



RAPPORT ANNUEL 2013

Sommaire

Le mot du président	p. 5
Quelques chiffres pour l'année 2013	p. 6

A. LE FONCTIONNEMENT DE LA CNS

I. La CNS et la sécurité sociale	p. 10
II. Les missions de la CNS	p. 11
III. Les axes stratégiques et la planification annuelle	p. 12
IV. Le Comité directeur	p. 13
V. La Présidence, la Direction, les ressources rattachées au Président et les départements	p. 15
VI. Les ressources humaines	p. 17
VII. L'organigramme de la CNS au 01.02.2014	p. 18

B. LES ACTIVITÉS DE LA CNS EN 2013

I. Les éléments marquants de 2013	p. 22
II. Le travail quotidien de la CNS	p. 34

C. LES FINANCES ET CHIFFRES-CLÉS DE LA CNS

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

D. LES STATISTIQUES PAR THÈME

I. Les statistiques	p. 58
II. Les agences	p. 70

E. ANNEXES

I. Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance maladie-maternité	p. 80
II. Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance dépendance	p. 82
III. Modifications statutaires entrées en vigueur en 2013	p. 84
IV. Campagne d'information aux assurés	p. 86
V. Les communiqués de presse de 2013	p. 87
Glossaire	p. 88
Sources et liens utiles	p. 89

Mot du président

Madame, Monsieur,

La finalité de cette deuxième édition du rapport annuel de la CNS est de donner une vue globale sur le fonctionnement de la CNS, sur différents aspects de ses activités, sur ses projets majeurs et ses orientations stratégiques dans un contexte de défis et de contraintes. Ces informations s'adressent 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.

Ce rapport s'inscrit aussi dans un contexte national politique particulier. Logiquement ce fut aussi une année de transition pour la CNS, avec d'un côté la gestion de l'impact et la continuation des mesures de la réforme du système de soins de santé de 2010, et de l'autre côté la concrétisation de nouvelles priorités posées par le nouveau Gouvernement.

En matière financière, on peut certainement constater en premier lieu que les situations de l'assurance maladie-maternité et de l'assurance dépendance sont globalement solides. Grâce aux mesures financières inscrites dans la réforme précitée, il a été possible de générer sur toute la durée de la période législative et dans le contexte d'une crise économique, une marge financière assez solide. En outre, il y a lieu d'évoquer l'effet bénéfique de la légère reprise économique que le pays a connu en 2013 et qui devrait au moins encore porter sur l'année 2014. Néanmoins, la différence nette entre les taux de croissance des dépenses et des recettes a mené à des déficits au niveau des opérations courantes. L'équilibre reste donc précaire et une vigilance affirmée, voire des mesures correctives, restent toujours d'actualité.

Ainsi, les réformes structurelles prévues par la réforme de 2010 étaient censées continuer l'action par des mesures ciblant le fonctionnement du système de soins de santé. Elles devaient ainsi contribuer à réaliser une limitation substantielle et durable de la croissance des dépenses et à atteindre une plus grande transparence et une meilleure gouvernance du système. La CNS s'est investie dans la transposition de certaines mesures (enveloppe budgétaire globale pour le secteur hospitalier, médecin référent, tiers payant social, Agence eSanté, ...), dont l'efficacité et la pérennité doivent encore se confirmer dans le futur. Il faut constater que la continuation et la mise en œuvre de la réforme à ce niveau n'ont pas encore été menées à terme, notamment en ce qui concerne le plan hospitalier, la réforme des nomenclatures et de la tarification, la qualité de la documentation des prestations etc.

Le nouveau gouvernement a prévu un agenda ambitieux tant pour le pays dans sa globalité, que plus particulière-

ment pour les assurances maladie-maternité et dépendance. On peut ainsi citer l'introduction d'une tarification à l'activité dans le secteur hospitalier, la révision des nomenclatures et plus spécialement celle du corps médical, la réforme du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS), la révision du dispositif du médecin référent, le démarrage du Dossier de Soins Partagé (DSP) et de l'Agence eSanté, la modernisation de l'administration de la CNS et le développement des échanges électroniques avec les prestataires, la révision du plan hospitalier, sans parler des projets plus spécifiques de santé publique du Ministère de la Santé, dont l'intérêt n'est pas à mettre en question, mais qui comprennent aussi des risques d'élargissement et d'éparpillement de l'offre et des surcoûts correspondants. Sans oublier la réforme de l'assurance dépendance, qui présente de multiples interfaçages avec le domaine de l'assurance maladie.

Les ambitions et les attentes sont donc grandes, et il reste à définir les orientations concrètes et réalistes et prendre les décisions indiquées et réalisables, ou répondant au principe de « l'utile et nécessaire » de l'assurance maladie-maternité.

La Caisse nationale de santé, créée en 2008 dans le cadre de la loi portant introduction d'un statut unique, a aussi connu en 2013 dans une certaine mesure la finalisation du processus de sa création. Ainsi différents membres du Comité directeur ont vu venir leur mandat à terme, notamment suite aux élections sociales de novembre 2013. Je tiens à les remercier pour leur engagement constructif au niveau de la gouvernance de la CNS.

Un grand merci revient à tous les agents de la CNS pour leur engagement sans faille. L'augmentation des activités de nos différents services, générée principalement par la croissance du nombre d'assurés et des prestations accordées, mais aussi l'élargissement et la diversification de l'offre, ou encore l'évolution vers un environnement juridique et organisationnel de plus en plus complexe, notamment dans un contexte européen, ont été assumés et assimilés avec une assiduité remarquable.

Luxembourg, en juin 2014



Paul Schmit

Président du Comité directeur
de la CNS

Quelques chiffres pour l'année 2013

756.185 assurés
sont affiliés à l'assurance maladie-maternité,
en augmentation de 2,2 % par rapport à
2012

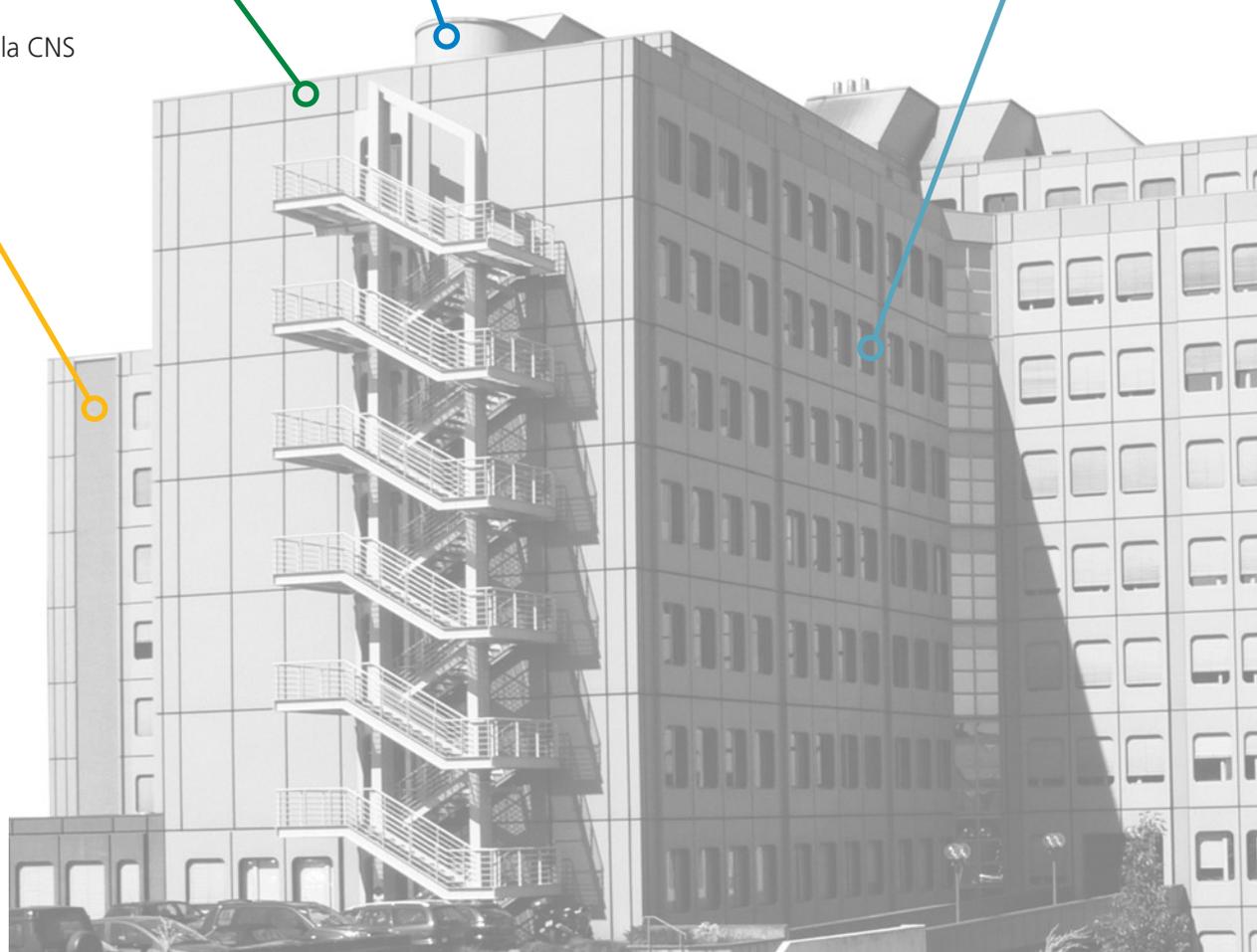
2/3 des assurés ayant
déclaré un médecin référent
sont âgés entre 18 et 69 ans

16 agences de la
CNS sont à votre service

247.473
assurés ne résident pas au Luxembourg

299.707
appels en 6 mois en 2013

424
c'est l'effectif de la CNS





CNS

d'Gesondheetskeess

183

médecins se sont déclarés
médecins référents

621.885

certificats d'**incapacité de travail**
sont parvenus à la CNS, soit 6,12 %
plus qu'en 2012

10.000

presque
factures ont été saisies dans le cadre
du **tiers payant social**

2.400

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



Le fonctionnement de la CNS

A. Le fonctionnement de la CNS

La Caisse nationale de santé a été créée par la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un 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 mala-

die 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).

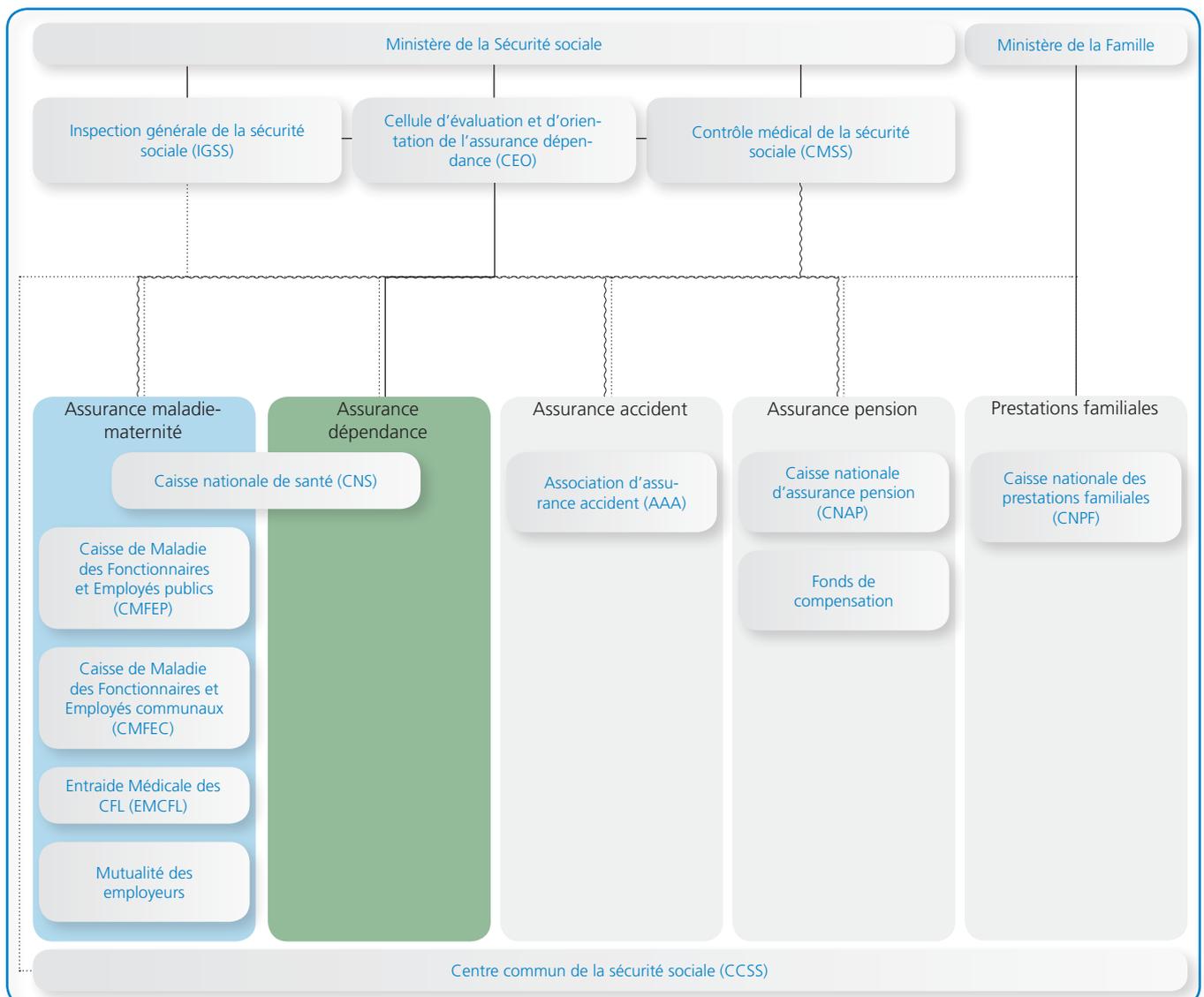
I. La CNS et la sécurité sociale

Le régime luxembourgeois de sécurité sociale est divisé en diverses branches, dont notamment les assurances maladie-maternité et dépendance. Dans le cadre des assurances maladie-maternité et dépendance, 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.

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).

À côté de la CNS, il existe encore trois autres caisses de

L'organisation générale des institutions de sécurité sociale au Luxembourg se présente comme suit:



II. Les missions de la CNS

Assurance maladie-maternité

prise en charge des soins de santé et de mesures de médecine préventive
paiement d'indemnités pécuniaires de maladie ou de maternité
paiement d'une indemnité funéraire
établissement des statuts de la CNS
établissement du budget global de l'assurance maladie-maternité
refixation du taux de cotisation, si nécessaire
négociations conventionnelles avec les groupements professionnels des prestataires de soins et des établissements hospitaliers
établissement, tous les 2 ans, du budget pour chaque établissement hospitalier
émission d'un avis au gouvernement pour la fixation de l'enveloppe budgétaire globale pour tout le secteur hospitalier
contrôle de la conformité et de la qualité des prestations fournies
collaboration avec les ministères et les administrations concernés pour le développement durable du système de soins de santé
information active des assurés, des prestataires de soins et des employeurs
participation à travers l'Agence eSanté d'une plate-forme d'échange et de partage de données de santé
gestion des relations au niveau européen et international

Caisse nationale de santé (CNS)

gestionnaire des assurances
maladie-maternité et dépendance

Assurance dépendance

prise en charge des aides et soins nécessités par la personne dépendante à son domicile ou dans un établissement stationnaire
paiement d'une prestation en espèces en remplacement des prestations en nature pour la personne dépendante à domicile
prise en charge des aides techniques et des adaptations du logement
négociation avec les groupements professionnels des prestataires oeuvrant dans le cadre de l'assurance dépendance
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 de représentation 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).

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.

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 axes stratégiques et la planification annuelle

En 2013, la CNS a poursuivi la mise en place de la démarche de planification annuelle initiée en 2012.

La planification annuelle s'articule autour des axes et objectifs stratégiques suivants.

La CNS documente et harmonise ses processus pour répondre plus facilement à l'évolution de son cadre légal et réglementaire et à la volonté de simplification administrative.

Avec la modernisation de ses outils informatiques, la CNS veille à faciliter et optimiser le travail des agents en vue d'améliorer continuellement la qualité de service. Cet axe stratégique intègre la définition et la mise en œuvre d'une politique de gestion et de protection des données et des échanges électroniques.

La CNS attache une grande importance à la bonne gestion de ses ressources humaines et investit dans le développement des compétences de son personnel.

Avec les prestataires de soins, la CNS revoit progressivement les conventions et les nomenclatures qui les lient, afin que les relations ainsi définies traduisent au mieux les évolutions du secteur des soins de santé. Revoir la stratégie de communication avec les prestataires fait aussi partie de cet axe stratégique.

La CNS entend également revoir ses relations avec les assurés, d'une part en procédant à une révision des statuts qui les lient, et d'autre part, la CNS modernise et étend les services d'information et d'assistance offerts aux assurés. La stratégie de communication qui leur est dédiée prévoit un site internet modernisé, l'accès à une plateforme d'échange électronique dans le cadre de certaines procédures, un nouveau concept des agences sera présenté.

La CNS met en place un reporting statistique et financier de plus en plus complet.

La CNS adopte une politique active en matière de lutte contre la fraude et les abus.

La CNS s'implique activement dans les projets de réforme en matière de santé et de sécurité sociale : elle communique sa position en amont des décisions en préparation, elle organise tous les éléments nécessaires à l'entrée en vigueur des textes finalisés et elle contribue à l'évaluation des dispositifs mis en œuvre afin d'éclairer le législateur sur d'éventuelles adaptations nécessaires.

Pour optimiser son fonctionnement interne et assurer la transparence de ses décisions, la CNS s'engage de façon durable dans une démarche de planification annuelle et d'amélioration continue et se dote d'une politique de communication interne et externe adéquate.



IV. 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 refixer 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 2013

Nom	Fonction	Délégué par	Suppléant	Gestion plénière	Gestion CNS	Gestion dépendance
Paul Schmit	Président	CNS		✓	✓	✓
Marc Decker	Délégué des non-salariés	Chambre de Commerce		✓	✓	✓
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 Eley-Haustgen	✓	✓	
Claude Bizjak	Délégué employeurs	Chambre de Commerce et des Métiers		✓	✓	
François Engels	Vice-président (patronat) 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 Pizzaferrri	Vice-président (salarial) 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	Déléguée salariés du secteur public	Déléguée désigné par les agents CFL de la Chambre des Salariés	Nico Wennmacher	✓		✓
Marie-Claude Koders	Déléguée salariés du secteur public	Déléguée 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

i

Nouvelle composition du Comité directeur

Suite aux élections sociales du 13 novembre 2013, le Comité directeur s'est réuni pour la première fois sous sa toute nouvelle composition en date du 26 mars 2014.

Les deux nouveaux vice-présidents sont désormais M. Carlos Pereira pour le salariat, et M. Nicolas Henckes pour le patronat.

V. 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'innovation ;
- 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.

Depuis le 1^{er} janvier 2013, le Département Ressources Humaines et Organisation est sous sa responsabilité. Le Département Communication est sous sa responsabilité depuis le 1^{er} janvier 2014 ;

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, chargé de missions ;

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 Prestations Espèces Maladie, du Département International et du Département Relation Assurés ;

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 Pré-

sident. Il assure notamment la coordination et la transmission d'informations et de documents entre les entités organisationnelles 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

Outre les missions générales d'élaboration des instruments juridiques sous la compétence de la CNS, la Cellule Instruments Juridiques revêt un rôle important en matière d'interprétation des instruments juridiques nationaux et internationaux et de conseil aux différents services au sein de la CNS et aux prestataires et administrations étant en relation avec 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 princi-

pale 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.

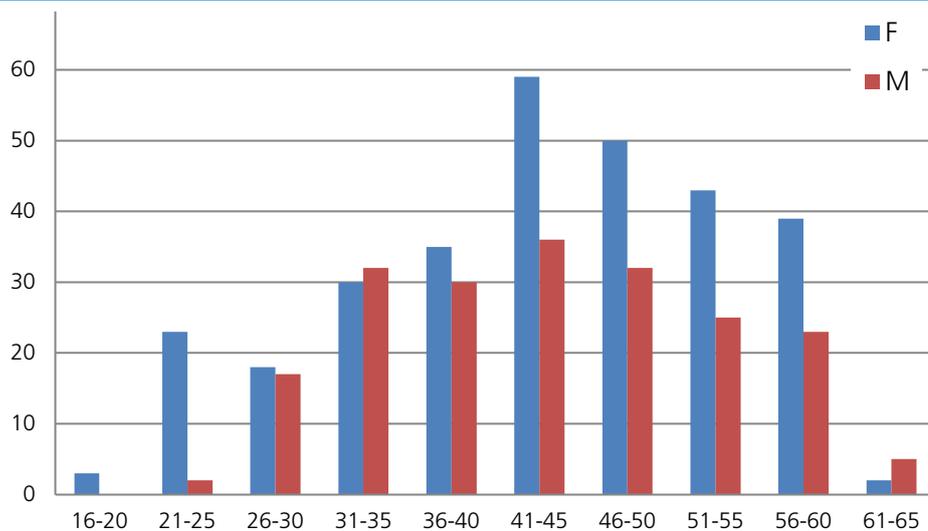
13. Ressources Humaines et Organisation

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.

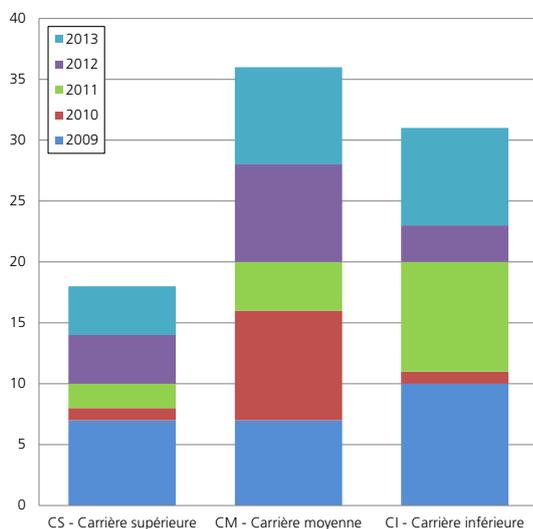
VI. Les ressources humaines

Effectif de la CNS (au 31 décembre de l'année)					
	2009	2010	2011	2012	2013
Président	1	1	1	1	1
Pharmacien	1	1	1	1	1
1 ^{er} Conseiller de direction	4	4	3	4	4
Attaché administratif	13	14,25	14	16	19,25
Rédacteur	163	167	164	161,25	166,25
Expéditionnaire	118,25	115	118,25	114,75	121
Infirmier/Laborantin	0	0	1	1	1
Garçon de bureau	1	1	1	1	1
Non-statutaires	112,25	117,25	113,5	112,5	109,5
Total	413,5	420,5	415,75	412,5	424,0

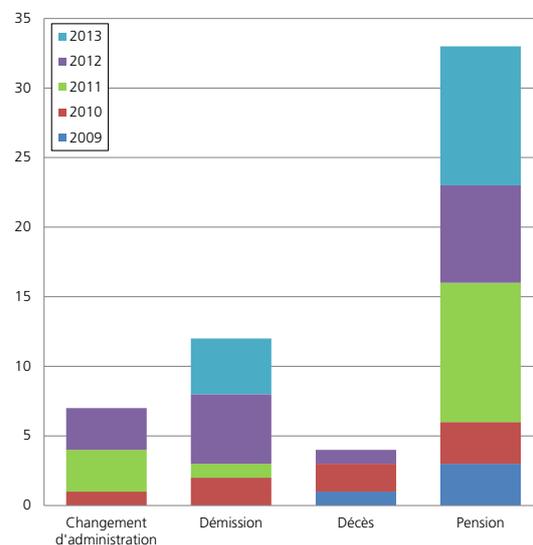
Pyramide des âges 2013



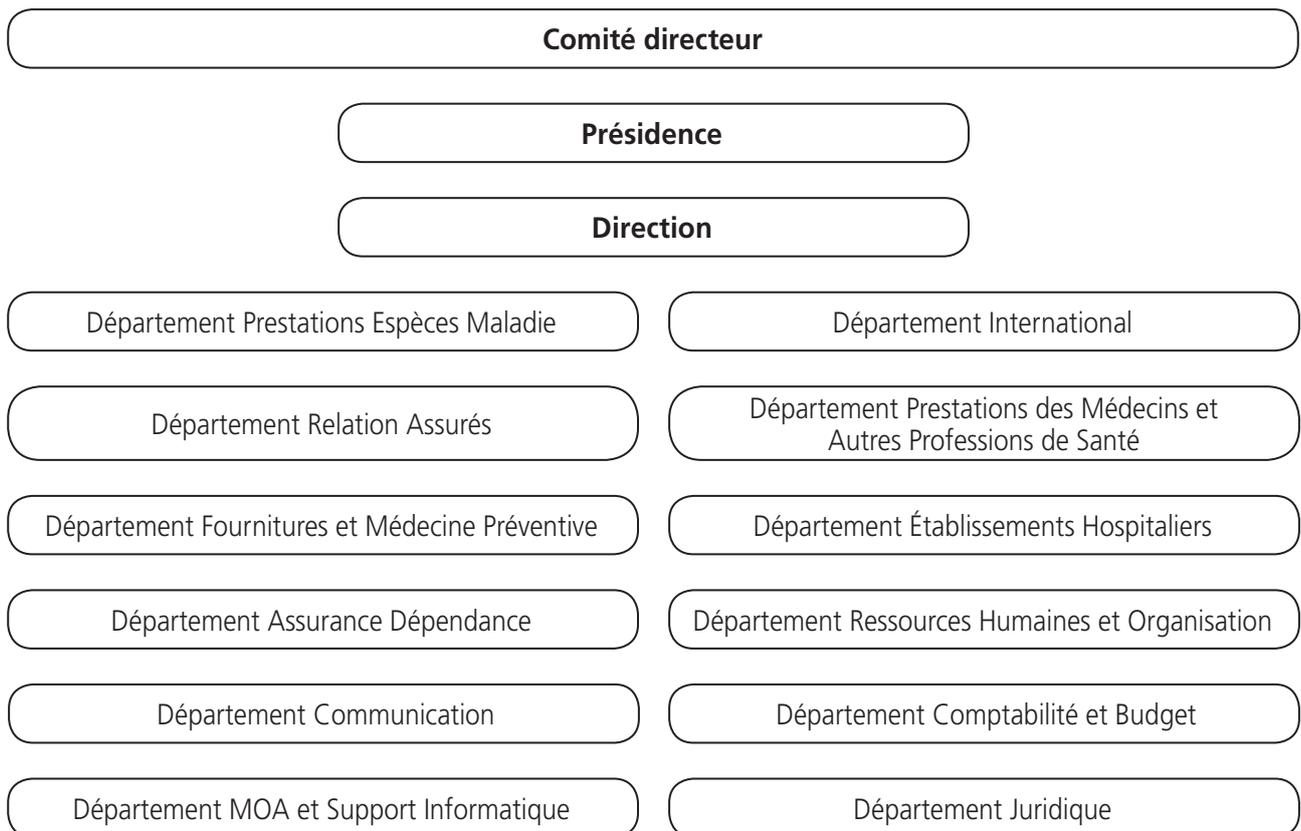
Recrutements 2009 – 2013



Départs 2009 – 2013



VII. L'organigramme de la CNS au 01.02.2014



Les départements et leurs services au 01.02.2014

Département Prestations Espèces Maladie

- Service Saisie et Archivage
- Service Gestion
- Service Gestion Ménage

Département International

- Service International
- Service Décomptes Internationaux
- Service Transfert à l'Étranger

Département Relation Assurés

- Service Virements
- Service Agences
- Service Coassurance et Signalétique Nationaux
- Service Autorisations Nationales Hors Tiers Payant
- Service Enquêtes et Contrôles Administratifs

Département Prestations des Médecins et Autres Professions de Santé

- Service Gestion Fournisseurs, Gestion Tarifs et Relations Professionnels de Santé
- Service Soins Médicaux
- Service Analyses Médicales, Soins Infirmiers, Soins de Sage-femme, Soins Palliatifs, Psychiatrie Extrahospitalière
- Service Kinésithérapie, Psychomotricité, Orthophonie

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 Gestion des Demandes
- Service Liquidation

Département Ressources Humaines et Organisation

- Service Gestion du Personnel
- Service Formation et Examens
- Service Support Administratif
- Service Dépannage Commun
- Service Courrier

Département Communication

- Service Médias et Publications
- Service Accueil et Information

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 Analyses Décisionnelles et Statistiques
- Service Sécurité Informatique

Département Juridique

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

Les activités de la CNS en 2013

B. Les activités de la CNS en 2013

I. Les éléments marquants de 2013

L'année 2013 fut caractérisée par de nombreuses thématiques, qui ont notamment concerné la mise en œuvre de différentes mesures découlant de la réforme du système de soins de santé de 2010, tout comme p. ex. la transposition de la directive de soins de santé transfrontaliers qui aurait en principe dû être finalisée au cours du dernier trimestre 2013.

La situation politique spécifique de cette année 2013 qui a mené à des élections législatives anticipées et à la constitution du nouveau gouvernement a ainsi aussi impacté fortement les activités de la CNS, notamment les dossiers pouvant être qualifiés de « politique ».

Dans le présent chapitre, les éléments marquants majeurs de l'année 2013 sont exposés, tout en créant un lien par rapport à la perspective donnée par le programme gouvernemental.

Le programme gouvernemental

« Le Gouvernement, en concertation avec la CNS, investira de manière efficace et ciblée afin de garantir la qualité des soins et une meilleure efficacité tout en évitant les doubles emplois. » (p. 159)

« Les principes sur lesquels la politique du Gouvernement se basera sont les suivants :

- Garantir la qualité des soins
- Assurer l'égalité d'accès aux soins
- Contribuer à la prévention des maladies
- Donner la priorité aux soins primaires
- Responsabiliser les patients et les prestataires
- Adapter les soins aux ressources » (p. 161)

« Le Gouvernement accorde une priorité à la maîtrise de l'évolution annuelle des dépenses de l'assurance maladie-maternité qui sera conditionnée par une approche coordonnée de tous les acteurs en recourant à des mesures législatives, réglementaires, conventionnelles et statutaires portant sur l'offre et la demande de soins, le périmètre de prise en charge et les conditions de rémunération et de tarification des prestataires de soins. Une hausse des cotisations sociales n'interviendra qu'en cas de nécessité avérée. » (p. 178)

1. L'incapacité de travail

Des réformes tant au niveau statutaire qu'au niveau légal et au niveau des procédures d'appréciation de l'incapacité de travail ont été retenues à la fin 2012.

Ces réformes ont plusieurs objectifs qui concernent plus particulièrement les statuts de la Caisse nationale de santé :

- des mesures d'égalité de traitement du salarié en incapacité de travail indemnisé par l'employeur et de l'assuré indemnisé par la caisse (article 170, alinéa 5);
- la réintroduction dans les statuts de la condition d'une limite de la rétroactivité de l'établissement du certificat (article 170, nouvel alinéa 9);

Le certificat médical doit être établi au plus tard le 3^e jour de l'incapacité de travail ou de sa prolongation. Tout certificat médical dont l'effet rétroactif est supérieur à deux jours, n'est opposable à la Caisse nationale de santé qu'à partir de la date de son établissement. [...]

