

RAPPORT ANNUEL 2014



Sommaire

	Le mot du président	p. 5
	Quelques chiffres pour l'année 2014	p. 8
A.	LA CNS ET SON FONCTIONNEMENT	
l.	Les missions de la CNS	p. 12
II.	Les axes stratégiques et la planification annuelle	p. 13
III.	Le Comité directeur	p. 14
IV.	La Présidence, la Direction, les ressources rattachées au Président et les départements	p. 16
V.	Les ressources humaines	p. 18
VI.	L'organigramme de la CNS au 31.12.2014	p. 20
В.	LES ACTIVITÉS DE LA CNS EN 2014	
l.	Les éléments marquants de 2014	p. 24
II.	La planification stratégique et annuelle	p. 38
III.	Le travail quotidien de la CNS	p. 44
C.	LES FINANCES ET CHIFFRES-CLÉS DE LA CNS	
l.	Assurance maladie-maternité	p. 72
I. II.	Assurance maladie-maternité Assurance dépendance	p. 72 p. 78
II.	Assurance dépendance	•
II.		•
II. D.	Assurance dépendance LES STATISTIQUES PAR THÈME	p. 78
II. D. I. II.	Assurance dépendance LES STATISTIQUES PAR THÈME Évolution des soins de santé à charge de l'assurance maladie-maternité	p. 78
II. D. I. III.	Assurance dépendance LES STATISTIQUES PAR THÈME Évolution des soins de santé à charge de l'assurance maladie-maternité Évolution du comportement de prescription de certificats d'incapacité de travail Les autres statistiques	p. 78 p. 84 p. 124
II. D. I. II. III.	Assurance dépendance LES STATISTIQUES PAR THÈME Évolution des soins de santé à charge de l'assurance maladie-maternité Évolution du comportement de prescription de certificats d'incapacité de travail Les autres statistiques LES ANNEXES	p. 78 p. 84 p. 124 p. 126
II. D. II. III. E.	Assurance dépendance LES STATISTIQUES PAR THÈME Évolution des soins de santé à charge de l'assurance maladie-maternité Évolution du comportement de prescription de certificats d'incapacité de travail Les autres statistiques LES ANNEXES Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance maladie-maternité	p. 78 p. 84 p. 124 p. 126
II. D. II. III. III. E. II.	Assurance dépendance LES STATISTIQUES PAR THÈME Évolution des soins de santé à charge de l'assurance maladie-maternité Évolution du comportement de prescription de certificats d'incapacité de travail Les autres statistiques LES ANNEXES Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance maladie-maternité Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance dépendance	p. 78 p. 84 p. 124 p. 126 p. 132 p. 134
II. D. I. II. III. E. II. III.	Assurance dépendance LES STATISTIQUES PAR THÈME Évolution des soins de santé à charge de l'assurance maladie-maternité Évolution du comportement de prescription de certificats d'incapacité de travail Les autres statistiques LES ANNEXES Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance maladie-maternité Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance dépendance Modifications statutaires entrées en vigueur en 2014	p. 78 p. 84 p. 124 p. 126 p. 132 p. 134 p. 136
II. D. I. II. III. E. II. III.	Assurance dépendance LES STATISTIQUES PAR THÈME Évolution des soins de santé à charge de l'assurance maladie-maternité Évolution du comportement de prescription de certificats d'incapacité de travail Les autres statistiques LES ANNEXES Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance maladie-maternité Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance dépendance	p. 78 p. 84 p. 124 p. 126 p. 132 p. 134
II. D. I. II. III. E. II. IV.	Assurance dépendance LES STATISTIQUES PAR THÈME Évolution des soins de santé à charge de l'assurance maladie-maternité Évolution du comportement de prescription de certificats d'incapacité de travail Les autres statistiques LES ANNEXES Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance maladie-maternité Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance dépendance Modifications statutaires entrées en vigueur en 2014	p. 78 p. 84 p. 124 p. 126 p. 132 p. 134 p. 136
II. D. I. II. III. E. II. IV.	Assurance dépendance LES STATISTIQUES PAR THÈME Évolution des soins de santé à charge de l'assurance maladie-maternité Évolution du comportement de prescription de certificats d'incapacité de travail Les autres statistiques LES ANNEXES Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance maladie-maternité Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance dépendance Modifications statutaires entrées en vigueur en 2014 Les dépliants de la CNS	p. 78 p. 84 p. 124 p. 126 p. 132 p. 134 p. 136 p. 138

Mot du président

Chères lectrices, chers lecteurs,

Ce troisième rapport annuel de la Caisse nationale de santé a la finalité de donner à un public aussi large que possible un aperçu sur le fonctionnement de l'organisme gestionnaire des assurances maladie-maternité et dépendance, sur son organisation et sur ses priorités stratégiques et projets majeurs. Il a également pour vocation de faire le bilan des travaux réalisés et aussi de jeter un regard vers l'avant, sur l'arrière-fond des contraintes et des opportunités qui se présentent.

L'année 2014 a tout d'abord été marquée par la prise de fonction du nouveau gouvernement, sur base d'un programme gouvernemental se caractérisant pour les différents aspects concernant la CNS d'un côté par la continuité par rapport à la période législative précédente et plus particulièrement de la réforme du système de soins de santé de 2010, et d'un autre côté par des objectifs ambitieux se situant entre autres au niveau de la documentation hospitalière, de la tarification à l'activité des hôpitaux, d'un nouveau plan hospitalier ou encore des réformes des nomenclatures majeures, la réforme des prestations en espèces, sans oublier la réforme de l'assurance dépendance. Les plans d'action et de mises en œuvre de ces objectifs tracés restent encore dans une large mesure à concrétiser et rencontreront certainement des résistances diverses et variées. Ils nécessiteront ainsi l'appui et la collaboration de tous les acteurs impliqués.

Sur base de ce cadre général, le nouveau gouvernement a aussi posé le cadre financier dans lequel la sécurité sociale en général, et plus particulièrement les assurances maladie-maternité et dépendance devraient évoluer jusqu'en 2018. En premier lieu, sur fond des contraintes budgétaires générales posées au niveau national et européen, le budget de nouvelle génération, de pair avec les objectifs portant sur la période 2015 à 2018 et le « Zukunftspak », devait porter sur des propositions larges et diversifiées de mesures d'économies, de réforme et de mise en guestion par rapport aux dispositifs actuels. En essence, des mesures assez classiques ont été retenues, notamment au niveau de la tarification des prestataires. En deuxième lieu, les deux accords dits « bipartites » avec les partenaires sociaux du mois de décembre dernier, ont précisé la volonté politique d'éviter des augmentations de cotisations, de participation des assurés, de réduction des prestations de soins ou encore des conditions de rémunération des salariés tombant sous les conventions collectives de travail des secteurs hospitaliers ou d'aides et de soins.

Ce cadre est en soi très ambitieux et ne laisse guère de marges à des évolutions financières démesurées. Il met une pression certaine sur tous les acteurs, de mettre en œuvre des réformes efficaces, de freiner les demandes diverses d'élargissement des offres et des prestations et de veiller à une allocation contrôlée des ressources disponibles. Le constat d'une situation financière actuelle assez stable et saine de l'assurance maladie-maternité est donc certainement la bienvenue. Il s'explique par une situation économique meilleure que prévue, l'impact des mesures d'économies opérées depuis la réforme de 2010 ou encore l'amélioration de certains contrôles, notamment par le CMSS. Néanmoins, il s'agira de rester vigilants et de se préparer à toutes les éventualités, notamment en tenant compte des incertitudes générales qui se posent dans un contexte politique et économique toujours délicat.

Dans ce contexte se pose aussi la question du rôle et des capacités d'une Caisse nationale de santé, et notamment de sa modernisation, telle qu'elle a été exposée dans la réunion du Comité quadripartite du 22 octobre 2014. Cette discussion reste à être menée et l'équation posée est complexe, face à

- la croissance permanente et continue des assurés couverts et des prestataires agréés dans notre système de conventionnement obligatoire;
- les différentes réformes esquissées ci-avant;
- l'élargissement des offres par exemple par de nouvelles prestations à couvrir tel que la psychothérapie, la podologie, les soins palliatifs;
- des processus administratifs en large mesure encore manuels se basant sur des systèmes informatiques souvent archaïques;
- la complexification de la matière au niveau légal et européen, illustrée par l'introduction de la directive sur les soins de santé transfrontaliers;
- la prise en compte de variables telles que le progrès médical, le vieillissement de la population résidente, la mise en œuvre du plan cancer,...;
- les attentes diverses d'amélioration des services visà-vis des assurés et des prestataires;
- la nécessité de développer une stratégie efficace de lutte contre les abus et la fraude et le contrôle des déviances constatées tant dans le chef des assurés que des prestataires;

et ceci avec le maintien des ressources existantes déjà actuellement confrontées à des retards et des déficiences. Pour trouver une solution adéquate, la CNS doit rechercher des collaborations efficaces et rencontrer l'appui des autres acteurs impliqués, tel que le Contrôle médical de la sécurité sociale, le Centre informatique de la sécurité sociale, les Ministères impliqués, l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance, l'Agence eSanté...

Je tiens aussi à remercier ces acteurs pour le travail accompli et j'espère qu'on pourra encore arriver à améliorer la cadence dans le futur. Un grand merci revient plus particulièrement à tous les agents de la Caisse nationale de santé, confrontés au jour le jour aux contraintes exposées ci-avant et sachant gérer des situations délicates avec compétence, assiduité et doigté.

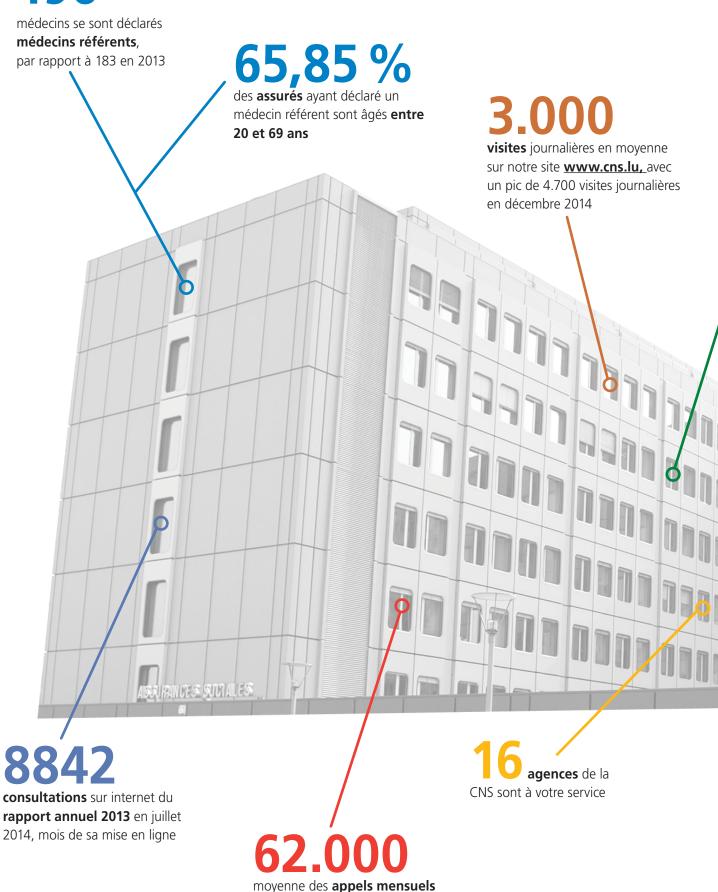
Luxembourg, en juillet 2015

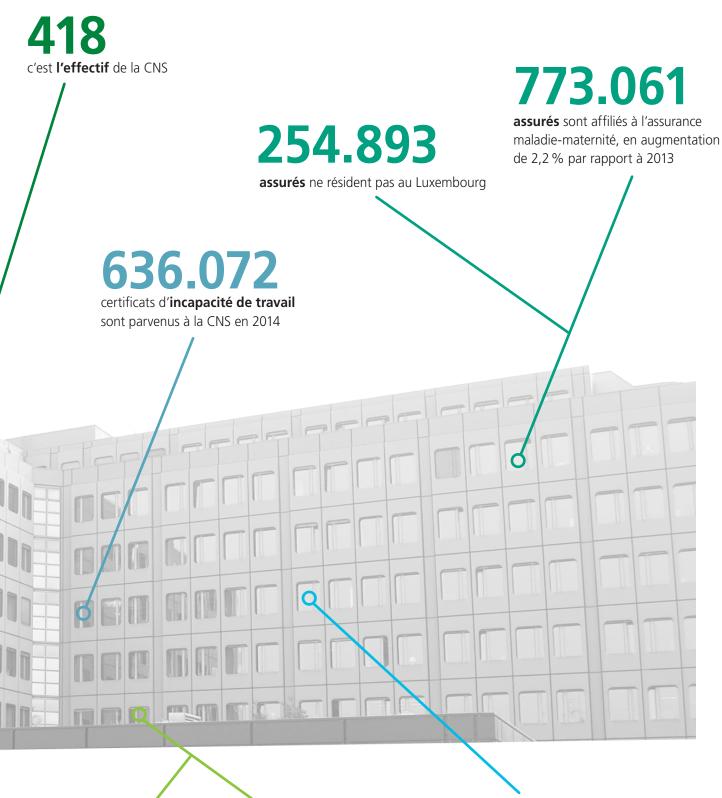
Paul Schmit

Président du Comité directeur de la CNS

Quelques chiffres pour l'année 2014







246,56€

valeur moyenne d'un chèque, par rapport à 245,33€ en 2013 222.894

chèques ont été émis en 2014 par les agences de la CNS, par rapport à 209.853 en 2013 17.023

factures ont été saisies dans le cadre du **tiers payant social**, en comparaison avec quelques 10.000 factures en 2013



La CNS et son fonctionnement

A. La CNS et son fonctionnement

I. Les missions de la CNS

Le régime luxembourgeois de sécurité sociale est divisé en diverses branches: maladie-maternité, dépendance, vieillesse, invalidité, survie, prestations familiales, accidents du travail, maladies professionnelles et chômage. La CNS gère les assurances maladie-maternité et dépendance. La CNS est compétente pour tous les assurés du secteur privé

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 maladiematernité
- 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

ainsi que pour les ouvriers de l'État.

(salariés et non-salariés tels les indépendants)

Assurance dépendance

- prise en charge des aides et soins nécessitées 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.

II. Les axes stratégiques et la planification annuelle

Le plan annuel PA 2014 de la CNS a conservé les neuf axes stratégiques retenus en 2012 :

- A. La CNS documente, révise et maintient activement ses processus métier et de support
- B. La CNS soutient activement le développement et l'optimisation des outils de technologie de l'information et de la communication (TIC) qu'elle utilise
- C. La CNS met en place une politique active de gestion des ressources humaines et de développement des compétences de son personnel
- D. La CNS revoit progressivement ses relations avec les prestataires de soins, en veillant à leur cohérence avec l'évolution du secteur et en s'appuyant sur des échanges électroniques d'information
- E. La CNS revoit ses relations avec les assurés et modernise et étend ses services d'information et d'assistance aux assurés
- F. La CNS met en place un reporting statistique et financier complété
- G.La CNS agit activement en matière de lutte contre la fraude et les abus
- H. La CNS s'implique activement dans les projets de réforme en se basant sur des évaluations systématiques et en développant ses positions en amont des décisions en préparation
- I. La CNS adopte une gouvernance visant l'optimisation de son fonctionnement interne et établissant une prise de décision transparente

Vous trouverez de plus amples informations au sujet des axes stratégiques et la planification annuelle sous « B.II. La planification stratégique et annuelle » à la page 38.



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 2014								
Nom			Suppléant	Gestion plénière	Gestion CNS	Gestion dépen- dance		
Paul Schmit	Président	CNS		✓	✓	✓		
Michel Rodenbourg	Délégué des non-salariés	Chambre de Commerce	Anna Suardi	✓	✓	✓		
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	Danièle Haustgen	~	~			
Claude Bizjak	Délégué employeurs	Chambre de Commerce et des Métiers	Silvia Teixeira	✓	✓			
Marc Kieffer	Délégué employeurs	Chambre de Commerce et des Métiers	Magalie Lysiak	~	~			
François Engels	Délégué employeurs	Chambre de Commerce et des Métiers	Michel Wadlé	~	~			
Nicolas Henckes	Vice-président (patronat) Délégué employeurs	Chambre de Commerce et des Métiers	Nicolas Simons	~	~			
Carlos Pereira	Vice-président (salariat) Délégué salariés du secteur privé	Chambre des Salariés	André Roeltgen*	~	~	~		
Lynn Settinger	Délégué salariés du secteur privé	Chambre des Salariés	Romance Scheuer*	~	~	~		
Armand Drews	Délégué salariés du secteur privé	Chambre des Salariés	Thomas Klein*	✓	~	~		
René Pizzaferri	Délégué salariés du secteur privé	Chambre des Salariés	Alain Back**	~	~	~		
Paul de Araujo	Délégué salariés du secteur privé	Chambre des Salariés	Céline Conter**	✓	✓	✓		
Alphone Classen Déléguée salariés du secteur public Déléguée désigné par les agents CFL de la Chambre des Salariés		Nico Wennmacher	~		~			
Marie-Claude Koders	communalix de la		Claude Reuter	~		~		
Claude Geimer	Délégué désigné Délégué salariés par la Chambre des du secteur public 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. Alain Back devient membre suppléant de M.Carlos Pereira et Mme Céline Conter devient membre suppléant de Mme Lynn Settinger

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'innova-

tion;

- de valider les tableaux de bord et les dossiers lui soumis
- La Direction se compose de 9 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.

Le Département Ressources Humaines et Organisation ainsi que le Département Communication sont sous sa responsabilité.

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 Finances;

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

La Cellule Instruments Juridiques

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 12 départements avec un bref descriptif de leurs principales missions :

1. Assurance Dépendance

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

2. Communication

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

3. Établissements Hospitaliers

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

4. Finances

Le Département Finances est responsable des finances et de la comptabilité des assurances maladie-maternité et dépendance et il se charge de la gestion du budget administratif de la CNS.

5. 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).

6. International

Le Département International regroupe l'ensemble des missions ayant trait aux activités transfrontalières, dont notamment la gestion de l'ensemble des formulaires internationaux (S1, BL1 etc.), la gestion des demandes de transfert à l'étranger pour traitement stationnaire ou ambulatoire, l'émission des cartes européennes d'assurance maladie.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. Relation Assurés

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

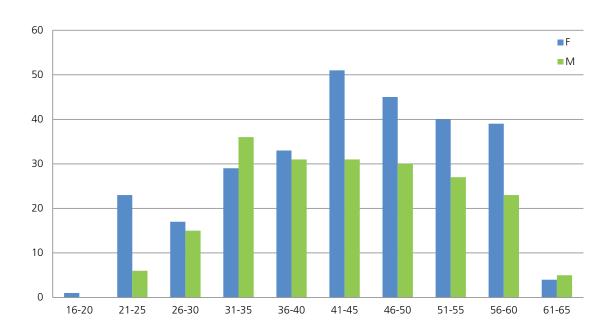
12. Ressources Humaines et Organisation

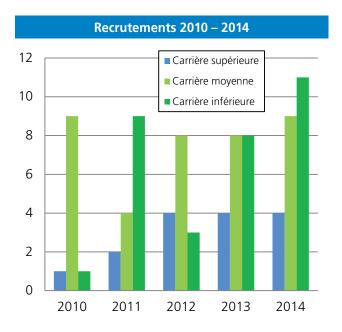
Le Département Ressources Humaines et Organisation est en charge de la gestion du personnel, entre autres en ce qui concerne la paie, les congés, le recrutement, les examens et la formation. Il gère également l'ensemble des services nécessaires au fonctionnement journalier de la CNS (courrier, logistique, matériel de bureau etc.).

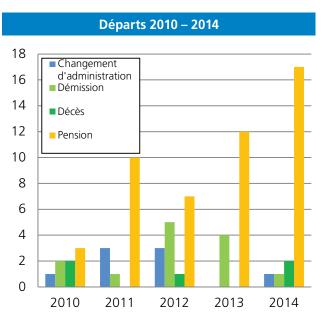
VI. Les ressources humaines

Effectif de la CNS (au 31 décembre de l'année)									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014			
Président	1	1	1	1	1	1			
Pharmacien	1	1	1	1	1	1			
1 ^{er} Conseiller de direction	4	4	3	4	4	4			
Attaché administratif	13	14,25	14	16	19,25	18			
Rédacteur	163	167	164	161,25	166,25	165,50			
Expéditionnaire	118,25	115	118,25	114,75	121	126,75			
Infirmier/Laborantin	0	0	1	1	1	1			
Garçon de bureau	1	1	1	1	1	1			
Non-statutaires	112,25	117,25	113,5	112,5	109,5	99,75			
Total	413,5	420,5	415,75	412,5	424,0	418,00			

Pyramide des âges 2014 (au 31 décembre)

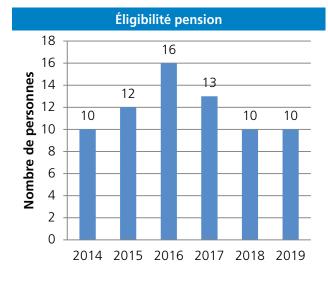


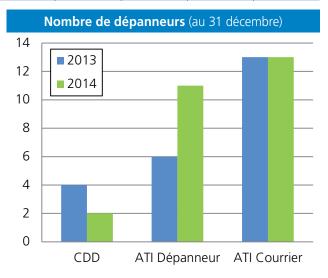




Mouvement employés							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Maternité	11	10	11	16	13	6	
Congé Parental plein-temps	9	7	9	3	7	4	
Congé Parental mi-temps	8	9	5	8	14	10	
Tâche partielle 50 %	44	48	47	49	47	55	
Tâche partielle 75 %	25	24	29	32	30	34	
Etudiants	82	86	64	88	119	85	
Stagiaires (enseignement secondaire technique)	/	1	/	4	2	1	

Examens								
Examens de fin de stage - carrière supérieure, attaché								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014		
Nombre de participations	7	1	1	1	2	4		
Nombre de réussites	7	1	1	1	2	3		
Examens de fir	n de stage -	carrière m	oyenne, réc	lacteur				
Nombre de participations	4	2	7	7	6	12		
Nombre de réussites	3	2	5	7	4	6		
Examens de fin de	stage - car	rière inféri	eure, expéc	litionnaire				
Nombre de participations	1	0	5	8	4	7		
Nombre de réussites	0	0	3	7	2	6		
Examens de p	romotion -	carrière mo	yenne, réd	acteur				
Nombre de participations	3	3	14	3	2	2		
Nombre de réussites	3	3	8	2	2	2		
Examens de prom	otion - carı	rière inférie	ure, expéd	itionnaire	ı			
Nombre de participations	9	6	7	4	0	1		
Nombre de réussites	4	4	3	2	0	0		
	de carrière -	- employé r	on statutai	ire				
Nombre de participations	2	3	4	3	1	1		
Nombre de réussites	2	3	2	1	1	1		
Épreuve de qualification - employé non statutaire								
Nombre de participations	2	1	2	3	0	1		
Nombre de réussites	1	1	2	2	0	0		
Carrière ouverte (expéditionnaire -> rédacteur)								
Nombre de participations	0	2	4	3	1	3		
Nombre de réussites	0	1	0	1	1	1		





Comité directeur

Présidence

Cellule Instruments Juridiques

Secrétariat Général

Direction

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 Finances

- Service Comptabilité Générale
- Service Budget Administratif
- Service Budget Global
- Service Paiements PN et Recouvrement

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 2014

B. Les activités de la CNS en 2014

I. Les éléments marquants de 2014

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

1. Absentéisme

Le 8 juin 2015, le groupe de Haut Niveau sur l'Absentéisme, constitué des partenaires sociaux et des ministres de la Sécurité sociale et du Travail et de l'Emploi, a présenté les nouveaux chiffres sur l'absentéisme au travail. Selon les calculs réalisés par l'Inspection générale de la sécurité sociale, le taux d'absentéisme pour maladie des salariés s'est élevé en 2014 à 3,64 %. Pour la première fois depuis 2006, on observe une baisse de l'absentéisme, puisque le taux s'élevait pour 2013 à 3,73 %, ce qui correspond à une diminution de 2,3 %.

