55
2 Clervaux	L-9711 ... 84, Grand Rue	92 11 01	92 11 01 – 55
3 Diekirch	L-9208 ... 16, rue Jean l'Aveugle	80 93 13	80 93 13 – 55
4 Differdange	L-4660 ... 9, rue Michel Rodange	58 80 04	58 80 04 – 55
5 Dudelange	L-3510 ... 2, rue de la Libération	51 18 43	51 18 43 – 55
6 Echternach	L-6486 ... Porte St Willibrord	72 02 50	72 02 50 – 55
7 Esch/Alzette	L-4132 ... Grand Rue/rue de l'Eglise	53 05 37	53 05 37 – 55
8 Ettelbruck	L-9063 ... Place Marie-Adélaïde	81 01 62	81 01 62 – 55
9 Grevenmacher	L-6719 ... 9, rue du Centenaire	75 02 97	75 02 97 – 55
10 Luxembourg (Hollerich)	L-1471 ... 125, route d'Esch	27 57 1	27 57 27 – 58
11 Luxembourg (Ville)	L-2449 ... 8, Boulevard Royal	47 17 84	47 17 84 – 55
12 Mersch	L-7525 ... Topaze Shopping Center	32 00 65	32 00 65 – 55
13 Redange/Attert	L-8510 ... 33, Grand Rue	23 62 10 62	23 62 10 62 – 55
14 Remich	L-5574 ... 6, avenue Lamort-Velter	23 66 90 09	23 66 90 09 – 55
15 Rumelange	L-3710 ... Place G.-D. Charlotte	56 50 40	56 50 40 – 55
16 Wiltz	L-9530 ... 6, Grand Rue	95 80 37	95 80 37 – 55



PRESTATIONS ET SERVICES

Prestations en Espèces

Arrêt de travail pour cause de maladie, d'accident du travail, de maternité, de congés sociaux

Tél. 27 57 48 10 ... Fax 27 57 40 80 ... pour les matricules dont le jour de naissance se situe du 1 au 10

Tél. 27 57 48 20 ... Fax 27 57 40 81 ... pour les matricules dont le jour de naissance se situe du 11 au 20

Tél. 27 57 48 30 ... Fax 26 48 28 74 ... pour les matricules dont le jour de naissance se situe du 21 au 31

Tél. 27 57 41 40 ... Fax 27 57 27 98 ... Service Ménage privé

Prestations en Nature avancées par l'assuré

Tél. 27 57 42 60 ... Fax 27 57 41 49 ... Prestations délivrées au Luxembourg (détail de remboursement, tarification, etc.)

Tél. 27 57 49 60 ... Fax 27 57 41 49 ... Prestations délivrées à l'étranger (détail de remboursement, tarification, etc.)

Convocation au CONTRÔLE MÉDICAL

Tél. 27 57 43 20 ... Fax 26 48 28 71 ... Prestations en Nature (Accueil au Guichet 15 – Agence Hollerich)

Tél. 27 57 43 23 ... Fax 26 48 28 71 ... Prestations en Espèces (Accueil au Guichet 16 – Agence Hollerich)

Enquêtes et contrôles administratifs

Demande d'un contrôle administratif des malades; Autorisation d'un séjour à l'étranger pendant l'incapacité de travail

Tél. 27 57 43 31/39 ... Fax 27 57 43 43 ... controle_adm.cns@secu.lu

Conventions internationales

Tél. 27 57 42 20 ... Fax 27 57 43 10 ... Formulaires frontaliers sauf Belgique

Tél. 27 57 42 50 ... Fax 26 84 51 51 ... Formulaires frontaliers belges

Tél. 27 57 42 49/42 52 ... Fax 29 91 91 ... Complément belge

Tél. 27 57 42 41/42 44 ... Fax 27 57 27 66 ... Inscription des assurés étrangers qui résident ou séjournent au Luxembourg

Tél. 27 57 46 46 ... R883.CNS@SECU.LU ... Renseignements spécifiques sur le règlement (CE) 883/2004

Coassurance et Signalétique

Le changement d'un compte bancaire, le changement d'adresse, la commande de cartes d'assurance maladie (nationale et européenne) ou la commande d'un certificat provisoire de remplacement sont recevables uniquement sur demande écrite: online sous la rubrique CONTACT du site www.cns.lu, cns@secu.lu, Fax 40 97 20 ou par courrier postal: Caisse nationale de santé – Service Coassurance – L-2980 Luxembourg

Tél. 27 57 42 40 ... Fax 40 97 20 ... Modifications du Signalétique (nom, prénom, date de naissance); coassurance des membres de famille (résidents et non-résidents), certificat de coassurance, certificat d'affiliation (uniquement RMG, pensionnés), séparation de corps, mariage, divorce, changement de la charge d'enfants, changement de l'autorité parentale, naissances, adoption, accueil d'enfants en placement, décès

Tél. 27 57 42 82 ... Fax 40 97 20 ... Conclusion & dissolution de partenariat (PACS)

Continuation de la coassurance au-delà de l'âge de 30 ans

Autorisations

Tél. 27 57 43 50 ... Fax 26 48 28 71 ... Prothèses dentaires

Tél. 27 57 43 60 ... Fax 26 48 28 71 ... Traitements orthodontiques

Tél. 27 57 43 70 ... Fax 26 48 28 71 ... Traitements et fournitures – soumis à autorisation (moyens accessoires, rhinoplastie, stérilisation, Holter et autres, traitement Laser, gastroplastie, lipectomie, amniocentèse, psychothérapie)

Tél. 27 57 45 30 ... Autres professions de santé (kinésithérapie, orthophonie, psychomotriciens, prothèses auditives, produits laryngectomisés)

Tél. 27 57 45 99 ... Fax 40 78 50 ... Médicaments (Liste positive et Titre de prise en charge)

Tél. 27 57 43 00 ... Fax 27 57 43 09 et 40 00 14 ... Transfert à l'étranger S2 (ancien E112)