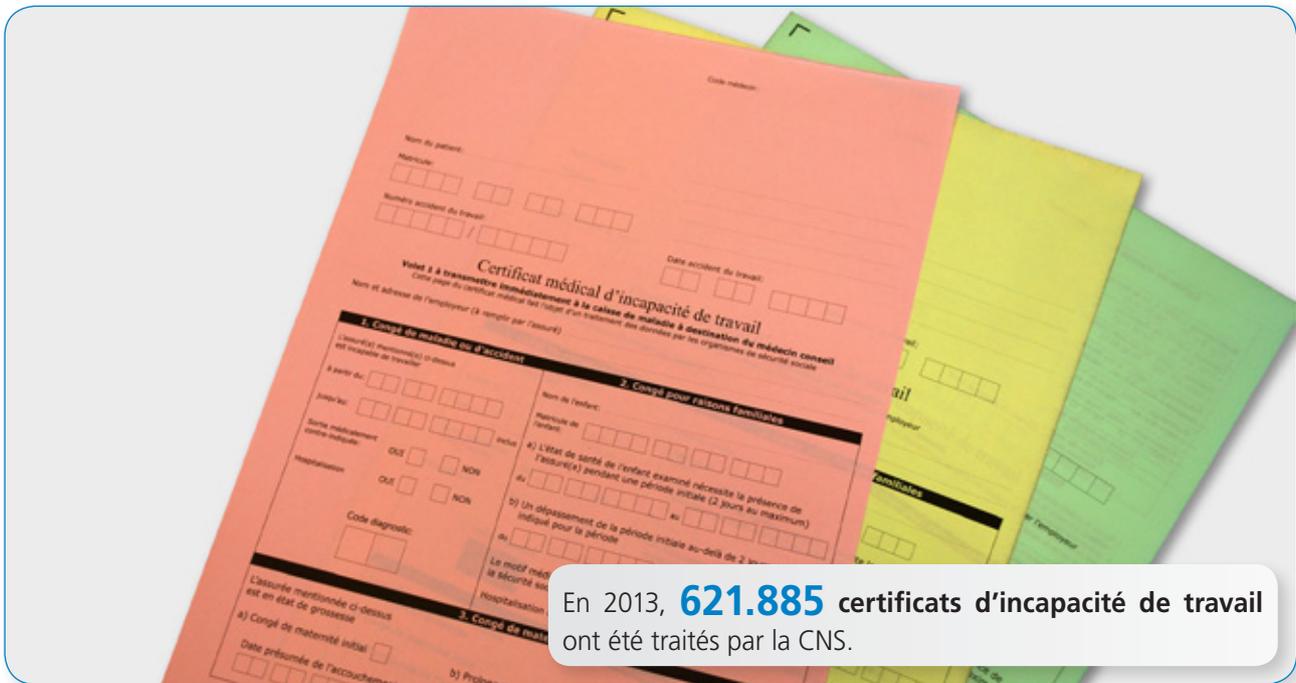
- l'adaptation des statuts au texte du Code de la sécurité sociale en matière du maintien du droit aux indemnités pécuniaires en cas de cessation de l'affiliation (article 187) ;

En cas de cessation de l'affiliation, le droit à l'indemnité pécuniaire est maintenu [...] à condition que l'assuré ait été affilié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la désaffiliation. [...]

- l'amélioration des mesures d'information de l'assuré et de son employeur en matière de fin de droit aux indemnités pécuniaires (article 189); qui consiste à dire que la CNS doit notifier à l'assuré et à son employeur la date de la fin du droit
- la simplification de la mesure d'autorisation préalable pour un séjour à l'étranger pendant une période d'incapacité de travail (article 203)

Au niveau législatif, il a été intégré dans le projet de loi n° 6656 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale [...], qui a été approuvé par le nouveau Gouvernement le 24 janvier 2014, que :

- la CNS pourra désormais prendre la décision de refuser à continuer un paiement soit de salaire, soit de l'indemnité pécuniaire de maladie. Ces décisions de refus seront ainsi susceptibles d'un recours auprès des seules juridictions sociales et non plus devant les juridictions du travail. Par contre, une constatation d'une



En 2013, **621.885** certificats d'incapacité de travail ont été traités par la CNS.

i

C'est quoi le formulaire R4 ?

En vue d'une analyse anticipée de la situation médicale d'une personne se trouvant en longue maladie et de drainer son dossier vers la branche de sécurité sociale la mieux adaptée (p. ex. mise en invalidité, reclassement professionnel), un rapport médical circonstancié a été introduit. Ce formulaire est désigné comme « formulaire R4 ». Il est à établir par le médecin traitant.

Ce rapport est émis d'office par le contrôle médical de la sécurité sociale, si les périodes d'incapacité de travail déclarées atteignent 6 semaines au cours d'une période de référence de 16 semaines. En cas de non-retour, un rappel est adressé à l'assuré à la fin de la 8e semaine d'incapacité.

L'indemnité pécuniaire à charge de la caisse de maladie ne peut prendre cours qu'après le renvoi par l'assuré du rapport médical circonstancié et sur avis du contrôle médical de la sécurité sociale constatant une incapacité de travail.

L'indemnité pécuniaire est accordée tant que persiste l'incapacité de travail suivant l'appréciation du contrôle médical de la sécurité sociale.

capacité de travail par le médecin conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale ou en présence d'un autre motif mettant fin au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie, tel que p. ex. le refus de l'assuré de se soumettre au contrôle médical sans motif valable sera à l'origine d'une décision de refus.

- la protection du salarié contre le licenciement pour une période de vingt-six semaines est maintenue même en cas de cessation du droit au maintien du salaire à condition que le salarié fasse un recours contre la décision de la Caisse nationale de santé ;
- la procédure actuelle, qui consiste dans l'envoi automatique d'une demande pour un rapport R4 selon un algorithme défini, sera modifiée dans la mesure où le Contrôle médical utilisera le **rapport R4** de manière plus sélective, en décidant en connaissance de cause dans quels cas il y a lieu de lancer la procédure R4 ;
- la possibilité pour permettre aux statuts de la caisse de prévoir des mesures déterminées d'appréciation pour le maintien du droit aux indemnités pécuniaires en cas de cessation de l'affiliation.

La réforme du Contrôle médical

Dans ce projet de loi ont également été intégrées différentes mesures visant une réforme du Contrôle médical de la sécurité sociale, visant d'un côté une précision de ses missions, et de l'autre côté un élargissement de son effectif. La mission du CMSS devrait notamment être précisée et étendue dans le cadre de la prise en charge « patron » i.e. pendant les 77 premiers jours de l'incapacité de maladie.

Ce projet de loi avait encore trouvé l'accord de principe de l'ancien Gouvernement, tout en précisant qu'une décision par rapport à une augmentation des ressources du CMSS avait été tenue en suspens. Le nouveau Gouvernement a approuvé le projet de loi en date du 24 janvier 2014 de sorte que la procédure législative est dorénavant entamée. Le vote de la loi devrait entre autres mener à

un traitement efficient des cas de maladie de courte durée. Ainsi, des algorithmes de contrôle et de convocation pourraient être mis en place. Cette approche est effectivement indispensable étant donné la croissance continue de ces cas depuis l'entrée en vigueur du statut unique. Il y a lieu de préciser que l'assurance maladie-maternité ne bénéficiera qu'indirectement et seulement à moyen terme du renforcement des contrôles dans ce domaine, mais que l'impact devrait avant tout se faire ressentir au niveau de la Mutualité des employeurs en charge de la «Lohnfortzahlung».

Au niveau des procédures de l'incapacité de travail de longue durée, il y a lieu de remarquer que des procédures de traitement renforcées ont été mises en place par la nouvelle direction du CMSS qui mènent déjà en 2013 à une réduction substantielle des accords correspondants en relation à la procédure de reclassement.

Le programme gouvernemental

« Le Gouvernement procédera à une réforme du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) permettant à celui-ci de mieux cibler ses activités de contrôle et de conseil. En outre, la lutte contre la fraude et les abus sera renforcée en agissant de façon concertée tant sur les pouvoirs et missions des principales instances impliquées, que sur leurs ressources. Afin que le CMSS puisse s'acquitter convenablement de toutes ces missions, les ressources du CMSS seront optimisées. » (p. 180)

2. Lutte abus et fraude

Au cours de l'année 2013, la CNS a arrêté et concrétisé son approche en matière de lutte contre la fraude et les abus. En dehors de mesures générales en relation notamment avec l'automatisation de certaines tâches administratives, la modernisation des chaînes de facturation et la documentation et l'harmonisation des processus et des procédures, il a été retenu de :

- créer au niveau du Département Juridique un service spécifique de lutte contre la fraude et les abus, chargé aussi bien de la détection systématique de ces cas que de leur suivi, soit au niveau des instruments juridiques, y inclus les nomenclatures, soit au niveau des procédures judiciaires. À cette fin, le Département Juridique a été doté de ressources supplémentaires au niveau administratif, juridique et statistique;
- instaurer un Comité de pilotage intégrant à côté du service précité et du Président de la CNS tant les partenaires sociaux que le CMSS;
- intensifier la collaboration avec le CMSS en vue d'une

analyse de la pratique des différents prestataires de soins, tant au niveau individuel qu'au niveau de leur profession ou spécialité;

- implémenter un suivi systématique des cas d'erreurs, d'abus et de fraude au niveau des différents départements «métiers», afin de mettre en œuvre un traitement systématique et standardisé de ces cas et afin d'assurer un suivi optimisé des cas plus graves ou représentatifs au niveau du service précité.

Le programme gouvernemental

« Le Gouvernement accordera plus d'importance à la définition d'une politique de prévention des abus et des pratiques non-conformes en vue d'assurer un suivi adéquat de tels dossiers. [...] » (p. 180)

3. La Directive de soins transfrontaliers

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.



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 CNS a élaboré un projet de modifications des statuts, s'alignant sur les dispositions du projet de loi de transposition tel qu'il a été déposé. Ces modifications prennent notamment en compte de nouvelles modalités par rapport aux autorisations pour des traitements à l'étranger et le calcul de forfaits hospitaliers applicables pour le remboursement de ces traitements resp. pour des patients non-affiliés se faisant traiter au Luxembourg pour lesquels les dispositions du règlement européen 883 / 2004 ne sont applicables.

La CNS s'est encore concentrée de son côté sur la mise en place d'un **point de contact national** fournissant notamment des informations aux assurés affiliés au Luxembourg relatives aux prestations de soins de santé transfrontaliers dispensés ou prescrits dans un autre pays de l'UE, en Suisse ou dans l'Espace économique européen. Bien que certains détails devraient encore être clarifiés et tout en précisant qu'il est difficile d'estimer l'impact de la directive sur un pays atypique dont la population est demanderesse de pouvoir se faire soigner de plus en plus à l'étranger et qui fait encore état d'une grande part d'assurés non-résidents, il peut être considéré que la CNS est prête à opérationnaliser les différents éléments constituant le point de contact national.

i

C'est quoi le point de contact national?

Le point de contact national auprès de la CNS se présentera sous diverses formes. Les demandes d'informations des assurés dans le cadre de la Directive sur les soins transfrontaliers, notamment par rapport aux procédures d'accès et aux conditions d'un droit à la prise en charge des soins, pourront être adressées à la CNS par téléphone, par courrier électronique ou encore directement auprès du guichet prévu à cet effet à l'agence Hollerich. Le site Internet de la CNS sera adapté pour répondre aux questions ayant trait à la matière.



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

5. L'assurance dépendance

Le programme gouvernemental

« Suite au rapport de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) de 2013 sur l'assurance dépendance une réforme structurelle de l'assurance dépendance permettant la maîtrise globale de l'évolution des dépenses et des prestations s'impose. [...] Le défi de la réforme de l'assurance dépendance consiste à assurer la viabilité à long terme de l'assurance dépendance. [...] » (p. 181)

L'année 2013 a été marquée par les travaux préparatifs en vue d'une réforme de l'assurance dépendance. Ainsi, l'IGSS a publié en date du 23 mai 2013 un rapport exhaustif par rapport au fonctionnement et à la viabilité financière de l'assurance dépendance depuis sa création en 1999. Ce document trace avec précision l'évolution de cette « success story » majeure en matière de sécurité sociale et fournit des statistiques détaillées par rapport aux différents aspects du processus d'évaluation ou encore à la dispensation des aides et des soins. En outre, les points essentiels pour une future réforme ont été identifiés.

Le programme gouvernemental

« Une importance particulière sera apportée à l'interaction de l'assurance dépendance avec l'assurance maladie-maternité et les filières de prises en charge seront clarifiées [...] » (p. 182)

Dans la perspective de ces futurs travaux, qui ont été mis en veille en raison des changements politiques qui ont marqué l'année 2013, la CNS a décidé de s'impliquer activement et de concentrer ses apports plus particulièrement sur les aspects d'analyse de l'évolution financière et sur les liens directs et indirects entre les prestations de l'assurance maladie-maternité et de l'assurance dépendance.

6. Agence eSanté

AGENCE
eSanté
LUXEMBOURG | Agence nationale
des informations partagées
dans le domaine de la santé

Les années 2011 et 2012 avaient été marquées par la mise en œuvre des mesures découlant de la réforme de 2010, la révision des statuts du GIE Healthnet pour répondre aux missions d'une Agence nationale des in-



formations partagées dans le domaine de la santé (CSS article 60ter), la mise en place des structures de gouvernance et de décision, le recrutement des premiers membres d'une équipe de direction et de gestion expérimentée et surtout l'élaboration d'un plan stratégique pour les années 2013 à 2015, visant notamment le déploiement du **Dossier de Soins Partagé (DSP)** et de l'e-prescription.

Le programme gouvernemental

« [...] Le champ d'intervention de l'Agence e-Santé et du dossier de soins partagé sera étendu au domaine de l'assurance dépendance. » (p. 181)

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.

Au cours de l'année 2013, ces travaux ont été continués :

- Des marchés publics concernant la constitution des annuaires en relation aux patients (Master Patient Index-MPI) et aux prestataires ont été réalisés et mis en œuvres. Ces annuaires sont des prérequis essentiels afin de garantir le respect de règles transparentes et efficaces d'identification des différents acteurs et d'accès au DSP.
- Dans le cadre d'un marché public, impliquant au niveau de l'élaboration du cahier de charges et du comité de sélection tous les acteurs concernés directement ou indirectement par le futur DSP (médecins, établissements hospitaliers, autres prestataires de soins, Patientevertriedung, CTIE, CNPD, CNS, CISS, IGSS, Ministère de la Santé, etc.), un consortium chargé de la délivrance pour début 2014 d'une plate-forme d'échanges entre les différents prestataires de soins et aussi les patients, a été désigné. Le but est que cette plate-forme soit opérationnelle dans les délais donnés et puisse démarrer les premiers services opérationnels au cours du premier semestre 2014.
- Un contrat d'objectif et de moyens a été conclu entre l'État, la CNS et l'Agence en date du 17 septembre 2013 visant à établir un cadre financier stable pour la phase de démarrage de 2013 à 2015 des services de l'Agence et définissant les services à fournir par l'Agence suivant le plan stratégique arrêté.
- Au niveau de la gouvernance, les travaux ont porté sur l'élaboration d'un règlement interne dans le but d'assurer une bonne gestion interne de l'Agence. En outre, des travaux préparatifs ont été effectués en

vue d'une implication encore plus large des différents acteurs concernés, notamment par un élargissement de leur représentation au niveau du Conseil de gestion de l'Agence.

Pour 2014, l'action devra être concentrée sur le déploiement progressif en mode préfiguration des services de l'Agence, notamment du DSP. Ces travaux au niveau technique et conceptuel, devront s'accompagner d'une démarche de validation de ces services en collaboration avec la CNPD (Centre national de protection des données) et du lancement des travaux d'élaboration du règlement grand-ducal en relation au DSP, prévu à l'article 60 quater du CSS.

Les intérêts prioritaires de la CNS devront être intégrés dans le déploiement de l'Agence, à savoir une gestion ciblée et responsable des ressources disponibles, une collaboration constructive de l'Agence avec les services de la CNS et du CISS et surtout une intégration des projets de la CNS prévus dans son approche eCNS. À cette fin, il a été retenu que les services électroniques à instaurer avec les prestataires de soins, et notamment avec les médecins, pour lesquels ce sujet représente un élément essentiel de la renégociation de la convention, s'effectueront en étroite collaboration avec l'Agence. Les premiers services concerneront l'intégration au niveau des outils de prescription de l'établissement des certificats d'incapacité de travail ou encore la communication électronique des ordonnances et des mémoires d'honoraires. Les services électroniques à l'égard de l'assuré, déployés essentiellement avec le CISS dans le cadre du futur portail mysecu.lu, se concentreront dans une première phase sur une accessibilité du détail de remboursement, ainsi que du relevé tiers payant respectivement du relevé des prestations.

The screenshot shows the homepage of the Agence eSanté Luxembourg. At the top left is the logo 'eSanté LUXEMBOURG' with the text 'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé'. To the right is the Luxembourg coat of arms and the text 'FR DE LU PT EN'. Below this is a navigation bar with 'Agence eSanté', 'Espace Professionnel', 'Espace Patient', and a search bar labeled 'Rechercher'. The main content area features a 'Vidéos à la une' section with a video player showing a woman holding a red balloon. To the right is a 'Découvrir myDSP' section with the text: 'Le Dossier de Soins Partagé (DSP) est un outil collaboratif entre professionnels de santé regroupant les informations de santé du patient, sous le contrôle direct de celui-ci.' and a 'JE M'INFORME' button. Below this is an 'Actualités' section with the text: 'Pour consulter le site internet de l'Agence eSanté: <https://www.esante.lu/>'.

7. Secteur hospitalier

Les modifications apportées en 2012 à la convention liant la CNS et la FHL, nécessaires pour répondre aux nouvelles dispositions introduites par la réforme de soins de santé, sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2013.

Le programme gouvernemental

« Le Gouvernement veillera à mutualiser, respectivement centraliser, les services hospitaliers tels que l'informatique, l'hygiène hospitalière, la stérilisation, le contrôle qualité, le laboratoire ainsi que la formation et à créer une centrale d'achat pour tous les hôpitaux. Les administrations hospitalières seront soumises à examen critique en vue de leur rationalisation. Un seul système informatique pour tous les hôpitaux sera mis en place sans délai. » (p. 178)

La nouvelle convention prévoit la conclusion de contrats d'objectifs et de moyens relatifs à l'organisation nationale de certaines matières. Dans le cadre de ses travaux, la CNS a soumis notamment une proposition à la FHL par rapport à un contrat d'objectifs et de moyens en matière d'extension de l'achat en commun qui se trouve actuellement en discussion. Les hôpitaux ont entamé le premier pas vers une centralisation nationale de l'informatique hospitalière en créant le GIE LUXITH, outil qui a également repris certaines tâches informatiques précédemment assurées par la FHL. En matière d'organisation nationale des laboratoires hospitaliers, les établissements hospitaliers ne sont cependant pas encore parvenus à une approche commune, sans parler d'une collaboration concertée avec le LNS.

L'année 2012 avait été caractérisée par la première fixation de l'enveloppe budgétaire globale pour les exercices 2013 et 2014. La CNS avait négocié les budgets spécifiques avec les établissements hospitaliers en restant en dessous du cadre fixé par l'enveloppe. En matière de décomptes hospitaliers, les travaux se sont concentrés sur l'élaboration des décomptes des exercices 2011 et 2012 en relation avec l'enveloppe budgétaire précédente ainsi qu'au rattrapage des retards de décomptes des années précédentes restés encore en suspens.

Les travaux relatifs à la comptabilité analytique des hôpitaux ont été continués au cours de l'année 2013. Les modalités applicables ont été arrêtées, de sorte que les établissements ont appliqué le nouveau plan comptable à partir de janvier 2013. Les demandes budgétaires pour les années 2015/2016, se basant sur les chiffres réels de 2013, et à finaliser pour fin juin 2014, seront présentées selon le nouveau schéma.

Le programme gouvernemental

« Pour les établissements hospitaliers une documentation opérationnelle sur l'activité médicale, une gestion hospitalière améliorée, une redéfinition du rôle et des responsabilités des acteurs au sein des hôpitaux et une amélioration de la facturation globale, y inclus les honoraires médicaux, sont à la base de l'introduction de la tarification à l'activité. [...] » (p. 179)

Les travaux en relation à la documentation hospitalière ont également été continués dans le cadre d'un pilotage assuré par l'IGSS et avec l'implication d'une commission consultative instaurée par voie de règlement grand-ducal. Il a été retenu de déployer une phase test au cours du premier semestre 2014, en fonction de laquelle une généralisation au niveau de tous les services hospitaliers serait envisagée. À noter que la CCAM est toujours contestée par l'AMMD. De pair avec la comptabilité analytique, la documentation hospitalière devrait en principe servir à terme à la détermination du coût moyen d'un traitement par patient, voire à l'introduction d'une tarification à l'activité en milieu hospitalier.

Le programme gouvernemental

« Un des principaux instruments de la planification hospitalière est le plan hospitalier qui a comme objectif de concevoir un développement de la médecine hospitalière conforme aux objectifs du Gouvernement et d'une médecine hospitalière de pointe faisant progresser la coopération entre les différents prestataires de soins en milieu hospitalier afin d'utiliser d'une façon plus efficiente les ressources disponibles tout en promouvant la qualité des soins dont bénéficient les patients en milieu hospitalier. » (p. 166)

Les travaux relatifs à un nouveau plan hospitalier ont également été continués, mais ont néanmoins uniquement abouti en juillet 2013 à l'élaboration du premier avant-projet de règlement grand-ducal soumis pour avis à la Commission permanente du secteur hospitalier. Sur base d'un rapport d'experts et d'une mise à jour de la carte sanitaire, également seulement finalisée au cours du premier semestre, le plan hospitalier était censé être un élément central de la mise en œuvre de la réforme du système de soins de santé et devait notamment mener à une concentration de certaines activités hospitalières.

Le Comité directeur de la CNS a pour sa part élaboré un avis par rapport au projet de plan hospitalier, sur lequel la CPH s'est basé par la suite dans une large mesure.

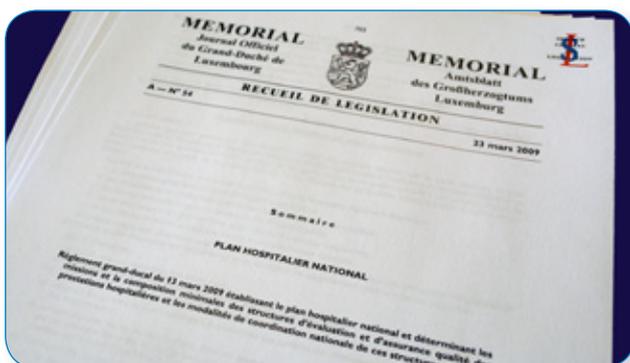
Le constat majeur est que le projet de plan hospitalier illustre que la législation sur laquelle il doit se baser est insuffisante. Le secteur hospitalier se trouve à un moment de son évolution, où une réorientation en matière de gouvernance et de financement s'avère de plus en plus nécessaire. Tout en activant certains mécanismes de pilotage, la réforme de 2010 n'a pas donné une impulsion déterminante dans cette direction. Tout comme ses prédécesseurs, le projet de plan hospitalier souffre d'un manque d'emprise forte sur le développement du secteur hospitalier. En se limitant en majeure partie à transposer l'état actuel et en donnant uniquement quelques orientations légères, il ne répond guère aux critères d'un outil de pilotage qui fait néanmoins défaut.

Le programme gouvernemental

« La gouvernance globale du secteur hospitalier devra encourager les collaborations entre hôpitaux sur le plan national. La législation hospitalière actuelle et le plan hospitalier devraient être adaptés afin de permettre la mise en place d'une structure de gouvernance adéquate.

Une réforme de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers est nécessaires pour assurer le respect de la part des établissements hospitaliers des autorisations de service et prévoir des sanctions à l'égard des établissements hospitaliers qui continueraient à offrir des prestations médicales non couvertes par l'autorisation de services requise [...]» (p. 167)

La CNS a préconisé de réétudier le projet de texte sur base de nouvelles orientations politiques. Il semble en premier lieu et en tout état de cause indispensable que la loi hospitalière soit révisée respectivement que la planification hospitalière soit directement inscrite dans ses grandes lignes d'orientation dans la loi. En deuxième lieu, il est également indispensable que les procédures d'autorisation et de contrôle des services et activités hospitaliers ne restent plus lettre morte mais trouvent leur application dans le fonctionnement normal des établissements hospitaliers.



8. Autres aspects en relation avec les prestataires de soins

Au Luxembourg, le système de 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.

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.

Dans les différentes nomenclatures, chaque acte ou service est désigné par la même lettre-clé et par un coefficient. La revalorisation des lettres-clés est négociée tous les deux ans. La négociation est menée par les parties signataires des conventions et a lieu sur initiative des groupements professionnels représentatifs.

Les négociations pour la période 2013 et 2014 ont été déclenchées en automne 2012 suivant les procédures inscrites dans le Code de la sécurité sociale par une demande des organismes représentatifs des différentes professions.

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé avait gelé les lettres-clé pour la période 2011–2012, mesure qui n'a pas été continuée pour la période 2013–2014, à l'exception des laboratoires d'analyses médicales. Le Comité directeur de la CNS a néanmoins fixé la ligne directrice d'un maintien général des lettres-clé. Sur cette base, les négociations avec les médecins, médecins-dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers et sages-femmes ont abouti directement à un échec et au déclenchement de la procédure de médiation, telle que prévue par le CSS en cas d'absence d'accord sur l'adaptation de la lettre-clé.

Au cours de l'année 2013, la mise en œuvre du dispositif « médecin référent » a été continuée suite à l'entrée en vigueur des dispositions conventionnelles correspondantes et des actes de la nomenclature médicale en 2011. Les travaux ont porté essentiellement sur les modalités de la facturation des actes en question, pour laquelle une chaîne de traitement spécifique a dû être mise en place. Après des difficultés de démarrage considérables, notamment par rapport à l'application des mesures tarifaires et conventionnelles correspondantes, mais aussi

par rapport aux déclarations des affectations de longue durée à valider par le CMSS, cette implémentation a pu se normaliser au cours du deuxième semestre 2013. Les travaux préparatifs en relation avec le traitement de la fiche de prévention à valider par la Direction de la santé ont également été préparés.

Le programme gouvernemental

« Si la loi du 17 décembre 2010 a revalorisé le rôle du médecin généraliste par l'introduction de la fonction de médecin référent, il n'en demeure pas moins qu'il est aujourd'hui essentiel de le soumettre à une analyse critique. Le rôle du médecin référent dans la prévention sera revalorisé. » (p. 165)

En ce qui concerne le déploiement du dispositif du médecin référent, il peut être retenu qu'une grande partie des médecins généralistes s'impliquant actuellement dans le dispositif affiche une approche prudente et s'investit de façon responsable dans la démarche. Il faut néanmoins aussi préciser qu'un nombre très limité de médecins généralistes a réalisé plus que la moitié des déclarations de médecin référent. À noter qu'approximativement la moitié des médecins généralistes actifs a renoncé à la conclusion de déclarations correspondantes.

En dehors de travaux de mise en œuvre techniques et administratifs, les préparations en relation avec l'évaluation du dispositif ont été entamées par la Commission d'évaluation instaurée au niveau conventionnel avec l'AMMD. Cette évaluation est essentielle en vue de la continuation et de la révision du dispositif du médecin référent, dont la phase de démarrage vient à échéance au milieu de l'année 2015.

Les travaux au niveau des conventions ont porté sur :

- la révision de la convention des laboratoires d'analyses médicales ; à noter que dans ce contexte, le Conseil supérieur de la sécurité sociale a prononcé une sentence arbitrale accordant la seule représentativité dans ce domaine à la FLLAM ;
- la révision de la convention avec le Syndicat des pharmaciens luxembourgeois, notamment en vue de la mise en œuvre du futur dispositif de substitution ;
- l'adaptation de la convention des orthopédistes-bandagistes afin de la rendre conforme aux nouvelles dispositions réglementaires régissant les différents métiers.

À noter également que les dispositions en relation avec le tiers payant social, élaborées en commun avec le

corps médical, les Ministères de la Famille et de la Santé et les offices sociaux et décidées fin 2011 par le Comité directeur de la CNS ont été mises en œuvre avec succès et sans problème majeur.

9. Mesures statutaires

Une réforme de l'article 162 des statuts de la CNS est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2013. Cet article, qui avait connu des interprétations divergentes de la part des différentes caisses de maladie, avait dans la pratique été généralisé après l'introduction du statut unique, menant à plus de 20.000 demandes par an. La modification statutaire adoptée par le Comité directeur de la CNS vise une clarification des procédures, en mettant à l'avant le caractère exceptionnel de telles demandes. En outre, un montant minimal de 250€ pour de telles demandes a été introduit. À noter que l'introduction du tiers payant social, introduite en parallèle au cours de l'année 2012, ouvre une voie complémentaire aux assurés en situation précaire de voir prendre en charge leurs prestations médicales et médico-dentaires, sans paiement d'avance de ces frais et sans prise en charge de leur participation personnelle.



Assistance exceptionnelle en cas de situation économique précaire

L'article 162 des statuts CNS règle l'assistance exceptionnelle à la personne protégée se trouvant temporairement dans une situation économiquement précaire et pour laquelle le paiement d'une prestation ou d'une fourniture représente pour celle-ci une charge insurmontable.

Est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2013, une adaptation de l'article 35, alinéa 4 en relation avec la prise en charge suivant les modalités du tiers payant et avec une dérogation de l'application d'une participation personnelle des prestations liées au médecin référent.

Sont entrées en vigueur au 1^{er} septembre 2013, les adaptations statutaires liées aux prestations en espèces (cf. ci-avant).

Sont entrées en vigueur au 1^{er} octobre 2013 les modifications statutaires en rapport avec la prise en charge des soins dentaires dans le cadre de la convention portant institution d'un programme de médecine préventive en matière de traitements dentaires des enfants et jeunes.

Ont également été adoptées des modifications statutaires se rapportant à la chirurgie plastique à visée es-

thétique et à la dysphorie de genre qui sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2014.

Est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2014 une modification statutaire en relation avec la consommation abusive de prestations de soins de santé et à certaines dispositions diverses.

Le Comité directeur a adopté en date du 11 décembre 2013 une modification statutaire visant le traitement égalitaire de la prise en charge des prestations effectuées par les kinésithérapeutes exerçant en libéral et ceux exerçant en milieu hospitalier au bénéfice de patients non-hospitalisés. Cette modification des statuts, demandée par le groupement représentatif des kinésithérapeutes et concédée dans le cadre de la médiation en relation avec la lettre-clé, n'est néanmoins seulement entrée en vigueur au cours de l'année 2014.

Les travaux préparatifs en vue de la prise de dispositions statutaires en matière d'analyses génétiques ont également été entamés au cours du 2^e semestre 2013. Cette modification des statuts n'est néanmoins entrée en vigueur qu'au cours de l'année 2014.

10. Développement organisationnel de la CNS

La CNS a mis l'accent au cours de l'année 2013 sur la continuation de son développement organisationnel caractérisé notamment par :

- la continuation de la mise en œuvre des axes stratégiques décidés par le Comité directeur en 2012 et l'implémentation de la planification annuelle y afférente ;
- l'élaboration, sur base notamment d'une enquête de satisfaction menée auprès des assurés, d'un plan de communication regroupant différentes actions en relation avec la modernisation du site internet, la rénovation des agences régionales de la CNS, l'élaboration de services online à destination des assurés, l'amélioration de l'accueil téléphonique, etc. ;



- la prise en compte des recommandations émanant du rapport des missions de contrôle de l'IGSS notamment en matière de traitement des prestations en espèces, d'établissement des provisions des prestations tant au niveau national qu'international, des procédures en matière de gestion des contrats, etc.

Le programme gouvernemental

« Un contrôle réel, efficace et ciblé de la part du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) et de la CNS permettra d'améliorer la qualité des services et de faire des économies substantielles. La modernisation de la CNS permettra de dégager les moyens supplémentaires. » (p. 179)

La documentation des processus représente dans ce contexte un défi majeur pour le développement organisationnel de la CNS, étant donné qu'elle est en soi la base par exemple de la modernisation des chaînes de facturation, de l'amélioration des contrôles ou encore de l'intensification de la lutte contre la fraude et les abus. Le principe et les objectifs liés à une démarche de documentation des processus ne sauront plus être remis en cause. En fait, la documentation des processus avait déjà été identifiée comme priorité lors de la création de la CNS et figure également en tant que priorité dans le plan stratégique et la planification annuelle de la CNS. Un établissement public avec plus de 450 collaborateurs, gérant quasiment 3 milliards d'euros par an, contribuant à 5-6 % au PIB national, et surtout au service au jour le jour de plus de 740.000 assurés et en contact avec un large environnement de prestataires et quasiment toute l'économie du pays et de la Grande Région, doit avoir une vue claire et transparente de son fonctionnement interne.

Néanmoins, et sur base des expériences nuancées faites dans le cadre des projets correspondants de l'assurance dépendance (2007-2008), du statut unique (2008-2009) ou encore des prestations en espèces (2012), la CNS a opté pour une révision de sa démarche, notamment en ciblant davantage sur ses ressources internes, qui ont été renforcées dans ce domaine. Complémentairement, un contrat d'expertise a été conclu afin de supporter la démarche interne.