Cette baisse s'observe dans chaque sous-groupe de la population salariée, et dans tous les secteurs (sauf l'immobilier). La réduction s'explique en partie par une épidémie grippale d'intensité moindre, mais force est de constater que le taux de longue durée diminue au même titre que le taux de courte durée. Pour la première fois depuis 2008, le poids dans les absences de longue durée des dépressions et autres pathologies liées au stress diminue. Le coût direct de l'absentéisme se chiffre à 545 mio. d'euros en 2014, par rapport à 534 mio. d'euros en 2013. Pour 2014, cela correspond à 2,5 % de la rémunération des salariés (2,6 % en 2013).

Un document complet sur l'absentéisme 2014 a été publié le 19 juin 2015 sur le site du ministère de la Sécurité sociale (www.mss.public.lu).

2. Réforme des prestations en espèces

En 2011, le Comité directeur de la CNS avait déclenché un processus d'analyse de la mise en œuvre de la réforme du statut unique. Un groupe de travail tripartite instauré par le Comité directeur a permis de faire converger les positions entre les partenaires sociaux et l'administration de la CNS. À la fin de l'année 2012, il avait été retenu, sur base d'un rapport de ce groupe de travail, par les Ministres du Travail et de la Sécurité sociale, ainsi que par l'IGSS en tant qu'autorité de tutelle, de procéder à des réformes tant au niveau statutaire qu'au niveau légal et au niveau des procédures d'appréciation de l'incapacité

de travail.

Les modifications statutaires correspondantes ont été adoptées par le Comité directeur de la CNS le 31 juillet 2013:

- 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);
- 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);
- L'amélioration des mesures d'information de l'assuré et de son employeur en matière de fin de droit aux indemnités pécuniaires (article 189);
- 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, les mesures suivantes ont été intégrées dans un projet de loi :

- En cas de constat d'une capacité au 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 par exemple le refus de l'assuré de se soumettre au contrôle médical sans motif valable, la Caisse nationale de santé pourra désormais prendre une décision de refus s'imposant en matière de droit du travail et mettant automatiquement fin au droit au maintien du salaire ou au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie selon que la charge incombe à l'employeur ou à la Caisse nationale de santé. Dorénavant, la Caisse nationale de santé pourra prendre la décision du non-paiement soit du salaire soit de l'indemnité pécuniaire de maladie, ce qui mettra fin à l'insécurité juridique qui existait jusqu'à présent et qui était liée à deux procédures de recours différentes, l'une devant les juridictions du travail pendant la période de l'obligation patronale, et l'autre devant les juridictions sociales lorsque la charge se situait auprès de la Caisse nationale de santé. Ces décisions de refus seront ainsi susceptibles d'un recours auprès des seules juridictions sociales.
- 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.

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 travail.

Le projet de loi correspondant a été déposé le 14 févier 2014 à la Chambre des députés et le Conseil d'État a publié son avis en date du 12 novembre 2014, de sorte que le vote du projet de loi pourra probablement encore avoir lieu au cours du 1er semestre 2015. La nouvelle 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 ». Le vote du projet de la loi devrait intervenir avant l'été 2015 ensemble avec le projet de loi reclassement. À noter que lors des discussions par rapport à ces projets de loi au cours du 1er semestre 2015, une volonté commune du Gouvernement, de la Commission parlementaire jointe de la sécurité sociale et du travail et des partenaires sociaux a été exprimée de prévoir dans des cas exceptionnels et bien déterminés la possibilité d'un dépassement des 52 semaines etc.

3. Directive de soins transfrontaliers

Les travaux en relation avec la transposition de cette directive, qui aurait en principe dû être transposée au niveau national au plus tard jusqu'au 25 octobre 2013, ont porté sur l'élaboration du projet de loi correspondant à laquelle la CNS a activement participé. Un élément essentiel de cette transposition consiste dans l'inscription dans le Code de la sécurité sociale des dispositions traitant de la prise en charge de soins de santé transfrontaliers qu'un affilié luxembourgeois reçoit dans un État membre de l'Union européenne en dehors des règlements de coordination 883/2004 et 987/2009.

Le projet de loi avait été déposé en date du 14 mars 2013 et l'avis du Conseil d'État avait été émis en date du 22 octobre 2013. Cet avis faisait état d'une opposition formelle substantielle, dont l'envergure de la première dépassait largement le champ de la transposition de la directive. Dans ces considérations générales, le Conseil d'État contestait que le projet de loi de transposition réservait au Comité directeur de la CNS de préciser certaines des mesures d'exécution dans ses statuts. notamment les modalités de calcul de la prise en charge des traitements de soins de santé transfrontaliers ambulatoires en milieu hospitalier, jusqu'à concurrence du coût moyen d'hospitalisation au Luxembourg et sans pouvoir dépasser les frais effectivement exposés par l'assuré. Le Conseil d'État rappelle que le pouvoir réglementaire des établissements publics est un pouvoir limité, qui ne pourra consister qu'en une simple mise en oeuvre des règles d'application générale.

Cette opposition risquait d'avoir un impact considérable, non seulement au niveau de la transposition de la directive, mais aussi en ce qui concerne la pratique usuelle de prise de décision par le Comité directeur de la CNS au niveau des statuts ou encore au niveau conventionnel dont certaines dépassent largement « la seule mise en œuvre du détail ». L'opposition formelle a été vidée par un amendement qui a trouvé l'accord du Conseil d'État. Par le vote de la loi de transposition en date 17 juin 2014, le pays a évité de justesse une procédure de mise en demeure de la part de la Commission européenne.

En ce qui concerne la mise en œuvre pratique de



cette directive, le Comité directeur de la CNS a voté en date 9 juillet 2014 des modifications des statuts, s'alignant sur les dispositions de la loi de transposition. 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 respectivement 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.

La mise en œuvre des dispositions en relation avec la directive de soins de santé transfrontaliers représente à plusieurs égards un défi tant pour la CNS que pour le système de soins de santé luxembourgeois:

- la directive formalise et étend les possibilités de transferts à l'étranger en dehors des mécanismes inscrits dans le règlement européen 883/2004, ajoutant ainsi une couche de complexité supplémentaire dans le traitement et la tarification des dossiers correspondants; ceci représente un défi considérable pour les services concernés de la CNS,
- la directive va probablement stimuler encore davantage les demandes de la population résidente d'opter pour des soins à l'étranger,
- le système de soins de santé va à terme être davantage confronté à la concurrence de prestataires étrangers à laquelle il ne pourra guère répondre de façon optimale, étant donné que l'organisation du secteur hospitalier avec des établissements hospitaliers budgétisés et des médecins agréés exerçant en libéral ne peuvent pas afficher une offre transparente basée sur des critères de qualité et de tarifs,
- la directive ouvre l'accès à des offres de soins actuellement non prévues dans le système luxembourgeois, notamment des offres de prises en charges ambulatoires qui sont actuellement pour des raisons diverses réservées au milieu hospitalier.

Lors de l'application pratique des dossiers réceptionnés dans les services compétents, des difficultés et problèmes divers vont certainement encore apparaître. Il est prévu d'effectuer une évaluation correspondante au cours du deuxième semestre de l'année 2015.

4. Mesures statutaires

Sont entrées en vigueur, en date du 1er janvier 2014, des modifications statutaires en rapport avec la chirurgie plastique à visée esthétique et dysphorie de genre (annexe C des statuts), des modifications au point e) de l'article 31 en rapport avec la consommation abusive de prestations, et des modifications aux articles 35 (adaptation aux nomenclatures) et 154*bis* (participation de l'assuré).

Sont entrées en vigueur, en date du 1^{er} avril 2014, des modifications statutaires concernant la prise en charge des analyses génétiques.

Sont entrées en vigueur, en date du 1er mai 2014, des modifications tarifaires se rapportant à la prise en charge de la position DT10 de la nomenclature des actes et services des médecins dentistes (article 43), à la prise en charge de la chirurgie de réduction mammaire (annexe C), à la chirurgie nasale (annexe C, point 14.3) et à la stérilisation tubaire (annexe C, nouveau point 3).

Sont entrées en vigueur, en date du 1^{er} mai 2014, des modifications statutaires concernant le transport en hélicoptère.

Sont entrées en vigueur, en date du 1^{er} septembre 2014, les modifications statuaires résultant de la transposition de la Directive soins de santé transfrontaliers.

Sont entrées en vigueur, en date du 1^{er} octobre 2014, les modifications des statuts concernant la prise en charge des médicaments soumis à une base de remboursement en vertu de l'article 22*bis* du Code de la sécurité sociale.

Le Comité directeur de la CNS, lors de sa réunion du 15 octobre 2014, a adopté les modifications se rapportant à la prise en charge des dispositifs de correction auditive (article 152 des statuts, ainsi qu'au fichier B3 y relatif). Ces modifications sont entrées en vigueur en date du 1^{er} janvier 2015.

Lors de la réunion du 10 décembre 2014, le Comité directeur a adopté certaines modifications par rapport aux délais de renouvellement et aux autorisations, concernant les articles 24, 39, 42, 43 et 65, une modification à l'article 130 (dioptries) et à l'article 154*bis* (participation des assurés). Ces modifications sont entrées en vigueur le 1^{er} février 2015.

Lors de cette réunion, il a également adopté la modification à l'annexe K concernant les différents coûts moyens d'hospitalisation. Cette modification est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2015.

5. Négociations conventionnelles

AMMD-CNS

Les discussions conventionnelles avec l'AMMD ont été déclenchées par un courrier de la CNS en date du 6 janvier 2012 :

« Suite à l'introduction de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé, et plus particulièrement en raison de la modification de l'article 64 du Code de la sécurité sociale, la convention liant les médecins et la CNS doit être amendée afin de tenir compte d'éléments complémentaires exigés par la loi et repris aux points 4), 5), 6) et 7) du deuxième alinéa de l'article mentionné.

En même temps, il est proposé de revoir l'entièreté des articles de la convention en vue de leur mise à jour par rapport aux modifications légales intervenues depuis la signature du texte actuel, mais aussi de rediscuter les questions fondamentales concernant les formes d'exercice de la médecine, la maîtrise des dépenses de santé et les modalités du dépassement des tarifs.

Une attention particulière devra être consacrée à la simplification des échanges administratifs et à l'utilisation des moyens électroniques. »

De cette convocation se dégage la ligne directrice poursuivie par la CNS pour cette renégociation :

- répondre à une volonté politique de rediscuter avec le corps médical le cadre conventionnel le liant à la CNS, suite à la réforme de 2010, où il avait été renoncé de légiférer ou réglementer plus en profondeur l'exercice de la profession médicale dans le cadre de l'assurance maladie-maternité et de « donner une chance au modèle conventionnel »;
- revoir un cadre conventionnel mis en place depuis +/20 ans, l'adapter au cadre légal actuel et rediscuter
 des questions fondamentales d'ordre économique
 intéressant les deux parties;
- procéder à une modernisation de l'échange administratif entre les médecins, la CNS et aussi les patients ou encore le CMSS.

Les négociations ont donc commencé en janvier 2012 et étaient en principe envisagées pour une durée de 18 mois, tel que prévu par l'article 12 de la loi du 17 décembre 2010 :

« Par dérogation aux dispositions de l'article 69, alinéa 2, point 3) du Code de la sécurité sociale, le premier délai de négociation disponible pour l'élaboration des dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3 est fixé à dix-huit mois à partir de la convocation



faite par la Caisse nationale de santé. »

Avant la fin du délai prévu de 18 mois, les deux parties ont convenu d'un commun accord de demander une prolongation de 6 mois de ce délai. Cette démarche a été motivée principalement par la situation politique émergeant au cours du premier semestre 2013, l'attente d'une nouvelle constellation gouvernementale et d'orientations politiques pouvant éventuellement influencer les négociations conventionnelles, ou encore les élections sociales qui ont eu lieu en novembre 2013. Il faut rendre attentif au fait que l'AMMD a donné au cours du premier semestre 2013 une priorité au projet de loi sur les droits et obligations des patients.

Dans le cadre de ces négociations, les deux parties reconnaissaient tant l'utilité d'une révision générale et technique d'une convention datant de +/- 20 ans, que la nécessité de clarifier les positions respectives par rapport aux dispositions obligatoires. Bien que ces dispositions obligatoires représentaient l'enjeu central des négociations pouvant le cas échéant mener à une médiation et à une règlementation, les discussions ont porté sur l'analyse globale du cadre conventionnel, où des points de convergence ont pu être identifiés, tout comme néanmoins aussi des points de divergence non négligeables. À noter aussi que ces discussions conventionnelles se sont déroulées dans le cadre de la législation actuelle, i.e. que des questions de principe par rapport au conventionnement obligatoire ou à l'organisation des soins médicaux et/ou hospitaliers ont certes été abordées, mais qu'elles ne pouvaient pas trouver de réponse structurelle dans le cadre de la renégociation de la convention.

Bien avant l'expiration du délai de prolongation au 6 janvier 2014, la CNS avait insisté sur la nécessité absolue que l'AMMD formule par écrit ses positions tant par rapport aux dispositions obligatoires des alinéas 1 et 2 de l'article 64 du CSS, que par rapport à d'autres points-clé. En effet, en dehors d'une note personnelle du président de l'AMMD communiquée à la CNS début avril 2013,

l'AMMD a renoncé à détailler ses positions.

Dans les discussions, on pouvait certes faire état d'une convergence ou d'avancées sur différents sujets. Il s'agissait souvent de compromis ou de dénominateurs communs à un niveau assez peu élevé. Le point de blocage central était le renseignement des prestataires individuels dans le cadre des associations. Ce point touche néanmoins le souci central d'une plus grande transparence. Les dépassements d'honoraires représentaient également un point sensible, surtout pour les volets CP8 et 1ère classe.

Le 22 janvier 2014, le Comité directeur de la CNS a constaté l'échec de la renégociation des conventions pour les médecins et les médecins-dentistes et a refusé la prolongation du délai de négociation demandée par l'AMMD.

Les parties avaient néanmoins encore convenu de travailler en parallèle à la démarche de médiation, pour laquelle elles avaient également trouvé un accord sur la désignation du médiateur dans la personne de M. Georges Ravarani, dans des groupes de travail techniques, afin de trouver des propositions de texte communes par rapport aux points non litigieux respectivement non soumis à la procédure de médiation.

Pour les médecins, ces travaux ont permis de passer en revue l'ensemble des articles de la convention et le Président de l'AMMD a aussi transmis en date du 17 mars 2014 un document regroupant les propositions à intégrer dans la convention. Pour les médecins-dentistes, ces travaux ne se sont néanmoins pas concrétisés.

C'est seulement le 7 mai 2014 que le calendrier de la médiation a pu être définitivement arrêté par l'IGSS, non sans peine, étant donné que notamment les médecinsdentistes ne se voyaient pas dans une instance de médiation, vu qu'il n'y avait, selon leur appréciation, pas de négociation auparavant. Le début de la médiation a été fixé au 15 septembre 2014, pour une durée limite de 3 mois, suivant les dispositions du Code de la sécurité sociale.

Le Comité directeur de la CNS a encore décidé fin juin 2014 de procéder à la résiliation de l'annexe V de la convention portant sur le dispositif du médecin référent. Le médecin référent, qui fait partie des dispositions obligatoires à régler au niveau conventionnel, avait été tenu à l'écart de la renégociation, étant donné que des dispositions spécifiques avaient été retenues pour la phase de démarrage portant sur la période allant jusqu'au 30 juin 2015.

Ladite résiliation, effectuée à titre conservatoire et suivant les dispositions du Code de la sécurité sociale, avec un préavis d'une année, devait permettre une reconsidération coordonnée des dispositions du médecin référent, tant par rapport à la convention que par rapport à la nomenclature.

Suivant les dispositions du Code de la sécurité sociale, la CNS a convoqué l'AMMD à une réunion de négociation pour le 29 août 2014. L'AMMD a refusé d'assister à cette réunion, considérant que la convention était de fait résiliée dans son entièreté, que le dispositif du médecin référent faisait partie de la convention et qu'ainsi cet aspect spécifique faisait partie intégrante de la médiation devant M. Ravarani. À noter que l'AMMD est revenue par la suite sur son appréciation de considérer la convention comme résiliée.

La médiation s'est déroulée en 8 réunions, du 24 septembre au 10 décembre 2014.

Sur base des documents lui transmis par les deux parties, le médiateur a arrêté les sujets prioritaires suivant des critères de criticité et de priorité:

- suppléments d'honoraires en cas d'occupation d'une chambre individuelle et convenances personnelles;
- rémunérations supplémentaires pour gardes et permanences, pour démarches administratives et pour l'accompagnement des proches;
- renseignement du prestataire individuel sur les mémoires d'honoraires, l'exercice en association, la documentation médicale et les rapports d'activité;
- échange d'informations entre les médecins et la CNS, le CMSS et les hôpitaux, promotion de l'échange électronique et dématérialisation des échanges;
- médication économique ;
- formation continue;
- médecin référent ;
- élagage juridique et impact de la loi relative aux droits et obligations du patient.

Étant donné qu'il n'a pas été possible de dégager un compromis, les parties et le médiateur ont constaté l'échec de la médiation. Le point d'échec principal de la médiation est la question des convenances personnelles, respectivement les questions pécuniaires liées à l'exercice de la médecine en dehors du cadre du conventionnement obligatoire de l'assurance maladie-maternité:

 pour le supplément en chambre individuelle, l'AMMD revendiquait le statu quo avec une extension à la chirurgie ambulatoire; liée par le programme gouvernemental et les positions de la composition tripartite de son Comité directeur, les représentants de la CNS ont insisté au minimum à la rectification de quelques dérives du système actuellement en place; pour les convenances personnelles, l'AMMD insistait sur l'introduction telle quelle du CP8 pour les médecins, à l'instar de celui des dentistes et apparemment accordé par les Présidents de l'UCM (néanmoins l'introduction du CP8 n'a jamais été validée par le Conseil d'administration de l'UCM); les représentants de la CNS ont proposé une formulation alternative, limitant l'introduction du CP8 aux consultations extrahospitalières, afin de régler des prestations complémentaires/supplémentaires en dehors de la nomenclature (exemple classique acupuncture).

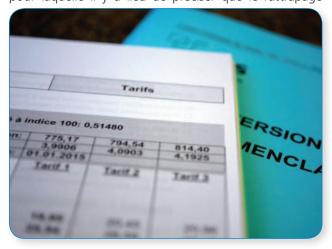
Bien que les autres points discutés dans le cadre de la médiation aient représenté encore des difficultés de fond, ils auraient probablement pu être résolus en majeure partie.

Le médiateur a adressé en date du 15 janvier 2015 un rapport de non-conciliation au Ministre de la sécurité sociale, auquel il appartient de décider, tant pour les dispositions obligatoires qui ont fait l'objet de la renégociation, que pour le dossier du médecin référent qui a fait l'objet d'une renégociation formelle, des suites à réserver, notamment par rapport à une réglementation des différents points pour lesquels la médiation a échoué.

6. Négociations tarifaires

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé avait gelé les lettres-clé pour la période 2011-2012. Cette mesure n'a pas été continuée pour la période 2013-2014, à l'exception des laboratoires d'analyses médicales. Pour les médecins et les médecins dentistes, les négociations pour cette période, tout comme la médiation y afférente avaient échoué, de sorte que les litiges ont dû être tranchés en dernière instance par des sentences arbitrales prononcées par le Conseil supérieur de la sécurité sociale en date du 9 et du 23 janvier 2014.

Les médecins ont eu droit à une augmentation de 1,04 %, pour laquelle il y a lieu de préciser que le rattrapage



rétroactivement dû au 1^{er} janvier 2013 a été répercuté sur la lettre-clé pour la période du 1^{er} mars 2014 au 31 décembre 2015. L'augmentation normale de la lettre-clé a été compensée par la revalorisation de certains actes de la nomenclature à partir du 1^{er} janvier 2015.

Les médecins-dentistes ont eu droit à une augmentation de 0,65 %, pour laquelle il y a lieu de préciser que l'augmentation de la valeur de la lettre-clé a pris effet au 1^{er} mars 2014 et que le rattrapage rétroactivement dû au 1^{er} janvier 2013 a également été répercuté sur la lettre-clé pour la période du 1^{er} mars 2014 au 31 décembre 2015.

Les négociations des lettres-clé des kinésithérapeutes, infirmiers et sages-femmes ont seulement pu être tranchées dans le cadre des médiations respectives, menant à des revalorisations de 0,5 %, 0,7 % et 0,7 %. Il y a lieu de préciser que les augmentations de la valeur de la lettre-clé ont pris effet au 1er avril 2014 et que les rattrapages rétroactivement dus au 1er janvier 2013 ont également été répercutés sur les lettres-clé respectives pour la période du 1 mars 2014 au 31 décembre 2014.

La Fédération luxembourgeoise des laboratoires d'analyses médicales avait déclenché une procédure judiciaire par rapport au fait que les négociations avaient été déclenchées en automne 2012 avant le vote de la loi budgétaire prolongeant le gel de la lettre-clé correspondante, et qu'aucune procédure de médiation n'ait eu lieu par la suite. Cette affaire a mené à un jugement du Conseil arbitral de la sécurité sociale et une sentence arbitrale du Conseil supérieur de la sécurité sociale en faveur de la position de la CNS que la négociation tarifaire et la médiation étaient devenus sans objet par le vote de la loi budgétaire de 2013. La FLLAM avait saisi en décembre 2013 le tribunal d'arrondissement de cette affaire. Par jugement en date du 15 octobre 2014, la FLLAM a néanmoins été déboutée sur base de l'argument que la loi budgétaire pour l'exercice 2013 avait mis un terme à la procédure de négociation de la valeur de la lettre-clé. La FLLAM avait fait appel contre ce jugement auquel elle a néanmoins finalement renoncé de sorte que le litige a été clôturé en faveur de la CNS.

Les négociations pour la période 2015 et 2016 ont été déclenchées en automne 2014, suivant les procédures inscrites dans le Code de la sécurité sociale, par une demande des organismes représentatifs des différentes professions. La marge de négociation se situait entre 0 % (étant donné qu'il est actuellement considéré qu'une revalorisation d'une lettre-clé ne peut être négative) et 0,18 %, en application de l'article 67, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale.

Néanmoins le projet de loi budgétaire pour l'exercice

2015, établi dans le cadre du budget de nouvelle génération, a déjà prévu le gel des lettres-clé des différentes professions de santé, voire une réduction de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et biologie clinique à hauteur de 20 %. Ainsi, les différentes négociations ont été menées en attente du vote de la loi budgétaire pour l'exercice 2015, qui a clôturé la procédure correspondante.