Le scope du projet est cerné par les actions suivantes :

- cataloguer toutes les procédures existantes sous quelle forme que ce soit, et faire notamment un retour d'expériences sur le projet de documentation des processus « prestations en espèces » ;
- établir une cartographie globale des processus métier, support et pilotage en utilisant ARIS ;

- approfondir la documentation d'un certain nombre de processus-clé liés prioritairement à l'harmonisation des processus tiers payant et virement ou à la modernisation des chaînes de facturation des prestataires;
- élargir les compétences internes de modélisation des processus.

Les travaux concrets dans ce domaine ont été lancés au cours du 2e semestre 2013 et devraient s'étendre sur toute l'année 2014, voire au-delà étant donné la complexité de la multitude des processus gérant les prestations et le fonctionnement interne de la CNS.

L'année 2013 a également été marquée en début d'année par des retards substantiels au niveau de différentes chaînes de traitement. Notamment un hiver féroce avec des pandémies grippales prolongées a mené à des difficultés de traitement au niveau des certificats d'incapacités de travail ou au niveau du remboursement des mémoires d'honoraires. Ces retards ont été traités par une mobilisation des ressources internes, ainsi que par l'apport d'un appui externe, notamment au niveau d'ATI (affectations temporaires indemnisées). En dehors de ses effets saisonniers, des retards structurels devaient être constatés au niveau d'autres activités, notamment des décomptes hospitaliers, des titres de prise en charge des kinésithérapeutes ou encore du traitement des décomptes internationaux. La CNS a pris des mesures pour résorber progressivement et de façon durable les retards correspondants. Néanmoins, il y a lieu de constater que différentes évolutions risquent à terme de mener à des difficultés au niveau des ressources, notamment la complexité accrue de la matière au niveau des instruments juridiques nationaux et européens, le développement de nouveaux projets et initiatives ainsi que les demandes continues de nouvelles prestations à prendre en charge, le nombre croissant d'assurés et de prestataires menant naturellement aussi à une croissance de l'activité normale, etc. Ces défis pourront seulement être maîtrisés par des gains d'efficacité découlant à moyen terme de la modernisation de l'administration ou encore par une politique volontariste de maîtrise de l'offre.

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 2013

Nombres de certificats		
	2012	2013
PE Maladie		
Nombre de certificats	542.762	579.466
PE Accident		
Nombre de certificats	43.257	42.419
PE Maternité		
Nombre de certificats congé de maternité proprement dit	6.213	6.642
Nombre de certificats dispense	2.525	2.634

Nombres de certificats		
	2012	2013
PE Congé d'accueil		
Nombre de certificats	23	24
PE Congé pour raisons familiales		
Nombre de certificats	33.615	36.695
PE Congé accompagnement fin de vie		
Nombre de certificats	243	296

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 2013

Service Virements		
	2012	2013
Factures saisies manuellement	2.723.890	2.804.360
– dont article 162 statuts CNS (assistance exceptionnelle)	15.649	2.354
– dont Tiers payant social (article 24 CSS)	-	10.207
– dont Virement international (prestations à l'étranger)	113.722	122.374
– Saisie-Virement des agences	939.475	953.287
Total des factures saisies manuellement	3.663.365	3.757.647

Service Virements		
	2012	2013
Lettres d'information aux assurés	120.374	128.766



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, Diefendange, Dudelange, Echternach, Esch-sur-Alzette, Ettelbruck, 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 2013

Les Agences		
	2012	2013
Total liquidé en €	48.412.733,94	51.483.088,18
Factures saisies	635.355	660.995
Chèques émis	197.458	209.853
Valeur moyenne chèque	245,18	245,33

4. La coassurance

Le service compétent

Le 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:



209.853 chèques ont été émis par les agences de la CNS en 2013.

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 2013

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

Nombre de certificats de coassurance envoyés			
2010	2011	2012	2013
3.744	2.915	8.229	9.838

Demandes introduites via le site internet CNS		
	2012	2013
Changement d'adresse	2.346	8.118
Changement de compte	4.080	4.512
Commandes cartes européennes d'assurance maladie	/	5.318
Info affiliation TPS	/	178
Certificats coassurance	/	307

Certaines boîtes de messagerie n'ont été activées que mi-février 2013 voire fin août 2013 (Certificats coassurance).

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 2013

Service Autorisations Nationales Hors Tiers Payant		
	2012	2013
Devis prothétique dentaire	39.548	40.981
Devis orthodontie	7.094	6.943
Surveillance traitement orthodontie en cours (nombre d'enfants vus par le CMSS)	470	456

Service Autorisations Nationales Hors Tiers Payant		
	2012	2013
Autres APCM (amniocentèse, stérilisations, chirurgie bariatrique, chirurgie «esthétique»)	2.562	2.101
Décisions présidentielles en matière d'APCM	*705	**356
Décisions présidentielles en matière dentaire	13	15
Total des dossiers traités	50.392	50.852

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

** dont CMFEC (3), CMFEP (16), EMCFL (1)

Détail des dossiers APCM traités en 2013		
Actes Nomenclature	Accords	Refus
2S61 - Plastie d'un sein pour hypertrophie	62	108
2S73 - Reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire après opération antérieure, 2S74 - Implantation ou échange d'une prothèse mammaire, 2S75 - Plastie d'augmentation d'un sein par prothèse en cas d'aplasie ou d'hypoplasie unilatérale avec asymétrie importante	23	59
2G36 à 38 - Lipectomies	85	134
3N48 - Rhinoplastie reconstructrice de la pyramide nasale	61	17
2A62 - Gastroplastie pour obésité pathologique	78	38
6A82 à 83 - Amniocentèses	882	0
6G91 à 92 - Stérilisations	492	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 2013

Contrôles administratifs			
		2012	2013
Demandes employeurs	Présent	1.392	1.364
	Absent	702	818
	dont excusé	326	392
	dont non excusé	376	447
	Total	2.094	2.182
CNS	Présent	5.230	4.439
	Absent	1.293	1.431
	dont excusé	686	708
	dont non excusé	607	723
	Total	6.523	5.870
	Total global	8.617	8.073

7. Les formulaires internationaux

Le service compétent

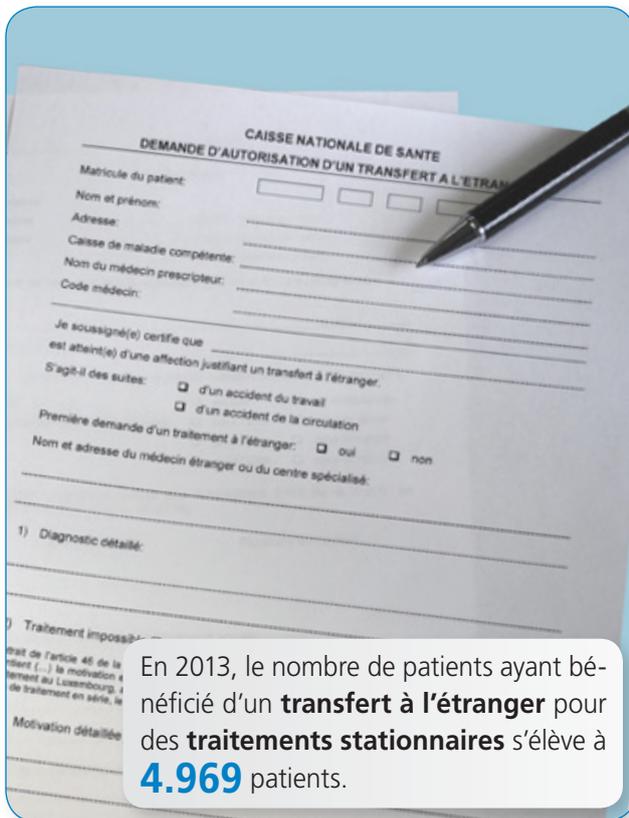
Le Service International gère l'ensemble des formulaires internationaux en rapport avec les affiliés luxembourgeois qui résident à l'étranger, qu'il s'agisse de frontaliers en activité, d'anciens travailleurs frontaliers, de bénéficiaires de pension ou de membres de famille résidant dans un autre pays 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 Coassurance 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 2013

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.



En 2013, le nombre de patients ayant bénéficié d'un **transfert à l'étranger** pour des **traitements stationnaires** s'élève à **4.969** patients.

Les formulaires internationaux

	2012	2013
S1 actif (E106)	124.867	127.061
S1 membre de famille d'actif (E109)	1.480	1.503
S1 pensionné et membre de famille (E121)	8.562	10.139
BL1 actif belge	40.937	41.491
BL2 / BL3 pensionné belge	5.771	6.112
Total	181.617	186.306

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 2013

Transfert à l'étranger		
	2012	2013
Nombre de patients ayant bénéficié d'un transfert à l'étranger		
Consultations/examens	5.456	5466

Traitements ambulatoires	1.942	2086
Traitements stationnaires	5.158	4969
Cures	60	61
Analyses	116	9
Nombre de formulaires émis		
Formulaires	17.778	17.545
Nombre de refus de transfert à l'étranger		
Refus	599	628

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 2013

Gestion des codes fournisseurs			
Catégorie de fournisseurs	Nombre de codes fournisseurs (actifs ou non) existant en fin d'année		
	2012	2013	Variation 2012/2013
Médecins et médecins-dentistes	5.568	5.786	4 %
Médecins étrangers (codes uniquement utilisés pour facturation de rapports au CMSS)	7.119	7.553	6 %
Autres professionnels de santé	7.462	7.813	5 %
Autres	6.224	6.295	1 %
Total	26.373	27.447	4 %

10. Les médicaments et dispositifs médicaux

Les services compétents

Le Service Liste Positive et Tarifs Fournitures du 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 Mémorial et la Commission européenne.

i

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...

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

Les chiffres 2013

Demandes d'inscription dans la liste positive des médicaments		
	2012	2013
Demandes en cours au 1 ^{er} janvier	206	227
Demandes entrées en cours d'année	332	396
Nombre de décisions prises	271	419
Total demandes traitées suivant date entrée de la demande	538	623
Nombre de médicaments inscrits dans la liste positive au 1 ^{er} janvier de l'année	4.452	4.656

Nombre d'autorisations		
	2012	2013
Médicament	14.441	15.184
B1	1.219	1.184
B5	571	463
B2	609	635
B4	102	177
B7	394	462

Dispositifs Médicaux: Dossiers de demandes

Type de décision	Type de fichier	2012	2013
Ajouts	B1	66	129
	B2	0	1
	B4	255	41
	B5	0	3
	B7	5	92
Modifications	B1	34	26
	B2	0	2
	B4	16	13
	B5	0	5
	B7	1	4
Suppressions	B1	0	0
	B4	0	0
Inscrits dans les listes statutaires au 31. décembre de l'année	B1	2.591	2.720
	B2	38	39
	B4	255	296
	B5	63	66
	B7	115	207
Total		3.062	3.328

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

i

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.

Liste positive des médicaments valable au 1^{er} décembre 2013

Cette liste se base sur des données qui sont de la compétence de la Division de la Pharmacie et des Médicaments et du Ministère de la sécurité sociale

Numéro national	Dénomination abrégée	Prise en charge conditionnelle	Pris public	Taux
0258963	1 ALPHA LEO 0,25 MCG 30 CAPS	0	7,24	80 %
0258967	1 ALPHA LEO 0,25 MCG 50 CAPS	0	11,30	80 %
0258971	1 ALPHA LEO 1 MCG 50 CAPS BLIST	0	20,97	80 %
0259876	1 ALPHA LEO 2 MCG/ML 10 AMP 0,5 ML	0	45,60	80 %
0259909	1 ALPHA LEO 2 MCG/ML GTTS 1 FL 10 ML	0	11,96	80 %
0311384	AACIDEXAM 5 MG 1 AMP 1 ML IMV	0	5,49	80 %
0000112	AACIFEMINE 0,5 MG 15 OV	0	6,41	80 %
0000076	AACIFEMINE 2 MG 30 CPR	0	8,28	80 %
0000109	AACIFEMINE CREME 15 G	0	10,26	80 %
0375882	ABILIFY 10 MG 28 CPR	0	118,31	80 %
0375902	ABILIFY 15 MG 28 CPR	0	118,31	80 %
0375904	ABILIFY 30 MG 28 CPR	0	136,93	80 %
0148383	ACC			
0195108	ACC			
0197763	ACC			
0195111	ACC			
0197777	ACC			
0204363	ACC			
0175637	ACC			
0148402	ACC			
0195531	ACC			
0197781	ACC			
0166915	ACC			

La **liste positive** existe en **2** versions : l'une classifiée par ordre alphabétique, l'autre par code ATC.



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.

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

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

dossiers régis par les dispositions du règlement européen 883.

Les chiffres 2013

Activités du Service Gestion des Demandes		
	2012	2013
Premières demandes	4.508	4.447
Demandes de réévaluation	2.595	2.666
Changements de partage prestations en nature / prestations en espèces	2.566	2.511
Transcriptions d'un plan de prise en charge vers une autre structure de prise en charge	2.247	2.176
Déclarations d'entrée/sorties	6.037	5.866
Titres de prise en charge portant sur des aides techniques	19.426	18.090
Nombres de commandes passées pour des aides techniques	3.798	3.164
Demandes pour des adaptations de logement	257	298

Évolution des chiffres-clés		
	2012*	2013
1. Nombre de personnes bénéficiant de l'allocation spéciale pour personne gravement handicapées	738**	707
2. Nombre de personnes bénéficiant de l'allocation de soins	6	4***
3. Nombre de bénéficiaires de prestations en nature à domicile	5.118	5.350
4. Nombre de bénéficiaires de prestations en espèces à domicile (au Luxembourg)	6.320	6.566
5. Nombre de bénéficiaires de prestations en espèces transférées à l'étranger	338	377
6. Nombre de bénéficiaires du forfait pour produits d'aides et de soins	2.859	2.966
7. Nombre d'aides techniques en location	27.668	29.515
8. Nombre d'aides techniques prise en charge par voie d'acquisition durant l'année	6.391	6.500
9. Nombre de bénéficiaires de prestations en nature en établissement à séjour continu	160	172
10. Nombre d'adaptations voiture durant l'année	195	207
11. Nombre de bénéficiaires de prestations en nature en établissement à séjour continu	3.945	4.145

* Nombres au 31 décembre sauf n° 8-10

** Nombre au 31 octobre 2012

*** Nombre au 31 août 2013

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 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 biennale.

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 2013

Enveloppe budgétaire globale 2013 (en mio. €)	
Frais fixes (FF)	646,7
Frais variables (FV)	146,9
Total	793,6
Prime qualité (1,5 % du total des FF et FV)	12,0
Indemnités pour religieuses retraitées	0,7
Indemnités pour médecins de garde	0,5
Décomptes (0,5 % du total des FF et FV)	4,0
Total	810,8
Enveloppe	812,1
Écart	1,3

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	748,91	2,9 %

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

	Total	Évolution
2012	767,79	2,4 %
2013	793,60	3,4 %



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

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 2013

Nombre total de caisses courrier réceptionnées par mois, dont nombre de caisses transmises au Service Virements

	Total	Factures
Janvier	1037	423,5
Février	931	381
Mars	1040	375
Avril	1041	312
Mai	1006	283
Juin	948	294
Juillet	1037	289
Août	900	249

Septembre	915	230
Octobre	1189	307
Novembre	1038	289
Décembre	1034	273

14. 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, Info-lettres, 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

Les services en ligne offerts sur le site sont toujours ceux les plus fortement sollicités. Surtout les pages pour la demande de changement d'adresse et de numéro de compte bancaire sont utilisées couramment. Le formulaire de demande en obtention du remboursement complémentaire (art. 154bis) représente le fichier le plus téléchargé du site internet en 2013, avec une moyenne de 15.300 téléchargements par mois. Les mensuelles listes positives des médicaments, les étiquettes d'adresses, les statuts ainsi que les divers dépliants figurent également parmi les documents les plus consultés.

Le nombre de visites du site internet est en constante augmentation, passant de 750.000 visites en 2012 à 880.000 en 2013.

L'adresse e-mail générique est également fortement utilisée par les assurés avec une moyenne de 1772 e-mails entrants par mois.

Les chiffres 2013

Nombre de visites mensuelles du site www.cns.lu de 2010 à 2013				
	2010	2011	2012	2013
Janvier	48027	59162	65022	76269
Février	44032	52947	59656	75626
Mars	50297	58246	63486	75756
Avril	43076	48769	55149	72331
Mai	42145	55257	58483	69158
Juin	41432	53365	61551	67673
Juillet	43347	57425	63587	71744
Août	41307	53396	59663	65170
Septembre	48098	52743	62732	75225
Octobre	49973	56584	72325	83370
Novembre	49918	58717	76424	76232
Décembre	46864	55454	59434	69615

Nombre d'utilisations des services en ligne sur internet de 2010 à 2013				
	2010	2011	2012	2013
Formulaires	10742	12253	11165	12008
Formulaire de remplacement	1910	3608	3646	3671
Changement d'adresse	6965	8775	10062	11397
Changement compte bancaire	3694	4424	5000	5382
Contrôle administratif	2660	3014	2821	3959
Certificat de coassurance	/	/	/	1105

À noter que le formulaire de certificat de coassurance n'a été mis en ligne qu'à partir du mois d'août 2013, d'où l'absence de données pour les années précédentes.

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.

FR DE EN FORMULAIRES & CONTACT | AGENCES & SERVICES | PLAN DU PORTAL RECHERCHE: [] OK VERSION MALVOYANTS [] []

Caisse nationale de santé | Téléphone: 27 57 - 1 | 125, route d'Esch | L-1471 Luxembourg | cns@secu.lu

FAQ | LE SAVIEZ-VOUS? | LÉGISLATION | PUBLICATIONS | PRESSE | LIENS | A PROPOS

CNS
d'Gesondheetskeess

Bienvenue à la Caisse nationale de santé.
La CNS - encore appelée d'Gesondheetskeess - et son [réseau d'agences locales](#) se présentent à vous.

Assurés
Informations, documents et liens utiles en matière de sécurité sociale concernant les assurés du secteur privé

Employeurs
Informations, documents et liens utiles en matière de sécurité sociale concernant les employeurs au Luxembourg

Professionnels de santé
Informations, documents et liens utiles en matière de sécurité sociale concernant les professionnels de santé au Luxembourg

NEWS (voir archive)

23.04.2014 | ACTUALITÉ
Déménagement de notre agence à Ettelbruck
L'agence de la CNS à Ettelbruck a déménagé et se trouve désormais au 30, rue Prince Henri, L-9047 Ettelbruck. Voir [information à la presse](#).

28.03.2014 | ACTUALITÉ
Nouvelles cartes de sécurité sociale
Les nouvelles cartes vous parviennent automatiquement et vous n'avez donc pas besoin de les commander.

26.03.2014 | ACTUALITÉ
Détail de remboursement
La réception de votre détail de remboursement pourrait prendre un peu plus de temps. Merci pour votre patience.

[voir archive](#)

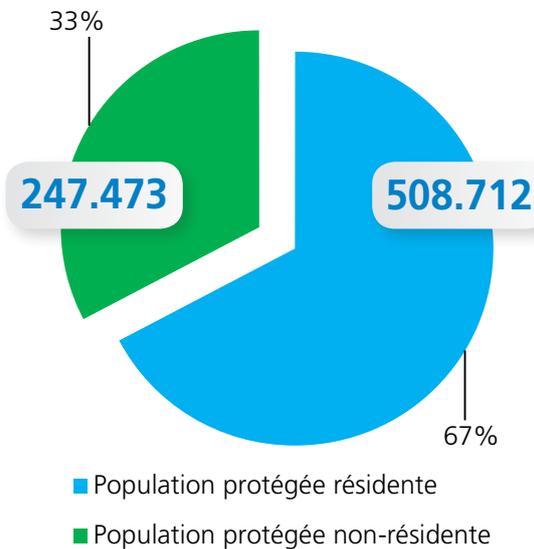
880.000 visites en 2013 sur notre site internet www.cns.lu

Les finances et chiffres-clés de la CNS

C. Les finances et chiffres-clés de la CNS

I. Assurance maladie-maternité

a) Contexte démographique



756.185
population protégée globale

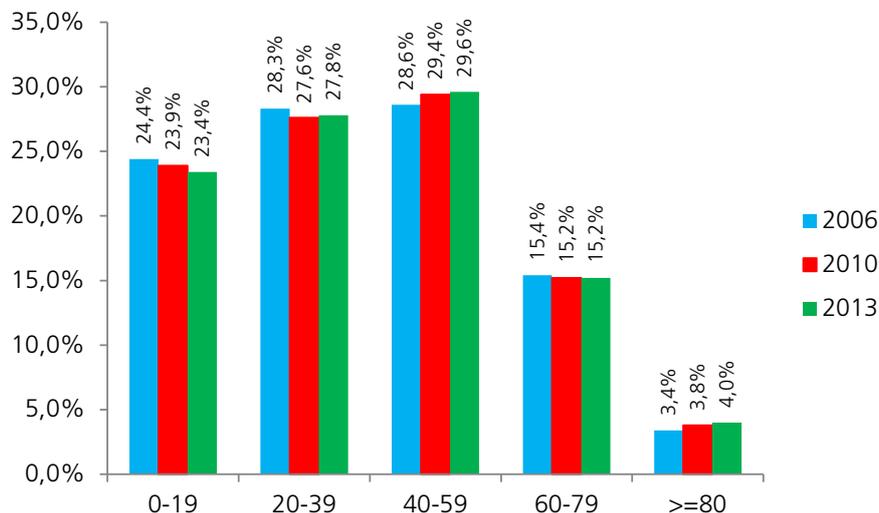
En 2013, cette population protégée résidente atteint 508.712 personnes en moyenne annuelle et est en progression de 1,9 % par rapport à 2012 (variation 2012/2011: 2,3 %).

La croissance des assurés frontaliers est passée de 3,7% en 2012 à 2,9% en 2013.

En 2013, la population protégée totale atteint 756.185 personnes en moyenne annuelle et est en progression de 2,2 % par rapport à 2012, contre une croissance de 2,7 % entre 2011 et 2012.

Le taux de croissance de la population protégée non-résidente de 2,9 % dépasse le taux de croissance de la population protégée résidente de 1,9 %, de sorte que la population protégée totale se caractérise par une croissance de 2,2 % en 2013. La population protégée non-résidente représente 32,7 % de la population protégée totale (32,5 % en 2012). 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 67,5 % en 2012 à 67,3 % en 2013.

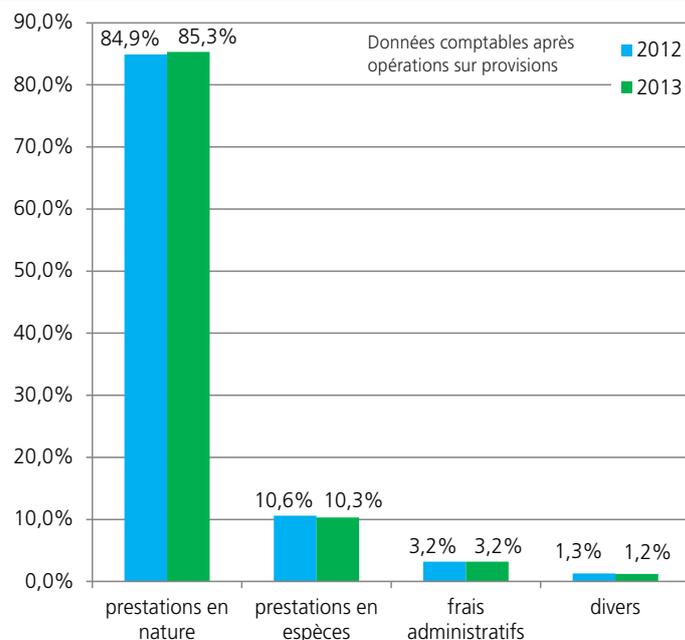
b) Structure d'âge de la population protégée résidente



Le tableau ci-après reprend la structure d'âge de la population protégée résidente au 31 décembre. Le groupe des personnes âgées entre 40 et 59 ans est le plus représenté au niveau de la population protégée. En deuxième position figurent les personnes âgées entre 20 et 39 ans. Contrairement à une baisse continue constatée lors des douze dernières années, la part du groupe d'âge des personnes âgées entre 60 et 79 ans augmente en 2013, à savoir de 15,1 % à 15,2 %. La part des personnes

âgées de 80 ans et plus a augmenté continuellement depuis 2002 pour s'établir en 2013 à 4,0 %. 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 depuis 2012. En effet, la part du groupe d'âge des 20 à 39 ans et la part du groupe d'âge des 40 à 59 ans est restée au même niveau ainsi que l'écart entre les deux groupes d'âge concernés.

c) Part des postes dans les dépenses effectives



En 2013, les dépenses effectives de l'assurance maladie-maternité s'élèvent à 2.403,0 millions d'euros, contre 2.228,4 millions d'euros en 2012. L'évolution des dépenses effectives en 2013 est caractérisée par l'adaptation de la méthode comptable de provisionnement de frais.

En effet, il y a lieu de noter que malgré les provisions et régularisations de fin d'exercice comptabilisées, certaines factures relatives à un exercice de prestation donné ne sont pas comptabilisées sur cet exercice. Toutefois, ce choix du passé se heurte au principe du rattachement à l'exercice des prestations échues lors de cet exercice, mais liquidées au cours des exercices qui suivent. Ainsi, et sur recommandation de l'IGSS, la CNS a comptabilisé ces reports de frais envers les prestataires nationaux sous forme de provisions à partir de l'exercice 2013. Le montant de ces reports s'élève à 57,2 millions d'euros en 2013. S'y ajoute 1,5 million d'euros relatif à des reports de frais administratifs.

Concernant les factures en relation avec les institutions de sécurité sociale étrangères, la CNS a procédé à la comptabilisation d'une partie de ce montant par le moyen d'une provision supplémentaire de 50 millions d'euros. Ceci par le moyen de l'extension de la période de prise en compte des décomptes étrangers introduits en portant la fin de celle-ci du 31 décembre 2013 au 15 février 2014.

Ainsi, en tenant compte de l'adaptation de la méthode comptable et de la comptabilisation de ces provisions supplémentaires, les dépenses pour prestations en nature progressent de 8,3 % en 2013, contre +6,5 % en 2012.

Toutefois, en faisant abstraction de l'adaptation de la

technique comptable, les soins de santé présente une évolution plus lente de 2,7% en 2013, contre 6,5% en 2012.

Les indemnités payées en cas de maladie de longue durée qui ont présenté des croissances considérables en 2011 et 2012, ont connu une progression modérée en 2013. En effet, les prestations en espèces de maladie atteignent un niveau de 126 millions d'euros, soit une croissance de 4,0% en 2013. À remarquer que la CNS prend à sa charge l'indemnité pécuniaire de maladie à partir de la fin du mois comprenant le 77e jour d'incapacité de travail et ce, pendant une période de référence de douze mois de calendrier successif.

Comme pour les soins de santé, la croissance considérable des frais administratifs en 2013 s'explique surtout par l'adaptation de la méthode comptable. En particulier, l'impact de ce changement de méthode s'applique uniquement au volet des frais en relation avec la convention belgo-luxembourgeoise, de sorte qu'un montant de 9,5 millions d'euros y a été comptabilisé en 2013 pour disposer d'un exercice de prestation complet en tenant également compte des exercices antérieurs.

Ainsi, en faisant abstraction de ces frais en relation avec la convention belgo-luxembourgeoise, la croissance des frais administratifs de la CNS atteint 3,8% par rapport à 2012. L'évolution de 3,8% peut être ramenée à 3,1% dans le cas où on fait aussi abstraction de la participation de la CNS au budget de l'Agence eSanté (2,4 millions d'euros en 2013, contre 2,0 millions d'euros en 2012). Enfin, la part des frais de personnel dans les frais administratifs ainsi que leur évolution de 5,3% en 2013 permettent d'expliquer la croissance restante de ces frais.

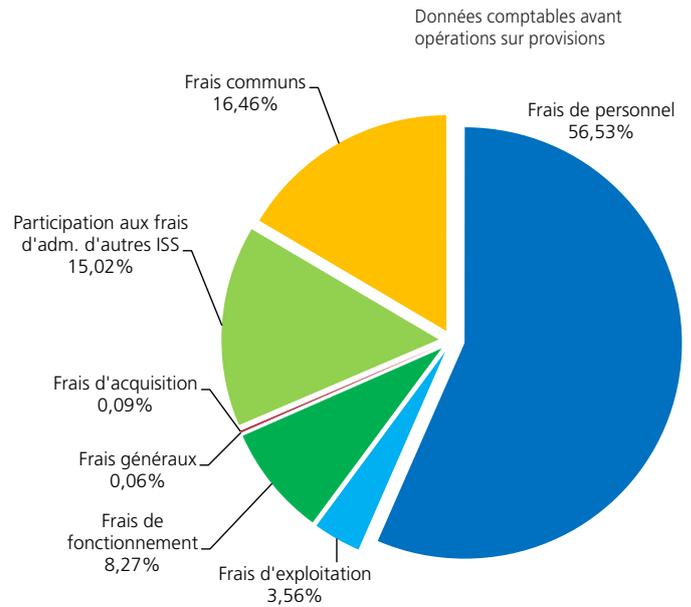
d) Poids des différents postes de frais administratifs (sans opérations sur provisions)

On constate que les frais de personnel représentent 56,53 % du total des frais d'administration, contre 16,46 % 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 72,99 % 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 26,95 % des frais administratifs. En particulier, ces quatre postes s'élèvent à 21,41 millions d'euros, contre 57,98 millions d'euros pour les frais de personnels et les frais communs.

Enfin, il est utile de préciser que la marche de manœuvre 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



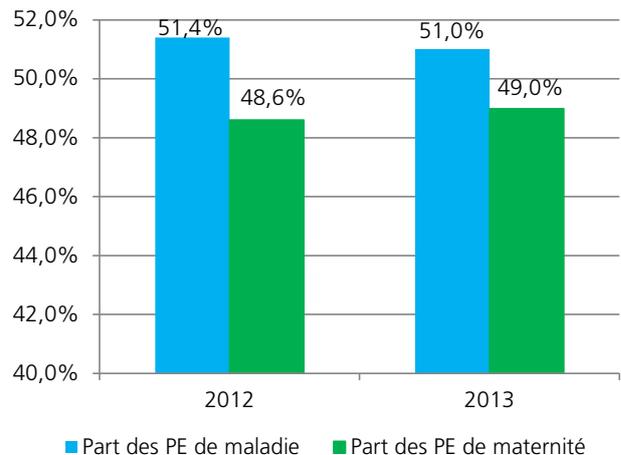
postes représentent, finalement, en 2013 une part de 88,01 % (70,00 millions d'euros) de l'ensemble des frais administratifs.

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 :

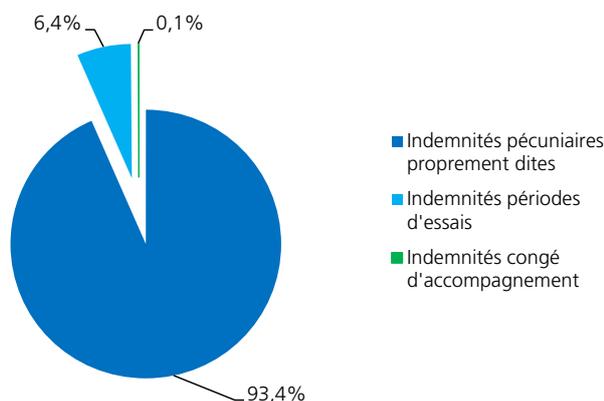
les prestations en espèces de maladie et les prestations en espèces de maternité.

En 2012, les indemnités pécuniaires de maladie représentent 51,4 % du total des indemnités pécuniaires, contre 48,6 % pour les indemnités pécuniaires de maternité. L'écart entre les deux s'est réduit sensiblement en 2013, avec 51,0 % pour les indemnités pécuniaires de maladie, tandis que les indemnités pécuniaires de maternité représentent 49,0 % de l'ensemble des indemnités pécuniaires en 2013.



Prestations en espèces de maladie

2013

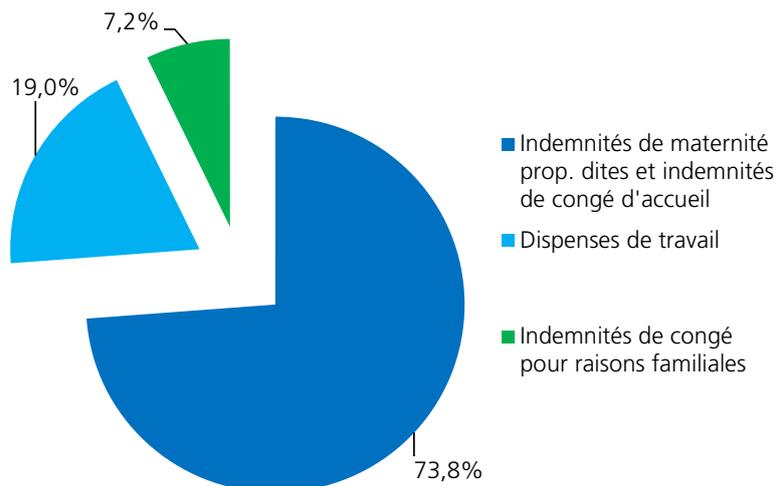


Le montant de 126,2 millions d'euros du poste des indemnités pécuniaires de maladie comprend les indemnités pécuniaires de maladie proprement dites pour un montant de 117,9 millions d'euros (+4,6 % par rapport à 2012), les indemnités en cas de périodes d'essai pour un montant de 8,1 millions d'euros (-4,3 % par rapport à 2012) et les indemnités de congé d'accompagnement pour un montant de 0,15 million d'euros (+49,6 %).

Prestations en espèces de maternité

2013

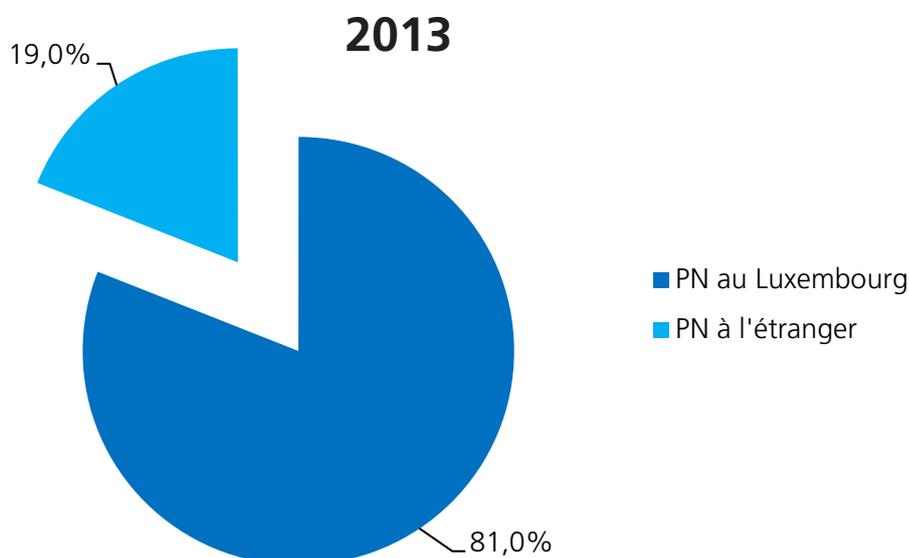
Au niveau des indemnités pécuniaires de maternité, il y a lieu de distinguer entre les indemnités de maternité proprement dites (auxquelles on ajoute les indemnités de congé d'accueil), les indemnités relatives aux dispenses de travail (indemnités pour femmes enceintes et indemnités pour femmes allaitantes),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



Concernant la composition des prestations en espèces de maternité, le poids des indemnités pécuniaires relatives aux dispenses de travail a légèrement baissé en 2013. En effet, les dispenses représentaient 19,0 % de l'ensemble des indemnités pécuniaires de maternité en 2013, contre 19,5 % en 2012. En particulier, la représentation graphique permet de

constater que les indemnités pécuniaires proprement dites de maternité représentent 73,8 % 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 7,2 % des prestations en espèces de maternité.

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



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

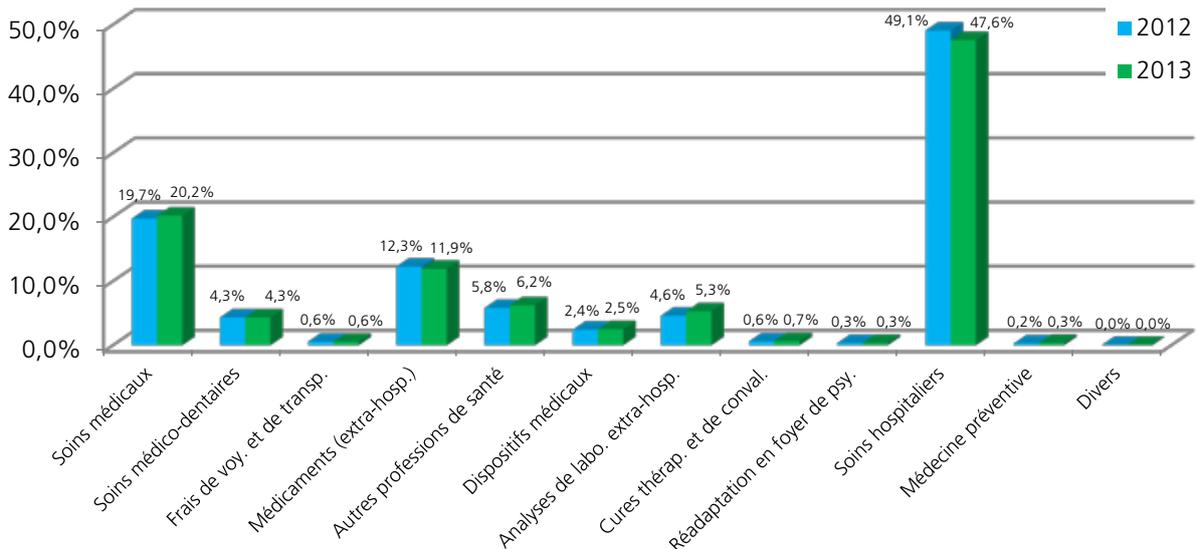
En ce qui concerne les prestations de soins au Luxembourg, et hormis les provisions supplémentaires concernant les reports*, on constate que ces prestations s'élèvent à 1,6 milliards d'euros et ont ainsi progressé de

3,1 % en 2013, contre 4,8 % en 2012, 4,6 % en 2011 et 2,9 % en 2010.

En faisant également abstraction des provisions supplémentaires provisionnés dans le cadre des prestations de soins de santé à l'étranger, ces frais évoluent de 0,6 % en 2013 pour se chiffrer à 364 millions d'euros

*voir point c) page 47

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 2012 à 2013. Le poste le plus important est celui des soins hospitaliers, aussi bien en 2012 qu'en 2013 avec respectivement 49,1 % et 47,6 % de l'ensemble des prestations en nature au Luxembourg.

Les soins médicaux représentent le deuxième poste le plus important, avec 19,7 % en 2012 et 20,2 % en 2013.

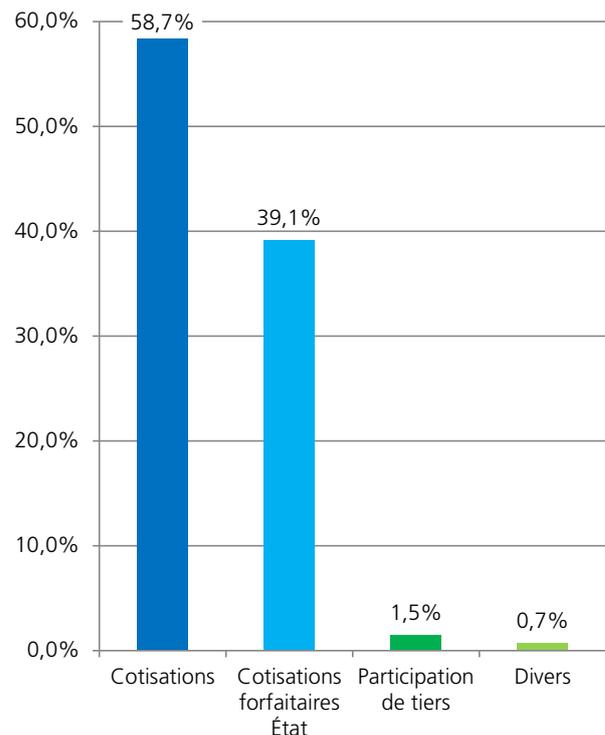
En troisième lieu figurent les médicaments extra-hospitaliers, dont 11,9 % de la totalité des prestations en nature au Luxembourg leur sont attribués en 2013 (12,3 % en 2012, diminution de -0,4 %).

h) Part des postes dans les recettes

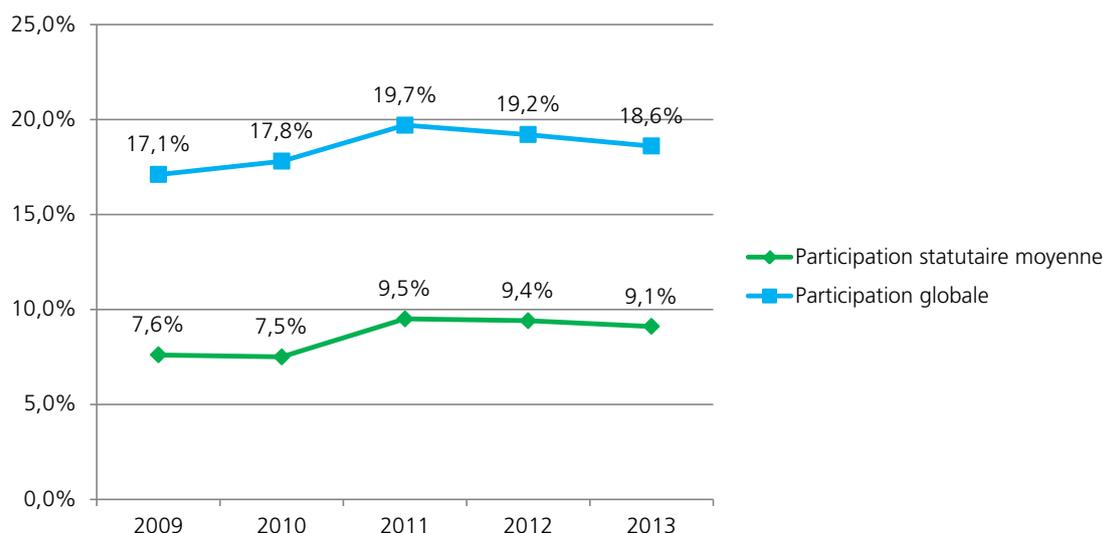
Les recettes de l'assurance maladie-maternité proviennent majoritairement des cotisations, à savoir 97,8 %. En 2013, les recettes en cotisations en provenance des assurés et employeurs enregistrent une hausse de 4,8 % pour se chiffrer à 1.396,7 millions d'euros, contre une hausse de 5,5 % en 2012. Le montant des cotisations forfaitaires en provenance de l'État atteint 931,0 millions d'euros en 2013 et est en progression de 4,8 % par rapport à 2012. Comme la participation de l'État est calculée en fonction des cotisations dues, ce taux de croissance correspond au taux d'évolution de l'ensemble des cotisations (+4,8 %). Le poste « Participation de tiers » a connu une évolution positive de 5,6 %, hausse principalement due à l'augmentation des frais d'administration remboursés par l'assurance dépendance de 12,1 % ou de 1,6 millions d'euros. Les recettes diverses se chiffrent à 15,9 millions d'euros, soit une diminution de l'ordre de 0,8 million d'euros qui résulte d'un recul des produits financiers (-1,2 million d'euros) et des pensions cédées par divers organismes de pension (-0,5 million d'euros). S'y ajoute la croissance des produits divers de 0,9 million d'euros.

Suivent par ordre décroissant les postes suivants pour l'année 2013 :

- Autres professions de santé : 6,2 %
- Analyses de laboratoires extra-hospitaliers : 5,3 %
- Soins médico-dentaires : 4,3 %
- Dispositifs médicaux : 2,5 %
- Cures thérapeutiques et de convalescence : 0,7 %
- Frais de voyage et de transport : 0,6 %
- Réadaptation en foyer de psychiatrie : 0,3 %
- Médecine préventive : 0,3 %
- Divers : 0,0 %



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 pour les prestations extra-hospitalières s'établit à 9,1 % en 2013, ce qui représente une baisse de 0,3 % par rapport à 2012.

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 18,6 % en 2013 (en dehors des frais d'hospitalisation), contre 19,2 % en 2012.



EXERCICE 2013

DÉCOMPTÉ ANNUEL GLOBAL

des recettes et des dépenses
de l'assurance maladie-maternité

BILAN DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE

au 31 décembre 2013

En date du 25 juin 2014, le Comité directeur de la CNS a approuvé les comptes annuels et le bilan de clôture de l'année 2013 de l'assurance maladie-maternité.

Le document « Décompte des recettes et dépenses de 2013 de l'assurance maladie-maternité » commenté peut être consulté intégralement sur le site internet de la CNS www.cns.lu sous « Publications ».

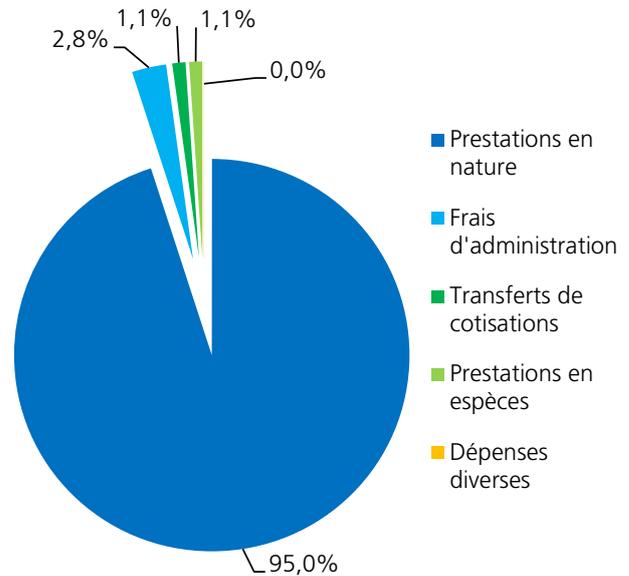
II. Assurance dépendance

a) Poids des postes de dépenses en 2013

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 1,1 % 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. Les frais d'administration représentent 2,8 % de l'ensemble des dépenses de l'assurance dépendance.

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 (1,1 % 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.



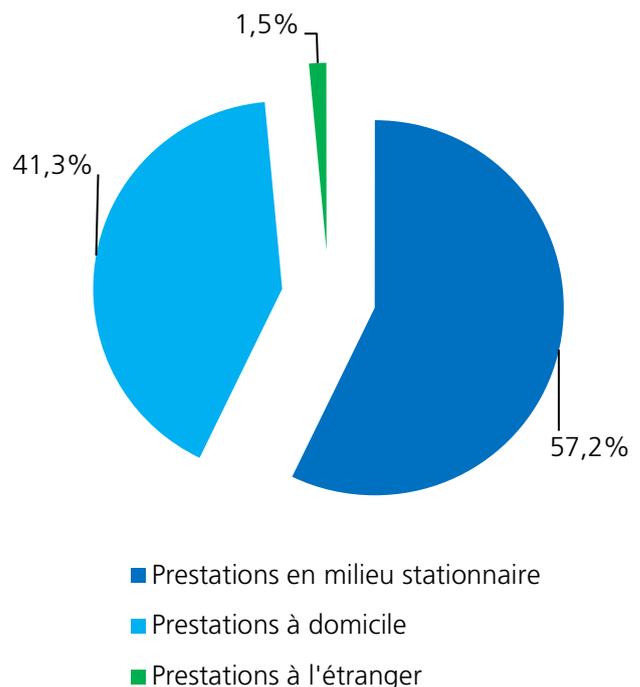
En troisième position figure le transfert de cotisations, avec 1,1 % du total des dépenses. En effet, l'assurance dépendance prend en charge les cotisations pour l'assurance pension d'une personne de l'entourage (souvent un membre de la famille ou un proche) qui assure avant l'âge de 65 ans des aides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

b) Poids des postes des prestations en nature en 2013

57,2 % des dépenses en relation avec les prestations en nature ont été attribués aux prestations en milieu stationnaire en 2013. 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 41,3 % du total des dépenses en matière de prestations en nature. 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 1,5 % 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 conventions internationales.



c) Bénéficiaires des prestations en nature en 2013

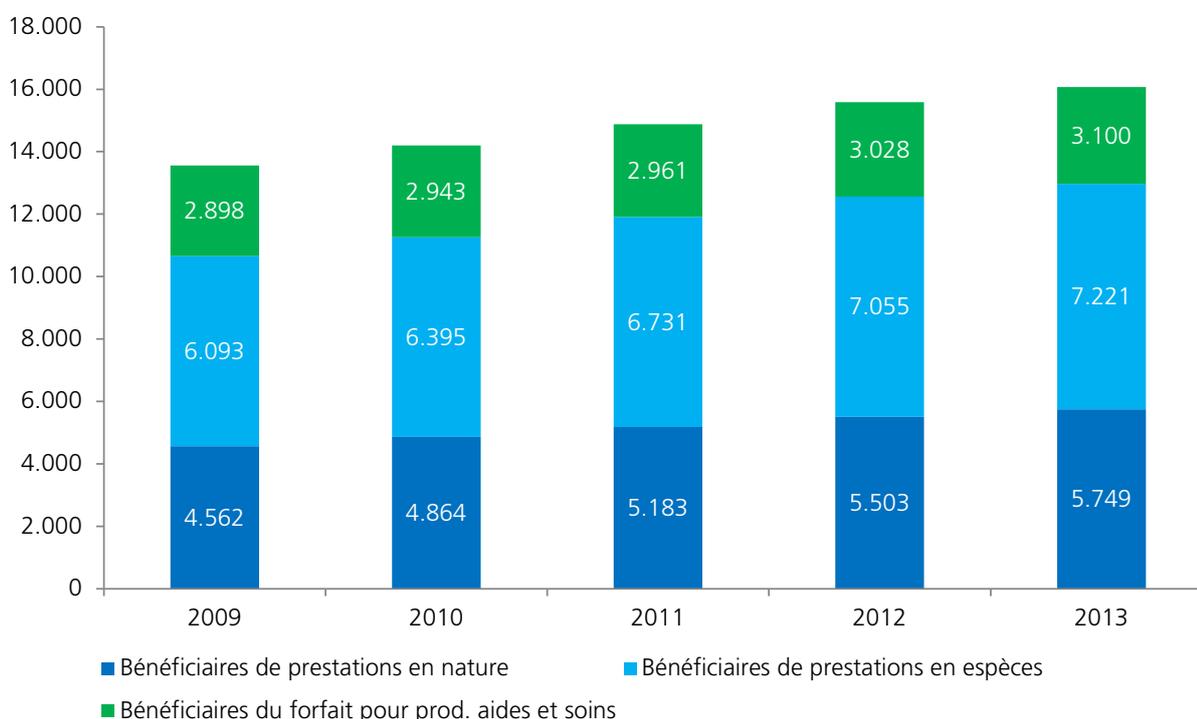
Bénéficiaires de prestations en nature au Luxembourg : **13.160**

- Prestations à domicile* : **8.732** (+3,1 %)
- Prestations en milieu stationnaire : **4.428** (+2,6 %)

- 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 2013, le nombre moyen mensuel de bénéficiaires de prestations à domicile s'établit à 8.732 personnes, contre 8.472 personnes en 2012 (+3,1 %). Depuis 2000, le nombre de bénéficiaires s'est accru de 182 %. Le taux de croissance annuel moyen s'établit à 8,3 % entre 2000 et 2013. On constate cependant un ralentissement de la croissance annuelle pour les dernières années. Par conséquent, pour la période 2008 à 2013, le taux de croissance annuel moyen s'élève à 4,6 %.

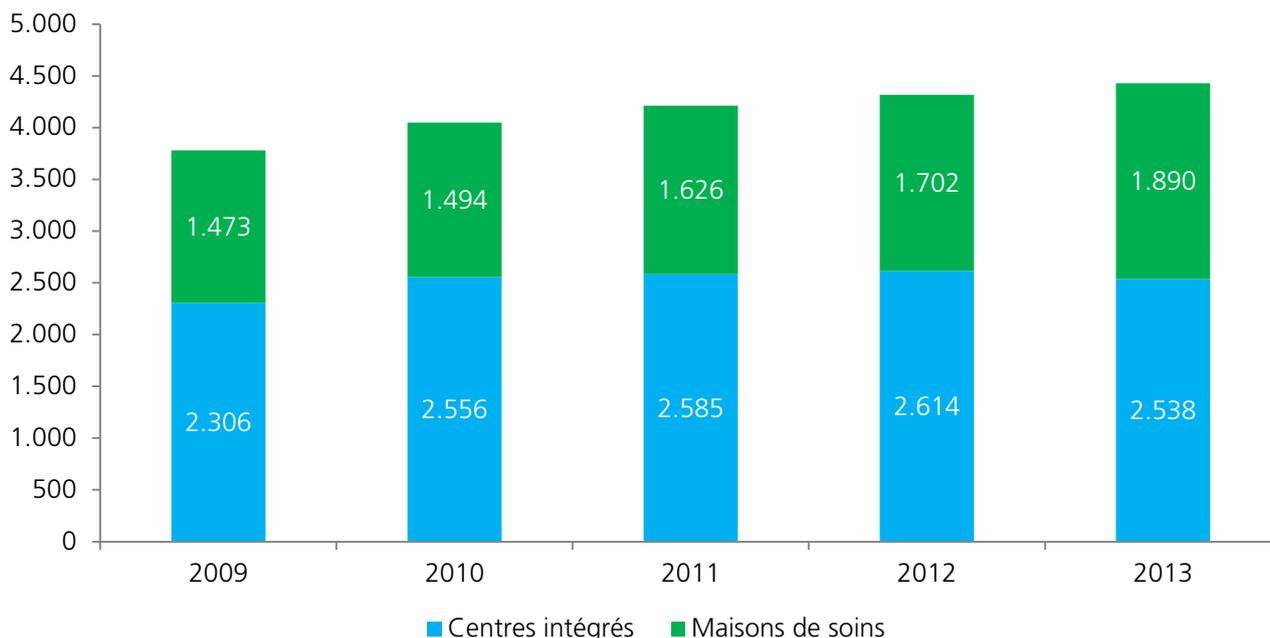
En 2013, parmi les bénéficiaires de prestations à domicile, 65,8 % (5.749 personnes) touchent des prestations fournies par un réseau d'aides et de soins, un centre semi-stationnaire ou un établissement à séjour intermittent.

7.221 personnes en moyenne ont bénéficié de prestations en espèces subsidiaires (en remplacement des prestations en nature), ce qui correspond à 82,7 % des bénéficiaires de prestations à domicile en 2013.

En 2013, environ 35,5 % des personnes touchant des prestations à domicile ont bénéficié du forfait pour produits d'aides et de soins (35,7 % en 2012). En effet, un montant forfaitaire est accordé en cas d'utilisation de produits nécessaires aux aides et soins. En 2013, ce montant forfaitaire s'établit à 108,98 euros en moyenne à l'indice courant égal à 761,00.

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

Nombre moyen mensuel de bénéficiaires



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.

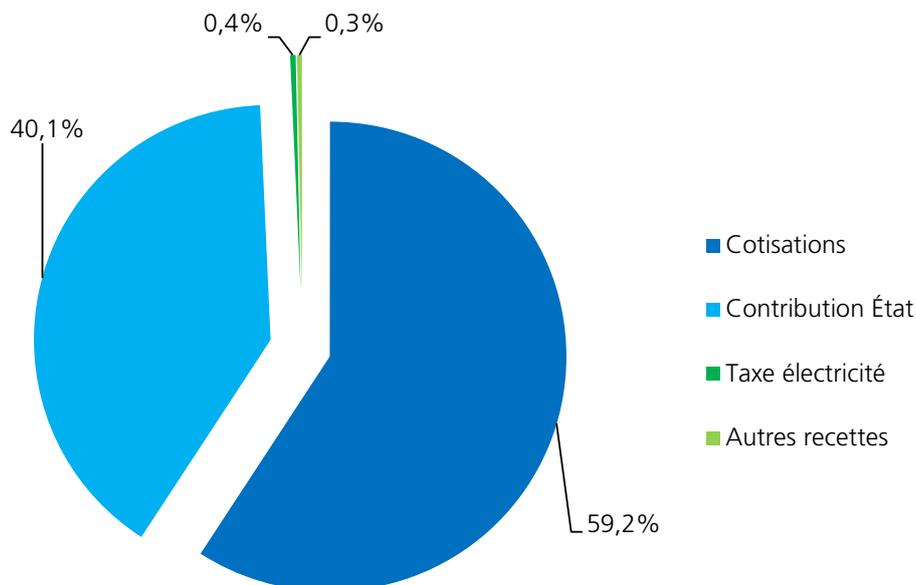
Les établissements d'aides et de soins à séjour continu hébergent de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant, dans le cadre de l'établissement, l'intégralité des aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance.

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 pres-

tations délivrées par les établissements à séjour intermittent figurent sous les prestations à domicile.

Pour l'exercice 2013, on estime le nombre moyen mensuel de personnes dans les établissements d'aides et de soins à séjour continu 4.428 personnes (+2,6%), dont 2.538 personnes pour les centres intégrés (-2,9%) et 1.890 personnes pour les maisons de soins (+11,0%). 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. Entre 2000 et 2013, le nombre moyen a augmenté de 78,3%, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 4,6%. Depuis 2008, le taux de croissance annuel moyen s'élève à 4,2%.

f) Poids des postes de recettes



Le montant total des cotisations de l'assurance dépendance s'élève en 2013 à 327,1 millions d'euros, contre 339,8 millions d'euros en 2012, soit une régression de 3,7 % (+15,4 % en 2012).

La contribution de l'État se place en deuxième position, avec 40,1 % du total des recettes. Alors que la participation de l'État en 2012 était fixée à trente-cinq pour cent des dépenses totales, y compris la dotation à la réserve, elle est fixée à quarante pour cent des dépenses totales

en 2013 (loi du 16 décembre 2011, art. 38). Le montant versé par l'État en 2013 s'élève à 221,7 millions d'euros.

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 destiné à l'assurance dépendance atteint 2,1 millions d'euros en 2013 (+19,4 %), contre 1,7 million d'euros en 2012 (-8,3 %).



EXERCICE 2013

DÉCOMPTÉ ANNUEL GLOBAL

des recettes et des dépenses
de l'assurance dépendance

BILAN DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

au 31 décembre 2013

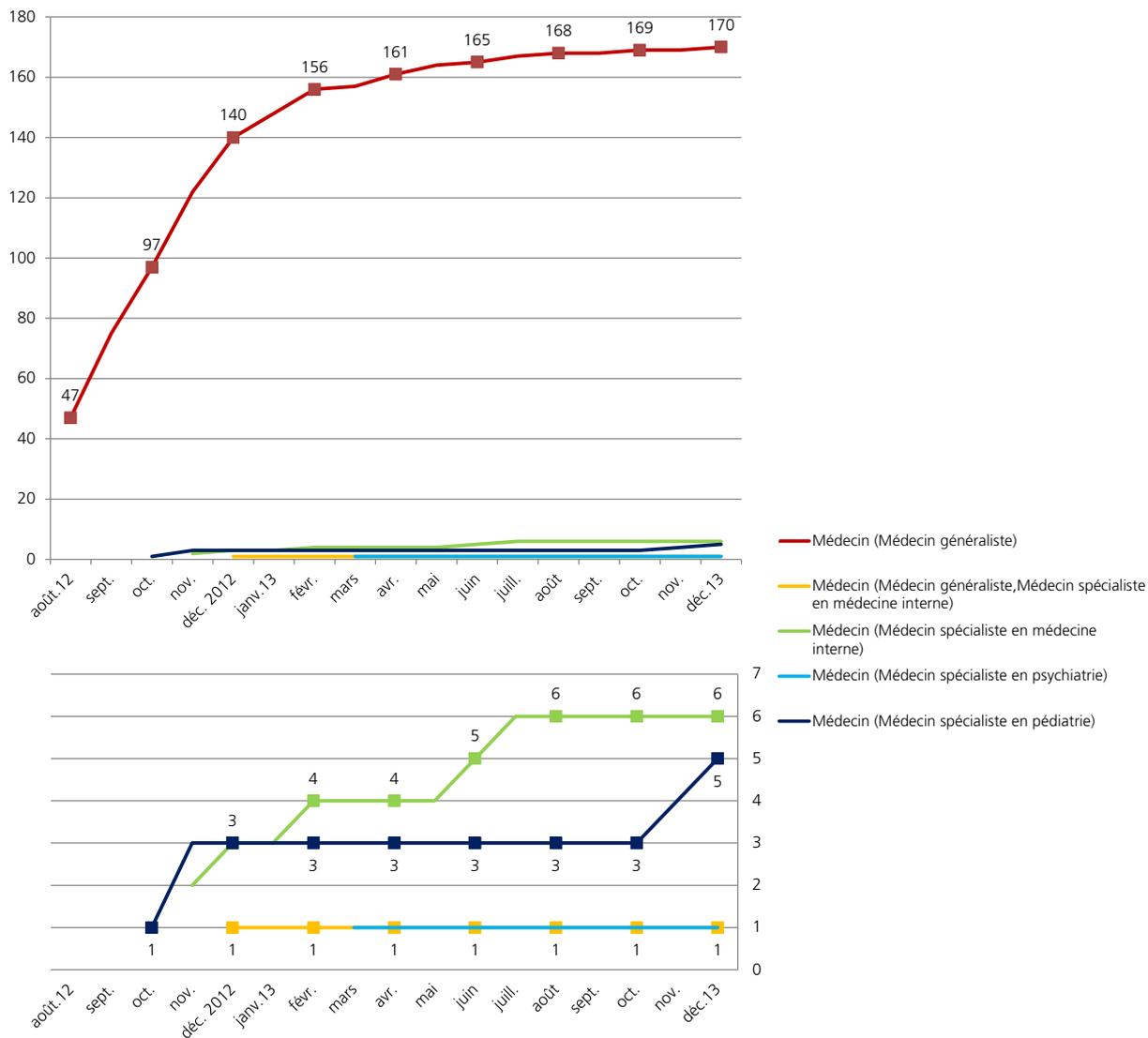
En date du 9 juillet 2014, le Comité directeur de la CNS a approuvé les comptes annuels et le bilan de clôture de l'année 2013 de l'assurance dépendance.

Le document « Décompte des recettes et dépenses de 2013 de l'assurance dépendance » commenté peut être consulté intégralement sur le site internet de la CNS www.cns.lu sous « Publications ».