7. Commission de nomenclature

La visée de la réforme du système de soins de santé effectuée par la loi du 17 décembre 2010 avait été de donner un cadre procédural clair aux travaux de la Commission de nomenclature, de les compléter par les ressources complémentaires de la Cellule d'expertise médicale, amenée à fournir un avis préalable et indépendant avant la prise de position de la Commission de nomenclature et d'accélérer les travaux par rapport aux diverses demandes ponctuelles, afin que la Commission de nomenclature puisse se concentrer sur les réformes structurelles des nomenclatures majeures.

De façon générale, il y a lieu de constater que les objectifs majeurs fixés dans le cadre de la réforme de 2010 n'ont pas été atteints :

- La Commission de nomenclature est occupée par des discussions juridiques et procédurales qui ne motivent guère ses membres et qui la dévient de sa mission principale d'introduire et d'entretenir des nomenclatures cohérentes.
- La Cellule d'expertise médicale, dont les compétences et l'engagement ne sont pas à mettre en question, fournit des avis certes fondés et exhaustifs, mais n'arrive pas, par ses propres ressources et par les experts avec lesquels elle collabore, à suivre le rythme des saisines auxquelles elle est confrontée.
- La révision de trois nomenclatures complètes, à savoir les laboratoires d'analyses médicales, les kinésithérapeutes et les infirmiers, complétée par la saisine en vue d'une nouvelle nomenclature en matière de soins palliatifs, n'est pas encore finalisée.
- L'objectif majeur et primordial d'une révision des nomenclatures pour les médecins et les médecinsdentistes ne semble guère réaliste à court terme.

L'avis de la CEM par rapport à la révision de la nomenclature des kinésithérapeutes a été transmis à la Commission de nomenclature le 8 avril 2014. Les travaux sont toujours en cours et devraient porter sur toute l'année 2015, étant donné que la révision envisagée impactera également la convention et la chaîne de facturation correspondante.

Les avis de la CEM par rapport à la révision de la

nomenclature des infirmiers et à la nouvelle nomenclature en matière de soins palliatifs ont été transmis à la Commission de nomenclature le 10 septembre 2014 respectivement le 29 octobre 2014. Les travaux correspondants ont commencé au début de l'année 2015.

La révision de la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique n'est actuellement pas encore entamée. Néanmoins, ce dossier relève d'une certaine importance, étant donné que suite à la baisse de la lettre-clé à hauteur de 20 % à partir du 1^{er} janvier 2015, il est primordial de revoir le catalogue tarifaire par rapport à sa structure, aux montants et aux règles de facturation.

Pendant l'année 2014, la Commission de nomenclature a encore traité les dossiers suivants :

- transmission à la CEM de la révision des actes en relation avec le PET-Scan;
- introduction d'une cure d'obésité ambulatoire au Centre thermal et de santé de Mondorf et des actes de suivi médical correspondants; le dossier devrait être finalisé en début de l'année 2015;
- introduction dans la nomenclature médicale des actes en relation avec le Cyberknife du Centre Baclesse (voir point 15);
- discussion de l'avis de la CEM en relation à l'introduction de forfaits techniques pour examens numériques et pour radiographies numériques;
- mise en conformité de la nomenclature des orthopédistes-bandagistes-cordonniers par rapport aux nouveaux textes légaux en vigueur;
- introduction dans la nomenclature médicale d'un acte en relation avec la psychiatrie juvénile ;
- abolition de la condition du préalable de l'autorisation requise du CMSS dans le cadre de l'acte 2S61;
- transmission à la CEM d'une saisine en relation avec l'inscription d'un stimulateur électrique neuromusculaire pour pied tombant dans la nomenclature des orthopédistes-bandagistes-cordonniers;
- transmission à la CEM d'une saisine en relation avec le transfert de certaines positions du chapitre 5 au chapitre 3 de la nomenclature des orthopédistesbandagistes-cordonniers;
- transmission à la CEM de la révision des actes de réadaptation physique;
- transmission à la CEM d'une saisine en relation avec l'inscription d'actes d'algologie ;
- transmission à la CEM d'une saisine en relation avec

la revalorisation des tarifs de l'activité pédiatrique en période pré- et périnatale ; l'avis de la CEM a été retourné le 29 décembre 2014 et devrait être discuté au début de l'année 2015 dans le contexte général du fonctionnement des services pédiatriques hospitaliers et des maternités ;

- transmission à la CEM d'une saisine en relation avec l'activité spécialisée en médecine génétique;
- transmission à la CEM d'une saisine en relation avec une proposition de l'AMMD de modification de la deuxième partie de la nomenclature des actes et des services des médecins;
- transmission à la CEM d'une saisine en relation avec une proposition du CMSS de révision de l'activité arthroscopique dans la deuxième partie de la nomenclature des actes et des services des médecins;
- introduction d'une nouvelle inscription dans le cadre du pied diabétique dans la nomenclature des orthopédistes-bandagistes-cordonniers; le dossier a été finalisé en début de l'année 2015;
- révision de certains actes de la première partie de la nomenclature des actes et des services des médecins dans le cadre de la transposition du résultat de la négociation tarifaire pour les années 2013 et 2014, suite à la sentence arbitrale correspondante prononcée le 9 janvier 2014 par le Conseil supérieur de la sécurité sociale,

8. Secteur hospitalier

Les dossiers en relation avec les établissements hospitaliers sont en grande partie identiques à ceux de l'année 2013 et n'affichent en majeure partie pas d'avancées substantielles. Les travaux par rapport à la conclusion de contrats d'objectifs et de moyens relatifs à l'organisation nationale de certaines matières prévus au niveau de la nouvelle convention n'ont guère progressé au cours de l'année 2014. En ce qui concerne l'élaboration d'un contrat d'objectifs et de moyens en matière d'extension de l'achat en commun, les travaux ne se sont pas concrétisés. Le même constat s'impose en matière d'une organisation nationale des laboratoires hospitaliers, où les établissements ne sont pas encore parvenus à une approche commune. En matière de mutualisation des outils et services informatiques hospitaliers, les établissements hospitaliers ont procédé à la création du GIE LUXITH qui a repris en outre les tâches informatiques précédemment assurées par la FHL. Dans ce cadre, un marché public a été initié dans la perspective de la mise en place d'un archivage national de l'imagerie médicale (PACS).

L'année 2014 était caractérisée par l'élaboration de l'enveloppe budgétaire globale pour les années 2015 et 2016. Sur base d'un rapport d'analyse de l'IGSS, qui proposait une augmentation de 4,5 % respectivement 3,5 % pour les deux années à venir, le Gouvernement a arrêté en date du 19 septembre des taux de 4 % et 3,5 %. Cette décision pose un cadre financier plus contraignant pour le secteur hospitalier, qui devrait en principe mener à une meilleure collaboration entre les établissements et une mutualisation de différentes activités, et devrait en principe être accompagné par un cadrage et un pilotage améliorés via le nouveau plan hospitalier. Néanmoins, une telle évolution ne peut actuellement pas être constatée. De pair avec la transposition de la réforme de la fonction publique dans le secteur hospitalier, qui incombe aux partenaires sociaux et pour laquelle il existe un engagement politique, les marges pour l'utilisation de l'enveloppe budgétaire globale pour les années 2015 et 2016 sont fortement réduites. La CNS a négocié fin 2014 avec les établissements hospitaliers les budgets spécifiques pour ces 2 années. Un accord a pu être trouvé avec tous les gestionnaires, sauf avec l'Hôpital du Kirchberg concernant l'acquisition du robot DA Vinci, qui devrait être tranché au cours de l'année 2015, ou au plus tard au moment du décompte de fin d'exercice.

En matière de décomptes hospitaliers, les travaux se sont concentrés sur l'élaboration des décomptes des exercices 2012 et 2013 ainsi qu'au rattrapage des retards de décomptes des années précédentes restés encore en suspens. Ainsi, il a pu être constaté que les enveloppes budgétaires pour les exercices 2011/12 et 2013/14 ont été respectées avec une marge suffisante.

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 ont été présentées selon le nouveau schéma de centres de frais.

Les travaux en relation avec 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. La phase test déployée au cours du premier semestre 2014 a été évaluée. Il a été soulevé en particulier que le point bloquant concerne l'accès à l'informatique médicale, cette difficulté étant plus ou moins grande selon les établissements. 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.

Étant donné que les travaux en relation avec l'élaboration d'un nouveau plan hospitalier n'ont pas pu aboutir au cours de l'année 2013, le ministère de la Santé a soumis une nouvelle version du projet pour avis à la Commission permanente pour le secteur hospitalier. Le Comité directeur de la CNS a fixé sa position se basant en large mesure sur son avis élaboré par rapport au texte de l'année 2013. 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. L'avis du Conseil d'État du 19 mai 2015 par rapport au règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier a soulevé des guestions fondamentales qui doivent probablement mener à une révision de la loi hospitalière.

9. Médecin référent

La mise en œuvre du dispositif « médecin référent » a été continuée sur base des dispositions conventionnelles correspondantes et des actes de la nomenclature médicale arrêtés en 2011. Il y a lieu de noter :

- que les difficultés de démarrage considérables connues au lancement du dispositif, notamment par rapport à l'application des mesures tarifaires et conventionnelles correspondantes, ont été maîtrisées au début de l'année 2014;
- 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;
- qu'avec un nombre de +/- 200 médecins généralistes et un nombre de +/-20.000 patients adhérant au dispositif du médecin référent, l'évolution importante connue en 2013 s'est stabilisée au cours de l'année 2014;
- tel que prévu par les textes, le dispositif du médecin référent a été ouvert au début de l'année 2014 aux autres spécialités médicales; cette mesure n'a néanmoins seulement connu un retour marginal;
- au cours de l'année 2014 ont également été mises en œuvre les procédures de transmission et de validation de la fiche prévention par la Direction de la Santé, qui se basent sur un dispositif exclusivement informatique, mis en œuvre de façon commune par

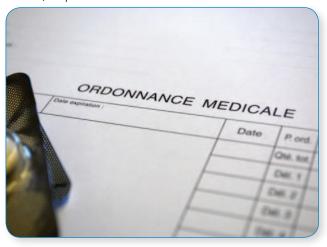
la CNS, le CISS, la Direction de la Santé et l'Agence eSanté; à noter encore que le Comité directeur de la CNS a, en date du 28 mai 2014, refusé son accord par rapport à la conclusion d'un programme de prévention qui aurait normalement dû être à la base de la facturation de cet acte E60.

Le Comité directeur de la CNS a arrêté en début de l'année 2014 le cadre de l'évaluation du dispositif du médecin référent. 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. L'évaluation effectuée dans le cadre de la Commission d'évaluation instaurée au niveau conventionnel avec l'AMMD porte essentiellement sur :

- une enquête effectuée en collaboration avec TNS-ILRES auprès des patients et du corps médical ;
- une analyse épidémiologique auprès des patients souffrant de diabète ;
- les données statistiques et financières ;
- une analyse du traitement administratif du dispositif.

Les résultats de cette évaluation devraient être disponibles au cours du premier semestre 2015 et aider à poser le cadre de la continuation du dispositif au-delà du 30 juin 2015

Il y a lieu de rappeler que le programme gouvernemental prévoit en principe une continuation du dispositif avec, le cas échéant, un élargissement des missions du médecin référent dans le cadre de la prévention. Or le Comité directeur de la CNS a dénoncé au 30 juin 2014, à titre conservatoire et avec un préavis d'une année, l'annexe V de la convention en relation avec le médecin référent. Cette décision est motivée par la volonté de reconsidérer le dispositif sur base de l'évaluation, et en parallèle pour les volets conventionnels et tarifaires après la date butoir du 30 juin 2015. Étant donné que la médiation par rapport à cette dénonciation a échoué tel qu'exposée ciavant, il appartient en principe au Ministre de la sécurité sociale, respectivement au Gouvernement de déterminer



le cadre pour la continuation du dispositif. Néanmoins, lors de la réunion du Comité Quadripartite du 29 avril 2015, il a été retenu par tous les acteur concernés de rechercher une nouvelle base pour le fonctionnement du médecin référent dans le cadre de la convention AMMD-CNS.

10. Médicaments

Le dispositif de substitution avec une base de remboursement a été introduit en octobre 2014, il a été élaboré en s'inspirant des systèmes qui ont fait leurs preuves dans les pays limitrophes. Il va de pair avec un alignement des montants remboursés (base de remboursement) pour des médicaments appartenant à un groupe de même principe actif, de même dosage et de même forme d'administration.

Ce dispositif est prévu dans le Code de la sécurité sociale (CSS) notamment à l'article 22*bis* et dans son règlement d'exécution, le règlement grand-ducal du 25 juin 2012 déterminant les modalités de calcul de la base de remboursement des médicaments substituables.

Dans un premier temps la substitution est limitée aux médicaments appartenant selon la classification de l'Organisation mondiale de la santé (WHO/OMS) aux deux groupes ATC suivants :

- Code ATC A02BC: Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)
- Code ATC C10AA: Inhibiteurs de la HMG-CoA réductase (statines)

L'approche choisie par les administrations en charge du dossier afin de déterminer quels groupes sont retenus se fonde sur les critères suivants :

- Praticabilité et sécurité d'emploi : des médicaments à schéma thérapeutique complexe ou des médicaments à marge thérapeutique étroite n'ont pas été retenus.
- Impact sur les dépenses de l'assurance maladie : les deux groupes de principes actifs ont été choisis, pour lesquels il existe des médicaments génériques et qui représentent en valeur et en volume les produits phares pris en charge par l'assurance maladie.

Une autre priorité a porté sur le traitement médicamenteux de l'hépatite C. Depuis 2014, l'arsenal thérapeutique dont dispose le médecin pour traiter l'hépatite C, s'est élargi. Comme exemple on peut citer le médicament SOVALDI (sofosbuvir). Selon le Arznei-Telegramm (bulletin indépendant de l'industrie pharmaceutique) « Avec l'inhibiteur de la polymérase sofosbuvir, un nouveau médicament dans le traitement de l'hépatite C chronique est disponible, qui pourrait se révéler à la fois

plus efficace et avoir moins d'effets indésirables que les options thérapeutiques disponibles jusque-là. »

Pour une durée générale de 12 semaines de traitement à 1 comprimé par jour, les dépenses se chiffrent à 41.000€ HT par traitement par patient.

Pour le Luxembourg, on peut estimer la population cible à environ 620 patients en extrapolant les données d'une étude belge du professeur Hans Van Vlierberghe, hépatologue à l'UZ Gent, sur la population protégée de la CNS.

L'impact de la prise en charge de ces nouveaux traitements médicamenteux sur les dépenses de l'assurance maladiematernité sera considérable. Une croissance d'environ 10 % des frais pharmaceutiques extra-hospitaliers est à considérer.

Autres aspects en relation avec les prestataires de soins

Au niveau des conventions, et en dehors du dossier de la convention avec l'AMMD, les travaux ont porté sur :

- la révision de la convention des laboratoires d'analyses médicales, qui n'a néanmoins pas encore abouti et qui devraient être continuées en début de l'année 2015 :
- 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'amendement de la convention avec Luxembourg Air Rescue.

En matière de programmes de médecine préventive instaurés sur base de l'article 17, alinéa 3 du CSS, il y a lieu d'évoguer :

- le programme de prévention en matière de soins dentaires au profit des enfants, garantissant une prise en charge à 100 % des prestations fournies à charge du budget de l'État a été mis en œuvre;
- le Comité directeur a procédé à une évaluation du programme mammographie ;
- en raison des mesures d'économie retenues au niveau du Ministère de la Santé, une révision du programme de prévention en relation avec le human papilloma virus a été initiée et mise en oeuvre au début de l'année 2015;
- tel qu'exposé ci-avant, le Comité directeur a refusé son accord par rapport à la conclusion d'un programme de prévention en relation avec la fiche de prévention prévue dans le cadre du dispositif du médecin référent.

Au cours de l'année 2014, une révision complète

des dispositions en relation avec la prise en charge des dispositifs d'aide auditive et avec l'agrément des fournisseurs correspondants a été réalisé en collaboration étroite avec le service audio-phonologique de la Direction de la Santé.

D'autres sujets d'actualité encore en discussion respectivement en cours concernaient :

- la réglementation de la profession de santé des podologues;
- le projet de loi portant réglementation de la profession de psychothérapeute ;
- le statut du Laboratoire national de santé, tant en ce qui concerne son statut et les attributions lui réservées plus spécifiquement, que la prise en charge de certaines de ses activités par l'assurance maladie-maternité;
- le lancement du plan cancer (voir point 16).

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 continuées sans rencontrer de problème majeur.

12. Lutte abus et fraude

Au cours de l'année 2013, la CNS avait arrêté une approche structurée en matière de lutte contre la fraude et les abus, se basant sur la création d'un service lutte abus et fraude spécifique, une collaboration renforcée avec le CMSS et l'implémentation d'un suivi systématique des cas d'abus et de fraude aux niveaux organisationnels.

Bien que cette approche ait permis d'effectuer au cours de l'année 2014 un suivi renforcé d'une quarantaine de dossiers d'abus et de fraude concernant différents prestataires de soins, elle s'avère néanmoins difficile à mettre en œuvre en raison du manque de ressources à y affecter et des difficultés de coordination avec les différents acteurs et instances impliqués. L'approche de la CNS est actuellement en cours d'évaluation et des changements au niveau des ressources et de l'organisation seront implémentés au début de l'année 2015.

13. L'assurance dépendance

Au cours de l'année 2014, les travaux préparatifs en vue d'une réforme de l'assurance dépendance ont été continués, sur base du rapport de l'IGSS publié en date du 23 mai 2013 par rapport au fonctionnement et à la viabilité financière de l'assurance dépendance depuis sa création en 1999 et des orientations fixées dans le

cadre du programme gouvernemental. La coordination de la réforme est pilotée par le Ministère de la sécurité sociale et par l'IGSS et implique les acteurs concernés, tant au niveau des administrations et des institutions de sécurité sociale, que les parties prenantes externes. Il est actuellement prévu que le projet de loi en relation avec la réforme sera déposé au cours du 2ème semestre 2015.

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. Une étude portant sur l'analyse critique de l'outil canadien CTMSP et de son adaptation dans le cadre luxembourgeois (volets évaluation de la dépendance et de son financement) a été élaborée sur initiative de la CNS et sert de base pour une éventuelle forfaitisation des prestations de l'assurance dépendance prévue dans le cadre de la réforme. Le Comité directeur a également lancé ces travaux internes dans le cadre d'un groupe de travail, à l'instar de ce qui avait été fait pour les prestations en espèces.

À noter encore que la loi budgétaire pour l'année 2015 a entériné un gel des valeurs monétaires des prestataires d'aide et de soins, de sorte que les négociations y relatives n'ont pas eu lieu.

14. Agence eSanté

Au cours de l'année 2014, les travaux de Agence eSanté, créée dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de 2010 et remplissant les missions d'une Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé (CSS article 60ter) se sont concentrés sur :

 L'équipe de l'Agence eSanté a été élargie pour atteindre, à la fin de l'année 2014, 13 personnes.
 Au niveau de la gouvernance, les règles de gestion ont été précisées, notamment dans le cadre d'un règlement d'ordre interne, validé par le Conseil de



gérance et l'Assemblée générale du GIE. Suite à une modification des statuts, le Conseil de gérance a été élargi pour englober des représentants de tous les membres.

La plateforme retenue au cours de l'année 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,...), a été rendue opérationnelle dans les délais donnés au début de l'année 2014, et a démarré les premiers services opérationnels au cours du premier semestre 2014 : master patient index et annuaire des prestataires de soins, messagerie sécurisée, logiciel de gestion des dossiers de soins pour petites structures, outil de gestion de l'acte E60 dans le cadre du médecin référent, etc.

Le déploiement progressif en mode préfiguration du Dossier de soins partagé (DSP) était en principe prévu au cours du premier semestre 2014. Néanmoins, cet objectif n'a pas pu être tenu, étant donné que les travaux d'autorisation du dispositif avec la Commission nationale pour la protection des données n'ont pas pu être menés à terme. L'approche retenue avec la CNPD en début d'année 2014 se basait sur une démarche de « privacy impact assessment », qui s'est néanmoins avérée être un exercice fastidieux et ne permettant pas de clarifier les différents aspects de gestion des risques de la qualité ou de la sécurité des données abordées dans le cadre des discussions. En plus, les différents changements ayant eu lieu au cours du 2ème semestre 2014 au niveau de la gouvernance de la CNPD ont seulement permis d'arrêter en décembre une démarche plus ciblée et centrée sur la gestion des risques. Cette nouvelle approche devrait mener au cours des premiers mois de l'année 2015 à un lancement du DSP de préfiguration, se basant essentiellement sur les médecins et patients adhérant au dispositif du médecin référent.

À noter que le Conseil de Gérance de l'Agence eSanté a donné lors de sa réunion du 30 avril 2015 son accord au lancement du DSP de préfiguration.

En dehors de ce dossier central des activités de l'Agence eSanté, les priorités pour l'année 2015 sont encore :

- les travaux d'élaboration du règlement grand-ducal en relation au DSP, prévu à l'article 60 quater du Code de la sécurité sociale, devront être lancés;
- le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'État, la CNS et l'Agence en date du 17 septembre

2013 pour la phase de démarrage de 2013 à 2015 devra être reconsidéré pour la période 2016 à 2017 ; le nouveau contrat devra cibler un cadre financier stable pour le déploiement des services de l'Agence et intégrer les attentes des parties prenantes, notamment de l'État et de la CNS, envers l'Agence.

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, 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 portail quichet.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.

15. CyberKnife®

En 2014, le Centre François Baclesse à Esch s'est doté d'un appareil pointu en matière de robotique. Ce robot de dernière génération permet avec une plus grande précision de traiter une tumeur localisée à des zones sensibles. De plus, il a un plus haut débit par dose d'irradiations, ce qui réduit les séances de radiothérapie.

Les coûts de cet appareil hightech s'élèvent à 5 millions d'euros, dont 80 % a été pris en charge par l'État.

Au 1^{er} juin 2014 (suivant Mémorial A-91 du 30 mai 2014), deux actes concernant le Cyberknife ont été introduits dans la nomenclature des actes et services des médecins, à savoir:

Sous-section 4 - Radiothérapie/Radiochirurgie stéréotaxique robotisée (technologie Cyberknife)

- 8T80 Acte de contourage portant exclusivement sur le système nerveux central (encéphale et moelle épinière), toute technique d'imagerie confondue - APCM
- 8T81 Acte de contourage hors système nerveux central, toute technique d'imagerie confondue -APCM

Chaque acte est néanmoins soumis à l'appréciation du Contrôle médical de la sécurité sociale, donc un accord préalable est toujours nécessaire.

16. Le Plan National Cancer

En 2014, la CNS a participé aux réunions du Comité de pilotage dont les travaux ont abouti au 1^{er} Plan national cancer 2014-2018.

Ce plan s'inscrit dans un contexte de santé où les cancers constituent la première cause de mortalité chez l'homme et la deuxième cause chez la femme au Luxembourg. La croissance de la population, nos modes de vie tels que tabagisme, consommation excessive d'alcool, obésité etc., l'allongement de la durée de la vie et le fait que les cancers se développent le plus souvent avec l'âge combiné avec une amélioration de la détection du cancer contribuent à l'augmentation du nombre de cancers.

Le plan cancer vise tout particulièrement à fédérer les acteurs autour de ce défi de santé publique. De la prévention du cancer à la recherche en cancérologie, en passant par une amélioration de la gouvernance, il vise à rendre plus performantes l'ensemble de nos actions en faveur de la lutte contre le cancer. Composé de 10 axes et de 30 mesures, il a été approuvé par le Conseil de Gouvernement le 18 juillet 2014.