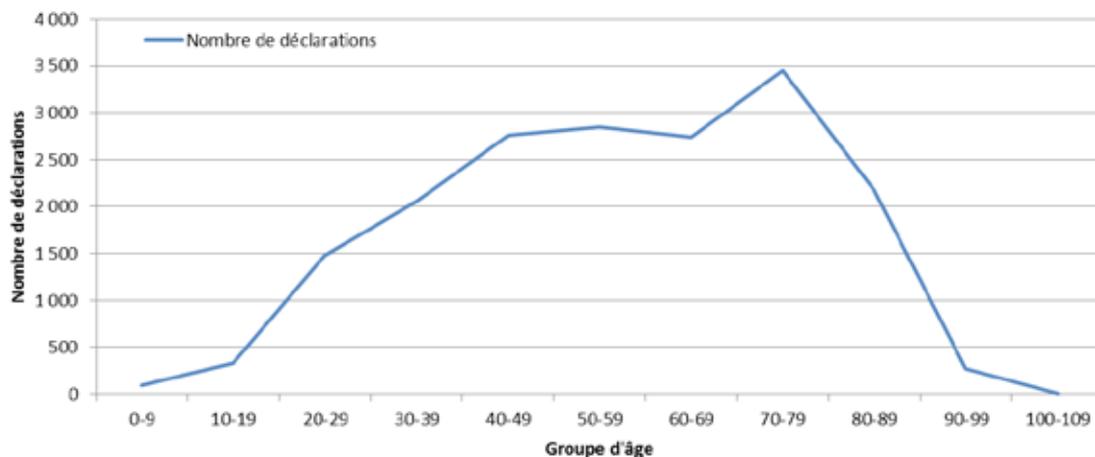
Les statistiques par thème

Le médecin référent (I)

Nombre de médecins référents par spécialité

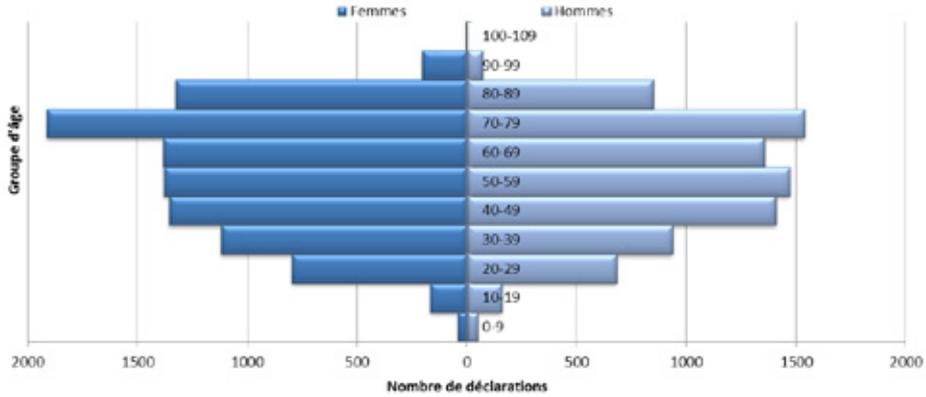


Nombre de déclarations MR valides au 01.01.2014 par groupe d'âge des patients

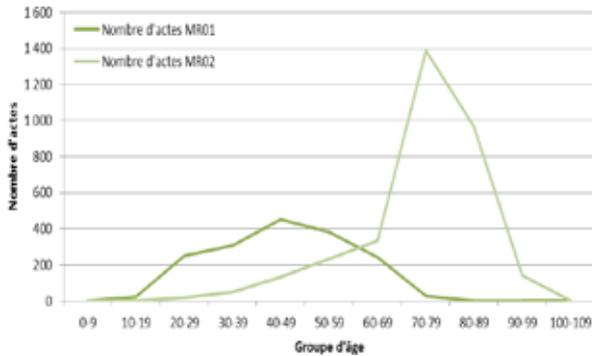


Le médecin référent (II)

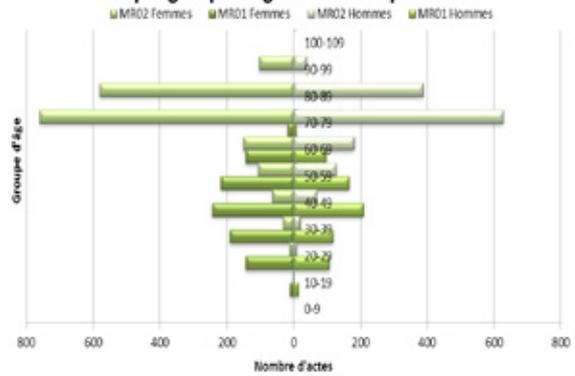
Nombre de déclarations MR valides au 01.01.2014 par groupe d'âge et sexe des patients



Nombre d'actes MR01 et MR02 par groupe d'âge des patients



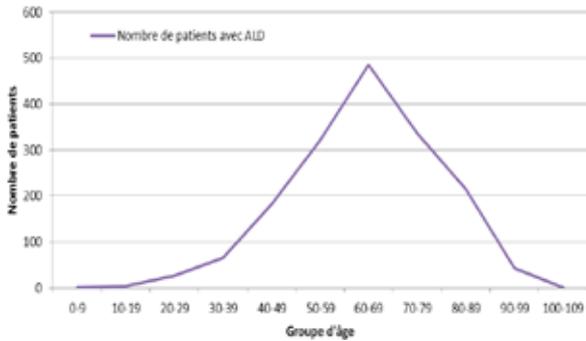
Nombre d'actes MR01 et MR02 par groupe d'âge et sexe des patients



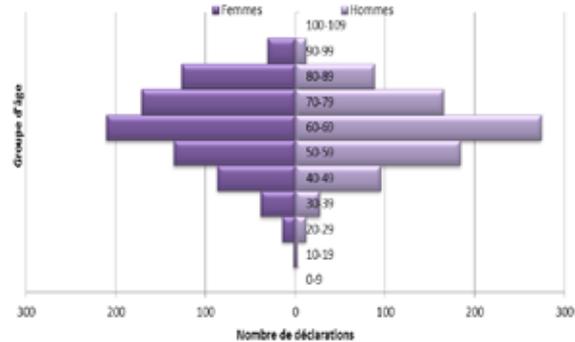
MR01 : Forfait pour la gestion du dossier de soins partagé englobant l'établissement, la gestion et la remise du résumé patient, chez le patient ne remplissant pas les conditions de la mise en compte de l'acte MR02 et dont l'âge se situe entre 18 et 69 ans accomplis.

MR02 : Forfait pour la gestion du dossier de soins partagé englobant l'établissement, la gestion et la remise du résumé patient, chez le patient atteint d'une pathologie chronique grave figurant à l'article 20 des dispositions générales de la nomenclatures des actes et services des médecins ou ayant atteint l'âge de 70 ans

Nombre de patients ayant une ALD par groupe d'âge des patients



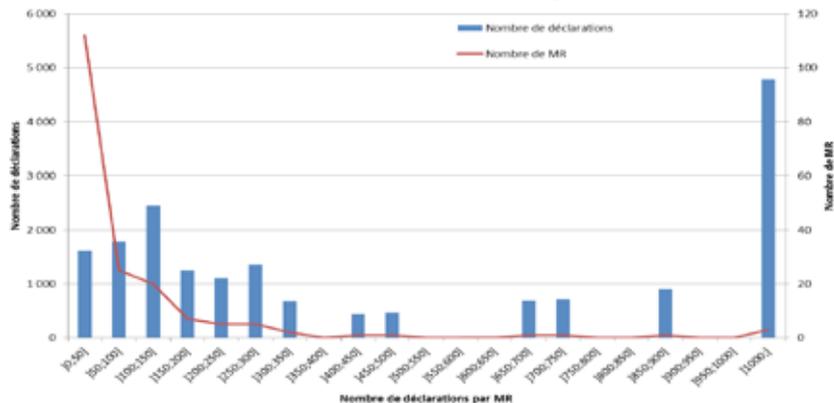
Nombre de patients ayant une ALD par groupe d'âge et sexe des patients



ALD : Les affections de longue durée, reprises dans le référentiel ALD 30 peuvent donner lieu à la mise en compte de la position MR02.

Lien référentiel ALD 30 : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_565292/toutes-les-listes-des-actes-et-prestations-lap-pour-les-ald

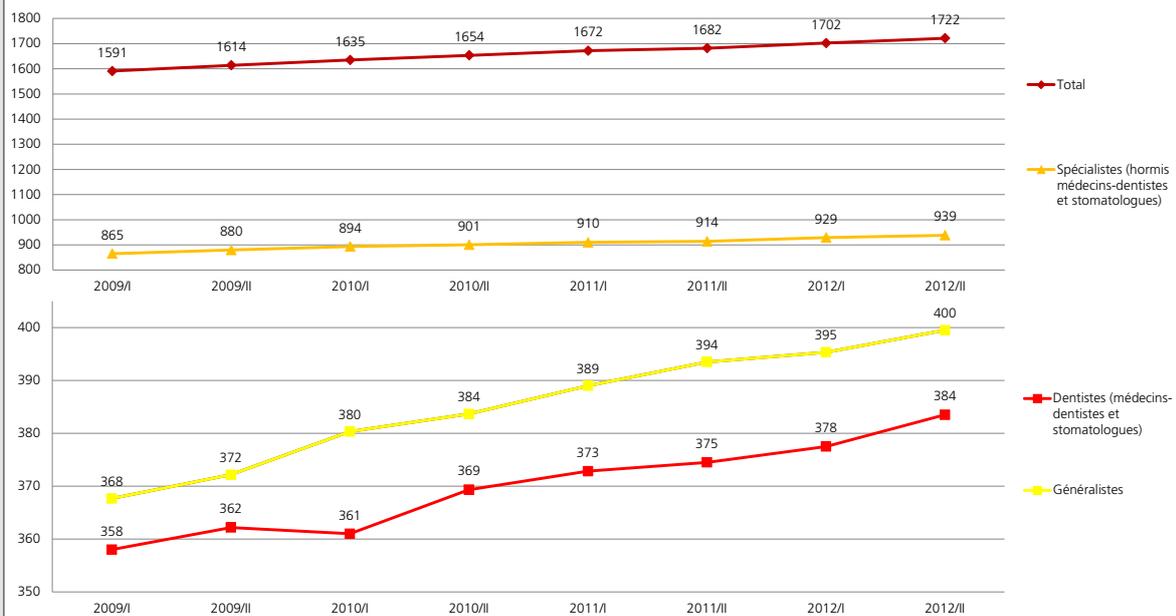
Nombre de MR et nombre de déclarations MR valides au 01.01.2014 suivant le nombre de déclarations par MR



Les médecins et spécialistes (I)

Nombre de médecins par spécialité (source:Dénombrement sans MEVS (Médecins en voie de spécialisation))

Moyenne par mois sur les 6 mois du semestre



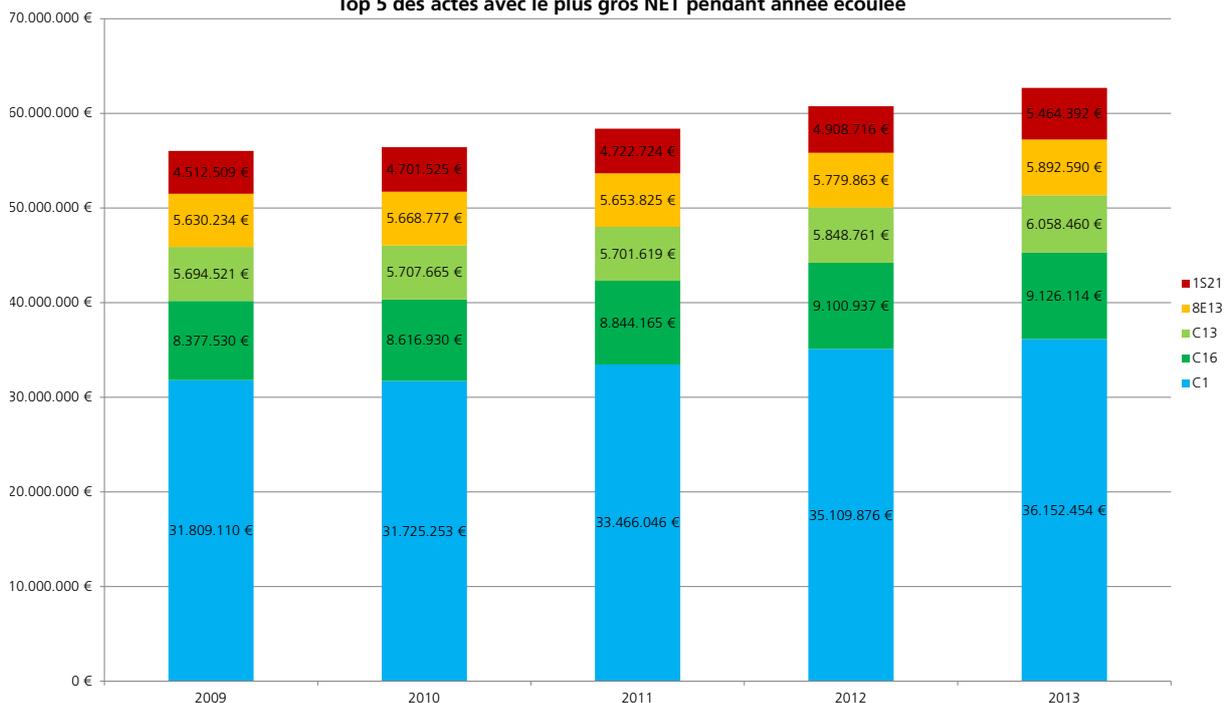
Nombre de médecins spécialistes

Moyenne par mois sur les 6 mois du semestre

	2009/I	2009/II	2010/I	2010/II	2011/I	2011/II	2012/I	2012/II
Anesthésie-réanimation	76	77	77	77	77	78	78	81
Cardiologie	44	47	51	50	51	50	51	50
Chirurgie générale	78	78	77	77	78	78	77	77
Dermatologie	33	32	32	32	32	33	33	34
Electroradiologie	52	53	55	54	58	57	59	60
Médecine nucléaire	9	9	8	8	8	8	7	6
Radiothérapie	4	4	3	3	4	5	5	5
Endocrinologie	4	4	5	5	5	5	5	5
Gastro-entérologie	21	21	19	18	16	15	17	17
Gynécologie-obstétrique	66	68	71	73	72	73	74	76
Hématologie, maladies du sang	5	5	5	5	5	5	5	5
Médecine interne	78	80	81	82	83	83	83	84
Néphrologie	8	8	8	8	8	8	8	8
Oncologie	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuro-chirurgie	9	9	10	10	10	10	12	12
Neuro-psychiatrie	26	28	27	27	26	27	29	30
Neurologie	26	26	26	26	29	29	29	30
Psychiatrie	51	52	56	60	60	59	60	61
Psychiatrie infantile	10	11	12	12	13	14	16	14
Rééducation et réadaptation	14	15	16	16	17	17	18	19
Ophtalmologie	50	51	53	52	53	52	50	50
Orthopédie	41	41	41	41	41	40	43	43
Oto-rhino-laryngologie	34	34	35	34	34	35	35	35
Pédiatrie	73	74	74	76	78	80	80	81
Pneumo-phtisiologie	19	19	19	19	20	20	21	21
Rhumatologie	15	16	16	16	15	15	15	16
Urologie	20	20	20	19	19	20	21	20
Médecins-dentistes	352	356	356	364	368	370	373	379
Stomatologie	6	6	5	5	5	5	5	5

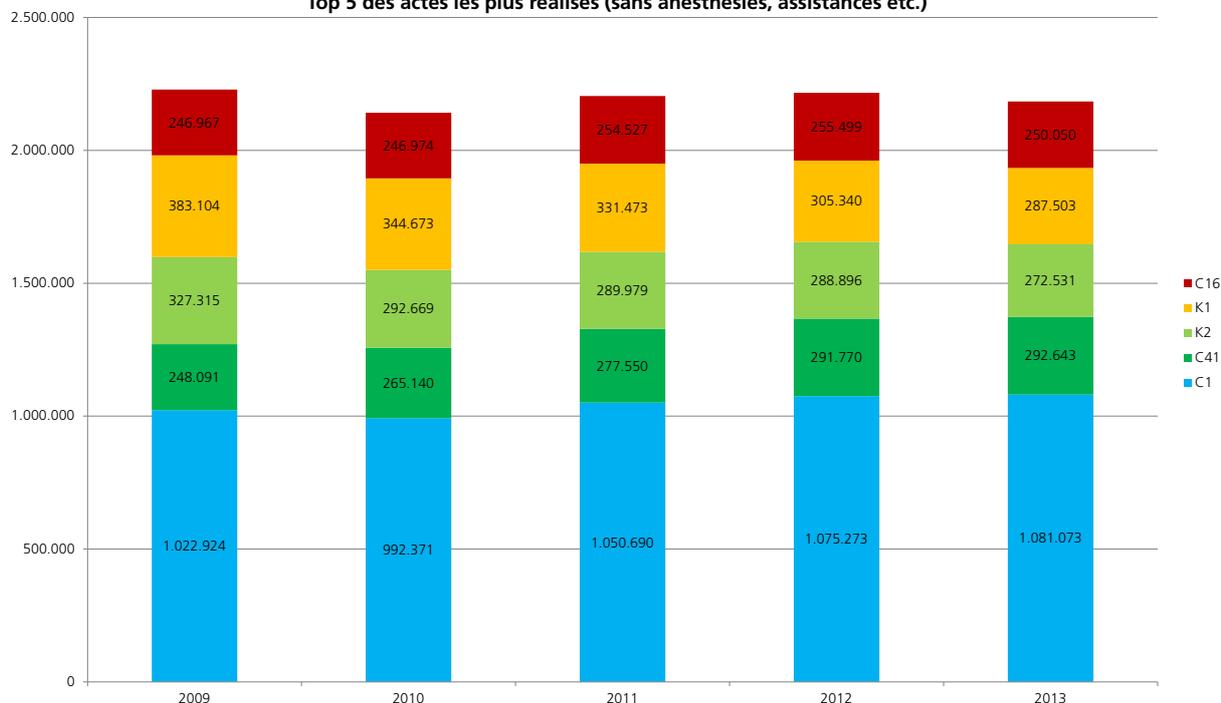
Les médecins et spécialistes (II)

Actes ou services les plus facturés
Top 5 des actes avec le plus gros NET pendant année écoulée



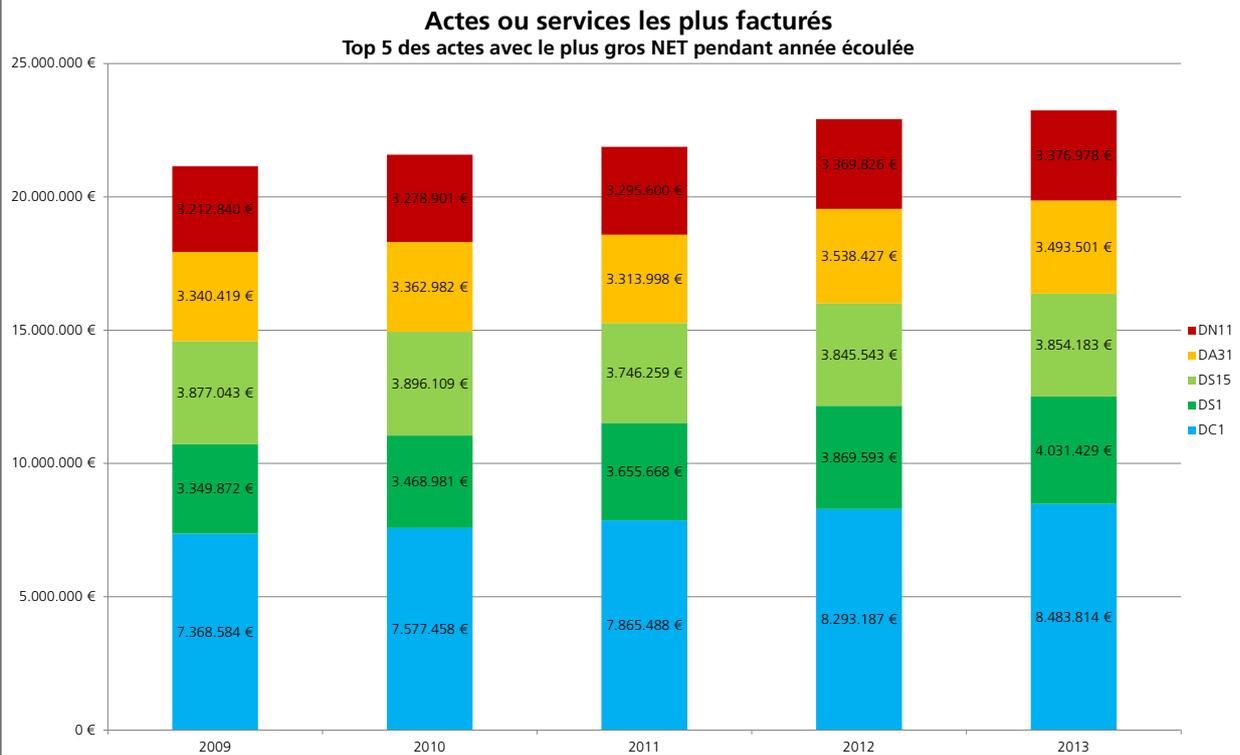
C1 : Consultations normales : Consultation du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie
 C16 : Consultations normales : Consultation du médecin spécialiste en ophtalmologie
 C13 : Consultations normales : Consultation du médecin spécialiste en chirurgie générale / orthopédie / chirurgie plastique / chirurgie thoracique / chirurgie vasculaire / chirurgie pédiatrique / neurochirurgie / chirurgie gastro-entérologique / chirurgie maxillo-faciale
 8E13 : Examen échographique des organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens; non applicable pour échographie en rapport avec la grossesse
 1S21 : Médecine Interne spécialisée : Néphrologie, épuration extra-rénale : Hémodialyse (épuration extra-corporelle) pour insuffisance rénale, par séance

Actes ou services les plus facturés
Top 5 des actes les plus réalisés (sans anesthésies, assistances etc.)

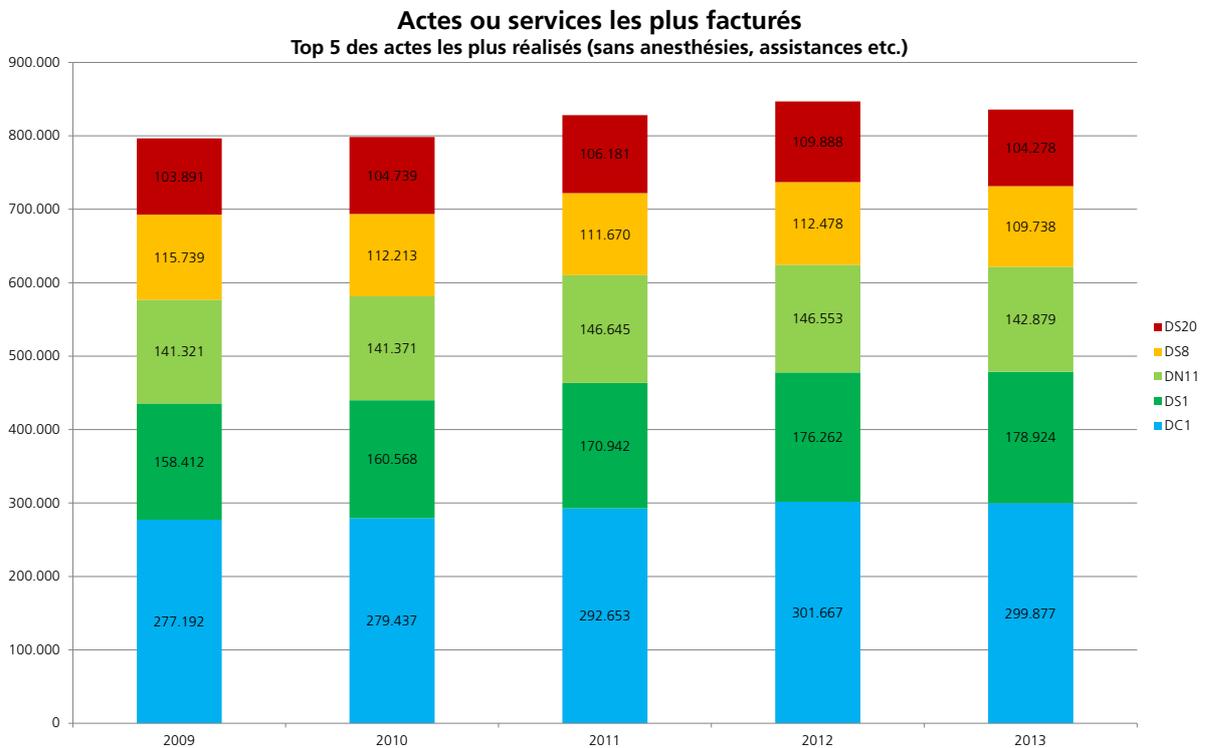


C1 : Consultations normales : Consultation du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie
 C16 : Consultations normales : Consultation du médecin spécialiste en ophtalmologie
 K1 : Déplacements : Indemnité horo-kilométrique par kilomètre
 K2 : Déplacements : Indemnité horo-kilométrique, par kilomètre, pour le service de garde en médecine générale réglementé par convention entre l'Etat et l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes
 C41 : Tarifs spéciaux : Renouvellement d'ordonnance

Les médecins-dentistes



DN11 : Radiodiagnostic : Radiographie dentaire, film et location d'appareil compris, première radiographie - CAC
 DA31 : Prothèse dentaire adjointe : Dent prothétique
 DS15 : Soins gingivaux et dentaires : Obturation portant sur deux faces d'une dent
 DS1 : Soins gingivaux et dentaires : Détartrage en une ou plusieurs séances - CAC
 DC1 : Consultations du médecin-dentiste : Consultation normale

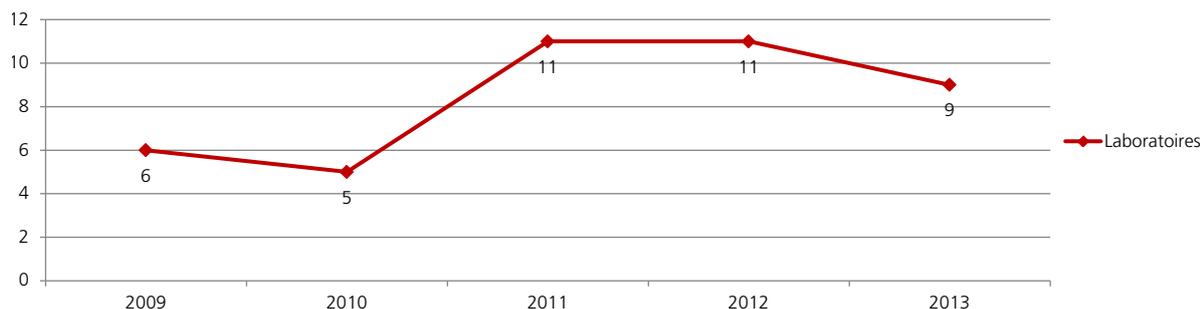


DS20 : Soins gingivaux et dentaires : Anesthésie locale
 DS8 : Soins gingivaux et dentaires : Coiffage pulpaire indirect, par dent et par séance
 DN11 : Radiodiagnostic : Radiographie dentaire, film et location d'appareil compris, première radiographie - CAC
 DS1 : Soins gingivaux et dentaires : Détartrage en une ou plusieurs séances - CAC
 DC1 : Consultations du médecin-dentiste : Consultation normale

Les laboratoires

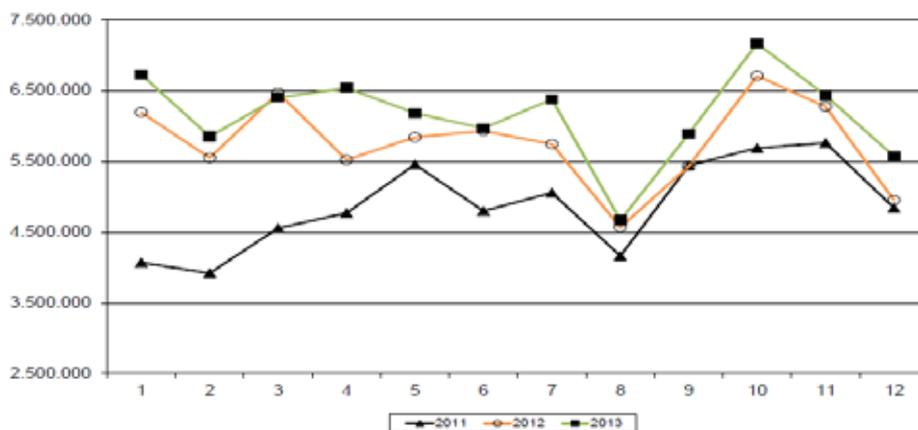
Nombre de laboratoires au Luxembourg

y compris laboratoires hospitaliers; chiffres au 31 décembre de l'année donnée



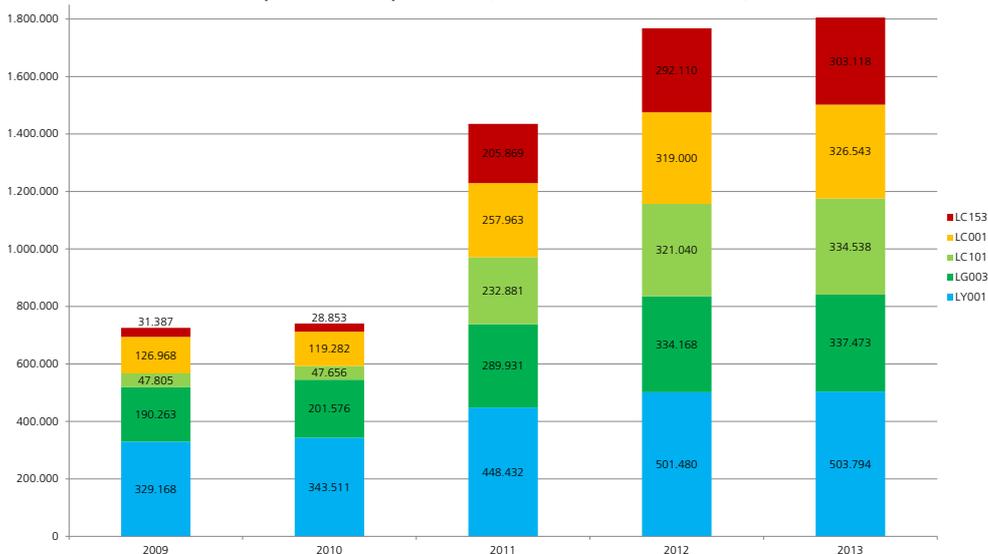
1^{er} avril 2011: extension de ces chiffres aux activités extra-hospitalières des laboratoires hospitaliers

Laboratoires (Evolution mensuelle en euros, DP)



Pour les analyses réalisées par les laboratoires du secteur extra-hospitalier, le nombre d'ordonnances pour analyses médicales a progressé de 11,2 %. Par contre, le coût moyen net par ordonnance a diminué de 7,5 % (98,41 euros en 2013, contre 106,25 euros en 2012). Le nombre de patients a lui augmenté de 10,8 %.

Actes ou services les plus facturés Top 5 des actes les plus réalisés (sans anesthésies, assistances etc.)