Au 2^{ème} semestre de 2014, différentes mesures et actions du Plan national cancer ont été entamées:

- Mise en place de la Plateforme nationale de lutte contre le cancer
- Élaboration d'un concept d'Institut national du cancer ayant une mission d'organisation et de coordination des activités de cancérologie
- Élaboration d'un programme de dépistage organisé du cancer colorectal
- Amélioration des capacités du Laboratoire national de santé dans le domaine de l'anatomopathologie
- Organisation au niveau national du fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)
- Amélioration de la filière de prise en charge des enfants atteints de cancer

La CNS a été représentée dans les 3 groupes de travail suivants :

- GT-Institut national du cancer
- GT-Programme de prévention et de dépistage organisé du cancer colorectal
- GT-Filière et service national d'onco-pédiatrie

II. La planification stratégique et annuelle

Le plan stratégique de la CNS

La planification stratégique est pluriannuelle et s'articule autour de trois niveaux de description:

- les axes stratégiques: ils indiquent les orientations retenues par la CNS pour guider et suivre son évolution en vue de répondre à ses missions,
- 2. les objectifs stratégiques: ils fixent les «cibles» visées à atteindre dans les 2 à 3 ans,
- 3. et les (moyens d') actions: leur réalisation est coordonnée et considérée ici de façon globale et transversale, planifiée et priorisée en fonction des ressources nécessaires et disponibles ainsi que des contraintes de leur mise en œuvre.

Ainsi, les axes et objectifs stratégiques traduisent à la fois les visions vers lesquelles tend la CNS et les exigences déjà connues auxquelles elle devra faire face à l'avenir, en les inscrivant dans un horizon de 3 à 5 ans, décliné annuellement. Apprécier et suivre les progrès de la CNS sur ce chemin peut alors se faire en évaluant et analysant la tendance d'évolution de l'atteinte de ces objectifs.

Pour chacun des axes stratégiques, voici le point d'évolution établi lors du suivi d'avancement effectué en février 2015 pour clôturer le plan d'action PA 2014, les tendances d'évolution des objectifs stratégiques ayant alors été évaluées en fonction des résultats obtenus ou des avancées concrètes dans la réalisation des actions y associées fin 2014.

Axe A. La CNS documente, révise et maintient activement ses processus métier et de support

En 2014, la cartographie globale des processus métier, de pilotage et de support de la CNS a été établie. Un nouveau contrat a été conclu pour permettre à la CNS de disposer jusque fin 2016 de ressources externes complémentaires pour supporter la démarche interne de documentation de ses processus. De nombreuses ressources internes se sont impliquées et ont collaboré activement au processus de documentation de certains processus métier existant, tout en formulant déjà diverses suggestions d'amélioration de fonctionnement.

En 2015, une analyse plus globale et transversale de ces processus est prévue, afin de contribuer plus directement aux objectifs visant à « Harmoniser les processus relatifs à l'application du tiers payant et au remboursement de l'assuré par virement » au travers de la documentation des futurs processus harmonisés et optimisés, ainsi qu'à « Refondre les processus de facturation prestataires » en cohérence avec le très vaste chantier technique de

modernisation des chaînes de facturation démarré en 2015.

Axe B. La CNS soutient activement le développement et l'optimisation des outils de technologie de l'information et de la communication (TIC) qu'elle utilise

Plusieurs projets à forte dimension technique se sont clôturés en 2014, par exemple la migration vers le nouveau système interinstitutionnel de comptabilité dont le dernier volet de mise en œuvre pour la clôture annuelle de l'exercice comptable a été évalué en 2014, l'introduction du nouvel identifiant unique ou la mise en œuvre des mesures liées à la transposition de la directive des soins transfrontaliers. D'autres travaux visant la mutualisation de certaines ressources (humaines, logicielles ou matérielles) entre les institutions de la sécurité sociale ont aussi largement progressé en 2014, adressant notamment le recouvrement financier, l'élaboration de statistiques (« Business Intelligence »), et concerneront encore le développement des sites internet et intranet de la CNS en 2015.

Par ailleurs, en 2014, la CNS n'a pas ménagé ses efforts en vue d'aboutir au déploiement, dans un futur le plus proche possible, de services électroniques tant à destination des prestataires (établissement des certificats d'incapacité de travail, communication électronique des ordonnances ou des mémoires d'honoraires) qu'à destination des assurés (accessibilité du détail de remboursement, du relevé tiers payant ou du relevé des prestations). Ainsi, plus avant dans ce rapport au chapitre «Les activités de la CNS en 2014», il est fait état, à la section 14, aussi bien des avancées réalisées et des résultats obtenus que des difficultés rencontrées pour définir et mettre en œuvre d'une part la plateforme électronique d'échange portée par l'Agence eSanté, et d'autre part le portail à l'égard des assurés déployé essentiellement avec le CISS, les deux environnements technologiques qui rendront accessibles à l'avenir les services électroniques envisagés, en bonne intégration et de façon complémentaire.

Ainsi, les prochains mois verront encore des progrès significatifs dans les travaux parfois difficiles, menés notamment avec la Commission nationale pour la protection des données, autour de nombreux points de discussion et d'expertise suscités par ces dossiers complexes et innovants, dans lesquels l'évolution technologique doit concilier la protection de la vie privée et la sécurité avec l'optimisation des performances. On peut dire que certaines affaires venues à l'actualité ces

derniers mois ont judicieusement servi de déclencheur pour relancer activement des travaux à l'ordre du jour depuis 2006 mais plusieurs fois laissés en suspens du fait d'autres priorités d'intervention.

C'est au même défi qu'est confronté le programme ambitieux de modernisation des chaînes de facturation qui sont au cœur du métier de la CNS, programme-cadre qui s'est concrétisé fin 2014. Au travers de diverses réalisations, par exemple pour la facturation des analyses de laboratoires, de différentes analyses fonctionnelles, et du développement d'un démonstrateur pour la facturation des prestations de kinésithérapie, travaux qui se poursuivront d'ici 2016, de nouvelles chaînes de traitement des prestations seront progressivement développées et déployées jusqu'en 2020.

Il est important de souligner combien toutes ces évolutions techniques impactent lourdement les agents de la CNS. À l'avenir, elles vont bien sur grandement faciliter et optimiser leur travail, mais dans l'immédiat, les contraintes techniques entravent souvent leur efficacité, alors que le développement des nouveaux systèmes les sollicite aussi de façon substantielle. En 1ère ligne vis-à-vis d'assurés ou de prestataires parfois mécontents si la qualité des services n'est pas conforme aux standards auxquels ils peuvent prétendre à ce jour, ils se retrouvent alors trop souvent «assis entre deux chaises» devant allier la nécessité de remplir leur travail quotidien et les obligations de la gestion journalière, en étant de plus en plus souvent limités par les moyens technologiques mis à leur disposition, avec celle de participer activement à la conception et à la mise en œuvre de nouvelles solutions de travail.

Axe C. La CNS met en place une politique active de gestion des ressources humaines et de développement des compétences de son personnel

2014 a été l'occasion de deux retours positifs d'expérience, l'un concernant la procédure établie en 2013 pour gérer les dotations en personnel des départements en fonction de leurs besoins effectifs, en particulier selon la charge de travail, le second relatif au fonctionnement du service « Dépannage commun » mis en place en 2013 pour le remplacement provisoire d'un agent absent ainsi que pour le renfort en cas de surcroît temporaire de travail.

La description des rôles et responsabilités du personnel, en particulier pour les chefs de département, ainsi qu'une analyse de l'organigramme de la CNS en vue d'une harmonisation, a fait l'objet de travaux et de réflexions qui se sont poursuivis sans encore avoir abouti pour de multiples raisons - contrainte externe, situation individuelle particulière, évolution organisationnelle interne, raison historique, dont la moindre n'est pas la fusion des 6 caisses de maladie et de l'UCM qui sont à l'origine de la création de la CNS au 1er janvier 2009. Ces difficultés ont néanmoins confirmé l'intérêt d'un large projet interne de formation à destination de tous les agents ayant une activité d'encadrement, quel que soit leur niveau de carrière. Ce projet, initié avec le support de l'INAP, continue à se développer et verra le jour courant 2015. Il devrait également intégrer l'impact du volet de la réforme de la Fonction Publique qui prévoit la mise en place d'un système de gestion par objectifs, système qui vise également le développement des compétences des agents de l'État.

Axe D. La CNS revoit progressivement ses relations avec les prestataires de soins, en veillant à leur cohérence avec l'évolution du secteur et en s'appuyant sur des échanges électroniques d'information

Les objectifs stratégiques associés à cet axe stratégique prévoient de « Revoir par étapes les conventions avec les prestataires de soins », de « Procéder par étapes à une révision de fond des nomenclatures majeures en veillant à une tarification appropriée et transparente, ainsi qu'à l'adaptation des chaînes de facturation », de « Mener une analyse critique de l'allocation des ressources financières aux différents types de prestations de santé » et de « Définir et mettre en œuvre une stratégie de communication avec les prestataires ».

Pour contribuer à l'atteinte de ces objectifs en 2014 et les poursuivre en 2015, la CNS s'est engagée dans de nombreuses activités dont les progrès mais aussi les complications sont largement commentés au chapitre «Les activités de la CNS en 2014 » tout au long des sections « 5. Négociations conventionnelles AMMD-CNS », « 6. Négociations tarifaires », « 7. Commission de nomenclature » ou encore « 11. Autres aspects en relation avec les prestataires de soins ».

Si certaines de ces activités ont avancé, toutes n'ont pas abouti, les travaux menés en relation avec les projets de réforme dans lesquels la CNS s'implique activement en ligne avec son axe stratégique H ci-dessous, rendant parfois les négociations encore plus difficiles à mener. Cet impact croisé du traitement de dossiers relève parfois d'un exercice d'équilibriste qui doit tout en même temps organiser la mise en œuvre de décisions récemment approuvées, anticiper déjà leur évaluation voire leur adaptation, et préparer les réformes en plein débat.

Axe E. La CNS revoit ses relations avec les assurés et modernise et étend ses services d'information et d'assistance aux assurés

En 2014, l'objectif stratégique de « Revoir la conception des agences » a entrainé la définition d'un nouveau concept d'identité visuelle, d'autant que les réflexions menées avec d'autres institutions de la sécurité sociale autour d'un concept d'agence « multifonctionnelle » ont finalement écarté cette option. À partir de 2015, la rénovation progressive des agences de la CNS va se poursuivre dans la perspective de la mise en place de cette nouvelle identité visuelle.

En s'appuyant sur les résultats de l'enquête de satisfaction menée en 2013, améliorer l'accueil des assurés est resté une préoccupation majeure de la CNS, tout comme la mise en place des premiers services en ligne. Néanmoins, si les deux objectifs stratégiques visant la définition et la mise en œuvre d'une stratégie de service au client/assuré et d'une stratégie de communication avec les assurés ont bien donné lieu à la définition d'un plan d'actions dédié, leur avancement reste aujourd'hui très fortement tributaire des progrès réalisés dans le domaine des développements technologiques adressés par l'axe B. En 2015, l'engagement des partenaires informatiques de la CNS sera déterminant pour avancer et faire progresser les services prestés à la hauteur des attentes des assurés et des besoins des collaborateurs pour ce faire.

Axe F. La CNS met en place un reporting statistique et financier complété

En 2014, l'objectif stratégique de « Mettre en place des tableaux de bord par service et par activité et de développer la partie statistique du rapport d'activité CNS » a bien progressé, le présent rapport annuel 2014 en est une bonne illustration. À l'avenir, le développement des analyses statistiques doit se poursuivre en s'appuyant sur l'évolution des pratiques internes de « Business Intelligence », et sans doute aussi en s'intégrant plus étroitement à la documentation des processus. Il ne faut pas non plus relâcher les efforts pour que l'utilisation appropriée de ces tableaux et analyses se systématise dans les processus et pratiques internes de pilotage.

Par ailleurs, les activités associées en 2014 aux objectifs visant à « Développer le volet des analyses financières » et à « Développer l'analyse des opérations sur provisions, régularisations et reports » deviennent quant à elles des tâches récurrentes et routinières, et vont dès lors sortir du cadre de la planification annuelle. En 2015, elles laisseront ainsi la place à des analyses visant par exemple à développer plus spécifiquement divers scénarios

des dépenses ou à approfondir l'étude en matière de définition et d'application de différentes méthodes d'estimation.

Axe G. La CNS agit activement en matière de lutte contre la fraude et les abus

En 2014, le suivi renforcé d'une quarantaine de dossiers d'abus et de fraude contribue manifestement à la poursuite de l'objectif stratégique visant à « Assurer un suivi systématique des suspicions de fraude et d'abus ». À côté de ces résultats concrets, pour mieux répondre à l'objectif de « Définir et mettre en œuvre la stratégie de lutte contre la fraude et les abus », une évaluation des difficultés de mise en œuvre de l'approche structurée définie en 2013 en la matière va conduire à des changements organisationnels en 2015.

Axe H. La CNS s'implique activement dans les projets de réforme en se basant sur des évaluations systématiques et en développant ses positions en amont des décisions en préparation

En 2014, les projets majeurs qui ont occupé la CNS côté réforme incluent la transposition de la directive européenne de soins transfrontaliers, le suivi du dossier relatif à la substitution des médicaments, le suivi du processus d'évaluation de la réforme des prestations en espèces associée à l'introduction du statut unique en 2009 et de la mise en œuvre du dispositif « médecin référent » qui s'inscrit dans le développement d'une approche pour les soins primaires, le développement de la position de la CNS en vue de la réforme annoncée de l'assurance dépendance, sans oublier le suivi des travaux en relation avec le secteur hospitalier.

Axe I. La CNS adopte une gouvernance visant l'optimisation de son fonctionnement interne et établissant une prise de décision transparente

Parmi les objectifs stratégiques relevant de la gouvernance, celui d'« Implémenter durablement le processus de planification annuelle et d'amélioration continue » requiert une persévérance maintenue et sans cesse renouvelée depuis 2012 pour progressivement développer les bonnes pratiques et faire évoluer les compétences internes en la matière.

Pour accompagner la CNS dans cette direction, une veille continue s'effectue autour de références reconnues telles que le Cadre d'auto-évaluation des fonctions publiques (CAF - « Common Assessment Framework »), un outil de management par la qualité totale inspiré du modèle d'excellence de la Fondation européenne pour la gestion par la qualité (EFQM), ou encore les Lignes directrices

de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale, des normes professionnelles reconnues à l'échelle internationale dans le domaine de l'administration de la sécurité sociale, sans oublier la gestion des risques qui s'inscrit parmi les six principes de base des « Good Governance Standards for Public Services », mis au point par l'Independant Commission on Good Governance in Public Services et publiés par l'Office for Public Management (OPM) et le Chartered Institute of Public Finance and Accountancy (CIPFA).

En 2014, une étude d'opportunité a été proposée pour examiner la question de mener une auto-évaluation CAF au sein de la CNS, mais elle a conclu négativement tant il ne paraissait pas raisonnable, voire contre-productif, de solliciter d'avantage encore nos ressources internes pour s'impliquer dans une telle initiative, compte tenu de tous les autres projets et activités en cours et menés de front. Par contre, 2014 a permis de dérouler, avec un accompagnement dédié, un cycle annuel complet de la démarche de planification stratégique, incluant deux points de suivi semestriels et même deux points d'avancement intermédiaire, afin d'adapter en continu la démarche aux résultats et difficultés mis en évidence tout au long de cette année. Une évaluation et un bilan sont actuellement toujours en cours et permettront d'améliorer encore la démarche et son appropriation par les collaborateurs de la CNS, pour lesquels les modalités de fonctionnement doivent être particulièrement flexibles afin de correspondre à la diversité de leurs situations organisationnelles. Fin 2015, un cahier des charges a par ailleurs été rédigé en vue d'outiller la démarche pour en faciliter la mise en œuvre et le suivi par les personnes impliquées.

Associés à l'axe stratégique de bonne gouvernance, d'autres objectifs stratégiques sont énoncés tels que « Définir et mettre en œuvre une approche coordonnée d'élaboration et de mise en œuvre des instruments iuridiques », « Définir et mettre en œuvre une approche coordonnée de gestion des parties prenantes de la CNS », « Établir une Charte des valeurs de la CNS », « Définir et mettre en œuvre une politique de communication interne et externe», «Définir et mettre en œuvre une approche d'audit », « Définir et mettre en œuvre la stratégie de gestion du patrimoine ». Des activités ont été menées en relation avec ces différents objectifs, allant de simples réflexions structurées ou des travaux d'étude préliminaire, à des prises de décision effective et à des actions concrètes de mise en œuvre. Pour la plupart, néanmoins, ces activités se poursuivent en 2015, voire au-delà.

Dans le cadre de cet axe stratégique de gouvernance, on peut enfin ajouter que des discussions de fond se déroulent actuellement à un niveau interinstitutionnel et pourraient conduire à des évolutions légales en la matière.

La démarche de planification pluriannuelle

La démarche de planification stratégique initiée par la CNS en 2012 a clairement manifesté sa volonté de s'engager en faveur de l'amélioration continue, l'idée n'étant pas de révolutionner l'administration, mais d'avancer pas à pas vers un fonctionnement optimisé de ses services.

En 2014, le souhait de la CNS de progresser dans la mise en œuvre de sa démarche de planification et d'amélioration répond toujours à la nécessité de se doter d'un cadre de gestion qui identifie les objectifs à atteindre et qui planifie et coordonne toutes les actions internes entreprises au sein de la CNS, à la fois en vue de sa modernisation, mais aussi parce que la CNS se doit de répondre à tous les défis de mise en œuvre posés par les réformes et les évolutions indispensables de plus en plus nombreuses dans son terrain d'intervention.

À la lecture de ce rapport, en particulier le « Mot du Président » et le chapitre détaillant « Les activités de la CNS en 2014 » ci-avant, il est en effet évident que les attentes sont grandes et toujours plus pressantes vis-àvis de la CNS, dans des domaines métier très diversifiés et complexes impliquant de nombreux acteurs, et dans des contextes politique ou économique encore sensibles.

La simultanéité et la complexité de toutes ces contraintes d'évolution auxquelles la CNS doit ainsi actuellement faire face tant au niveau stratégique et managérial, qu'au niveau administratif et technique, transforme même la nécessité de planification et d'amélioration continue en un impératif essentiel à moyen et long terme, duquel découlent normalement les différents plans d'actions à court terme.

En même temps, le constat se pose que poursuivre la démarche entamée est une tâche sensiblement ardue, voire malaisée.

D'une part, les incertitudes et les imprévus qui se manifestent sans cesse dans le déroulement des plans d'action requièrent continuellement des capacités d'adaptation inhabituelles voire inédites jusqu'alors, aussi bien pour les collaborateurs concernés, que pour tous les acteurs impliqués. D'autre part, l'ampleur et la profondeur de certains des changements qui doivent s'opérer relèvent également d'un changement de culture qui transparaît d'ailleurs dans plusieurs programmes de réforme administrative du gouvernement, mais qui ne peut intervenir du jour au lendemain: un tel changement

ne se décrète pas, il se vit et s'acquiert progressivement.

Alors, que conclure après ces 3 années d'exercice de la planification stratégique à la CNS et quelles sont les perspectives pour aller de l'avant?

En guise de conclusion, un relevé s'impose avant tout: celui des difficultés les plus déterminantes qui entravent la démarche de sorte qu'on ne peut pas être pleinement satisfait des résultats à ce jour:

- La CNS est clairement une grande et complexe administration, confrontée aujourd'hui comme jamais auparavant, à des problématiques d'évolution nombreuses, diversifiées et complexes, toutes plus pressantes les unes que les autres. La transversalité de plus en plus importante de ces problématiques force aussi à une transversalité dans les solutions à concevoir et mettre en œuvre. Y faire face exige une capacité d'adaptation sans précédent, et sans doute aussi une créativité inédite, quasi à l'inverse des pensées et des habitudes de fonctionnement bien ancrées dans les structures existantes, empreintes d'une certaine lourdeur hiérarchique.
- Les moyens disponibles sont rarement à la hauteur des exigences, qu'il s'agisse des ressources humaines dont l'évolution ne suit pas toujours la même courbe de croissance que celles des activités et services à prester, qu'il s'agisse des fondements juridiques qui sous-tendent et régissent le fonctionnement de la sécurité sociale, voire d'une administration en général, et dont l'évolution des textes s'effectue à un rythme qui leur est propre, ou qu'il s'agisse des moyens techniques adéquats dont la disponibilité se fait parfois attendre.
- Travailler avec des incertitudes et des imprévus, depuis le niveau politique jusqu'au niveau opérationnel ou technique, devient plus souvent la règle que l'exception tout au long de nos processus de décision. Ainsi, toute tentative de planification semble donc devoir s'accompagner d'une flexibilité et d'une souplesse d'adaptation extrêmement développée et pointue.

Enfin, de façon générale et quels que soient les acteurs impliqués, internes et externes, il faut encore admettre qu'un obstacle majeur freine aussi considérablement les tentatives d'évolution: il s'agit de l'absence d'un véritable sentiment partagé quant au besoin de changement, sentiment alors susceptible d'influer favorablement sur la motivation et la volonté de chacun. À l'échelle individuelle, les défis peuvent paraître aujourd'hui tellement grands et complexes à relever qu'il est difficile de gérer les changements et d'avoir l'énergie suffisante pour les promouvoir ou les porter.

Néanmoins, ces difficultés n'empêcheront nullement la CNS de poursuivre sa démarche, définitivement jugée indispensable à la lumière des enjeux concernés.

Puisqu'il n'est donc pas envisageable de baisser les bras à l'échelle de l'organisation, la CNS entend continuer à utiliser la planification stratégique et annuelle pour arrêter le cadre général de ses actions:

- La planification stratégique fixe les orientations à suivre pour les 3 à 5 ans.
- Un allègement du dispositif mis en œuvre est envisagé, qui permettra de concentrer les efforts autour de plans d'action par département ou par thématique ou dossier spécifique.
- En ligne avec la réforme de la fonction publique votée le 24 mars 2015, en particulier avec la mise en place d'un système de gestion par objectifs, il va falloir décliner les objectifs retenus dans la planification au travers de l'organisation de l'administration afin de pouvoir ensuite mobiliser les collaborateurs à un niveau individuel.

bilan 2014 toujours en réflexion conduira vraisemblablement à préciser voire ajuster perspectives, mais c'est sans aucun doute la volatilité du contexte tant externe qu'interne de la CNS qui gardera le dernier mot dans l'orchestration de la performance d'ensemble à laquelle la CNS contribue juste comme un des instrumentistes parmi tous ceux chargés d'interpréter la partition commune. Et pour clôturer avec cette analogie, il n'est sans doute pas faux de croire que de nombreuses répétitions seront sans doute encore nécessaires avant qu'une harmonie générale embellisse les futures représentations! Au travers des efforts qu'elle a déjà consentis, la CNS a amplement démontré en tout cas la direction dans laquelle elle est toujours prête à s'investir.

Muriel Chandelon Département Ressources Humaines et Organisation

III. Le travail quotidien de la CNS

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

1. Les indemnités pécuniaires de maladie et de maternité



Département Prestations Espèces Maladie



Le Département Prestations Espèces Maladie est responsable pour tout ce qui concerne l'incapacité de travail (maladie/accident), les divers congés tel que la maternité, les raisons familiales, l'accueil d'un enfant adopté, l'accompagnement d'une personne en fin de vie,...