LC153: Chimie biologique : Sérum / Plasma : Enzymes : G-GT - gamma-glutamyl transférase

LC001: Chimie biologique : Sérum / Plasma : Glucides et lipides : Glucose

LC101: Chimie biologique : Sérum / Plasma : Substances à excrétion rénale ou pancréato-biliaire : Créatinine

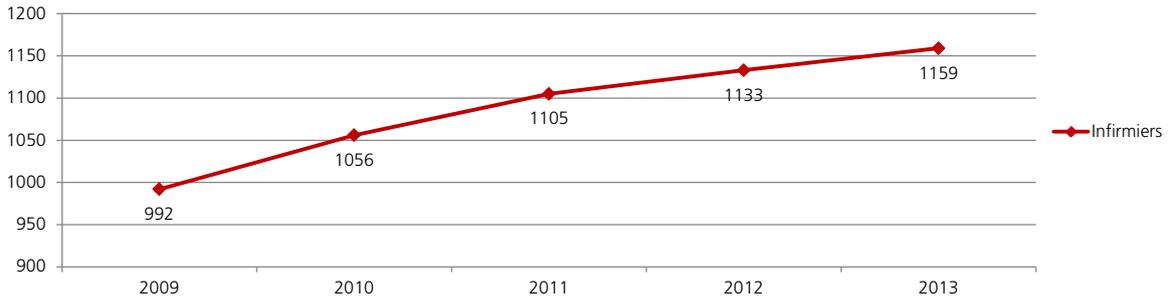
LG003: Hématologie - Cytologie - Hémogramme (NFS): hémoglobine, hématocrite, numération des érythrocytes, leucocytes et thrombocytes, avec formule leucocytaire, par un examen automatisé

LY001: Prélèvements - Prise de sang sur veine superficielle

Les infirmiers

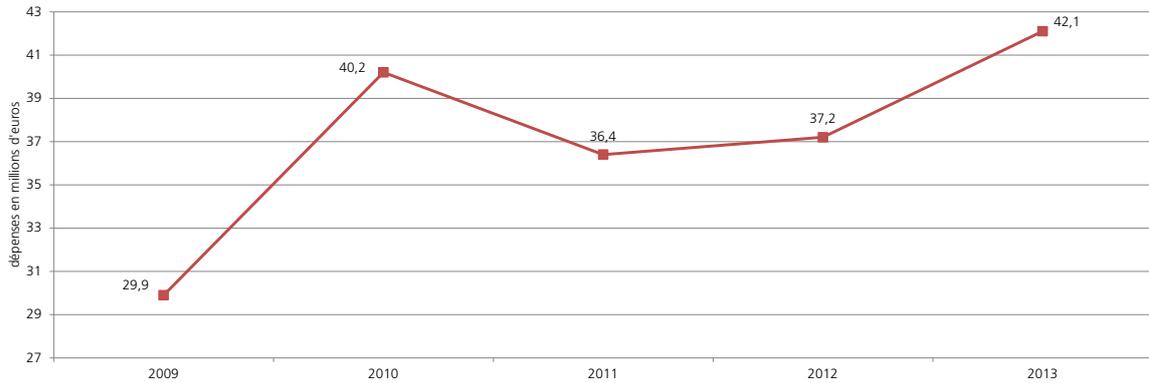
Nombre d'infirmiers au Luxembourg

chiffres au 31 décembre de l'année donnée



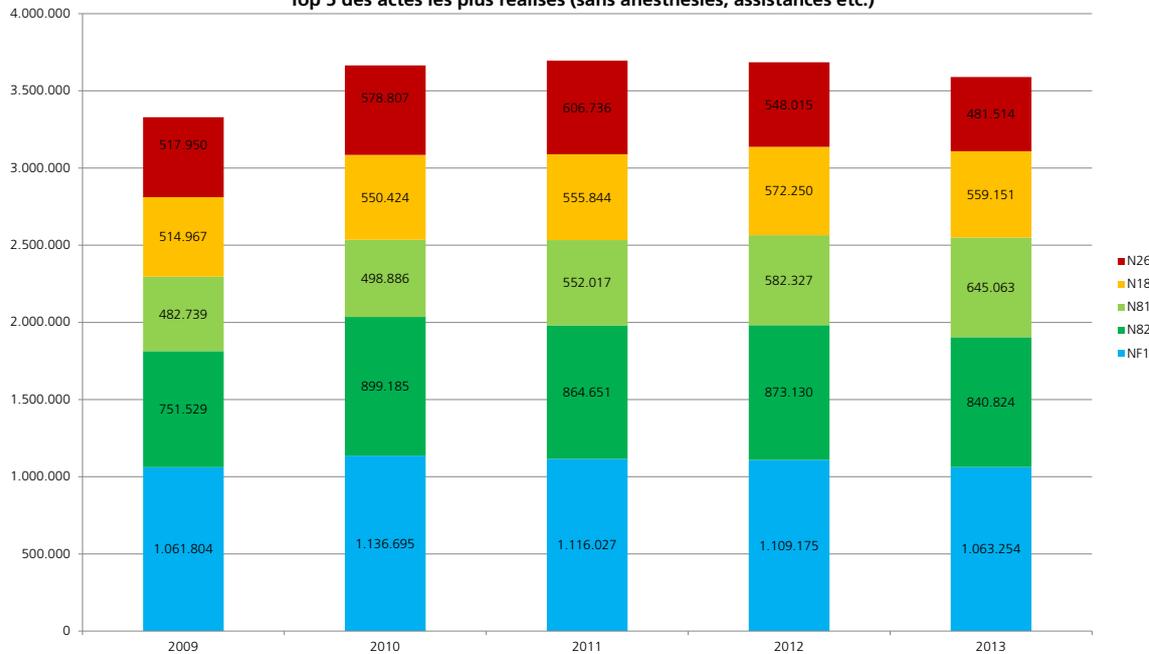
Aperçu de l'évolution des dépenses des 5 dernières années

Actes et services infirmiers



Lors de l'analyse détaillée des données enregistrées pour le poste des soins infirmiers, on constate que seulement 3 actes (N02, N18 et N26) englobent 72,1 % de toutes les prestations réalisées (abstraction faite des déplacements et des forfaits N81 et N82). Il s'agit en l'occurrence des mêmes actes que pour les années 2010, 2011 et 2012

Actes ou services les plus facturés Top 5 des actes les plus réalisés (sans anesthésies, assistances etc.)

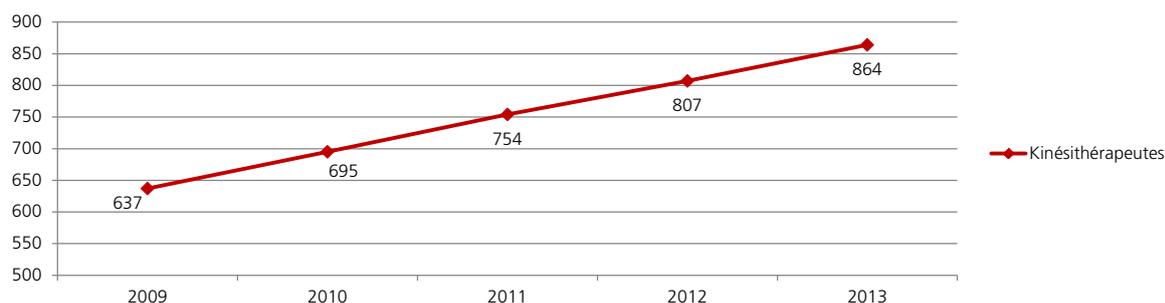


N26 : Pansements : Bandage compressif pour stase veineuse ou lymphatique pour affection aiguë d'un membre
 N18 : Injections, perfusions, prises de sang : Injection sous-cutanée
 N81 : Forfait journalier d'actes infirmiers prestés dans les maisons de soins
 NF1 : Forfait déplacement
 N82 : Forfait journalier d'actes infirmiers prestés dans les autres établissements d'aides et de soins
 NF1 : Forfait déplacement

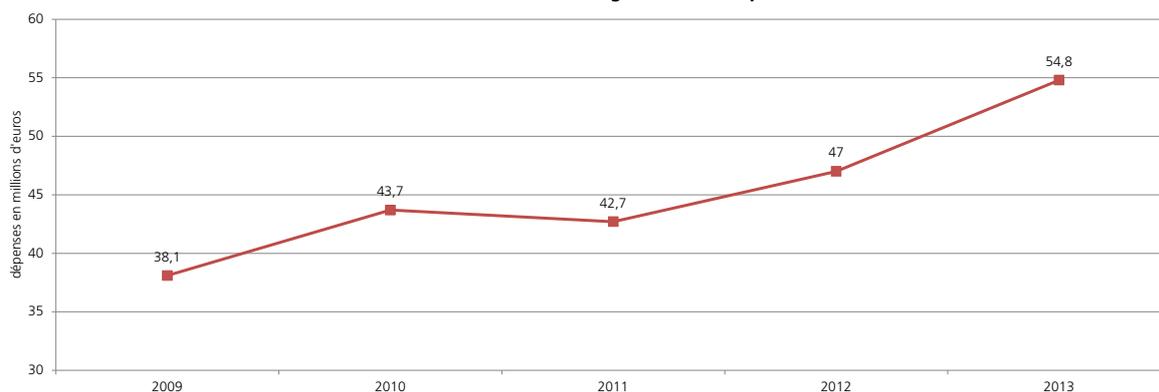
Les kinésithérapeutes*

Nombre de kinésithérapeutes au Luxembourg

chiffres au 31 décembre de l'année donnée

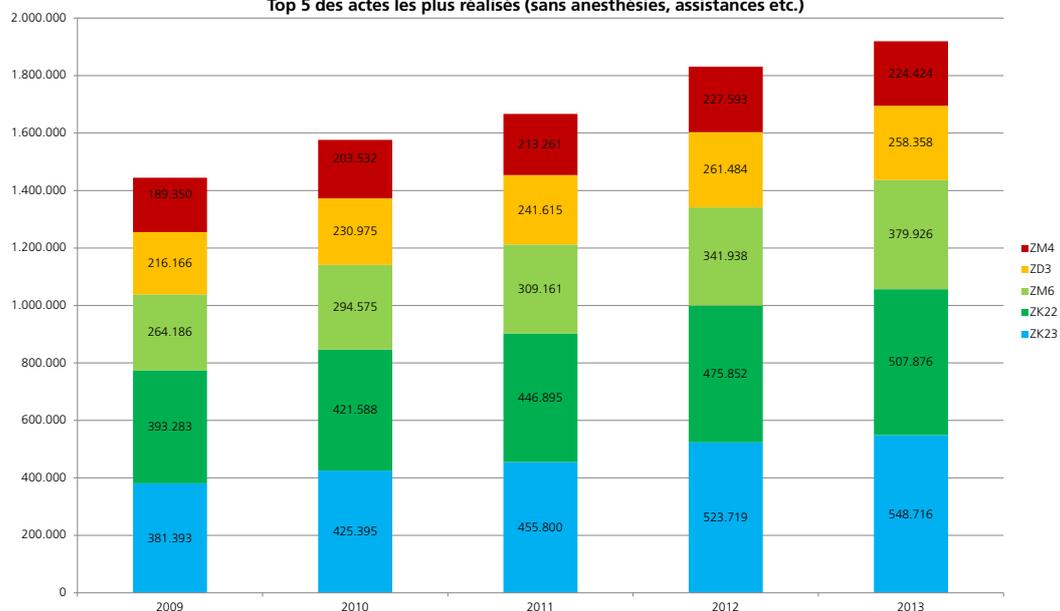


Aperçu de l'évolution des dépenses des 5 dernières années Actes et services massages-kinésithérapie



L'augmentation significative au niveau des masseurs-kinésithérapeutes est liée au fort développement des activités kinésithérapeutiques. En effet, le nombre de kinésithérapeutes enregistrés dans le cadre du conventionnement obligatoire et automatique a évolué, ce qui conduit inévitablement à un nombre croissant de titres de prise en charge à traiter par la CNS. Le nombre d'attributions de nouveaux codes prestataire en 2013 est égal à 101.

Actes ou services les plus facturés Top 5 des actes les plus réalisés (sans anesthésies, assistances etc.)



ZM4: Electrothérapie et thermothérapie : Electrothérapie (toutes les formes par électrodes fixes à la peau)

ZD3: Forfait de déplacement

ZM6: Electrothérapie et thermothérapie : Ultrasonothérapie

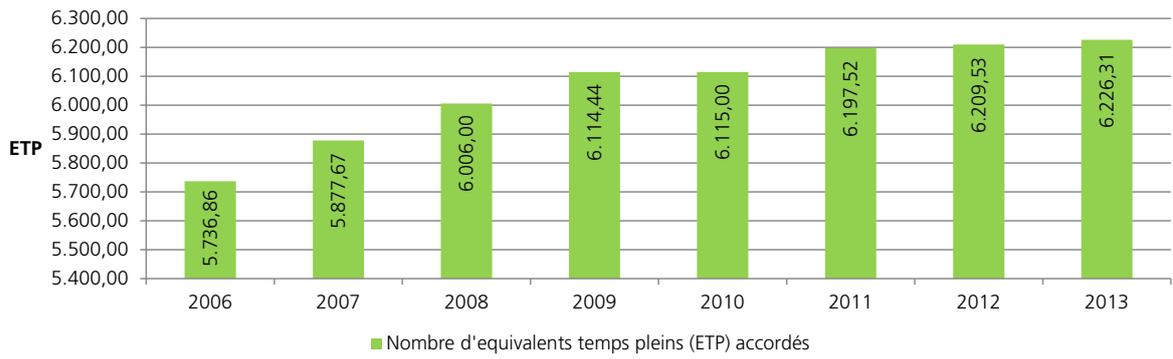
ZK22: Rééducation fonctionnelle de l'appareil locomoteur (comprenant les différents actes de gymnastique, massage, pouliothérapie, traction et thérapie manuelle) : Rééducation fonctionnelle pour affection d'un membre (épaule ou hanche comprise)

ZK23: Rééducation fonctionnelle de l'appareil locomoteur (comprenant les différents actes de gymnastique, massage, pouliothérapie, traction et thérapie manuelle) : Rééducation d'une affection de la colonne vertébrale (y compris les muscles paravertébraux et/ou abdomino-pelviens) et/ou de déformations de la cage thoracique)

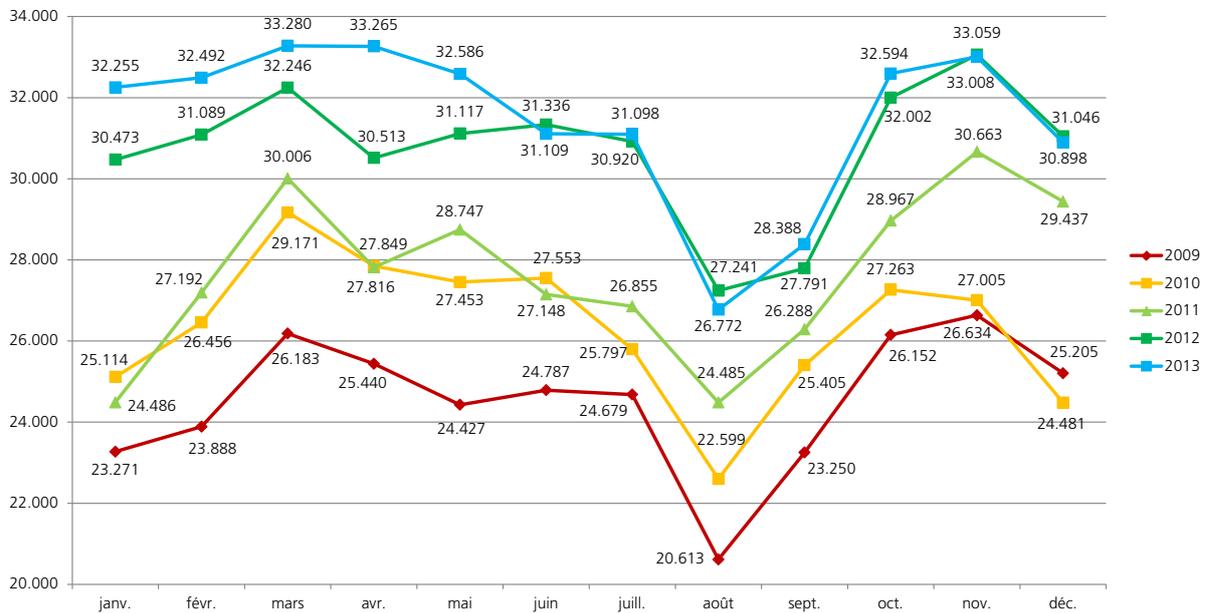
*kinésithérapeutes libéraux (en milieu extra-hospitalier)

Les hôpitaux au Luxembourg

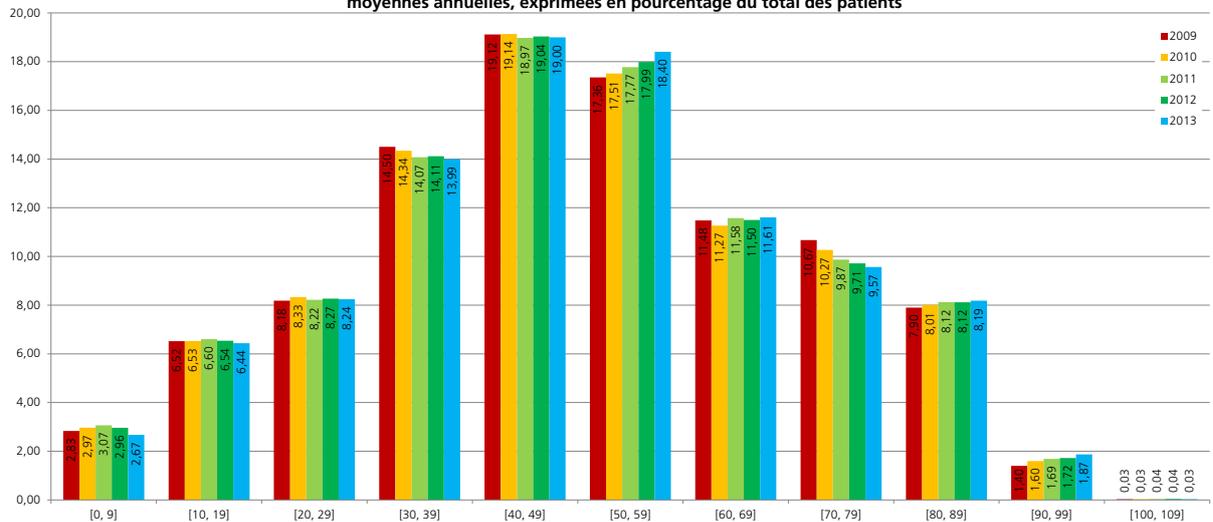
Nombre d'equivalents temps pleins (ETP) accordés



Nombre de patients

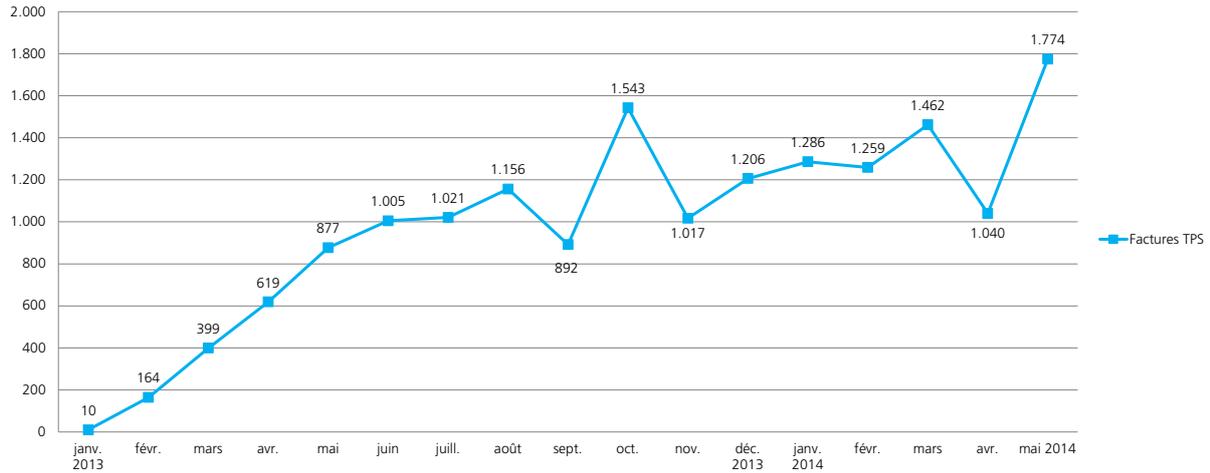


Tranches d'âge des patients moyennes annuelles, exprimées en pourcentage du total des patients

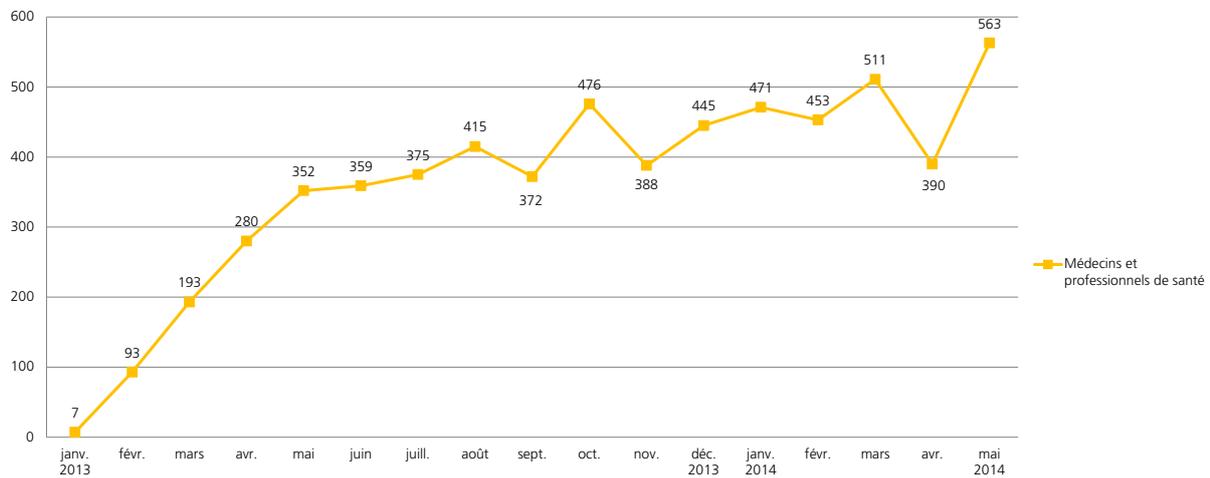


Le tiers payant social

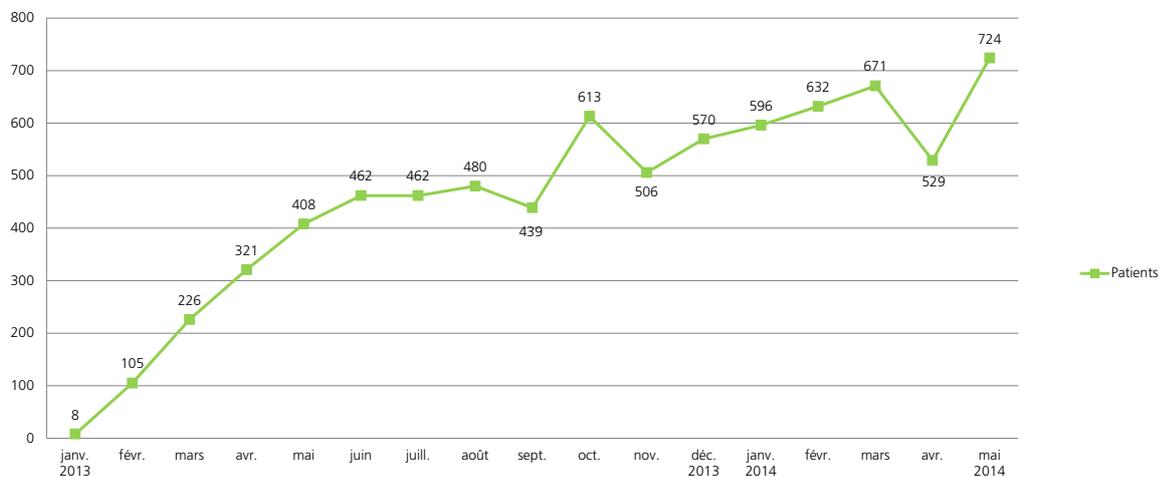
Nombre de factures "tiers payant social"



Nombre de médecins et professionnels de santé



Nombre de patients



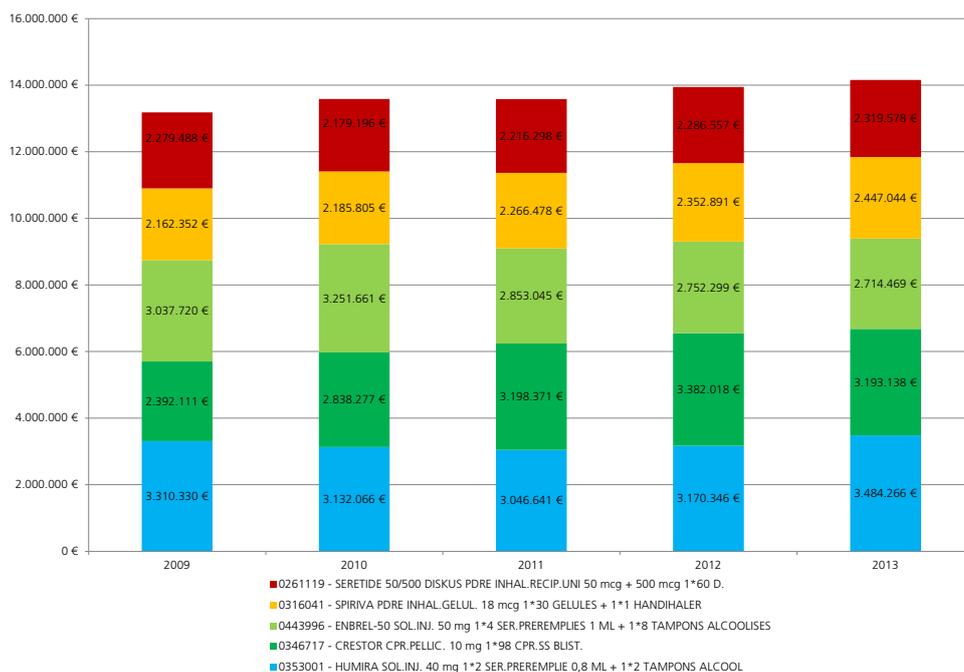
Les pharmacies

Nombre d'officines ouvertes au public au 31 décembre 2013 : **94**

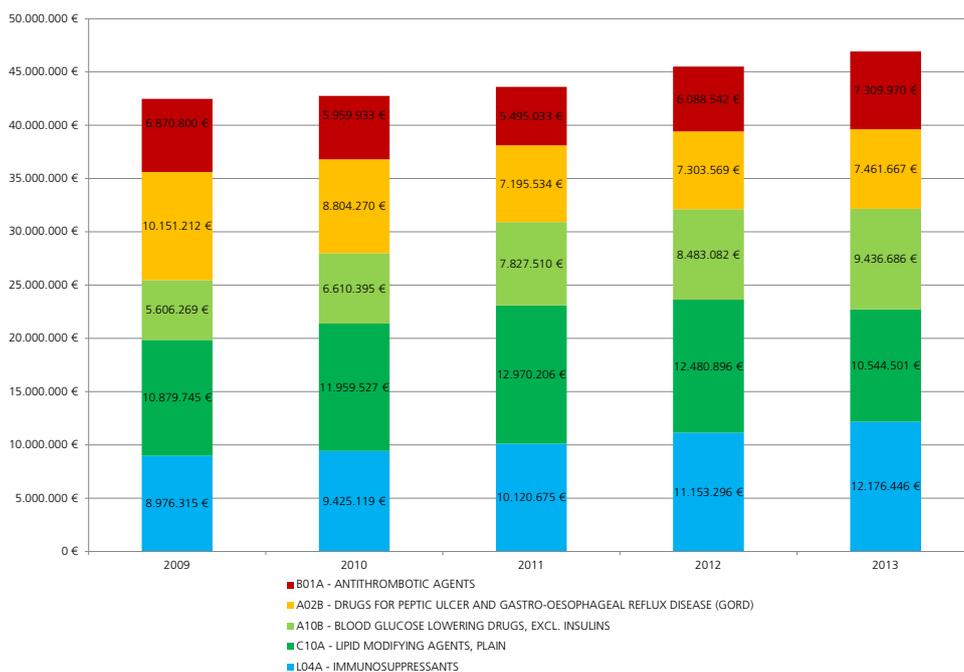
Frais pharmaceutiques (extra - hospitalier)

(En millions d'euros, DC)	2012	2013	Var. en %
Médicaments délivrés par les pharmacies ouvertes au public	172,6	171,9	-0,4%
Taux normal (80%)	84,6	84,0	-0,8%
Taux préférentiel (100%)	82,9	82,6	-0,4%
Taux réduit (40%)	5,1	5,4	5,7%

Médicaments les plus remboursés



ATC les plus remboursés



ATC : Le système de Classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC) est utilisé pour classer les médicaments.

II. Agences CNS

A. Contexte

La présente analyse a pour but d'analyser l'évolution des frais des agences de la CNS entre 2011 et 2013. Pour la détermination du centre de coût « agences », les catégories de frais suivantes ont été prises en considération:

1. Frais de personnel (Staff agences)

Il s'agit des frais de personnel fixe des agences ainsi que du personnel dépannage et des femmes de charges.

2. Frais de fonctionnement (Frais bancaires)

Il s'agit des frais bancaires (y compris les frais d'impression) en relation avec les chèques des agences de la CNS. En particulier, ces frais se chiffrent à 3,95 euros par chèque.

3. Frais d'exploitation

a. Loyers

Il s'agit des loyers réels payés par la CNS dans le cas où une agence se situe dans un immeuble loué à cette fin par la CNS et des loyers fictifs déterminés pour les cas où

une agence se situe dans un immeuble appartenant au patrimoine de la CNS. (Voir explications p.9)

b. Autres frais d'exploitation

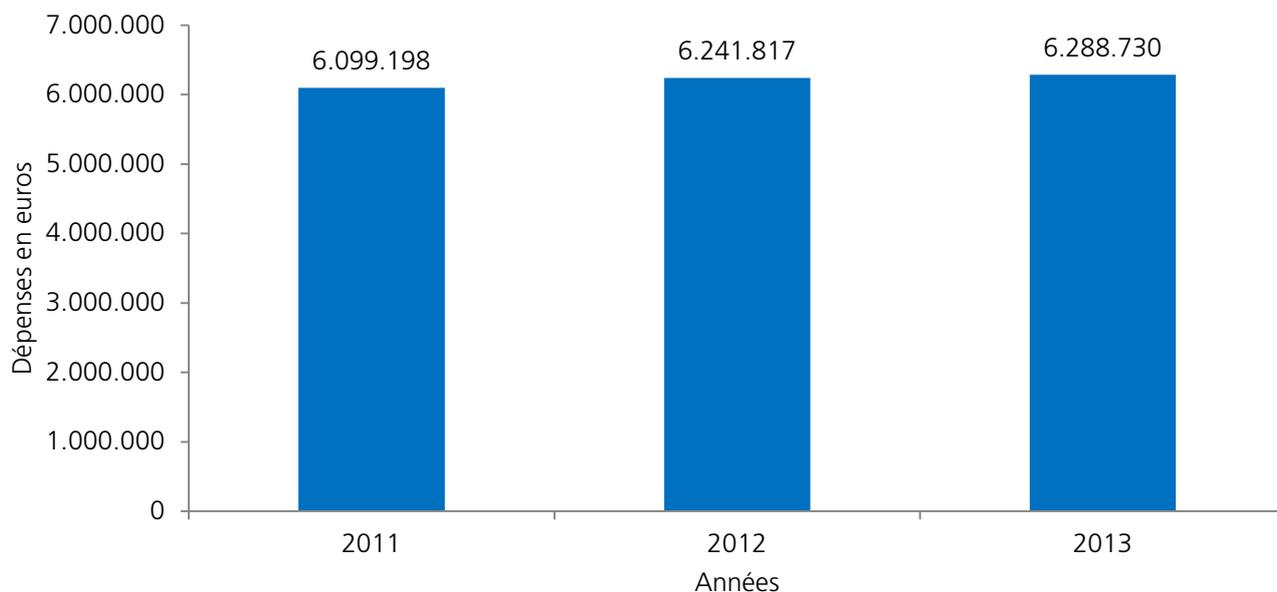
Frais de nettoyage; Frais de chauffage; Frais d'électricité, d'eau et de taxes; Frais de réparation et d'entretien; Affranchissement; Frais toner et fax; Téléphonie (location); Abo (Communications); Photocopieuses; Frais de route dépannage; Assurances, Matériel et mobilier de bureau;. (Voir regroupement de ces postes au graphique à la page 9.)

B. Analyse des frais

1. Dépenses totales

Les dépenses totales en relation avec les agences s'élèvent à 6,3 millions d'euros en 2013, par rapport à 6,2 millions d'euros en 2012 et 6,1 millions d'euros en 2011. L'évolution desdits frais est marquée par l'effet de la fermeture de l'agence à Steinfort à la fin du mois de mai 2012.