Il s'agit donc d'indemnités financières où la CNS paie le salaire de l'employé absent.



- Saisie et gestion des certificats d'incapacité de travail en relation avec les maladies et accidents de travail;
- calcul et paiement des indemnités pécuniaires de maladie et d'accident;
- gestion des dossiers, y compris les correspondances;
- organisation des contrôles médicaux auprès du CMSS;
- contact téléphonique avec les assurés et les employeurs;
- 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.



	Nombres de certificats d'incapacité de travail											
	2009	2010	2011	2012	2013	2014						
PE Maladie	479.915	481.150	510.135	542.762	579.466	557.369						
PE Accident	37.169	42.630	43.889	43.257	42.419	41.005						
PE Materntié												
nombre de certificats congé de maternité proprement dit	6.530	6.162	5.963	6.213	6.642	6.666						
nombre de certificats dispense	3.030	2.427	2.364	2.525	2.634	2.654						
transferts de poste de travail de nuit	17	30	38	38	24	31						
PE Congé d'accueil	37	45	26	23	24	29						
PE Congé pour raisons familiales	23.951	26.048	31.232	33.615	36.695	37.698						
PE Congé d'accompagne- ment fin de vie	86	177	237	243	296	350						

	Déclarations tardives (en application de l'article des 172 statuts CNS)													
	Envoi informations Demandes de motivation Prises de position acceptées													
	2011	2012	2013	2014	2011	2011 2012 2013 2014				2012	2013	2014		
Janvier	/	951	964	839	/	69	162	113	/	157	139	107		
Février	/	969	870	724	/	83	132	80	/	94	153	80		



	Déclarations tardives (en application de l'article des 172 statuts CNS)												
	ı	Envoi info	ormation	S	Den	nandes d	e motiva	tion	Prise	s de posi	tion acce	ptées	
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	
Mars	/	900	1.190	990	/	87	125	119	/	96	124	128	
Avril	/	1.361	1.192	788	/	190	154	85	/	164	151	106	
Mai	/	1.544	775	579	/	277	108	73	/	181	87	76	
Juin	92	948	807	564	0	138	120	91	0	164	83	38	
Juillet	779	892	709	440	16	143	81	43	1	182	108	98	
Août	1.105	774	695	860	55	112	96	132	46	138	102	102	
Septembre	1.117	750	1.407	764	75	131	90	105	113	98	98	72	
Octobre	901	819	623	603	61	171	100	76	74	128	97	100	
Novembre	858	921	598	743	74	160	85	103	83	146	84	56	
Décembre	917	825	786	760	63	160	101	119	52	86	87	65	
TOTAL	5.769	11.654	10.616	8.654	344	1.721	1.354	1.139	369	1.634	1.313	1.028	

Envoi informations: simple information de l'assuré et invitation à remplir les obligations statutaires.

Demandes de motivation : en cas de récidive, l'assuré est prié de prendre position par rapport à la nouvelle déclaration tardive.

Prises de position acceptés: cas pour lesques les explications ont été jugées suffisantes pour éviter une amende d'ordre.

	Déclarations rétroactives (en application de l'article des 170 statuts CNS)											
				mainlevé	es d'office			m	nainlevées	suite aux	explicatio	ns
		total	hospita-	dupli-	ITT 1-2	cou-	divers	total	hospita-	dupli-	ITT	divers
			lisation	cata	jours	verture			lisation	cata	man-	
	Total					par ITT précé-					quante	
	décl. rétro					dante						
Janvier	298	169	47,50 %	12,50%	22,50%	8,00%	9,50 %	62	19,50%	10,00 %	16,00%	54,50%
Février	227	131	52,50 %	12,50%	17,00%	13,00 %	5,00 %	34	41,00%	9,00 %	23,50%	26,50%
Mars	281	206	50,50 %	15,00 %	15,00%	11,50 %	8,50 %	35	31,50 %	40,00%	3,00%	25,50%
Avril	288	226	55,50 %	11,50 %	11,50%	13,50 %	8,00 %	22	50,00%	27,50 %	4,50 %	18,00%
Mai	245	205	56,00%	13,00%	13,50%	9,50%	8,00 %	24	25,00%	29,50 %	25,00%	20,50%
Juin	262	210	57,50 %	15,00 %	9,50 %	9,50%	8,50 %	27	44,50 %	11,00 %	7,50 %	37,00%
Juillet	272	244	53,50%	17,50 %	17,00%	6,50 %	5,50 %	15	33,50%	46,50 %	0,00 %	20,00%
Août	238	207	60,00%	10,00 %	18,00%	6,50 %	5,50 %	23	30,50%	17,50 %	17,50 %	34,50 %
Septembre	236	226	56,50%	17,00 %	10,00%	8,00 %	8,50 %	3	70,00 %	66,50 %	33,50 %	0,00 %
Octobre	284	262	59,00 %	15,00 %	10,00%	11,50%	4,50 %	7	14,00 %	58,00 %	28,00 %	0,00 %
Novembre	218	199	56,00 %	13,00%	14,00%	12,50%	4,50 %	6	16,50%	50,50 %	16,50 %	16,50%
Décembre	274	269	54,00 %	11,50 %	14,00%	13,50%	7,00 %	5	60,00%	20,00 %	20,00 %	0,00 %
TOTAL	3.123	2.554						263				

Total décl. rétro: nombre total de certificats avec effet rétroactif reçus par la CNS

Mainlevées d'office : nombre de certificats validés d'office sans demande d'explications supplémentaires auprès des assurés

Mainlevées suite aux explications: nombre de certificats validés suite à des explications reçues par les assurés et étant suffisantes pour accorder une mainlevée

Nombre de décisions «apte au travail» prises par le Contrôle médical de la sécurité sociale											
	2010	2011	2012	2013	2014						
Janvier	183	70	22	28	279						
Février	171	58	14	69	229						
Mars	176	58	16	143	175						
Avril	138	34	9	167	151						
Mai	110	30	8	187	139						
Juin	159	19	18	250	117						
Juillet	196	34	8	272	159						



Nombre de	Nombre de décisions «apte au travail» prises par le Contrôle médical de la sécurité sociale											
	2010	2011	2012	2013	2014							
Août	126	14	6	159	116							
Septembre	120	22	11	158	200							
Octobre	198	9	7	164	192							
Novembre	132	10	16	206	195							
Décembre	129	16	13	197	181							
TOTAL	1838	374	148	2.000	2.133							

	Finances											
	2009 (n.i. 699,44)	2010 (n.i. 711,07)	2011 (n.i. 724,34)	2012 (n.i. 742,44)	2013 (n.i. 760,99)	2014						
PE Maladie												
coût financier (sans période d'essai)	89.404.797,90 €	82.948.312,89 €	97.260.327,84 €	112.792.726,31 €	118.004.633,19 €	117.244.078,71 €						
coût financier (avec période d'essai)	95.183.557,22 €	89.843.824,46 €	105.502.687,84 €	121.286.644,20 €	126.167.932,86 €	125.050.289,00 €						
dont période d'essai	5.778.759,32 €	685.511,57 €	8.242.360,00 €	8.493.917,89 €	8.163.299,66 €	7.806.210,29 €						
PE Accident												
coût financier	8.157.406,06 €	7.640.659,57 €	8.877.741,96 €	non disponible	non disponible	non disponible						
PE Maternité												
coût financier	95.473.150,44 €	101.791.170,86 €	98.946.114,40 €	106.540.961,26 €	112.086.928,43 €	116.957.984,82 €						
PE Accueil												
coût financier	295.080,66 €	329.008,80 €	229.821,99 €	193.075,74 €	264.029,65 €	245.100,80 €						
PE Congé pour raisons familiales												
coût financier	5.752.200,08 €	5.895.152,22 €	7.254.690,00	7.581.086,27 €	8.678.689,36 €	8.205.132,66 €						
PE Congé d'accom- pagnement fin de vie												
coût financier	30.753,04 €	65.340,04 €	82.840,79 €	99.063,80 €	140.018,51 €	143.276,06 €						

2. Le remboursement des soins de santé



- Service Virements
- Service Agences



Les remboursements des soins de santé sont faits par le Service Virements et par les agences. Il s'agit ici de prestations de soins de santé au Luxembourg ou ailleurs pour lesquelles l'assuré a avancé les frais et pour lesquelles il a droit à un remboursement par la CNS. D'autres versements sont également possibles tel que l'indemnité funéraire. C'est également ici que sont vérifiées les données personnelles de l'assuré, l'affiliation, les coordonnées bancaires.



Service Virements:

- rembourser aux assurés par virement des prestations de soins délivrées au Luxembourg et / ou à l'étranger;
- vérifier les données personnelles de l'assuré, l'affiliation, les coordonnées bancaires;
- verser en cas de décès d'un affilié une indemnité funéraire à la personne qui a fait l'avance des frais funéraires et verser une indemnité de naissance pour produits diététiques qui est allouée à toute femme ayant accouché dans un hôpital luxembourgeois;
- procéder au paiement direct aux fournisseurs de soins dans les cas où le paiement d'une prestation ou d'une



fourniture représente pour la personne protégée une charge insurmontable;

- assurer la prise en charge directe des prestations en nature des personnes en situation d'indigence (tiers payant social);
- être à l'écoute des affiliés, fournir des informations générales sur l'assurance maladie, expliquer les remboursements ou rediriger les assurés vers d'autres services voire d'autres administrations.

Service Agences:

- gérer les liquidations au comptant (remboursement par chèques) des sommes à rembourser aux assurés ayant fait l'avance des frais;
- rembourser aux assurés par virement des prestations de soins délivrées au Luxembourg;
- vérifier les données personnelles de l'assuré, l'affiliation, les coordonnées bancaires.



Service Virements										
	2012	2013	2014							
Factures saisies manuellement par le Service Virements	2.701.277	2.816.245	2.926.814							
 dont article 162 statuts CNS (assistance exceptionnelle) 	15.763	2.354	420,00							
– dont Tiers payant social (article 24 CSS)	-	10.207	17.136							
 dont Virement international (prestations à l'étranger) 	109.012	121.947	117.686							
Saisie-Virements des agences	944.098	952.613	955.927							
Saisie-Virements agences + Service Virements	3.645.375	3.768.858	3.882.741							
Lettres d'information aux assurés	120.340	128.720	140.254							

	Saisie Virements - Nombre de factures saisies (exercice 2014)												
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	TOTAL
Bettem- bourg	3.758	3.882	4.199	4.232	3.581	3.261	4.341	2.566	3.761	4.126	3.946	3.725	45.378
Clervaux	5.285	5.836	5.770	6.010	5.416	5.071	6.370	3.120	5.794	6.883	6.121	5.585	67.261
Diekirch	4.309	4.592	4.204	5.461	4.395	3.892	5.065	3.363	4.618	4.869	4.661	4.615	54.044
Differ- dange	11.248	12.284	8.692	8.480	11.816	5.615	12.594	7.749	13.027	12.712	10.635	12.297	127.149
Dudelange	7.680	7.328	6.023	8.012	6.389	3.525	7.501	2.783	5.136	7.913	6.554	4.729	73.573
Echternach	5.104	4.789	4.793	5.064	4.271	3.882	4.947	3.228	4.613	4.569	4.568	4.391	54.219
Esch / Centre	4.331	4.154	3.945	3.935	3.786	3.078	3.765	3.653	3.292	3.935	4.030	3.755	45.659
Ettelbruck	6.611	7.046	7.398	6.461	6.174	5.648	3.370	3.918	5.541	6.301	6.366	6.682	71.516
Grevenma- cher	4.016	4.182	4.009	4.165	3.896	3.040	4.088	2.801	3.957	4.047	3.763	4.069	46.033
Hollerich	2.824	2.668	2.540	4.347	4.173	3.325	3.237	2.128	3.161	4.805	4.281	4.034	41.523
Ville	3.868	3.798	4.093	4.679	3.599	3.562	5.039	3.051	4.027	4.270	4.162	4.357	48.505
Mersch	7.900	7.303	8.051	8.148	6.357	5.406	6.968	4.932	6.203	6.876	6.568	6.836	81.548
Redange	4.566	6.097	5.503	6.192	5.452	5.376	5.731	2.991	6.264	6.398	6.481	5.609	66.660



Remich	4.012	3.988	3.161	4.473	3.783	1.939	4.187	3.112	3.643	3.842	3.811	2.616	42.567
Rumel- ange	4.094	4.129	4.446	4.727	3.754	3.677	4.533	2.876	4.177	4.450	4.260	3.910	49.033
Wiltz	2.581	3.896	3.188	3.102	2.805	2.238	3.578	2.055	3.542	3.702	3.375	3.643	37.705
TOTAL AGENCES	82.187	85.972	80.015	87.488	79.647	62.535	85.314	54.326	80.756	89.698	83.582	80.853	952.373
PAR MOIS VIRE- MENT	241.668	208.489	223.790	302.357	248.518	191.300	290.147	231.331	242.715	258.917	231.366	220.561	2.891.159

La Saisie Virements est effectuée aussi bien par les diverses agences de la CNS que par le Service Virements (Hollerich). La Saisie Virements consiste en le remboursement des mémoires d'honoraires et factures par virement bancaire.

	Saisie comptant et virement des Agences - Année 2014												
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	TOTAL
Bettembourg	1.139	1.421	1.381	1.514	1.314	1.221	1.592	965	1.309	1.360	1.227	1.119	15.562
Clervaux	1.450	1.569	1.604	1.711	1.406	1.361	1.660	1.146	1.555	1.547	1.518	1.330	17.857
Diekirch	2.531	3.014	3.227	3.310	2.786	2.564	2.929	1.862	2.935	2.888	2.946	2.742	33.734
Differdange	8.675	9.678	10.819	10.762	9.448	8.351	10.871	5.480	9.615	10.089	9.324	8.843	111.955
Dudelange	3.220	3.569	4.027	3.857	3.213	2.826	3.645	2.003	3.358	3.588	3.496	3.135	39.937
Echternach	1.179	1.519	1.583	1.625	1.319	1.289	1.609	1.047	1.433	1.444	1.339	1.258	16.644
Esch / Centre	7.776	8.587	9.638	9.604	7.915	7.506	9.814	4.626	8.671	8.943	7.976	8.416	99.472
Ettelbruck	3.103	3.505	3.884	3.563	3.083	2.855	3.784	2.396	3.485	3.354	3.263	3.118	39.393
Grevenmacher	1.435	1.892	1.851	2.085	1.746	1.549	2.109	1.168	1.794	1.974	1.695	1.773	21.071
Hollerich	9.315	11.045	12.279	13.239	11.050	9.477	12.578	7.084	10.873	11.459	10.449	10.388	129.236
Ville	2.944	3.323	3.585	3.716	3.221	2.857	3.718	2.157	3.526	3.473	3.321	3.333	39.174
Mersch	2.373	2.536	2.812	3.077	2.536	2.152	3.007	1.583	2.644	2.605	2.661	2.532	30.518
Redange	1.578	1.620	1.831	1.808	1.577	1.390	1.648	1.200	1.639	1.877	1.585	1.565	19.318
Remich	1.494	1.647	1.736	1.712	1.505	1.511	1.966	1.053	1.757	1.649	1.607	1.483	19.120
Rumelange	2.062	2.202	2.446	2.472	2.148	2.045	2.463	1.290	2.126	2.187	2.143	2.103	25.687
Wiltz	1.981	2.022	2.303	2.323	2.061	1.881	2.484	1.394	2.158	2.354	2.118	2.100	25.179
Total - comptant	52.255	59.149	65.006	66.378	56.328	50.835	65.877	36.454	58.878	60.791	56.668	55.238	683.857
par mois - virement	82.187	85.972	80.015	87.488	79.647	62.535	85.314	54.326	80.756	89.698	83.582	80.853	952.373
Total général	134.442	145.121	145.021	153.866	135.975	113.370	151.191	90.780	139.634	150.489	140.250	136.091	1.636.230

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

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

	Montant net liquidé - comptant (chèques)												
	2009	2010	2011	2012	2013	2014							
Nombre de chèques émis	177.753	187.628	191.827	197.458	209.853	222.894							
Nombre de chèques encaissés	/	/	/	197.222	209.773	222.777							
Montant moyen par chèque	259,31	257,36	246,01	245,18	245,33	246,56							
TOTAL Montant net liquidé	46.093.634,21	48.287.730,06	47.191.544,84	48.412.733,94	51.483.088,18	54.956.855,96							



Évolution de l'émission annuelle de chèques par agence						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Bettembourg	5.042	4.709	42.159	4.441	4.796	4.694
Clervaux	4.781	5.296	5.319	4.744	30.773	5.087
Diekirch	8.585	9.013	8.975	9.054	9.639	9.986
Differdange	26.821	29.64	31.062	33.396	35.093	36.863
Dudelange	10.954	11.802	11.791	11.548	11.676	12.884
Echternach	34.455	5.054	5.005	5.228	5.635	5.766
Esch / Centre	20.132	26.566	28.511	30.102	31.865	35.197
Ettelbruck	42.075	12.444	11.651	11.994	12.548	12.979
Grevenmacher	6.067	5.755	5.546	5.662	6.111	6.445
Hollerich	29.394	32.274	34.001	36.845	39.968	42.005
Luxembourg-Ville	9.146	9.542	10.326	11.402	12.563	13.147
Mersch	7.492	7.968	7.612	8.048	9.059	10.143
Redange	4.713	4.182	3.836	4.584	4.905	5.399
Remich	4.636	5.126	5.328	12.905	5.781	5.916
Rumelange	7.216	7.242	7.335	7.343	7.673	8.086
Steinfort	2.656	2.623	2.563	999	/	/
Wiltz	8.448	8.392	8.366	7.392	7.701	8.297
Esch-Schlassgoart	3.430	/	/	/	/	/
Total général	177.753	187.628	191.827	197.458	209.853	222.894

Assistance exceptionnelle à la personne protégée (en application de l'article 162 des statuts CNS)					
	2013			2014	
	Factures	Montant liquidé	Factures	Montant liquidé	
Janvier	1.144	81.834,39	36	10.029,94	
Février	359	34.405,62	18	5.908,10	
Mars	251	19.539,56	31	6.999,90	
Avril	223	17.867,69	45	12.101,58	
Mai	96	9.379,73	75	14.107,72	
Juin	60	11.206,53	14	3.433,12	
Juillet	52	13.360,00	29	11.700,53	
Août	29	8.188,48	24	7.619,75	
Septembre	52	5.651,55	32	10.243,76	
Octobre	20	4.680,74	57	13.057,01	
Novembre	57	9.939,01	27	7.157,49	
Décembre	11	1.963,42	32	8.659,01	
TOTAL	2.354	218.016,72	420	111.017,91	

L'article 162 s'adresse à des personnes protégées qui se trouvent temporairement dans une situation économique précaire et pour lesquelles le paiement d'un mémoire d'honoraires représente une charge insurmontable dans les circonstances où elle se trouve. Si le paiement d'un mémoire d'honoraires représente pour un assuré une charge financière insurmontable du fait qu'il se trouve temporairement dans une situation économique précaire, la CNS peut, sur demande motivée, virer directement au prestataire l'argent qu'elle devrait en principe rembourser à l'assuré. La baisse conséquente des dossiers « article 162 » s'explique par l'introduction du tiers payant social (TPS).



Tiers payant social (TPS)						
	20	13	20	14		
	Factures	Montant liquidé	Factures	Montant liquidé		
Janvier	10	628,01	1.341	85.368,69		
Février	181	9.142,09	1.279	79.462,11		
Mars	440	23.013,01	1.480	98.994,28		
Avril	643	36.392,47	1.126	75.321,92		
Mai	904	55.276,90	1.828	123.930,63		
Juin	1.016	60.996,30	1.081	71.211,63		
Juillet	1.034	65.051,48	1.723	118.033,94		
Août	1.211	78.347,67	1.240	83.738,58		
Septembre	909	53.489,38	1.156	72.086,29		
Octobre	1.584	95.547,01	1.778	109.139,84		
Novembre	1.045	67.014,50	1.494	101.092,81		
Décembre	1.230	81.683,56	1.610	100.328,48		
TOTAL	10.207	626.582,38	17.136	1.118.709,20		

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

Sur présentation d'une attestation limitée dans le temps, remise au bénéficiaire par l'office social en charge, l'assuré ne devra plus avancer ses dépenses de soins de santé pour ensuite en demander le remboursement, mais les prestations médicales et dentaires seront prises en charge directement par la Caisse nationale de santé.

3. Le paiement complémentaire (en application de l'article 154bis des statuts CNS)



Service Paiements PN et Recouvrement

L'article 154*bis* des statuts de la Caisse nationale de santé prévoit qu'au cours d'une année civile (1er janvier au 31 décembre), la participation personnelle totale de l'assuré aux prestations de soins de santé ne peut dépasser un seuil fixé à 2,5 % de son revenu cotisable annualisé de l'année précédente. Si la participation de l'assuré dépasse ce seuil, l'assuré a droit sur demande à un remboursement complémentaire de la partie des participations qui dépasse le seuil fixé.

Ces demandes sont traitées au niveau du Service Paiements PN et Recouvrement.



Traiter et gérer les demandes de paiement complémentaire (art. 154bis).



Article 154 <i>bis</i> - Chiffres-clés 2014					
Demandes introduites	3.699				
dont consommation abusive	16				
Nombre d'assurés ayant droit	1.522				
Montant liquidé (€)	670.939,47				

4. Les agences



Service Agences



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

Bettembourg, Clervaux, Diekirch, Differdange, Dudelange, Echternach, Esch-sur-Alzette, Ettelbruck, Grevenmacher,
Luxembourg-Hollerich, Luxembourg-Ville, Mersch, Redange, Remich, Rumelange, Wiltz.



Outre les missions attribuées aux agences dans le cadre du remboursement des soins de santé (voir point 2 « Le remboursement des soins de santé »), les agences ont pour missions de :

- fournir aux personnes protégées des informations sur l'assurance maladie-maternité et, dans la mesure du possible, sur d'autres risques relevant du Code de la sécurité sociale;
- émettre sur demande les documents suivants: cartes européennes d'assurance maladie, certificats provisoires de remplacement, formulaires pour séjour temporaire à l'étranger (conventions bilatérales), certificats de coassurance;
- changer le compte bancaire ou l'adresse;
- assurer la gestion de la coassurance des résidents.



Documents émis par les agences - Chiffres-clés 2014					
Correspondances	40.191				
Certificats d'affiliation (pour pensionnés et bénéficiaires RMG)	1.177				
Certificats de coassurance	5.160				
Formulaires conventions (Cap-Vert, Tunésie, Turquie etc.)	4.730				
E104	497				
Prestation en espèces - Gestion de certificats d'incapacité de travail	829				

5. La coassurance et la signalétique



Service Coassurance et Signalétique Nationaux



- Gérer les coassurances des résidents et des non-résidents;
- gérer les demandes de coassurance des personnes dépassant la limite d'âge de trente ans (CNS et autres caisses);
- tenir à jour les coordonnées des personnes protégées (changements d'état civil, adresses, comptes bancaires, partenariats);
- émettre sur demande les documents suivants: cartes européennes d'assurance maladie, certificats provisoires de remplacement, formulaires pour séjour temporaire à l'étranger (conventions bilatérales), certificats de coassurance, certificats pour les bénéficiaires du RMG et de pension;
- établir des certificats provisoires de remplacement ou des copies de cartes EHIC pour assurer une prise en charge par les institutions étrangères dans certains cas d'hospitalisation d'urgence à l'étranger;
- être en contact permanent avec les agences, les services internes et d'autres administrations (CTIE, CNAP, CCSS, etc.).



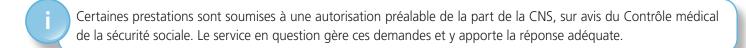
Émission de documents* - Chiffres-clés 2014						
Courrier sortant via templates	10.608					
Certificats pour obtention visa (Cuba, Russie)	251					
Certificats de coassurance (y inclus les 781 certificats demandés via le site) 5.037						
* il est impossible de chiffrer les demandes de documents recues en d	ehors du site internet CNS (voir ci-dessous)					

Demandes reçues via le site internet CNS					
Changement d'adresses	9.674				
Changement de comptes	6.356				
Cartes EHIC/certif. remplacement					
N.B.: Baisse par rapport à 2013 sans doute due à l'émission automatique de nouvelles cartes suite à l'introduction de l'identifiant unique.	2.905				
Info affiliation dans le cadre du TPS	311				
Formulaires vacances	1.874				
Certificats de coassurance	781				

6. Les autorisations nationales



Service Autorisations Nationales Hors Tiers Payant





- Gérer les devis pour prothèses dentaires et pour traitement orthodontique émanant de prestataires tant luxembourgeois qu'étrangers;
- traiter les demandes relatives à la chirurgie dite de reconstruction et plastique nécessitant une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale, ainsi qu'émettre les décisions présidentielles afférentes;
- traiter certaines demandes de prestations nécessitant une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale (APCM);
- gérer les convocations PE et PN auprès du CMSS par l'intermédiaire de deux guichets.



Service Autorisations Nationales Hors Tiers Payant						
	2012	2013	2014			
Devis prothétique dentaire	39.548	40.981	43.301			
Devis orthodontie	7.094	6.943	7.426			
Surveillance traitement orthodontie en cours (nombre d'enfants vus par le CMSS)	470	456	458			
Autres APCM (amniocentèses, stérilisations, chirurgie bariatrique, chirurgie « esthétique »)	2.562	2.101	1.638			
Décisions présidentielles en matière d'APCM	*705	**356	***389			
Décisions présidentielles en matière dentaire	13	15	26			
Total des dossiers traités	50.392	50.852	53.238			

^{*} dont CMFEC (7), CMFEP (21), EMCFL (9)

^{**} dont CMFEC (3), CMFEP (16), EMCFL (1)

^{***} dont CMFEC (4), CMFEP (19), EMCFL (4)



Détail des dossiers APCM traités en 2014						
Actes nomenclature	Accords	Refus				
2S61* - Plastie d'un sein pour hypertrophie	23	/				
2S73 - Reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire après opération antérieure,						
2S74 - Implantation ou échange d'une prothèse mammaire,	57	53				
2S75 - Plastie d'augmentation d'un sein par prothèse en cas d'aplasie ou d'hypopla- sie unilatérale avec asymétrie importante						
2G36 à 2G38 - Lipectomies	98	189				
3N48 - Rhinoplastie reconstructrice de la pyramide nasale	54	4				
2A62 - Gastroplastie pour obésité pathologique	148	22				
6A82 et 83 - Amniocentèses	518	3				
6G91 et 92 - Stérilisations	243	63				
Divers	179	7				

^{*} chiffres de janvier à avril inclus - ACM à partir du 1er mai 2014

Devis dentaires traités dans le cadre du tiers payant social en 2014					
Accords Refus Total					
Prothétique	26	2	28		
Orthodontique	1	1	2		
			30		

7. Les enquêtes et contrôles administratifs



Service Enquêtes et Contrôles Administratifs



- Gérer le contrôle administratif des personnes portées incapables de travailler;
- traiter les demandes de départ à l'étranger au cours d'une incapacité de travail;
- procéder à l'examen des cas faisant présumer une tentative de fraude;
- gérer les amendes d'ordre en rapport avec les contraventions au règlement des malades.



Contrôles administratifs 2009-2014							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Demandes	Présent	1.230	1.390	1.537	1.392	1.375	1.541
employeurs	Absent	761	760	754	702	826	882
	valablement excusé	334	411	325	326	380	412
	non-excusé	427	349	429	376	446	470
	Total	1.991	2.150	2.291	2.094	2.201	2.423
CNS	Présent	4.398	5.737	6.375	5.230	4.469	7.677
	Absent	1.456	1.400	1.594	1.293	1.440	2.634
	valablement excusé	674	764	782	686	711	1.350
	non-excusé	782	636	812	607	729	1.284
	Total	5.854	7.137	7.969	6.523	5.909	10.311
To	otal global	7.845	9.287	10.260	*8.617	*8.110	12.734

^{*} La diminution du nombre des contrôles effectués sur initiative de la CNS en 2012 et 2013 s'explique par l'absence pour longue maladie d'un visiteur des malades, la priorité étant accordé aux demandes de contrôle émanant des employeurs.

8. Les formulaires internationaux



Service International



Le Service International regroupe l'ensemble des missions ayant trait aux activités transfrontalières, dont notamment la gestion de l'ensemble des formulaires internationaux d'inscription des assurés frontaliers (S1, BL1 etc.), l'émission des cartes européennes d'assurance maladie, de certificats de remplacement etc. Il gère également l'inscription au Luxembourg d'assurés étrangers.



- Gérer l'ensemble des formulaires internationaux en rapport avec des 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.;
- émettre sur demande les cartes européennes d'assurance maladie, les certificats de remplacement de la carte européenne, des formulaires pour séjour temporaire en présence d'une convention bilatérale en matière de sécurité sociale;
- gérer l'ensemble des inscriptions à l'assurance maladie-maternité au Luxembourg d'assurés étrangers. En cas de résidence ou de séjour au Luxembourg d'assurés étrangers, enregistrer des formulaires édités par les organismes étrangers et permettre ainsi la prise en charge des soins au Luxembourg pour ces assurés étrangers suivant les taux et tarifs luxembourgeois.



Formulaires d'assurés luxembourgeois avec résidence à l'étranger							
	2012	2013	2014*				
S1 - actif (E106)	124.867	127.061	133.187				
S1 membre de famille d'actif (E109)	1.480	1.503	1.461				
S1 pensionné et membre de famille (E121)	8.562	10.139	11.476				
BL1 - actif belge	40.937	41.491	42.810				
BL2/BL3 - pensionné belge	5.771	6.112	6.517				
Total	181.617	186.306	195.451				

*données au 01.12 de l'année

9. Le transfert à l'étranger



Service Transfert à l'Étranger



- Gérer les demandes de transfert à l'étranger pour traitement stationnaire ou ambulatoire ainsi que pour les consultations, examens et cures. Le service a sous sa responsabilité un guichet principal et un guichet de remplacement permettant à côté de la gestion des demandes introduites par télécopie, de traiter les demandes remises en mains propres. Toutes les demandes de transfert sont obligatoirement soumises à l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale(CMSS);
- se tenir à la disposition des assurés nécessitant des renseignements spécifiques, par courrier, fax ou téléphone, ensemble avec les agents des guichets.



Transfert à l'étranger						
	2012	2013	2014			
Nombre de patients ayan	t bénéficié d'ur	transfert à l'ét	ranger			
Consultations/examens	5.235	5.184	4.672			
Traitements ambulatoires	1.919	2.044	2.056			
Traitements stationnaires	5.041	4.834	4.514			
Cures	60	61	65			
Analyses	115	9	4			
Nombre	de formulaires	émis				
Accordé	17.867	17.615	16.025			
Refusé	609	638	842			
Demandé	486	604	863			

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



Service Gestion Fournisseurs, Gestion Tarifs et Relations Professionnels de Santé



- Gérer 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 service;
- fournir aux professionnels de santé toutes informations et documents utiles à l'exercice de leur profession en relation avec l'assurance maladie.



Gestion des codes fournisseurs					
Catégorie de fournisseurs	Nombre de codes fournisseurs (actifs ou non) existant en fin d'année				
	2012	2013	2014	Variation 2013/2014	
Médecins et médecins-dentistes	5.568	5.786	6.021	4%	
Médecins étrangers (codes uniquement utilisés pour facturation de rapports au CMSS)	7.119	7.553	8.259	9 %	
Autres professionnels de santé	7.462	7.813	8.197	5 %	
Autres	6.224	6.295	6.453	3 %	
Total	26.373	27.447	28.930	5 %	

11. Les médicaments et dispositifs médicaux



Service Liste Positive et Tarifs Fournitures



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



- Gérer les demandes d'inscription 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;
- gérer les demandes d'inscription dans les fichiers B des statuts de la CNS;
- établir et publier les mises à jour mensuelles de la liste des médicaments commercialisés au Luxembourg, ainsi que les informations relatives aux médicaments publiés sur le site internet de la CNS;
- établir et publier les mises à jour annuelles de la liste positive des médicaments pour le Mémorial et la Commission Européenne;
- établir et publier les mises à jour mensuelles des listes des ajouts, des suppressions et des modifications relatives aux dispositifs médicaux repris dans les fichiers statutaires (fichiers B) sur le site internet de la CNS;
- procéder au contrôle en continu des critères sur lesquels s'appuient l'inscription dans la liste positive, ainsi que de la concordance des prix publics belges avec ceux appliqués au Luxembourg en collaboration étroite avec le Ministère de la Sécurité Sociale compétent pour les prix des médicaments;
- publier mensuellement une circulaire destinée aux pharmacies ouvertes au public et aux pharmacies hospitalières. Cette circulaire renseigne sur d'éventuels changements statutaires ayant un impact sur la prise en charge de l'ensemble des prestations pouvant être délivrées en pharmacie. Y sont repris les médicaments nouvellement admis au remboursement ainsi que les mises à jour des fichiers statutaires relatifs aux dispositifs médicaux.



Demandes d'inscription dans la liste positive des médicaments						
	2012	2013	2014			
Demandes en cours au 1er janvier	206	227	243			
Demandes entrées en cours d'année	332	396	378			
Nombre de décisions prises	271	419	447			
Total demandes traitées suivant date entrée de la demande	538	623	621			
Nombre de médicaments inscrits dans la liste positive au 1 ^{er} janvier de l'année	4.452	4.656	4.649			

Demandes d'autorisations							
	2012 2013 2014						
Médicament	14.138	14.883	15.103				
B1	1.225	1.185	1.368				
B5	575	465	588				
B2	609	635	675				
B4	101	177	137				
B7	395	463	657				



Dispositifs Médicaux : Dossiers de demandes							
Type de décision	Type de fichier 2012 2013 2						
	B1	66	129	84			
	B2	0	1	0			
Ajouts	B4	255	41	11			
	B5	0	3	0			
	В7	5	92	6			
	B1	34	26	24			
	B2	0	2	0			
Modifications	B4	16	13	2			
	B5	0	5	1			
	В7	1	4	0			
Cupprossions	B1	0	0	155			
Suppressions	B4	0	0	1			
	B1	2.591	2.720	2.649			
Inscrits dans les	B2	38	39	39			
listes statutaires au 31. décembre de l'année	B4	255	296	306			
	B5	63	66	66			
	В7	115	207	213			
Total		3.062	3.328	3.272			

B1: dispositifs médicaux consommables

B2: dispositifs médicaux réutilisables et amortissables

B4: dispositifs médicaux pour personnes laryngectomisées/trachéotomisées

B5: produits d'alimentation médicale

B7: dispositifs médicaux à délivrance hospitalière

12. L'assurance dépendance



- Service Gestion des Demandes
- Service Liquidation



Lorsqu'une personne n'est plus en mesure d'assurer seule ses soins quotidiens, la personne a le droit de bénéficier sous certaines conditions des prestations de l'assurance dépendance qui représente une aide qui doit être apportée à la personne dépendante. L'assurance dépendance ne remplace pas l'assurance maladie. Elle couvre des aides et des soins qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. La CNS s'occupe d'aspects particuliers de gestion des demandes et de liquidations de prestations de l'assurance dépendance.



Service Gestion des Demandes:

- traiter les demandes en obtention des prestations à charge de l'assurance dépendance;
- traiter les demandes de réévaluation y compris les demandes de changement de partage prestations en nature / prestations en espèces et les dossiers régis par les dispositions du règlement européen 883;
- enregistrer les déclarations d'entrée et de sortie émanant des prestataires et par lesquelles ceux-ci informent la CNS de la prise en charge (respectivement fin de prise en charge) des personnes dépendantes.

Service Liquidation:

- liquider les prestations en nature subsidiaires (prestations en espèces) et les prestations en nature dans les domaines des aides et soins, des aides techniques et du forfait pour aides et soins;
- gérer et liquider les subventions financières concernant les adaptations du logement;
- traiter les factures émises par l'ADAPTH asbl pour les services qu'elle preste pour l'assurance dépendance.



Activités du Service Gestion des Demandes					
	2012	2013	2014		
Premières demandes	4.374	4.470	4.258		
Demandes de réévaluation	2.638	2.748	3.053		
Changements de partage prestations en nature/prestations en espèces	2.569	2.505	2.386		
Transcriptions d'un plan de prise en charge vers une autre structure de prise en charge	1.649	1.598	1.553		
Déclarations d'entrée/sorties	6.308	6.057	6.866		
Titres de prise en charge portant sur des aides techniques	19.426	18.090	19.814		
Nombres de commandes passées pour des aides techniques	3.798	3.164	3.484		
Demandes pour des adaptations de logement	257	296	306		

Activités du Service Liquidation						
	2012	2013	2014			
Nombre de factures traitées émanant des prestataires d'aide et de soins	110.253	118.052	108.339			
Nombre de factures en relation avec les aides techniques / adapta- tions voiture	4.936	7.611	2.794			
Nombre de factures émises par l'ADAPTH	766	875	707			
Nombre de factures en relation avec des adaptations logement	273	327	310			
Nombre de mensualités versées au titre des prestations en espèces	89.900	92.873	95.333			

Évolution des chiffres-clés					
	2012	2013	2014		
Nombre de personnes bénéficiant de l'allocation spéciale pour personne gravement handicapées	741	709	667		
Nombre de personnes bénéficiant de l'allocation de soins	5	0	0		
3. Nombre de bénéficiaires de prestations en nature à domicile	5.118	5.350	5.400		
4. Nombre de bénéficiaires de prestations en espèces à domicile (au Luxembourg)	6.471	6.728	6.650		
5. Nombre de bénéficiaires de prestations en espèces transférées à l'étranger	334	368	365		
6. Nombre de bénéficiaires du forfait pour produits d'aide et de soins	2.920	3.034	3.024		
7. Nombre d'aides techniques en location	25.504	27.036	28.780		
8. Nombre d'aides techniques prise en charge par voie d'acquisition durant l'année	6.120	6.371	6.852		
9. Nombre d'adaptations logement durant l'année	158	163	208		
10. Nombre d'adaptations voiture durant l'année	151	131	193		
11. Nombre de bénéficiaires de prestations en nature en établissement à séjour continu	4.251	4.341	4.345		

13. Les établissements hospitaliers



- Service Autorisations et Liquidation
- Service Négociation



La CNS participe au financement des établissements hospitaliers via un système de la budgétisation prévisionnelle. La CNS prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets individuels, négociés séparément avec chaque hôpital sur base de son activité prévisible pour deux exercices à venir. La CNS doit prendre en compte l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir, fixée dans les années paires par le gouvernement.



Service Autorisations et Liquidation:

- gérer les demandes de prises en charge et de prolongations pour des traitements ambulatoires et stationnaires auprès des différents établissements hospitaliers et prestataires;
- traiter les demandes soumises à une autorisation préalable du CMSS, notamment les demandes de prise 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.;
- gérer, contrôler et liquider les facturations de l'activité des différents établissements hospitaliers et prestataires;
- enregistrer les codes de diagnostic de sortie des établissements hospitaliers;
- enregistrer et liquider les demandes de prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux délivrés par le secteur hospitalier.

Service Négociation:

- gérer les relations avec les 13 établissements hospitaliers et la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL);
- négocier et établir les budgets annuels et les décomptes des 13 établissements hospitaliers;
- gérer les négociations financières avec le Centre thermal de Mondorf, le centre de convalescence de Colpach et le réseau EGSP (entente des gestionnaires de soins psychiatriques) qui regroupe les prestataires de soins psychiatriques;
- représenter la CNS à la Commission Permanente pour le secteur Hospitalier (CPH) à la Plateforme de coordination Santé Mentale et Réforme de la Psychiatrie et dans les commissions paritaires instituées au niveau de la FHL (commission des normes, commission technique financière, commission technique d'investissement, médico technique et informatique);
- gérer et contrôler des demandes de prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux délivrés par le secteur hospitalier.



Enveloppe budgétaire globale 2014 (en mio. €)				
Frais fixes	660,4			
Frais variables	143,8			
Total	804,2			
Prime qualité (1,5 % du total des FF et FV)	12,0			
Indemnités pour religieuses retraitées	0,6			
Indemnités pour médecins de garde	0,5			
Décomptes (0,5 % du total des FF et FV)	4,0			
Total	821,3			
Enveloppe	836,4			
Écart	15,1			



Évolution des frais pour soins hospitaliers (en mio. €)						
	FF (budget accordé rectifié)	FV (montant liquidé brut)	Total	Évolution		
2006	478,2	127,5	605,75			
2007	512,1	135,2	647,29	6,9 %		
2008	541,8	140,1	681,91	5,3 %		
2009	570,7	141,8	712,56	4,5 %		
2010	585,8	141,8	727,60	2,1 %		
2011	605,5	143,4	748,91	2,9 %		
2012	623,5	144,6	768,09	2,4%		
2013	646,7	143,4	790,10	2,9 %		
2014	660,4	143,8	804,20	1,8 %		

Il s'agit d'une estimation au niveau des FV pour 2014

Nomb	Nombre d'équivalents temps plein (ETP) accordés						
	Nombre d'equivalents temps pleins (ETP) accordés	Postes crées (abs)	Postes crées (en %age)				
2006	5.736,86						
2007	5.877,67	140,81	2,5 %				
2008	6.006,00	128,33	2,2 %				
2009	6.114,44	108,44	1,8 %				
2010	6.115,00	0,56	0,0 %				
2011	6.197,52	82,52	1,3 %				
2012	6.209,53	12,01	0,2 %				
2013	6.226,31	16,78	0,3 %				
2014	6.226,93	0,62	0,0 %				

	Nombre d'ETP (infirmiers et aides-soignants) par lit occupé							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total journées facturées	731.650	754.290	759.499	763.924	751.847	754.578	755.763	749.461
Nombre moyen de lits occupés	2.005	2.067	2.075	2.093	2.060	2.067	2.065	2.053
Nombre d'ETP accordés au niveau des unités de soins	2.040	2.092	2.125	2.150	2.156	2.168	2.164	2.183
Nombre d'ETP par lit occupé	1,02	1,01	1,02	1,03	1,05	1,05	1,05	1,06

Evolution du nombre d'unités d'oeuvre facturées							
	2010	2011	évo. 2011/2010	2012	évo. 2012/2011	2013	évo. 2013/2012
Salles opératoires	58.659	61.628	5,1%	61.000	-1,0 %	63.145	3,5 %
Salles d'accouchement	6.125	5.364	-12,4%	5.509	2,7 %	5.658	2,7 %
Chirurgie cardiaque	759	828	9,1%	886	7,0 %	787	-11,2 %
Cardiologie interventionnelle	3.045	3.360	10,3 %	3.354	-0,2 %	3.078	-8,2 %
Laboratoires	1.285.884	1.129.935	-12,1%	1.085.756	-3,9 %	1.099.925	1,3 %



Evolution du nombre d'unités d'oeuvre facturées							
	2010	2011	évo. 2011/2010	2012	évo. 2012/2011	2013	évo. 2013/2012
Imagerie médicale	483.243	501.859	3,9 %	519.124	3,4 %	522.797	0,7 %
IRM	43.989	45.020	2,3 %	44.765	-0,6%	46.463	3,8 %
Radiothérapie	21.460	24.191	12,7 %	24.439	1,0 %	26.950	10,3 %
Médecine nucléaire	15.998	16.266	1,7 %	16.122	-0,9 %	15.475	-4,0 %
PET Scan	2.126	2.300	8,2 %	2.409	4,7 %	2.484	3,1%
Lithotritie extracorporelle	639	625	-2,2 %	617	-1,3 %	696	12,8%
Caisson d'oxygénothérapie hyperbare	838	756	-9,8 %	648	-14,3 %	736	13,6 %
Hémodialyse	46.913	48.201	2,7 %	49.154	2,0 %	53.187	8,2 %
Kinésithérapie	443.709	473.719	6,8 %	487.123	2,8 %	514.983	5,7 %
Ergothérapie	134.300	175.750	30,9 %	191.008	8,7 %	193.851	1,5 %
Hydrothérapie	18.213	17.933	-1,5 %	18.990	5,9 %	20.266	6,7 %
Gymnase	15.580	19.033	22,2 %	19.733	3,7 %	22.690	15,0 %
Appartements thérapeutiques	941	932	-1,0 %	781	-16,2 %	865	10,8 %
Soins palliatifs patients hospitalisés	3.659	8.099	121,3 %	8.494	4,9 %	8.867	4,4%
Policlinique	1.063.341	1.074.230	1,0 %	1.092.773	1,7 %	1.123.397	2,8%
Places de surveillance patients ambulatoires	17.578	19.704	12,1%	22.738	15,4%	24.210	6,5 %
Hospitalisation - soins normaux	701.514	700.234	-0,2 %	700.193	0,0 %	695.011	-0,7 %
Hospitalisation - soins intensifs	46.674	46.248	-0,9 %	47.076	1,8 %	45.583	-3,2 %
Chimiothérapie	19.998	21.353	6,8 %	22.084	3,4 %	21.514	-2,6%
Hôpital de jour psychiatrique	21.862	19.505	-10,8 %	22.917	17,5 %	23.517	2,6 %
Fécondation in vitro (FIV)	292	354	21,2 %	388	9,6%	412	6,2 %
Curiethérapie	11	15	36,4 %	21	40,0 %	10	-52,4%

Nombre d'épisodes, nombre de journées et DMS par chapitre ICD-10 (exercice 2013)				
	Nombre d'épisodes	Nombre de journées	En %age du total des journées	Durée moyenne de séjour (DMS)
Troubles mentaux et du comportement	5.944	166.803	19,2 %	28,06
Maladies de l'appareil circulatoire	11.939	94.335	10,9 %	7,90
Tumeurs	12.254	81.290	9,4%	6,63
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	17.353	72.248	8,3 %	4,16
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	8.907	63.653	7,3%	7,15
Maladies de l'appareil respiratoire	7.899	53.684	6,2 %	6,80
Maladies de l'appareil digestif	13.025	51.886	6,0 %	3,98
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	4.151	41.135	4,7 %	9,91
Grossesse, accouchement et puerpéralité	7.686	39.373	4,5 %	5,12
Maladies de l'appareil génito-urinaire	8.508	35.746	4,1 %	4,20



Nombre d'épisodes, nombre de journées et DMS par chapitre ICD-10 (exercice 2013)					
	Nombre d'épisodes	Nombre de journées	En %age du total des journées	Durée moyenne de séjour (DMS)	
Maladies du système nerveux	6.554	28.047	3,2 %	4,28	
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	3.261	16.778	1,9 %	5,15	
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	2.078	14.766	1,7 %	7,11	
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1.442	11.467	1,3 %	7,95	
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	736	9.021	1,0 %	12,26	
Maladies de l'oeil et de ses annexes	4.909	7.138	0,8%	1,45	
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1.687	6.772	0,8 %	4,01	
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	1.294	5.440	0,6%	4,20	
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1.677	3.829	0,4 %	2,28	
Causes externes de morbidité et de mortalité	400	3.434	0,4%	8,59	
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	616	2.052	0,2 %	3,33	
Diagnostic de sortie pas disponible	8.496	58.992	6,8 %	6,94	
Total	130.816	867.889	100,0 %	6,63	

14. L'aspect juridique



Département Juridique :

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



Cellule Juristes:

- superviser une très large majorité des courriers ainsi que la totalité des décisions que le Service Contentieux Assurés prépare pour le Comité directeur ;
- assumer la gestion des dossiers litigieux avec les prestataires de soins de santé;
- intervenir de manière prépondérante en matière statutaire et conventionnelle dans l'élaboration des modifications des instruments juridiques relevant de la compétence de la Caisse nationale de santé ;
- coordonner la gestion des questions parlementaires et rédiger une large majorité des réponses, respectivement éléments de réponse par la Caisse nationale de santé à Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale.