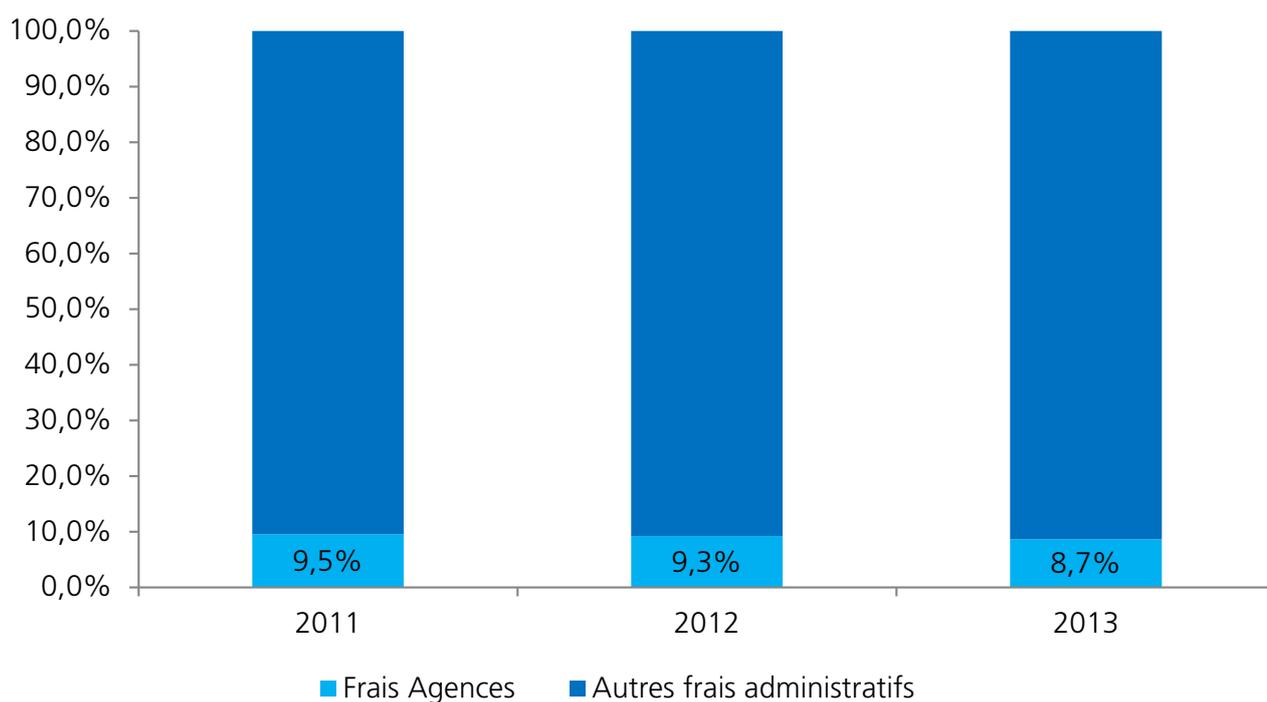
Frais en relation avec les agences de la CNS



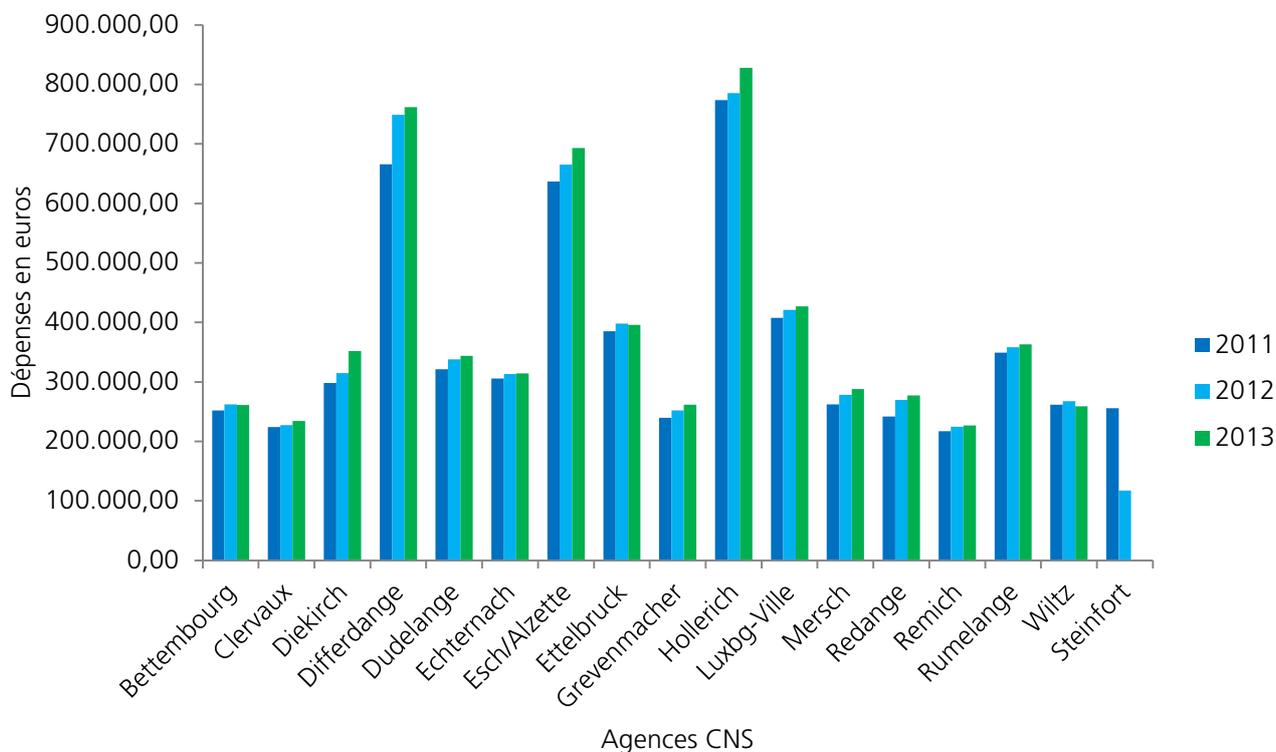
Sur la période observée de 2011 à 2013, ces frais atteignent sur la période observée une part des frais admi-

nistratifs de la CNS (hors caisses du secteur public) passant de 9,5 % en 2011 à 8,7 % en 2013.

Part frais des agences dans frais administratifs CNS



a. Ventilation par agence



Le graphique ci-dessus permet de constater que l'agence de Hollerich présente les dépenses les plus importantes avec un montant total 828.172 euros en 2013. En deuxième position figure l'agence de Differdange avec une

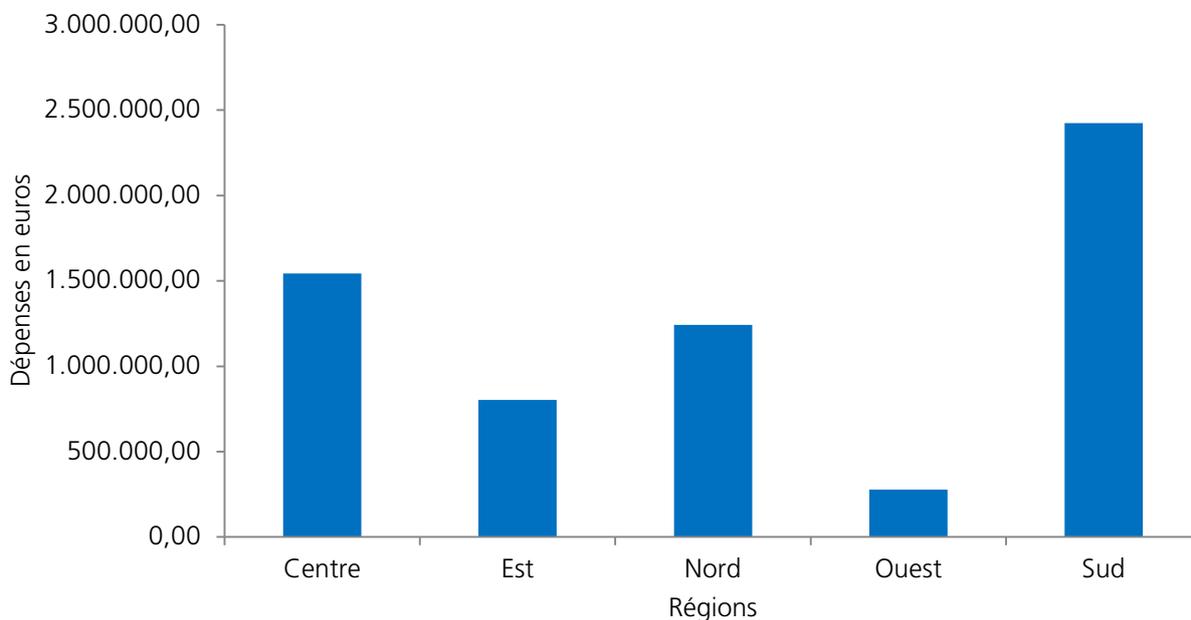
dépense totale de 761.666 euros en 2013. Celle-ci est suivie par l'agence d'Esch/Alzette qui affiche des frais de 693.341 euros en 2013.

b. Ventilation par région

La ventilation par région permet de constater que la région du Sud qui compte 5 agences présente les frais les plus importants qui s'élèvent à 2,4 millions d'euros en 2013. Celle-ci est suivie par la région du Centre qui

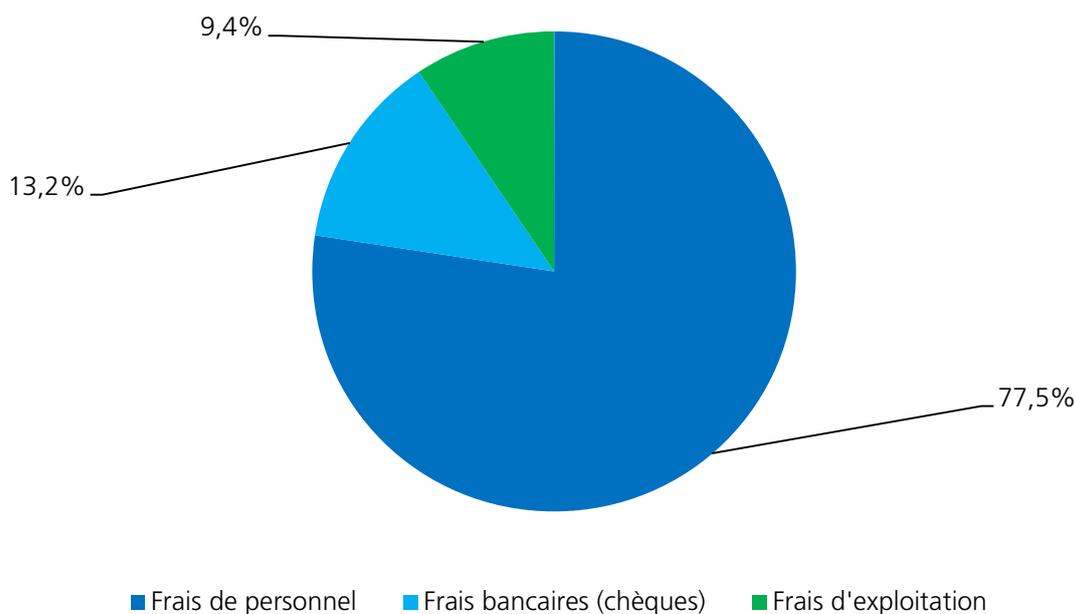
compte 3 agences avec un montant total de 1,5 million d'euros. En troisième lieu figure la région du Nord avec ses 4 agences dont les frais s'élèvent à 1,2 million d'euros.

Frais des agences en 2013- Ventilation sur les régions



2. Analyse des différents postes de frais

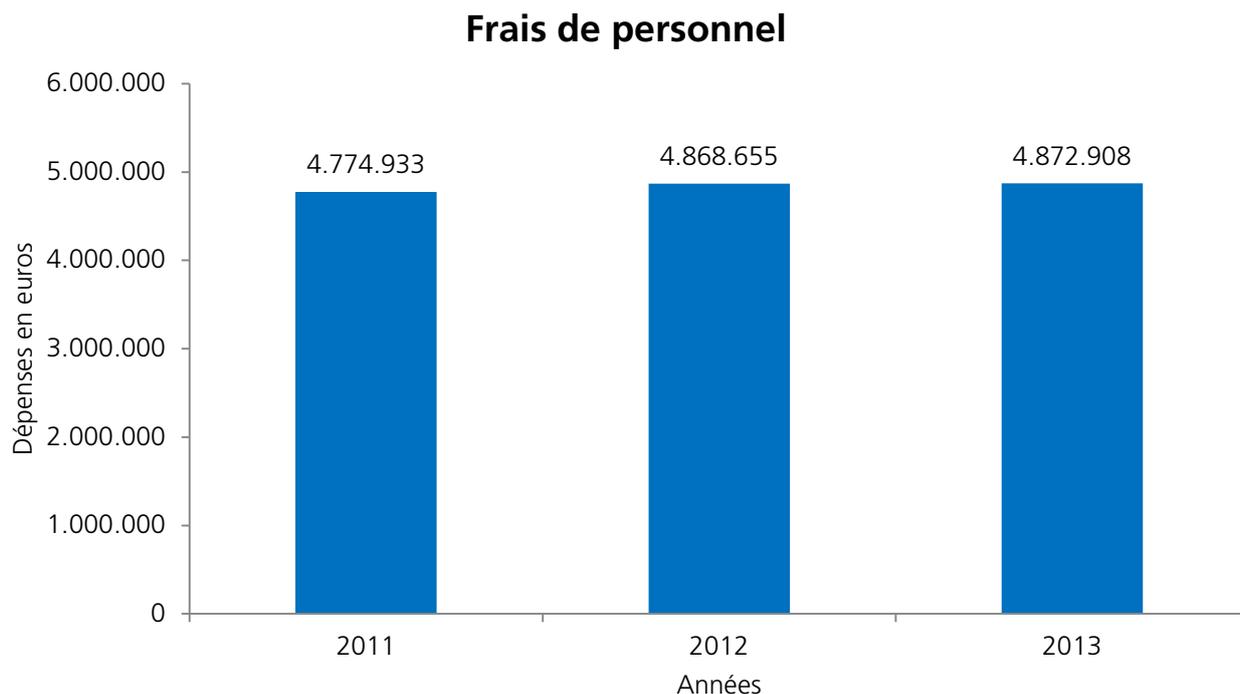
Ventilation suivant les différents postes de frais



Les frais des agences se composent en large partie de frais de personnel, qui représentent 77,5 % des frais des agences en 2013. En deuxième position, avec une part de 13,2 % des dépenses, figurent les frais bancaires en

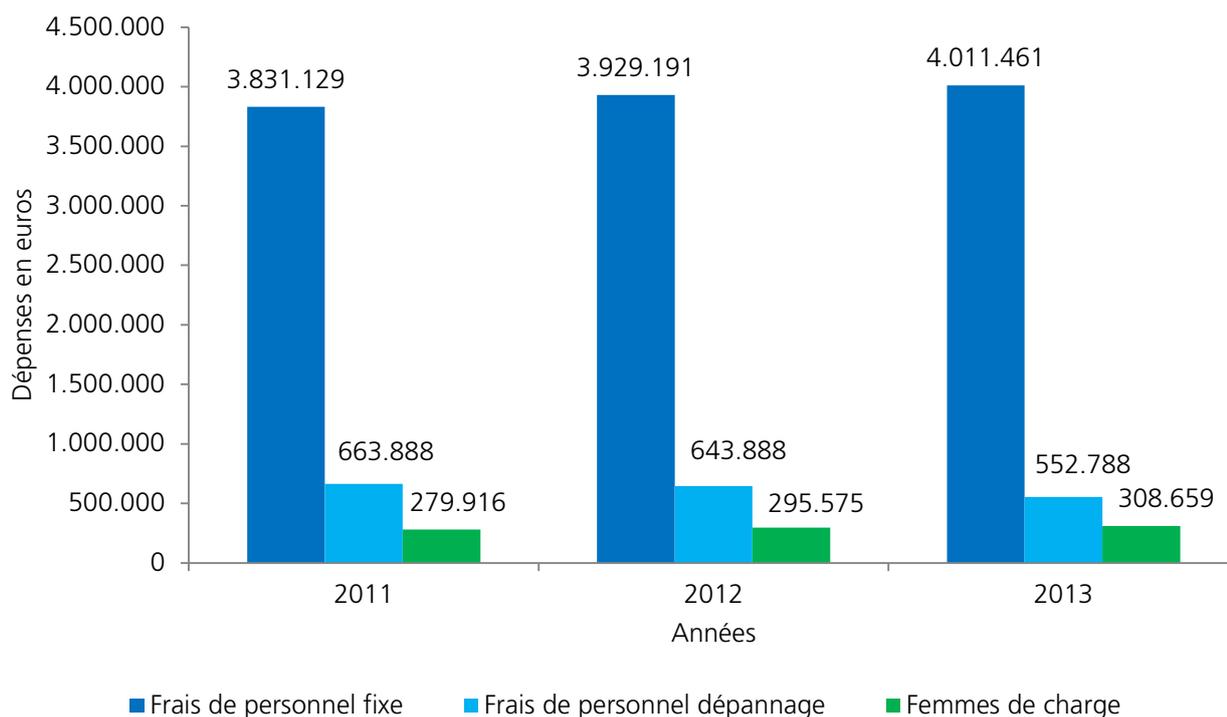
relation avec les chèques des agences. Les frais d'exploitation atteignent une part de 9,4 % des frais des agences de la CNS.

a. Frais de personnel



Les frais de personnel s'élèvent à 4,9 millions d'euros en 2013 et augmentent légèrement par rapport à 2012 en raison de la fermeture au mois de mai 2012 de l'agence à Steinfort. Les frais de personnel affichés comprennent les

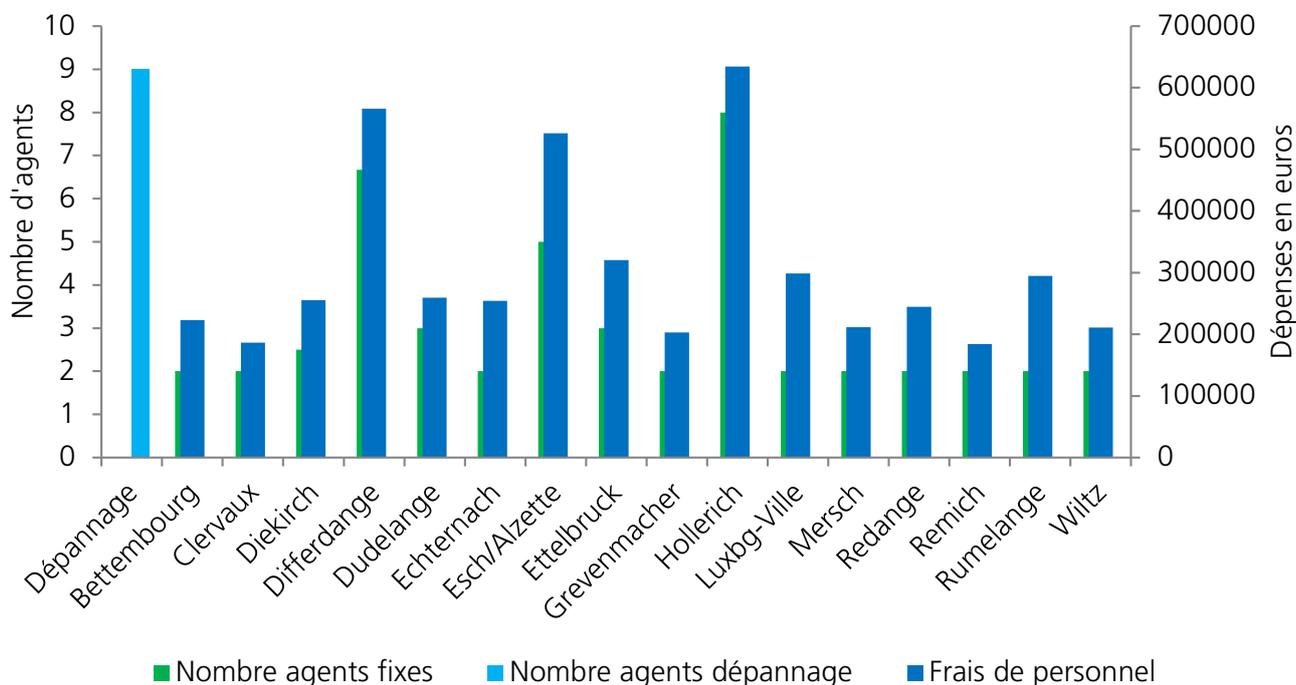
charges patronales et distinguent entre les frais de personnel fixe des agences (y compris le salaire du chef de service), les frais de personnel dépannage et les dépenses en relation avec les femmes de charge des agences.



Les frais de personnel se répartissent de façon suivante entre les différentes agences. En particulier, le personnel fixe des agences s'élève à 48 personnes et le personnel

dépannage compte 9 personnes en 2013. Le nombre d'heures des femmes de charge s'élève à 200 par semaine, soit 5 ETP.

Frais de personnel

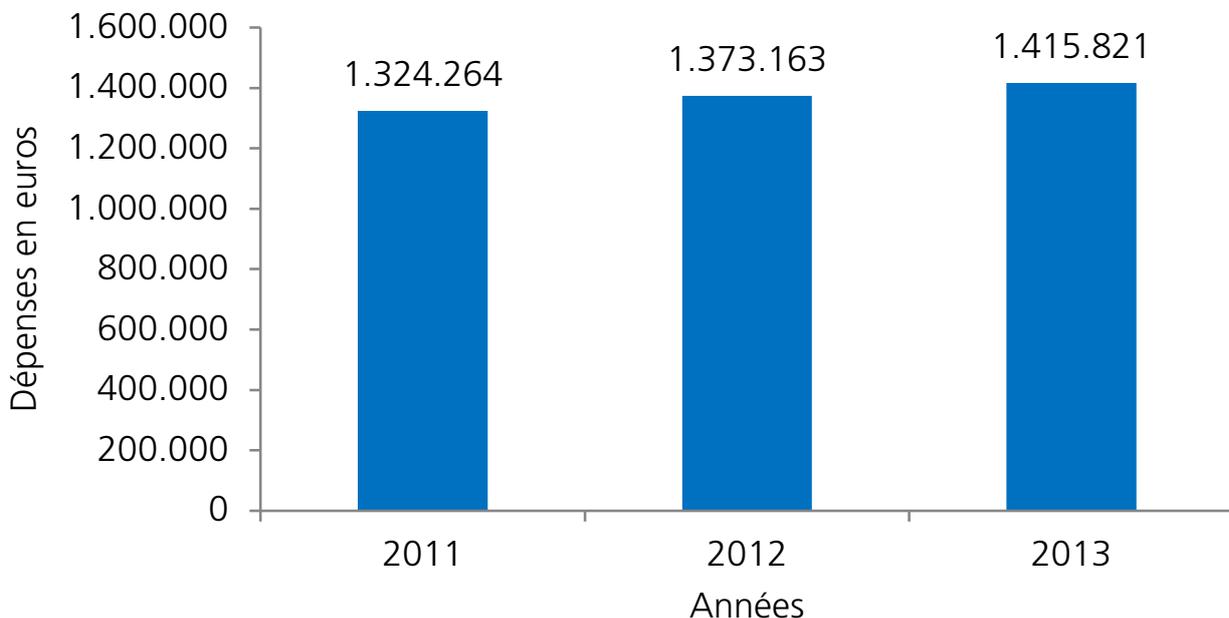


b. Frais de fonctionnement et frais d'exploitation

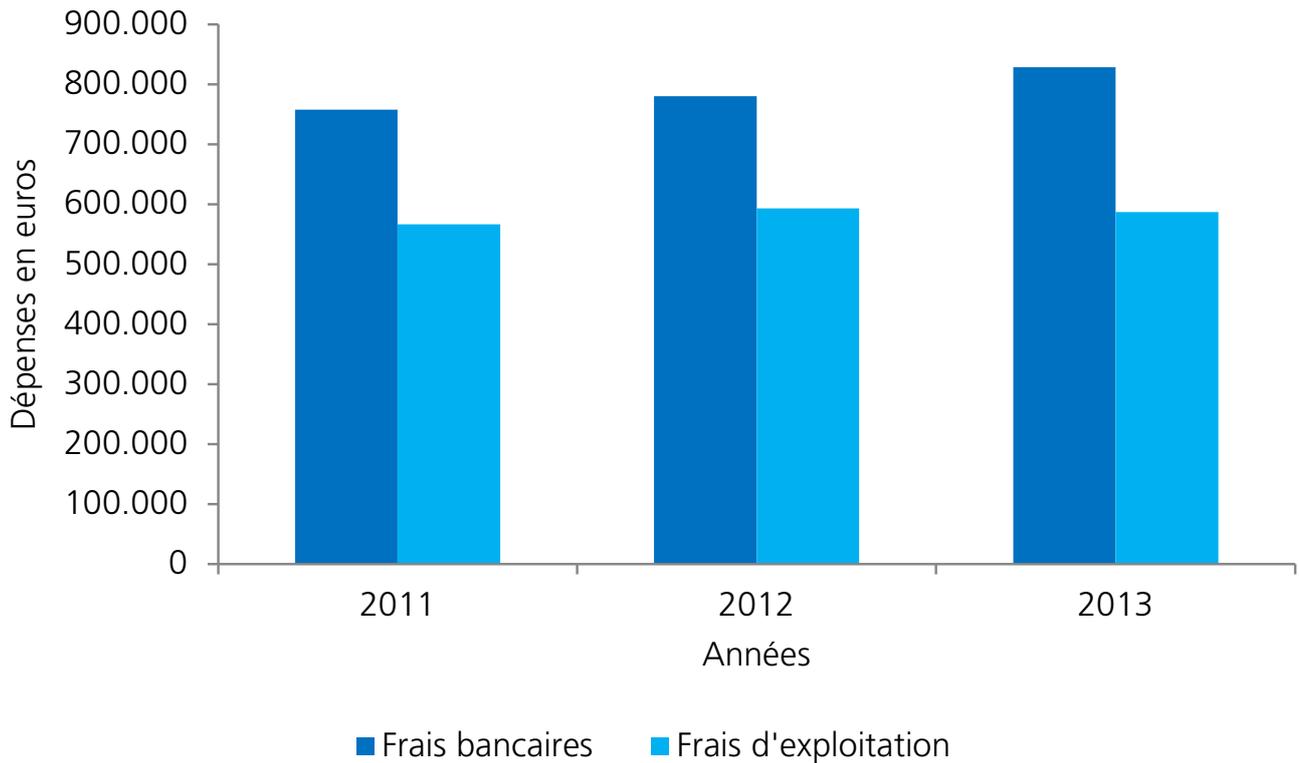
Les autres postes de frais hors personnel comprennent les frais de fonctionnement et les frais d'exploitation. En

particulier, les frais de fonctionnement se limitent aux frais bancaires.

Frais agences (hors frais de personnel)



i. Ventilation entre frais bancaires et frais d'exploitation

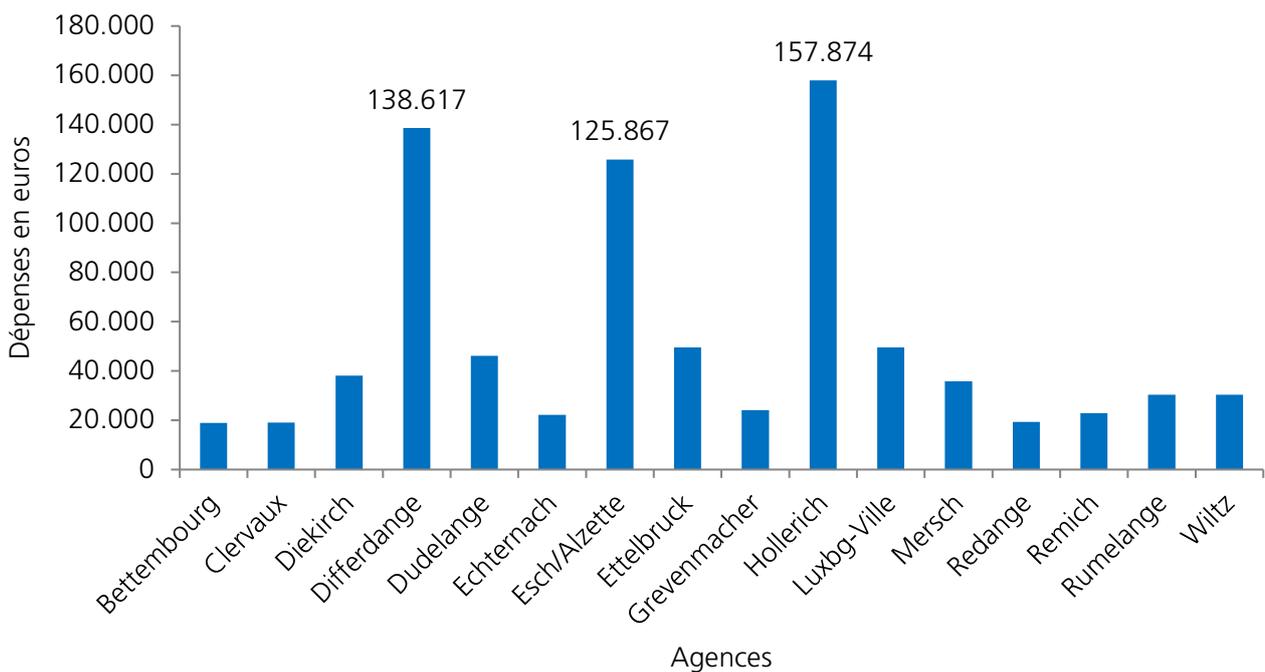


ii. Frais bancaires en 2013

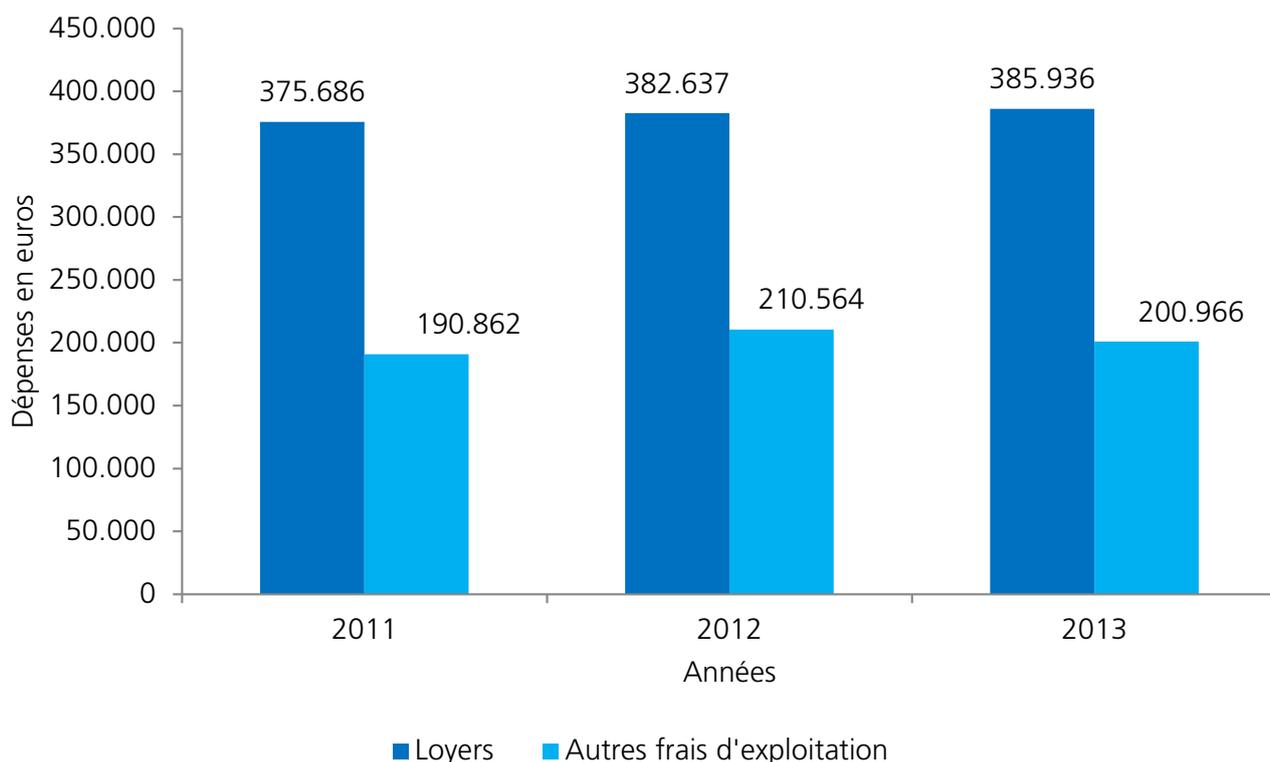
Il y a lieu de noter que les frais bancaires affichés se limitent aux frais en relation avec les chèques de la CNS.

Les frais bancaires en relation avec les virements effectués par les agences de la CNS n'y sont pas compris.

Frais bancaires



iii. Frais d'exploitation



Les loyers s'élevaient à 385.936 euros en 2013 et se composent de loyers effectifs de 87.164 euros et de loyers fictifs de 298.772 euros.

Sur le réseau de 16 agences dont dispose la CNS à travers le pays en 2013, 12 agences se situent dans des immeubles appartenant à la CNS. Lesdites agences sont prises en compte pour déterminer le loyer fictif. Il s'agit des agences suivantes : Bettembourg, Clervaux, Diekirch, Differdange, Echternach, Esch, Ettelbrück, Grevenmacher, Boulevard Royal, Remich, Rumelange et Wiltz.