Service Contentieux Assurés:

- gérer les dossiers de consommation abusive de prestations de soins telle que prévue au chapitre 7 du titre 1^{er} des statuts de la Caisse nationale de santé ;
- gérer avec les membres de la Cellule Juristes les litiges devant les juridictions de sécurité sociale;
- ordonner et surveiller l'exécution des jurisprudences des juridictions de sécurité sociale ;
- gérer la matière des prestations en espèces de l'assurance maladie, en appuyant régulièrement le Service Réclamations et Litiges Non-Juridictionnels



Service Recours Contre Tiers:

• gérer au quotidien des dossiers-recours ayant trait à des accidents de circulation, bagarres, agressions, affaires RC, aléas thérapeutiques et erreurs médicales.

Service Réclamations et Litiges Non-Juridictionnels :

- être l'interlocuteur du bureau du Médiateur du Grand-Duché de Luxembourg ;
- être l'interlocuteur de la police judiciaire en collaboration avec un juriste ;
- être l'interlocuteur du Collège médical;
- assister le juriste en charge de la rédaction et de la coordination des questions parlementaires;
- gérer toute une ribambelle de questions et problèmes présentés par les agents de la CNS, les assurés, les associations, les prestataires, les ministères etc.

Service Assurance Dépendance

- gérer les oppositions devant le Comité directeur contre les décisions présidentielles en matière d'assurance dépendance. La gestion des oppositions englobe notamment le contrôle de recevabilité, la demande d'avis auprès la Cellule d'évaluation et d'orientation, la rédaction de projets de décision pour le Comité directeur, le contrôle de la notification des décisions ;
- gérer les litiges portés devant les juridictions de la sécurité sociale ;
- préparer les conclusions et le dépôt du dossier de la Caisse nationale de santé devant les juridictions en cause et assurer également les plaidoiries devant les juridictions ;
- gérer avec les juristes un certain nombre de dossiers plus particuliers et complexes.

Service Fraudes et Abus

- définir et mettre en oeuvre une stratégie de lutte contre la fraude et les abus ;
- développer le lien et la coordination en la matière avec le Contrôle Médical de la Sécurité Sociale (CMSS);
- assurer un suivi systématique des suspicions de fraude et de l'abus.



Dossiers médiateur (exercice 2014)		
Total des dossiers soumis par la médiateure	24	
AM; PN territoire national	7	
AM; PN prest. étranger	3	
AM; PE	9	
AM; affiliation	2	
AD	3	
Total des dossiers clôturés au 31.12 de l'exercice	24	
1 ^{ère} réponse suffisante pour la médiateure	21	
2 ^{ème} réponse suffisante pour la médiateure	3	

Perquisitions (exercice 2014)	
Nombre de perquisitions	13

Collège médical (exercice 2014)	
Nombre de dossiers dans lesquels le Collège	7
médical a présenté une demande	/

Décisions du Comité directeur (exercice 2014)	
Nombre total des décisions préparées	676
Nombre dossiers PE	406
Nombre dossiers consommation abusive	10
Nombre total dossiers PN	156
Nombre total des dossiers concernant prestations nature	54
dont nombre de dossiers chirurgie esthétique et traitement obésité (national)	33



Décisions du Comité directeur (exercice 2014)	
Nombre total de dossiers concernant traitement à l'étranger	102
Nombre dossiers AD	104

Affaires devant la Commission de surveillance (exercice 2014)			
Nombre d'affaires tranchées en application de l'art. 72 <i>bis</i> , al. 1, pt.2 du CSS	1		
Nombre total gain de cause prestataire de soins	0		
Nombre total gain de cause assuré	1		
Nombre total gain de cause CNS	1		

Juridictions de sécurité sociale (exercice 2014)	
Conseil arbitral de la sécurité sociale (CASS)	
Total jugements pris par CASS pendant exercice concerné	88
Nombre total gain de cause assuré	38
Nombre total gain de cause CNS	46
Nombre total partiellement gain de cause pour les deux parties	4
Nombre total des recours introduits par les assurés	234
Affaires PE: Nombre total des recours introduits par les assurés	171
Affaires PN: Nombre total des recours introduits par les assurés	44
Affaires AD: Nombre total des recours introduits par les assurés	19
Nombre total des jugements pris par CASS concernant PE	48
Nombre d'affaires PE gain de cause assuré	25
Nombre d'affaires PE gain de cause CNS	19
Nombre d'affaires PE partiellement gain de cause pour les 2 parties	4
Nombre total des jugements pris par CASS concernant PN	26
Nombre d'affaires PN gain de cause assuré	8
Nombre d'affaires PN gain de cause CNS	18
Nombre d'affaires PN partiellement gain de cause pour les 2 parties	0
Nombre d'affaires PN devenues sans objet ou rayées du rôle	0
Nombre total des jugements pris par CASS concernant AD	14
Nombre d'affaires AD gain de cause assuré	5
Nombre d'affaires AD gain de cause CNS	9
Nombre d'affaires AD partiellement gain de cause pour les 2 parties	0
Conseil supérieur de la sécurité sociale (CSSS)	
Total arrêts pris par CSSS pendant exercice concerné	7
Nombre total gain de cause assuré	2
Nombre total gain de cause CNS	5
Nombre d'appels introduits par les assurés	8
Nombre d'appels introduits par la CNS	11
Arrêts pris en matière PE sur appel de l'assuré	2
Nombre total gain de cause assuré	1
Nombre total gain de cause CNS	1
Arrêts pris en matière PE sur appel de la CNS	1



Juridictions de sécurité sociale (exercice 2014)	
Nombre total gain de cause assuré	0
Nombre total gain de cause CNS	1
Arrêts pris en matière PN sur appel de l'assuré	2
Nombre total gain de cause assuré	0
Nombre total gain de cause CNS	1
rayé du rôle/renonciation par l'assuré	1
Arrêts pris en matière PN sur appel de la CNS	2
Nombre total gain de cause assuré	1
Nombre total gain de cause CNS	0
rayé du rôle/renonciation par l'assuré	1
Affaires AD: nombre d'appels introduits par les assurés	3
Affaires AD: nombre d'appels introduits par la CNS	1

Recours contre tiers (exercice 2014)	
Nombre total des dossiers en cours au 31.12 de l'exercice en question	2.063
Nombre de dossiers en cours contre assureurs nationaux	408
Nombre de dossiers en cours contre assureurs étrangers	153
Nombre de dossiers en cours dans lesquels la CNS se dirige contre des particuliers	1.152
Nombre d'affaires dans lesquelles la CNS est assistée par des avocats nationaux	154
Nombre d'affaires dans lesquelles la CNS est assistée par des avocats étrangers	196
Montant total récupéré au cours de l'exercice en question	7.535.201,65
Montant récupéré pour la Mutualité des employeurs	377.773,15
Montant récupéré en relation avec les PE (charge CNS)	484.259,06
Montant récupéré en relation avec les PN	5.798.989,86
Montant récupéré en relation avec l'AD	874.179,58
Nombre total de nouveaux dossiers ouverts au cours de l'exercice en question	829

15. Le courrier



Service Courrier



- Réceptionner, dépouiller et distribuer le courrier entrant aux services destinataires. Ce courrier comprend les courriers standards et les courriers recommandés fournis quotidiennement par les EPT ainsi que les fax reçus au Service Courrier;
- traiter le courrier sortant, standard et recommandé, émis et provenant des services internes à la CNS.



Service Courrier - Chiffres-clés				
	2012	2013	2014	
Total "boîte OAS"	753	850	885	
Total caisses "entrant"	10.736	12.186	12.916	
Caisses à tirer et ouvrir	3.452	4.052	4.086,5	



Service Courrier - Chiffres-clés				
	2012	2013	2014	
Dont à Virement	4.150	3.672	3.444,5	
Dont CIT	936	1.142	1.104	
Dont autre Glesener	746	860	749	
Caisses pour Affiliation	444	502,5	473,5	
Caisses pour International	213,5	257,5	213,5	

CIT = certificats d'incapacité de travail

Glesener = Département Prestations Espèces Maladie (installé à la rue Glesener)

entre 10.000 et 13.000 enveloppes par jour

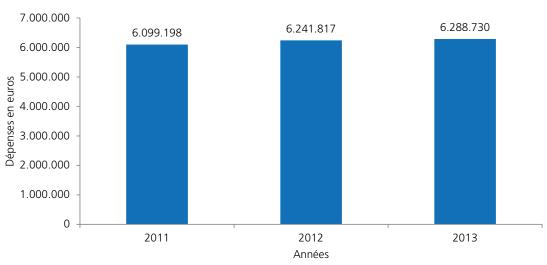
Les frais d'affranchissement

La CNS prend entièrement à sa charge les frais postaux des envois que les assurés lui adressent. Généralement ces envois concernent une ou plusieurs factures avec la demande de les rembourser. Il peut aussi s'agir de certificats d'incapacité de travail, d'accords sur devis etc. La CNS a un grand nombre d'affiliés, nombre en crois-

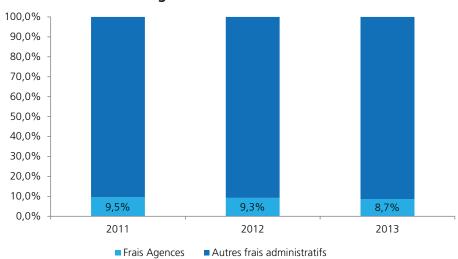
sance constante, ce qui signifie par conséquent que la quantité de courriers qu'elle reçoit augmente régulièrement et atteint des proportions élevées.

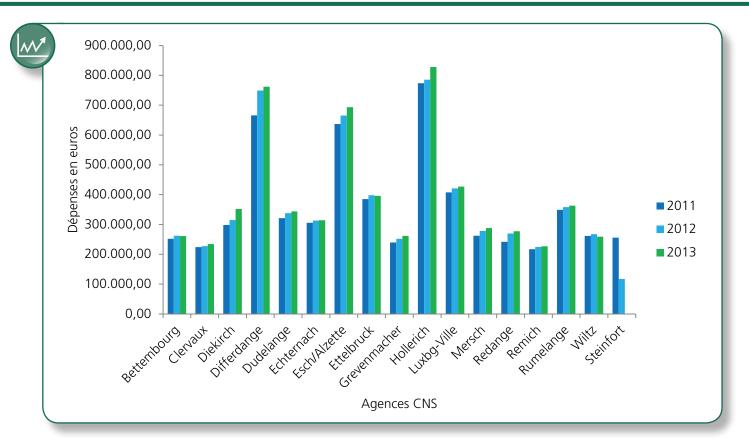
Surtout les courriers reçus pesant 100 gr ou 250 gr a augmenté. Ceci est très probablement dû au fait que les assurés cumulent le courrier avant de l'envoyer.

Frais en relation avec les agences de la CNS



Part frais des agences dans frais administratifs CNS





16. La communication



Département Communication



- Gérer les informations essentiellement adressées à l'assuré mais également au prestataire afin d'assurer une concordance et une continuité dans les actions de communication par les différents vecteurs actuellement utilisés et disponibles (Internet, Infolettres, clips, dépliants, conférence de presse, communiqués de presse, lettres circulaires, ...);
- assurer le développement continuel des sites internet et intranet;
- rédiger le rapport d'activité;
- assurer les campagnes d'informations, conférences de presse, ...;
- veiller à l'identité visuelle et la charte graphique;
- centraliser et coordonner toute information vers son public cible qui est constitué par les collaborateurs de la CNS en particulier, mais également par le Comité directeur;
- être l'interlocuteur privilégié qui se positionne entre l'information à récolter et l'information à trier et à partager par le moyen adéquat (Intranet, Newsletter, email, réunion, ...);
- gérer le site internet, intranet et le site intranet du Comité directeur;
- traiter les emails envoyés à l'adresse cns@secu.lu, respectivement reçus par le biais du formulaire de contact sur notre site internet (transmission aux services compétents, réponse directe dans la mesure du possible).



Nombre de visites mensuelles du site www.cns.lu de 2010 à 2014					
	2010	2011	2012	2013	2014
Janvier	48.027	59.162	65.022	76.269	87.121
Février	44.032	52.947	59.656	75.626	85.086
Mars	50.297	58.246	63.486	75.756	95.219



Nombre de visites mensuelles du site www.cns.lu de 2010 à 2014					
	2010	2011	2012	2013	2014
Avril	43.076	48.769	55.149	72.331	84.169
Mai	42.145	55.257	58.483	69.158	82.083
Juin	41.432	53.365	61.551	67.673	79.042
Juillet	43.347	57.425	63.587	71.744	91.021
Août	41.307	53.396	59.663	65.170	78.034
Septembre	48.098	52.743	62.732	75.225	91.237
Octobre	49.973	56.584	72.325	83.370	102.460
Novembre	49.918	58.717	76.424	76.232	102.146
Décembre	46.864	55.454	59.434	69.615	146.721
TOTAL	548.516	662.065	757.512	878.169	1.124.339

Nombre d'utilisations des services en ligne sur internet de 2010 à 2014					
	2010	2011	2012	2013	2014
Formulaires	10.742	12.253	11.165	12.008	13.699
Formulaires de remplacement	1.910	3.608	3.646	3.671	1.967
Changement d'adresse	6.965	8.775	10.062	11.397	12.909
Changement de compte bancaire	3.694	4.424	5.000	5.382	7.399
Contrôle administratif	2.660	3.014	2.821	3.959	6.362
Certificat de coassurance	/	/	/	1.105	4.307

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

Nombre de mails entrants (adresse cns@secu.lu) de 2012 à 2014				
	2012	2013	2014	
Janvier	1658	1881	2537	
Février	1639	1953	2311	
Mars	1440	1965	2309	
Avril	1701	1905	2180	
Mai	1495	1938	2104	
Juin	1523	1723	2245	
Juillet	1374	1979	2797	
Août	1412	1740	2267	
Septembre	1439	1879	2549	
Octobre	1596	2191	2741	
Novembre	1595	2074	2572	
Décembre	1215	1744	2210	
TOTAL	18087	22972	28822	

 $\grave{\mathsf{A}}$ noter que ces chiffres contiennent également les échanges internes par rapport à un mail.

17. Le support administratif



Service Support Administratif



- Gérer les occupants et les conditions de travail (délégué à la sécurité, locaux, équipements, installations, restauration, parc auto, gestion mobilière, etc.);
- gérer la logistique (archivage, transports, déménagements, bureaux, ...);
- gérer les achats y relatifs (négociation et gestion des contrats, gestion des stocks et du matériel, ...);
- gérer et aménager les agences (du point de vue localité et/ou mobilier) ;
- négocier et gérer les contrats d'entretien des agences.
- F

Principaux projets réalisés en 2014:

- rafraîchissement (peinture) de l'agence à Clervaux ;
- fermeture de l'ancienne agence à Ettelbruck ;
- aménagement et inauguration de la nouvelle agence CNS à Ettelbruck ;
- installation de 3 kitchenettes sur différentes étages à Hollerich ;
- destruction d'une année d'archives des prestations en espèces ;
- mise à disposition de bacs sécurisés pour la destruction de documents confidentiels pour Hollerich et agences ;
- organisation de la fête d'été à Moutfort ainsi que la fête de Noël;
- installation de nouveaux copieurs (fax et scanning) aux différentes agences ;
- rafraîchissement de l'agence Bettembourg (peinture et sol) et mise à disposition du nouveau mobilier.



Service Support Administratif - Chiffres-clés 2014				
Mobilier	77.337,70 €			
Matériel de bureau	85.282,47 €			
Déménagement	10.893,32 €			
Entretien fax	3.357,55 €			
Téléphonie siège	16.951,07 €			
Affranchissement CCSS	862.698,61 €			
Affranchissement sortant	1.539.638,00 €			
Affranchissement entrant	1.052.062,00 €			

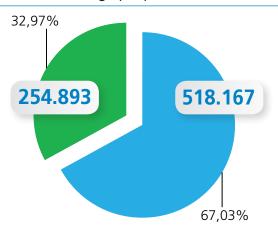


Les finances et chiffres-clés de la CNS

C. Les finances et chiffres-clés de la CNS

I. Assurance maladie-maternité

a) Contexte démographique



- population protégée résidente
- population protégée non-résidente

773.061 population protégée globale

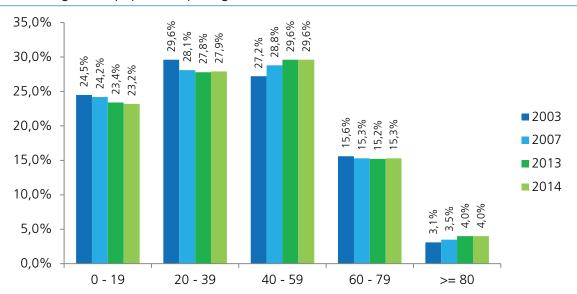
En 2014, la population protégée résidente atteint 518.167 personnes en moyenne annuelle et est en progression de 1,9 % par rapport à 2013, variation identique à celle enregistrée en 2013/2012.

La population protégée non résidente a connu en 2014 une augmentation de 3,0 % contre 2,9 % en 2013.

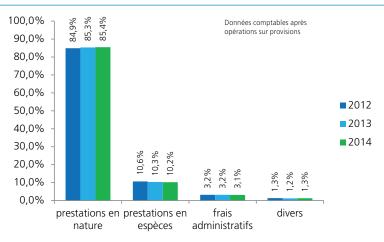
En 2014, la population protégée totale atteint 773.061 personnes en moyenne annuelle et est en progression de 2,2 % par rapport à 2013 ; le même niveau de croissance comme celui entre 2012 et 2013.

Le taux de croissance de la population protégée non-résidente (3,0 %) dépasse le taux de croissance de la population protégée résidente (1,9 %), de sorte que la population protégée totale se caractérise par une croissance de 2,2 % en 2014. La population protégée nonrésidente représente 33,0 % de la population protégée totale (32,7 % en 2013). 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 67,3 % en 2013 à 67,0 % en 2014.

b) Structure d'âge de la population protégée résidente



Le tableau ci-avant reprend la structure d'âge de la population protégée résidente au 31 décembre. Comme en 2013, la part du groupe d'âge des personnes âgées entre 60 et 79 ans augmente légèrement en 2014, à savoir de 15,2 % à 15,3 %. La part des personnes âgées de 80 ans et plus a augmenté continuellement depuis 2002 pour s'établir en 2014 à 4,0 %, part identique à celle enregistrée en 2013. 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 augmente très légèrement (27,8 % en 2013; 27,9 % en 2014) et la part du groupe d'âge des 40 à 59 ans est restée au même niveau.



En 2014, les dépenses effectives de l'assurance maladiematernité s'élèvent à 2.490,7 millions d'euros, contre 2.403,0 millions d'euros en 2013, soit une hausse en valeur absolue de 87,7 millions d'euros. La croissance en valeur nominale s'élève à 3,6 %, contre une croissance réelle de 1,8 % au nombre indice 100 du coût de la vie. Le montant des dépenses effectives est obtenu en déduisant du montant des dépenses courantes le montant du prélèvement aux provisions de 158,5 millions d'euros.

Les frais administratifs s'élèvent en 2014 à 77,0 millions d'euros. Ce montant de 77,0 millions d'euros se décompose en des frais administratifs comptabilisés de 75,9 millions d'euros, en une dotation aux provisions de 2,6 millions d'euros à comptabiliser en 2015 et en un prélèvement aux provisions de 1,5 millions d'euros réalisée en 2013. Ces provisions concernent des frais administratifs à verser aux mutualités belges relatifs aux compléments. Par rapport à 2013, les frais administratifs effectifs diminuent ainsi de 1,0 % (-0,8 million d'euros). En particulier, les frais de personnel ont augmenté de 3,4% (+1,5 million d'euros) en 2014. D'une part, il y a lieu de remarquer que les traitements et salaires des actifs ont augmenté de 2,7 % par rapport à 2013 et d'autre part, on constate que la tendance des fortes croissances observées en 2011 (+11,8 %), en 2012 (+13,2 %) et 2013 (+7,2 %) au niveau du personnel retraité subsiste, à savoir +7,1 % (+0,5 million d'euros en valeur absolue). En particulier, le nombre de pensionnés s'est accru de 6 personnes en 2014.

En ce qui concerne les prestations en espèces de maladie, il y a lieu de noter que le renversement de la tendance dans la croissance enregistrée en 2013 (+4,0%) s'est poursuit en 2014 avec une évolution minime de +0,6%. Les efforts entrepris au niveau du contrôle médical ont contribué donc à freiner les fortes hausses enregistrées au cours des dernières années (2011 : +17,4%; 2012 : +15,0%). Le montant s'élève à 126,9 millions d'euros,

contre 126,2 millions d'euros en 2013. Suivant la statistique relative à la date prestation, le nombre de bénéficiaires et la durée moyenne par bénéficiaire ont diminué de 0,8 % respectivement de 1,3 % entre 2013 et 2014 alors que l'indemnité moyenne accordée a augmenté de 1,7 % entre 2013 et 2014. Ce sont surtout les bénéficiaires en dessous de 35 ans qui ont diminué plus fortement (-2,1 %) que ceux au-dessus de 40 ans (-0,1 %). La durée moyenne par cas a diminué aussi bien pour les bénéficiaires en dessous de 40 ans (-1,2 %) que pour ceux au-dessus de 40 ans (-1,5 %).

Concernant les prestations en espèces de maternité, celles-ci affichent un taux de croissance de 4,5 %, contre une augmentation de 5,5 % en 2013. Suivant la statistique relative à la date prestation (y non compris le congé pour raisons familiales), le nombre de bénéficiaires et l'indemnité moyenne accordée se sont accrus de 2,0 % respectivement de 1,8 % entre 2013 et 2014 alors que la durée moyenne par bénéficiaire a augmenté de 0,5 % entre 2013 et 2014.

Les dépenses pour prestations en nature progressent de 3,9 % en 2014, contre +8,3 % en 2013. Cette progression correspond à un surplus de dépenses de 79,4 millions d'euros.

Parmi les dépenses pour prestations en nature, il faut souligner que les dépenses pour soins au Luxembourg diminuent de 0,6 % en 2014 (-9,9 millions d'euros), contre +6,9 % en 2013.