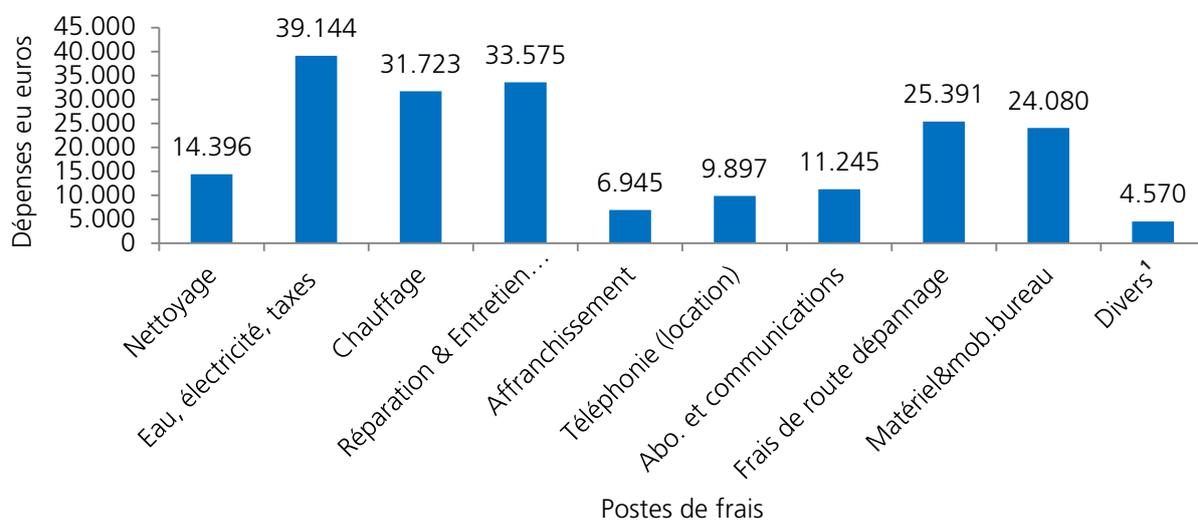
En se basant sur les valeurs telles qu'évaluées par l'expert

Wies pour les immeubles en cause, sur le pourcentage d'occupation de l'agence et en mettant en compte un taux de rendement indicatif de 5 %, on obtient pour les 12 agences un montant total annuel de loyer fictif de 298.772 euros en 2013.

Pour les 5 autres agences de la CNS (Dudelange, Luxembourg (Hollerich), Mersch (Topaze), Redange, Ettelbrück, rue Prince Henri), l'administration loue les locaux.

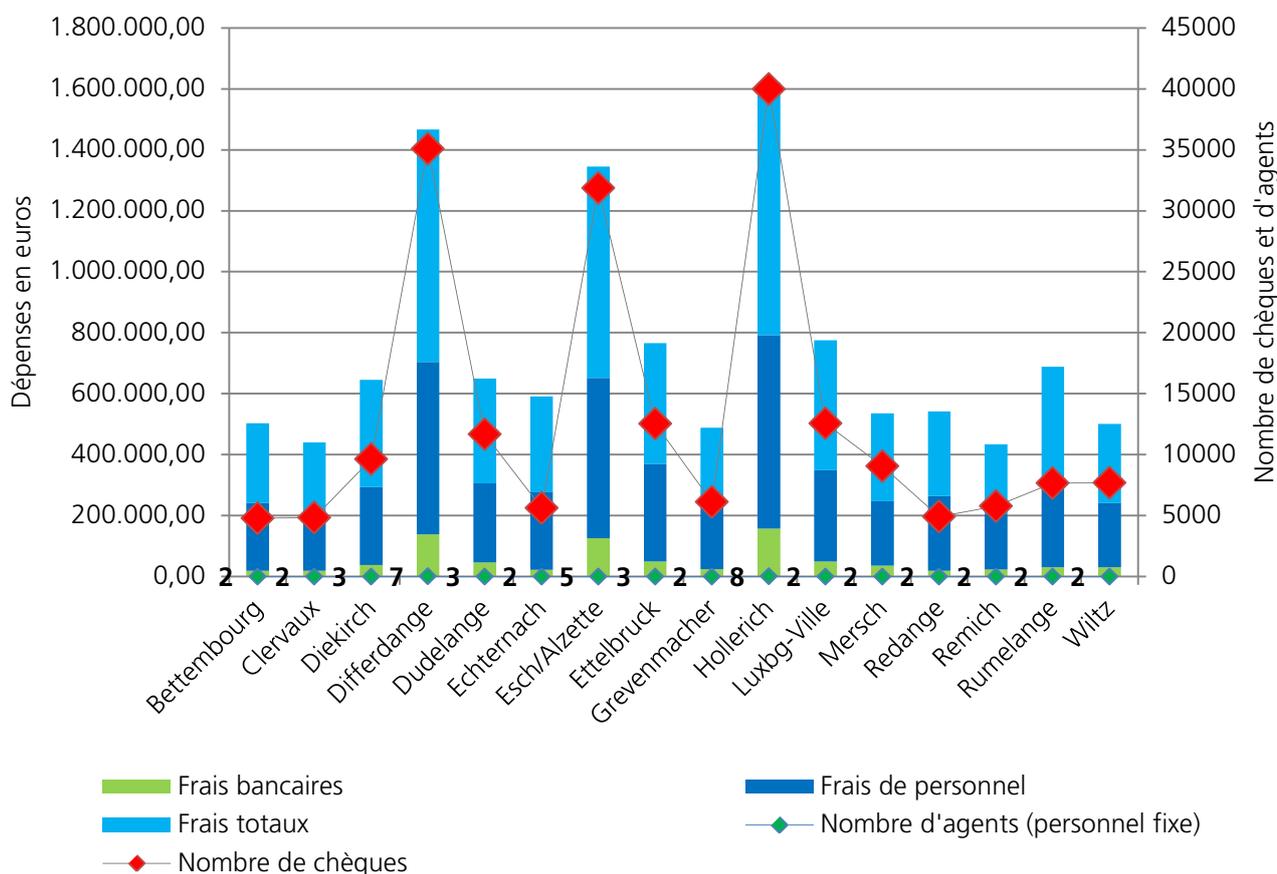
Les autres frais d'exploitation se répartissent de la manière suivante en 2013.

Autres frais d'exploitation en 2013



¹Divers = Assurances, Photocopieuse, Toner, Fax

En résumé



La présente analyse permet d'identifier trois grandes agences : « Hollerich », « Differdange » et « Esch/Alzette ». Celles-ci représentent 36 % de l'ensemble des frais des 16 agences². L'agence de Luxembourg-Ville atteint 7 % des frais et les agences de Diekirch et Mersch arrivent chacune à 6 %. Enfin, les 10 autres agences représentent chacune une part de 4 % à 5 % des frais.

En particulier, l'importance des frais des trois grandes agences provient surtout des frais de personnel les plus élevés comme celles-ci emploient le nombre d'agents le plus important. En particulier, l'agence de Hollerich

compte huit agents, contre sept agents à Differdange et cinq agents à Esch/Alzette. Les autres agences ont chacune entre deux et trois agents. Ici, il est intéressant de rappeler que le total des frais de personnel représente 77 % de l'ensemble des frais des agences de la CNS.

Enfin, les agences ayant le nombre d'agents le plus important présentent aussi le nombre de chèques émis le plus élevé. Ainsi, les trois grandes agences comptent 51 % du nombre total de chèques émis des 16 agences. Il s'ensuit que ces agences atteignent aussi le montant de frais bancaires le plus élevé.

²Hollerich: 13 %, Differdange: 12 % et Esch/Alzette: 11 % des frais.

Annexes

E. Annexes

I. Décompte des dépenses et des recettes de l'assurance maladie-maternité (exercice 2013)

Décompte des dépenses (Montants en euros)			
Année Nombre indice	Compte annuel 2013 761,00	Compte annuel 2012 742,44	Variation en % 2013/2012 2,5 %
60 FRAIS D'ADMINISTRATION	79.433.419,52	69.994.237,50	13,5 %
Frais de personnel	44.903.498,61	42.628.104,27	5,3 %
Frais d'exploitation	2.831.780,75	2.909.362,36	-2,7 %
Frais de fonctionnement	6.571.538,20	9.097.681,92	-27,8 %
Frais généraux	50.580,56	52.018,71	-2,8 %
Frais d'acquisitions	69.436,72	98.857,64	-29,8 %
Participation aux frais d'adm. d'autres ISS	11.933.393,80	2.649.436,75	350,4 %
Frais communs	13.073.190,88	12.558.775,85	4,1 %
61 PRESTATIONS EN ESPECES	247.358.817,24	236.129.999,67	4,8 %
ASSURANCE MALADIE	126.189.946,18	121.286.644,20	4,0 %
ASSURANCE MATERNITE	121.168.871,06	114.843.355,47	5,5 %
62 PRESTATIONS EN NATURE	1.951.053.872,60	2.185.782.619,11	-10,7 %
PRESTATIONS ASSURANCE MALADIE	1.942.327.239,54	2.177.584.643,97	-10,8 %
Prestations de soins de santé au Luxembourg	1.545.171.063,94	1.542.424.955,22	0,2 %
Soins médicaux	315.772.027,72	299.354.107,56	5,5 %
Soins médico-dent., prothèses, trait. ortho.	68.130.387,96	65.907.827,00	3,4 %
Frais de voyage et de transport	8.708.490,31	8.521.597,50	2,2 %
Médicaments (extra-hospitalier)	179.613.056,64	194.696.994,41	-7,7 %
Soins des autres professions de santé	100.073.857,62	87.114.558,25	14,9 %
Dispositifs médicaux	39.213.726,31	36.206.379,11	8,3 %
Analyses de laboratoires extra-hospitalier	78.444.269,83	79.933.793,58	-1,9 %
Cures thérapeutiques et de convalescence	9.040.685,49	10.095.853,55	-10,5 %
Réadaptation en foyers de psychiatrie	5.207.510,20	4.851.114,00	7,3 %
Soins hospitaliers	735.042.348,34	751.406.590,44	-2,2 %
Médecine préventive	5.330.551,18	3.809.589,47	39,9 %
Prestations diverses	594.152,34	526.550,35	12,8 %
Prestations de soins de santé à l'étranger	397.156.175,60	635.159.688,75	-37,5 %
Conventions internationales	387.779.600,35	626.516.345,33	-38,1 %
Autres prest. transférées à l'étranger	9.376.575,25	8.643.343,42	8,5 %
INDEMNITES FUNERAIRES	3.462.809,23	3.286.486,13	5,4 %
PRESTATIONS DE MATERNITE	5.263.823,83	4.911.489,01	7,2 %
Prestations de maternité au Luxembourg	3.946.279,05	3.788.664,38	4,2 %
Prestations de maternité à l'étranger	1.317.544,78	1.122.824,63	17,3 %
63 TRANSFERTS DE COTISATIONS	24.044.544,95	22.720.873,30	5,8 %
Cotisations assurance maladie	6.790.150,39	6.447.607,20	5,3 %
Cotisations assurance pension	17.254.394,56	16.273.266,10	6,0 %
64 DECHARGES ET RESTITUTIONS COTISATIONS	4.641.909,08	6.096.730,10	-23,9 %
Cot. irrécouvrables et cotisation indues	4.641.909,08	6.096.730,10	-23,9 %
dont Etat	251.545,95	496.182,30	-49,3 %
Autres décharges	0,00	0,00	
65 PATRIMOINE	84.470,58	145.137,52	-41,8 %
66 CHARGES FINANCIERES	142,89	10,78	p.m.
67 DOTATIONS AUX PROVIS. ET AMORT.	158.699.418,15	62.499.418,15	153,9 %

Décompte des dépenses (Montants en euros)

	Année	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
	Nombre indice	2013	2012	2013/2012
		761,00	742,44	2,5 %
Prestations à liquider		156.960.000,00	59.090.000,00	165,6 %
Autres provisions		1.530.000,00	3.200.000,00	-52,2 %
Amortissements		209.418,15	209.418,15	0,0 %
68 QUOTE-PART ETAT DANS RECUPERATIONS		0,00	0,00	
69 DEPENSES DIVERSES		14.285,96	26.524,78	-46,1 %
TOTAL DES DEPENSES COURANTES		2.465.330.880,97	2.583.395.550,91	-4,6 %
DOTATION AU FONDS DE ROULEMENT		35.384.305,26	30.347.314,52	
DOTATION DE L'EXCEDENT DE L'EXERCICE		0,00	13.817.853,27	
TOTAL DES DEPENSES		2.500.715.186,23	2,627.560.718,7	-4,8 %

Décompte des recettes (Montants en euros)

	Année	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
	Nombre indice	2013	2012	2013/2012
		761,00	742,44	2,5 %
70 COTISATIONS		1.396.723.947,70	1.332.619.737,30	4,8 %
PRESTATIONS EN ESPECES		71.896.762,98	69.066.395,88	4,1 %
Cotisations PE CNS		71.896.762,98	69.066.395,88	4,1 %
dont FOA		199.610,52	200.366,19	-0,4 %
SOINS DE SANTE		1.324.827.184,72	1.263.553.341,42	4,8 %
Cotisations actifs et autres		1.086.045.644,79	1.038.758.497,81	4,6 %
dont - Etat		257.678,20	223.248,21	15,4 %
- FOA		2.237.154,14	2.244.164,87	-0,3 %
Cotisations pensionnés		238.781.539,93	224.794.843,61	6,2 %
71 COTISATIONS FORFAITAIRES ETAT		931.037.335,67	888.239.659,93	4,8 %
72 PARTICIPATION DE TIERS		36.884.866,42	34.936.293,51	5,6 %
FRAIS D'ADMINISTRATION		16.750.359,72	14.845.798,16	12,8 %
Frais d'administration: charge Etat		18.701,09	10.669,67	75,3 %
Employeurs, caisses d'entreprises + organismes		16.731.658,63	14.835.128,49	12,8 %
PARTICIPATION DANS PRESTATIONS (ETAT)		20.134.506,70	20.090.495,35	0,2 %
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		134.506,70	90.495,35	48,6 %
73 TRANSFERTS		4.329.855,01	4.862.160,18	-10,9 %
Cotisations du régime contributif		0,00	37.005,14	p.m.
Pensions cédées		4.329.855,01	4.825.155,04	-10,3 %
Restitution de cotisations		0,00	0,00	
Remboursement congé pour mandat		0,00	0,00	
74 REVENUS SUR IMMOBILISATIONS		773.273,75	765.723,78	1,0 %
75 BENEFICE DE REALISATION SUR IMMEUBLES		0,00	0,00	
76 PRODUITS DIVERS		10.389.601,90	9.451.245,89	9,9 %
77 PRODUITS FINANCIERS		335.578,81	1.566.062,49	-78,6 %
78 PRELEVEMENTS AUX PROVISIONS		62.290.000,00	355.030.000,00	-82,5 %
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 %
79 RECETTES DIVERSES		57.797,90	89.835,62	-35,7 %
Divers		57.797,90	89.835,62	-35,7 %
TOTAL DES RECETTES COURANTES		2.442.822.257,16	2,627.560.718,7	-7,0 %

Décompte des recettes (Montants en euros)

Année Nombre indice	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
	2013	2012	2013 / 2012
	761,00	742,44	2,5 %
PRELEVEMENT AU FONDS DE ROULEMENT	0,00	0,00	
PRELEVEMENT DECOUVERT DE L'EXERCICE	57.892.929,07	0,00	
TOTAL DES RECETTES	2.500.715.186,23	2.627.560.718,70	-4,8 %

II. Décompte des dépenses et des recettes de l'assurance dépendance (exercice 2013)

Décompte des dépenses (Montants en euros)

Année Nombre indice	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
	2013	2012	2013 / 2012
	761,00	742,44	2,5 %
60 FRAIS D'ADMINISTRATION	15.134.682,98	13.505.255,01	12,1 %
61 PRESTATIONS EN ESPECES	5.841.918,26	6.037.686,95	-3,2 %
Allocation spéciale pour pers. grav. handicapées	5.812.222,66	5.997.198,12	-3,1 %
Allocations de soins	29.695,60	40.488,83	-26,7 %
62 PRESTATIONS EN NATURE	512.658.732,66	482.434.243,56	6,3 %
Prestations au Luxembourg	505.060.689,53	473.138.300,96	6,7 %
– Prestations à domicile	211.844.225,80	194.954.903,44	8,7 %
Aides et soins	133.178.769,36	116.069.522,89	14,7 %
• Réseau aides et soins (RAS)	114.784.782,17	98.798.998,05	16,2 %
• Centre semi-stationnaire (CSS)	18.393.987,19	17.270.524,84	6,5 %
Prestations en espèces subsidiaires	60.044.406,45	60.516.858,17	-0,8 %
Forfaits pour produits d'aides et de soins	3.784.938,36	3.535.983,69	7,0 %
Appareils	11.853.965,31	11.457.663,30	3,5 %
• Location	5.243.041,97	4.991.221,56	5,0 %
• Acquisition	6.610.923,34	6.466.441,74	2,2 %
Adaptation logement	2.982.146,32	3.374.875,39	-11,6 %
– Prestations en milieu stationnaire	293.216.463,73	278.183.397,52	5,4 %
Aides et soins	293.216.463,73	278.183.397,52	5,4 %
• Établissement à séjour continu (ESC)	254.339.354,95	243.596.484,60	4,4 %
• Établissement à séjour intermittent (ESI)	38.877.108,78	34.586.912,92	12,4 %
Forfaits pour produits d'aides et de soins			
Prestations étrangères	7.598.043,13	9.295.942,60	-18,3 %
Prestations en espèces transférées à l'étranger	3.993.224,51	3.698.095,74	8,0 %
Conventions internationales	3.604.818,62	5.597.846,86	-35,6 %
– Frontaliers	723.031,87	2.304.440,72	-68,6 %
– Séjour temporaire	0,00		
– Traitement E112/S2	237.273,72	1.472.569,34	-83,9 %
– Pensionnés	2.528.587,71	1.768.951,85	42,9 %

Décompte des dépenses (Montants en euros)

	Compte annuel 2013	Compte annuel 2012	Variation en % 2013/2012
Année Nombre indice	761,00	742,44	2,5 %
– Renonciation frais effectifs	114.024,61	43.658,05	p.m.
– Renonciation MF			
– Excédent des dépenses : inscriptions pens.	1.900,71	8.226,90	-76,9 %
63 TRANSFERTS DE COTISATIONS	5.940.528,56	5.718.746,90	3,9 %
Cotisations assurance pension (art. 355)	5.940.528,56	5.718.746,90	
64 DECHARGES ET EXTOURNES	504.163,81	445.942,24	13,1 %
Décharges	499.009,50	432.802,06	
Extournes	5.154,31	13.140,18	
67 DOTATION AUX PROV. ET AMORT.	55.040.000,00	45.060.000,00	22,1 %
Prestations à liquider	55.040.000,00	45.060.000,00	
69 DEPENSES DIVERSES	32,00	5.155,32	p.m.
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	595.120.058,27	553.207.029,98	7,6 %
Dotation au fonds de roulement	4.080.302,83	2.653.914,29	
Dotation de l'excédent de l'exercice	0,00	10.104.108,72	
TOTAL DES DEPENSES	599.200.361,10	565.965.052,99	5,9 %

Décompte des recettes (Montants en euros)

	Compte annuel 2013	Compte annuel 2012	Variation en % 2013/2012
Année Nombre indice	761,00	742,44	2,5 %
70 COTISATIONS	327.089.864,50	339.773.687,44	-3,7 %
Cotisations actifs et autres	264.166.730,76	253.834.554,33	4,1 %
Cotisations pensionnés	45.473.007,00	42.479.648,26	7,0 %
Cotisations sur patrimoine - art. 378	17.450.126,74	43.459.484,85	-59,8 %
72 PARTICIPATIONS DE TIERS	223.895.142,62	181.064.071,05	23,7 %
Contribution forfaitaire État - AD (art. 375, sub 1)	221.656.144,44	179.168.830,49	23,7 %
Redevance AD du sect. de l'énergie (art. 375 sub 2)	2.083.747,29	1.745.182,30	19,4 %
Organismes	65.327,20	54.402,86	20,1 %
Participation État Outre-mer	89.923,69	95.655,40	-6,0 %
76 PRODUITS DIVERS	1.001.742,43	981.590,06	2,1 %
77 PRODUITS FINANCIERS	50.306,82	190.362,15	-73,6 %
78 PRELEVEMENT AUX PROVISIONS	45.060.000,00	43.950.000,00	2,5 %
79 RECETTES DIVERSES	629.043,86	5.342,29	p.m.
TOTAL DES RECETTES COURANTES	597.726.100,23	565.965.052,99	5,6 %
Prélèvement au fonds de roulement	0,00	0,00	
Prélèvement découvert de l'exercice	1.474.260,87	0,00	
TOTAL DES RECETTES	599.200.361,10	565.965.052,99	5,9 %

III. Modifications statutaires entrées en vigueur en 2013

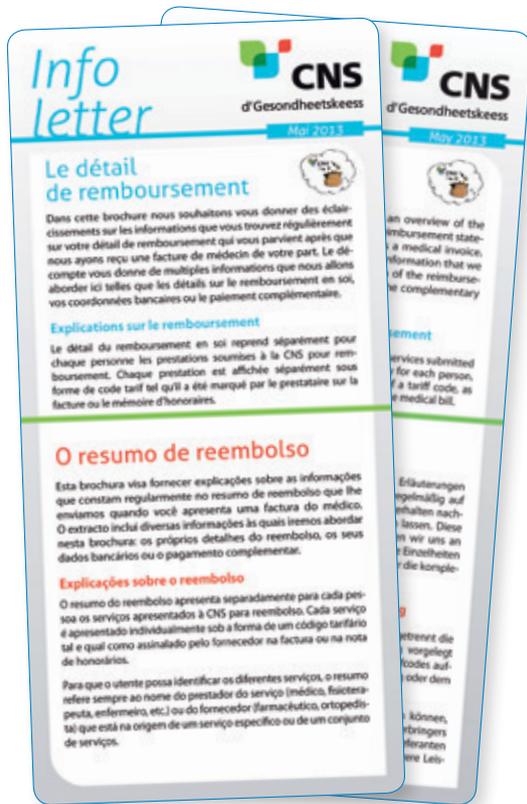
Les modifications statutaires sont publiées au Mémorial et sur notre site internet le jour même de leur entrée en vigueur. Les statuts de la CNS peuvent être consultés sous la rubrique « Législation ► Statuts de la Caisse nationale de santé ».

Entrée en vigueur	Mémorial A	Modifications
01.01.2013	N° 255 du 11.12.2012 pages 3249-3255	<ul style="list-style-type: none"> • Modification de l'article 8 des statuts de la CNS. • Modification de l'article 28 des statuts de la CNS. • Modification de l'article 36 des statuts de la CNS. • Ajouts de différentes positions dans les fichiers : <ul style="list-style-type: none"> ◦ B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie ; ◦ B4 regroupant les dispositifs médicaux pour personnes laryngectomisées et pour personnes trachéotomisées. • Ajout d'une position à la liste des médicaments pris en charge au taux de 100 % (liste n°2 de l'annexe D). • Nouveau formulaire pour la demande de prise en charge d'un traitement par FIV (annexe J)
01.01.2013	N° 299 du 31.12.2012 pages 4724-4725	<ul style="list-style-type: none"> • Modification de l'article 162 des statuts de la CNS. • Modification de l'article 35, alinéa 4 des statuts de la CNS.
01.03.2013	N° 025 du 13.02.2013 pages 414-422	<ul style="list-style-type: none"> • Ajouts, modifications et suppressions de différentes positions dans les fichiers : <ul style="list-style-type: none"> ◦ B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie ; ◦ B4 regroupant les dispositifs médicaux pour personnes laryngectomisées et pour personnes trachéotomisées ; ◦ B5 regroupant les produits d'alimentation médicale. • Adaptation des tarifs de référence à la liste des honoraires de services (liste n°11 de l'annexe D)
01.06.2013	N° 090 du 29.05.2013 pages 1060-1069	<ul style="list-style-type: none"> • Ajouts, modifications et suppressions de différentes positions dans les fichiers : <ul style="list-style-type: none"> ◦ B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie ; ◦ B4 regroupant les dispositifs médicaux pour personnes laryngectomisées et pour personnes trachéotomisées. • Remplacement d'une position de la liste des médicaments soumis à protocole thérapeutique et à accord préalable du Contrôle médicale (liste n°8 de l'annexe D).

Entrée en vigueur	Mémorial A	Modifications
01.09.2013	N° 156 du 28.08.2013 pages 3018 - 3044	<ul style="list-style-type: none"> • Modification de l'article 2 du fichier B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie. • Modification de l'article 1 du fichier B5 regroupant les produits d'alimentation médicale. • Ajouts, modifications et suppressions de différentes positions dans les fichiers : <ul style="list-style-type: none"> ◦ B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie ; ◦ B2 regroupant les dispositifs médicaux réutilisables et amortissables ; ◦ B3 regroupant les prothèses auditives prises en charge par l'assurance maladie ; ◦ B4 regroupant les dispositifs médicaux pour personnes laryngectomisées et pour personnes trachéotomisées ; ◦ B5 regroupant les produits d'alimentation médicale ; ◦ 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. • Ajout d'une position à la liste des médicaments pris en charge que sous des conditions définies (liste n°6 de l'annexe D). • Modification de l'article 170 des statuts de la CNS. • Modification de l'article 187 des statuts de la CNS. • Modification de l'article 189 des statuts de la CNS. • Modification de l'article 203 des statuts de la CNS.
01.10.2013	N° 176 du 01.10.2013 page 3378	<ul style="list-style-type: none"> • Modification de l'article 39 des statuts de la CNS.
01.12.2013	N° 198 du 19.11.2013 pages 3694 - 3700	<ul style="list-style-type: none"> • Ajouts et modifications de différentes positions dans les fichiers : <ul style="list-style-type: none"> ◦ B4 regroupant les dispositifs médicaux pour personnes laryngectomisées et pour personnes trachéotomisées ; ◦ B5 regroupant les produits d'alimentation médicale ; ◦ 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. • Ajouts d'une position à : <ul style="list-style-type: none"> ◦ la liste des médicaments pris en charge au taux de 100 % (liste n°2 de l'annexe D) ; ◦ la liste des médicaments soumis à protocole thérapeutique et à accord préalable du Contrôle médicale (liste n°8 de l'annexe D).

IV. Campagne d'information aux assurés

Depuis juin 2011, le Département Communication développe et publie dans le cadre de sa campagne d'information aux assurés des dépliants. Les dépliants sont disponibles en français/portugais et allemand/anglais. Ils sont mis à disposition notamment dans les agences et sur le site internet de la CNS.



Le détail de remboursement

Parution : mai 2013

Ce dépliant vous fournit des explications relatives aux informations que vous trouvez régulièrement sur votre détail de remboursement.

Les aides visuelles

Parution : septembre 2013

Ce dépliant vous fournit des explications quant à la prise en charge par l'assurance maladie des lunettes et des lentilles de contact.



V. Les communiqués de presse de 2013

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

	Date	Sujet
1.	31.01.2013	Le Tiers payant social est entré en vigueur (communiqué par la CNS, le Ministère de la Santé, le Ministère de la Sécurité sociale et le Ministère de la Famille et de l'Intégration)
2.	01.02.2013	Prise de position de la CNS par rapport aux retards de traitement des demandes de prise en charge des kinésithérapeutes
3.	06.06.2013	Effectifs dans les établissements hospitaliers
4.	11.07.2013	Décompte annuel global et le bilan de clôture de l'année 2012 de l'assurance maladie-maternité.
5.	31.07.2013	Décompte annuel global et le bilan de clôture de l'année 2012 de l'assurance dépendance
6.	17.09.2013	Conclusion d'une Convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens entre l'État, la Caisse nationale de santé et l'Agence eSanté G.I.E
7.	01.10.2013	Nouvelle cote d'application de l'échelle mobile des salaires au 1 ^{er} octobre 2013
8.	04.10.2013	Programme de médecine préventive en matière de traitement dentaire des enfants et jeunes (communiqué par le Ministère de la Santé et la CNS)
9.	13.11.2013	Budget annuel 2014 de l'assurance maladie-maternité
10.	12.12.2013	Budget annuel 2014 de l'assurance dépendance



10 communiqués de presse en 2013.

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	https://www.esante.lu/

Adresse postale pour Envois postaux

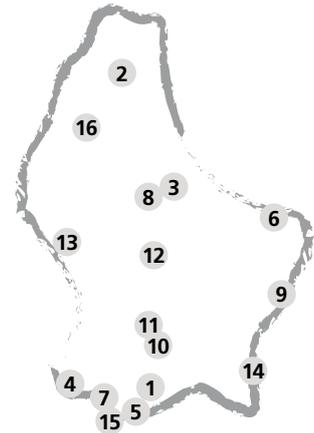
Présidence et Directions	L-2978 Luxembourg
Indemnités pécuniaires	L-2979 Luxembourg
Prestations en Nature (Remboursement)	L-2980 Luxembourg
Prestitaires B.P. 1023	L-1010 Luxembourg

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 - 55
2 Clervaux	L-9711 84, Grand Rue	92 11 01 - 55
3 Diekirch	L-9208 16, rue Jean l'Aveugle	80 93 13 - 55
4 Differdange	L-4660 11-15, rue Michel Rodange	58 80 04 - 55
5 Dudelange	L-3510 2, rue de la Libération	51 18 43 - 55
6 Echternach	L-6486 Porte St Willibrord	72 02 50 - 55
7 Esch/Alzette	L-4132 Grand Rue/rue de l'Eglise	53 05 37 - 55
8 Ettelbruck	L-9047 30, rue Prince Henri	81 01 62 - 55
9 Grevenmacher	L-6719 9, rue du Centenaire	75 02 97 - 55
10 Luxembourg (Hollerich)	L-2980 125, route d'Esch	27 57 1 - 58
11 Luxembourg (Ville)	L-2449 8, Boulevard Royal	47 17 84 - 55
12 Mersch	L-7525 Topaze Shopping Center	32 00 65 - 55
13 Redange/Attert	L-8510 33, Grand Rue	23 62 10 62 - 55
14 Remich	L-5574 6, avenue Lamort-Velter	23 66 90 09 - 55
15 Rumelange	L-3710 Place G.-D. Charlotte	56 50 40 - 55
16 Wiltz	L-9530 6, Grand Rue	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

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

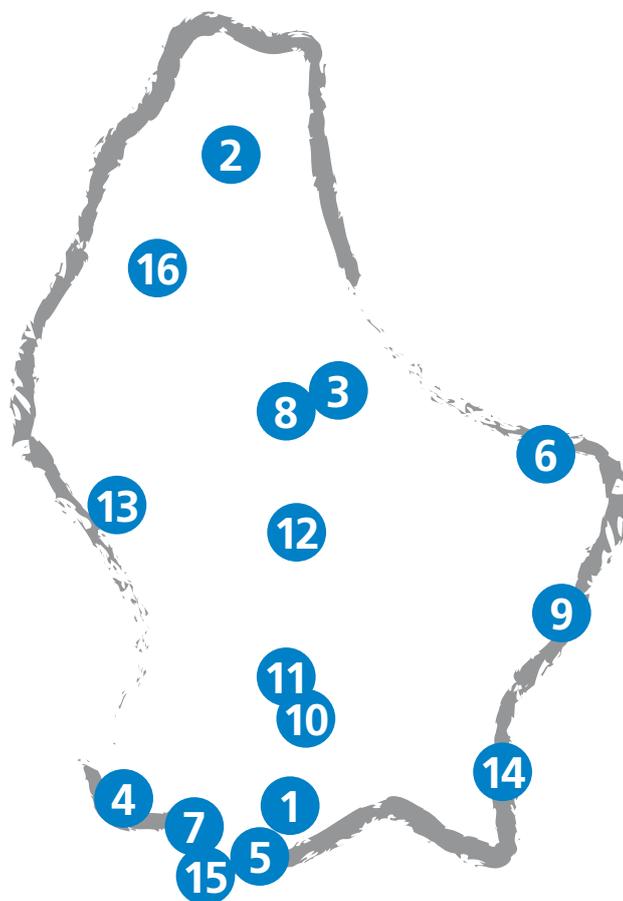
Tél. 27 57 42 40	Fax 40 97 20	Modifications du Signalétique (nom, prénom, date de naissance); coassurance des membres de famille (résidents et non-résidents), certificat de coassurance, certificat d'affiliation (uniquement RMG, pensionnés), séparation de corps, mariage, divorce, changement de la charge 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 (chirurgie plastique, stérilisation, 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 / 40 00 14	Transfert à l'étranger S2 (ancien E112)

SIÈGE DE LA CNS

125, route d'Esch • L-2980 Luxembourg
Tél. (+352) 27 57 – 1 • Fax (+352) 27 57 – 27 58
cns@secu.lu • www.cns.lu



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	11-15, 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-9047	30, rue Prince Henri	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-2980	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

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 (CMSS)):

08:00 à 11:30 et 13:15 à 16:00