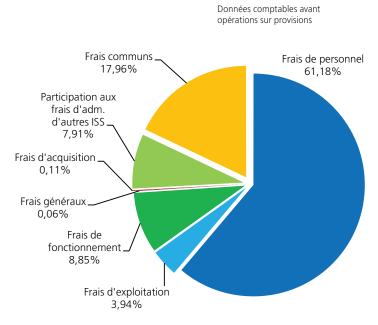
Les prestations en nature à l'étranger s'élèvent à 501,0 millions d'euros en 2014. Ceci en tenant compte d'une provision de 88,8 mio d'euros, d'un prélèvement aux provisions de 15,0 mio d'euros, d'un montant régularisé de 172,2 mio d'euros et d'un prélèvement aux régularisations de 282,3 mio d'euros. Par ailleurs le montant de 501,0 mio d'euros renferme la première tranche des reports de prestation au niveau des dépenses pour soins à l'étranger à hauteur de 160,0 millions d'euros.

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

On constate que les frais de personnel représentent 61,18 % du total des frais d'administration, contre 17,96 % 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 79,14 % 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 20,80 % des frais administratifs. En particulier, ces quatre postes s'élèvent à 15,8 millions d'euros, contre 60,1 millions d'euros pour les frais de personnels et les frais communs.

Enfin, il est utile de préciser que la marche de manoeuvre de la CNS au niveau des postes « frais de personnel », « frais communs » et « participation aux frais d'administration d'autres ISS » est relativement limitée. Ces trois postes représentent, finalement, en 2014 une part de



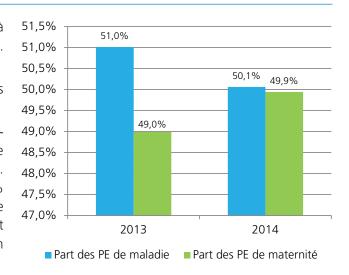
87,05 % (66,1 millions d'euros) de l'ensemble des frais administratifs.

e) Prestations en espèces

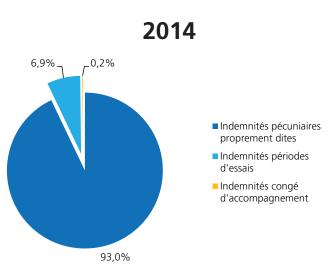
Les prestations en espèces sont les prestations destinées à remplacer les revenus en cas de maladie ou de maternité. Elles sont divisées en 2 catégories:

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

En 2013, les indemnités pécuniaires de maladie représentent 51,0 % du total des indemnités pécuniaires, contre 49,0 % pour les indemnités pécuniaires de maternité. L'écart entre les deux s'est réduit en 2014, avec 50,1 % pour les indemnités pécuniaires de maladie, tandis que les indemnités pécuniaires de maternité représentent 49,9 % de l'ensemble des indemnités pécuniaires en 2014.



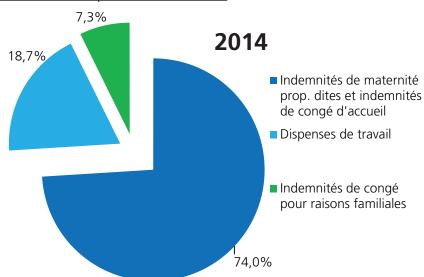
Prestations en espèces de maladie



Après des croissances très fortes en 2011 (+17,4%) et en 2012 (+15,0%) et une augmentation plus modérée en 2013 (+4,0%), les dépenses pour indemnités pécuniaires de maladie présentent en 2014 un accroissement de l'ordre de 0,6%. Elles s'élèvent à 126,9 millions d'euros contre 126,2 millions d'euros en 2013. Le montant de 126,9 millions d'euros du poste des indemnités pécuniaires de maladie comprend les indemnités pécuniaires de maladie proprement dites pour un montant de 118,0 millions d'euros (+0,1% par rapport à 2013), les indemnités pour périodes d'essai pour un montant de 8,8 millions d'euros (+8,0% par rapport à 2013) et les indemnités de congé d'accompagnement pour un montant de 0,2 million d'euros (+3,0%).

Prestations en espèces de maternité

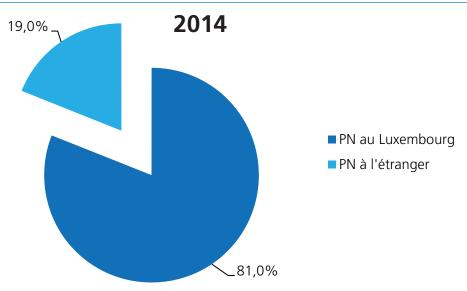
Au niveau des indemnités pécuniaires de maternité, il y a lieu de distinguer entre les indemnités de maternité proprement dites (auxquelles on ajoute les indemnités de congé d'accueil), les indemnités relatives aux dispenses de travail (indemnités pour femmes enceintes et indemnités pour femmes allaitantes),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



La représentation graphique permet de constater que les indemnités pécuniaires proprement dites de maternité représentent 74,0 % (2013: 73,7 %) des prestations en espèces de maternité. Le deuxième poste le plus important est celui des dispenses avec 18,7 % (2013: 19,1 %), et en troisième lieu figure le congé pour raisons familiales

qui représente 7,3 % (2013: 7,2 %) des prestations en espèces de maternité. Le poids des indemnités pécuniaires relatives aux dispenses de travail a légèrement baissé en 2014. En effet, les dispenses représentent 18,7 % de l'ensemble des indemnités pécuniaires de maternité en 2014, contre 19,1 % en 2013.

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



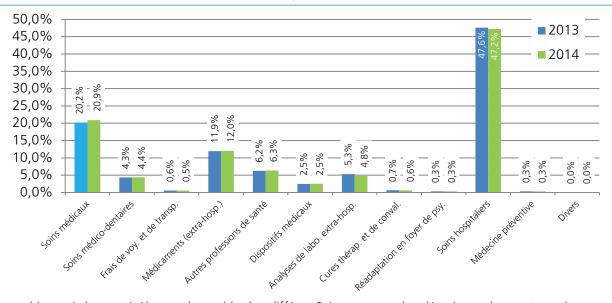
Par prestations en nature, on entend les prestations de soins de santé délivrées par les prestataires et fournisseurs aux assurés.

En ce qui concerne les prestations de soins au Luxembourg, et hormis les provisions supplémentaires concernant les reports, on constate que ces prestations ont progressé de 3,1 % en 2014, contre 3,1 % en 2013, 4,8 % en 2012 et 4,6 % en 2011.

Les prestations de soins de santé à l'étranger (après opérations sur provisions et après régularisations de fin d'exercice et sans prise en compte des reports) diminuent considérablement en 2014, à savoir de 17,3 % pour

se chiffrer à 341,0 millions d'euros (var. 2013/2012 : +14,3 %). Cette forte diminution trouve son origine dans le fait que lors de l'établissement de la régularisation 2013, on a pris en compte la période d'introduction des décomptes jusqu'au 14 février 2014 alors que dans le passé la date finale était celle du 31 décembre. Ainsi un montant supplémentaire de 49,1 millions d'euros a été régularisé. Cette extension de la durée d'introduction des décomptes se fait désormais pour chaque année. Pour la variation 2014/2013, l'impact n'est pas non négligeable. Ainsi abstraction faite de cette nouvelle procédure introduite en 2013, la variation se serait élevée en 2014 à -6,1 %.

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 2013 à 2014. Le poste le plus important est celui des soins hospitaliers, aussi bien en 2013 qu'en 2014 avec respectivement 47,6 % et 47,2 % de l'ensemble des prestations en nature au Luxembourg.

Les soins médicaux représentent le deuxième poste le plus important, avec 20,2 % en 2013 et 20,9 % en 2014.

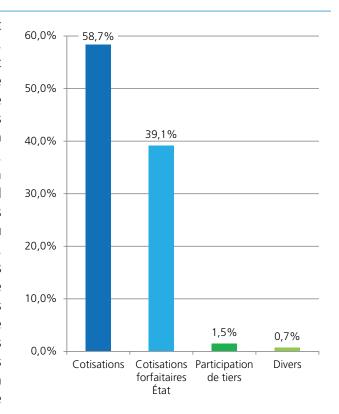
En troisième lieu figurent les médicaments extra-hospitaliers, dont 12,0 % de la totalité des prestations en nature au Luxembourg leur sont attribués en 2014 (11,9 % en 2013).

h) Part des postes dans les recettes

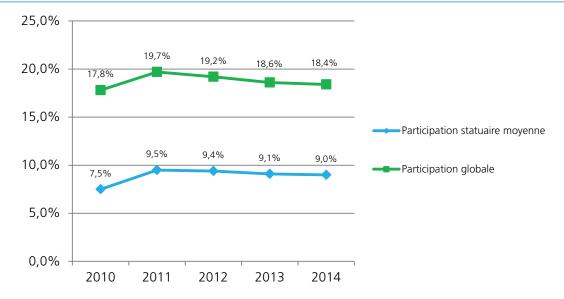
Les recettes de l'assurance maladie-maternité proviennent majoritairement des cotisations, à savoir 97,8 %. En 2014, les recettes en cotisations en provenance des assurés et employeurs enregistrent une hausse de 4,9 % pour se chiffrer à 1.465,0 millions d'euros, contre une hausse de 4,8 % en 2013. Le montant des cotisations forfaitaires en provenance de l'État atteint 976,5 millions d'euros en 2014 et est en progression de 4,9 % par rapport à 2013. 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 (+4,9%). Le poste «Participation de tiers» a connu une évolution positive de 1,9 % (+0,7 mio d'euros), hausse principalement due à l'augmentation des frais d'administration remboursés par l'assurance dépendance de 5,0 % ou de 0,8 million d'euros. Les recettes diverses se chiffrent à 17,4 millions d'euros, soit une croissance de l'ordre de 1,5 million d'euros qui résulte d'une hausse des produits financiers (+0,8 million d'euros) et des pensions cédées par divers organismes de pension (+0,3 million d'euros). S'y ajoute la croissance des produits divers de 0,4 million d'euros.

Suivent par ordre décroissant les postes suivants pour l'année 2014 :

- Autres professions de santé: 6,3 %
- Analyses de laboratoires extra-hospitaliers: 4,8 %
- Soins médico-dentaires: 4,4 %
- Dispositifs médicaux: 2,5 %
- Cures thérapeutiques et de convalescence : 0,6 %
- Frais de voyage et de transport: 0,5 %
- Réadaptation en foyer de psychiatrie: 0,3 %
- Médecine préventive : 0,3 %
- Divers: 0,0 %

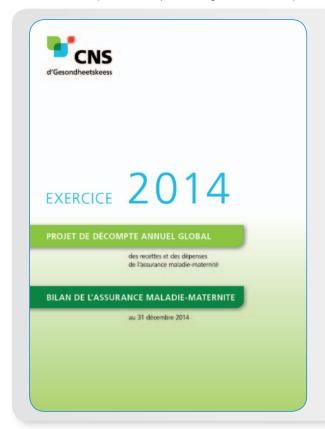


i) Participation moyenne des personnes protégées pour les prestations extra-hospitalières



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 9,0 % en 2014, ce qui représente une baisse de 0,1 % par rapport à 2013.

Il y a lieu de noter que les tarifs de l'assurance maladiematernité 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 18,4 % en 2014 (en dehors des frais d'hospitalisation), contre 18,6 % en 2013.



En date du 15 juillet 2015, le Comité directeur de la CNS a approuvé les comptes annuels et le bilan de clôture de l'année 2014 de l'assurance maladie-maternité.

Le document « Décompte des recettes et dépenses de 2014 de l'assurance maladie-maternité » commenté peut être consulté intégralement sur le site internet de la CNS **www.cns.lu** sous « Publications ».

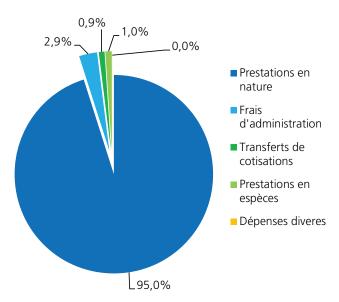
II. Assurance dépendance

a) Poids des postes de dépenses en 2014

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 1,0 % 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 2,9 % 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 (1,0 % 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.



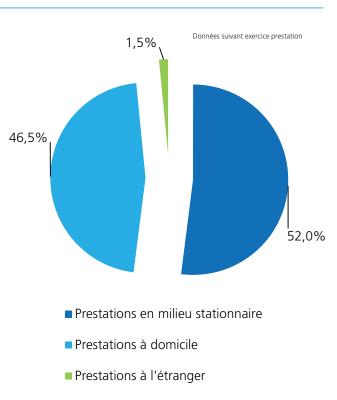
En troisième position figure le transfert de cotisations, avec 0,9 % du total des dépenses. En effet, l'assurance dépendance prend en charge les cotisations pour l'assurance pension d'une personne de l'entourage (souvent un membre de la famille ou un proche) qui assure avant l'âge de 65 ans des aides 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 2014

52,0 % des dépenses en relation avec les prestations en nature ont été attribués aux prestations en milieu stationnaire en 2014 (51,2 % 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 46,5 % du total des dépenses en matière de prestations en nature (47,2 % en 2013). 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 ces prestations, 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.



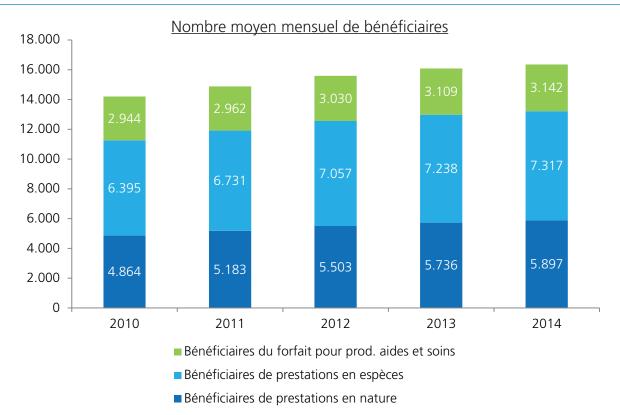
Bénéficiaires de prestations en nature au Luxembourg: 13.422

Prestations à domicile*: 8,879 (+1,5 %)

• Prestations en milieu stationnaire : 4.543 (+1,6 %)

- 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



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.

Pour 2014, le nombre moyen mensuel de bénéficiaires de prestations à domicile s'établit à 8.879 personnes (+1,5%) contre 8.748 personnes en 2013. Depuis 2004, le nombre de bénéficiaires s'est accru de 58,5%. Le taux de croissance annuel moyen s'établit à 4,7% entre 2004 et 2014. Pour la période 2009 à 2014, le taux de croissance annuel moyen s'élève à 4,1%.

En 2014, parmi les bénéficiaires de prestations à

domicile, 66,4 % (5.897 personnes) touchent des prestations fournies par un réseau d'aides et de soins, un centre semi-stationnaire ou un établissement à séjour intermittent.

En 2014, 7.317 personnes en moyenne ont bénéficié de prestations en espèces, ce qui correspond à 82,4 % des bénéficiaires de prestations à domicile.

Depuis le 1^{er} janvier 2007, un montant forfaitaire de 14,32 euros par mois au nombre indice 100 est accordé en cas d'utilisation de produits nécessaires aux aides et soins. En 2014, ce montant forfaitaire mensuel s'est établi à 111,00 euros en moyenne à l'indice courant égal à 775,17. En 2014, environ 35,4% des personnes touchant des prestations à domicile ont bénéficié de ce forfait (35,5% en 2013).

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.

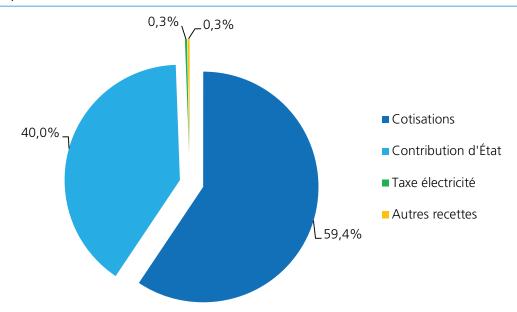
Les établissements d'aides et de soins à séjour continu hébergent de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant, dans le cadre de l'établissement, l'intégralité des aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance.

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

Pour l'exercice 2014, le nombre moyen de personnes dans les établissements d'aides et de soins se chiffre à 4.543 personnes (+1,6%), dont 2.536 personnes pour les centres intégrés (-0,9%) et 2.007 personnes pour les maisons de soins (+4,8%).

Depuis 2004, le nombre moyen de personnes a augmenté de 39,4 %, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 3,4 %. Depuis 2009, le taux de croissance annuel moyen s'élève à 3,7 %. De 2012 à 2013, la forte croissance pour les maisons de soins est due au fait que 2 centres intégrés ont changé d'agrément et ont désormais le statut de maisons de soins.

f) Poids des postes de recettes

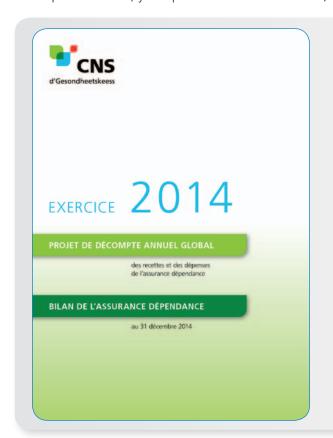


Le montant total des cotisations de l'assurance dépendance s'élève en 2014 à 344,2 millions d'euros, contre 327,1 millions d'euros en 2013, soit une croissance de 5,2 % (-3,7 % en 2013). Ce taux est influencé partiellement par l'adaptation de l'échelle mobile des salaires de 1,9 % en 2014. Le taux de croissance réel obtenu en éliminant les effets de l'échelle mobile des salaires s'élève à 3,3 %, contre +3,0 % en 2013.

La contribution de l'État se place en deuxième position, avec 40,0 % du total des recettes. Alors que la participation de l'État en 2012 était fixé 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 depuis 2013, y compris dotation à la réserve (loi du 16 décembre 2011, art. 38). Le montant versé par l'État en 2014 s'élève à 231,8 millions d'euros, ce qui correspond à une croissance de 4,6 %.

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 1,7 million d'euros en 2014 (-20,7 %), contre 2,1 millions d'euros en 2013 (+19,4 %).



En date du 29 juillet 2014, le Comité directeur de la CNS a approuvé les comptes annuels et le bilan de clôture de l'année 2014 de l'assurance dépendance.

Le document « Décompte des recettes et dépenses de 2014 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

D. Statistiques par thème

I. Évolution des soins de santé à charge de l'assurance maladie-maternité au Luxembourg

1. Introduction

La consommation moyenne de soins de santé représente le montant moyen net de soins de santé par personne. Son évolution est influencée par divers facteurs, dont on peut citer les adaptations des tarifs des prestataires de soins de santé (lettres-clés, coefficients, tranche indiciaire), la hausse de l'offre des soins, le progrès médical et le comportement des divers acteurs.

La consommation moyenne de soins de santé est un indicateur qui est analysé chaque année au décompte de l'assurance maladie-maternité. Le décompte se base sur l'ensemble des soins de santé consommés par la population protégée résidente en incluant donc aussi bien les soins hospitaliers que les soins extrahospitaliers. Les prestations en espèces ne sont pas considérées.

Ainsi, l'indicateur adressé au décompte ne permet pas de présenter l'évolution réelle des montants moyens hors adaptations de tarifs accordées aux divers prestataires de soins de santé. En effet, alors que l'analyse de l'indicateur fait abstraction de l'inflation moyenne, elle inclut les autres augmentations de tarifs accordées aux prestataires de soins, ainsi que les résultats des négociations budgétaires du secteur hospitalier. Vient s'y ajouter que l'analyse du décompte ne présente pas de vue par patient et par poste de soins de santé, mais uniquement celle de la consommation moyenne de l'ensemble des soins de santé.

Suite à une demande du comité directeur de la CNS, il s'est donc avéré utile d'approfondir l'analyse du décompte et de déterminer le taux de croissance de la consommation moyenne réelle, en faisant également abstraction des négociations et des adaptations de tarifs et non plus seulement des adaptations indiciaires de manière à identifier les facteurs de croissance influençant les principaux postes de soins de santé. À ceci s'ajoute la présentation d'un niveau de détail plus fin affichant également les évolutions observées au niveau des différents postes de soins de santé.

Dans une première phase et au vu de la complexité de mise en œuvre, il est proposé de limiter l'analyse aux prestataires de soins de santé avec lettres-clés et coefficients. Il s'agit en l'occurrence des postes Médecins, Dentistes, Kinésithérapeutes, Infirmiers, Laboratoires, Psychomotriciens, Sages-femmes et Orthophonistes.

D'abord, la présente note soumet à titre de rappel, un bref aperçu de l'analyse du décompte 2013 pour enchaîner ensuite avec une analyse par indicateur et une analyse par poste.

Les indicateurs retenus sont les suivants: nombre de patients, montant net, montant net corrigé, montant net par patient et montant net corrigé par patient (cf. section suivante pour la définition précise de ces indicateurs). Précisons, que chacun de ces indicateurs est présenté dans la suite aussi bien pour le total des patients que pour les patients

Enfin, une analyse ultérieure pourrait encore définir les indicateurs « montants nets, montants nets par patient, et nombre de patients » pour les postes non considérés dans ce document, tels que les soins hospitaliers, les frais pharmaceutiques, les cures, les dispositifs médicaux, la psychiatrie extrahospitalière, la médecine préventive et les indemnités funéraires. Toutefois, les indicateurs « corrigés » pour ces postes ne pourront qu'annuler les augmentations indiciaires, à défaut de lettres-clés et de coefficients.

2. Glossaire

De manière globale, on utilise les critères du décompte pour les soins de santé: actes appartenant à l'un des huit postes considérés, à l'exclusion des actes de Médecine préventive, sur un patient appartenant à la population protégée et pris en charge par une caisse de maladie luxembourgeoise (CNS, CMFEP, CMFEC, EMCFL)¹².

Dans la suite du document, nous utilisons des abréviations pour chacun des huit postes considérés :

- MED: actes de la nomenclature des Médecins.
- DEN: actes de la nomenclature des Médecins-Dentistes.
- LAB: actes de la nomenclature des Laboratoires, qu'ils aient été réalisés par un Laboratoire ou par un Médecin. À partir du 1er avril 2011, ceci inclut l'activité extrahospitalière des Laboratoires hospitaliers.
- KIN: actes de la nomenclature des masseurs-Kinésithérapeutes.

- INF: actes de la nomenclature des Infirmiers.
- SGF: actes de la nomenclature des Sages-femmes.
- PSM: actes de la nomenclature des Psychomotriciens.
- OPHO: actes de la nomenclature des Orthophonistes.

Pour la population protégée totale ou résidente, par souci de cohérence avec le décompte, nous reprenons les valeurs arrêtées au 31 décembre de chaque année telles que fournies par l'IGSS. Pour les montants et les nombres de patients, nous identifions les résidents en utilisant le code pays du patient à la date de l'acte définie lors de la saisie, ce qui permet de ne pas exclure les patients ayant perdu leur affiliation en cours d'année, notamment les patients décédés.

Les montants nets sont les montants remboursés par les caisses de maladie pour la prestation des actes, à l'exclusion d'un éventuel remboursement complémentaire de la participation au titre de l'article 154 bis des statuts ou du Tiers Payant Social. L'année considérée est toujours l'année de prestation de l'acte, et non l'exercice comptable: les années les plus récentes, et en particulier 2013, peuvent par conséquent être très légèrement incomplètes puisque les montants liquidés après le 12 novembre 2014 (date de l'extraction des données pour l'étude) ne sont pas pris en compte.

Les montants nets corrigés sont les montants nets après annulation des mesures tarifaires appliquées à partir du 1^{er} janvier 2006, c'est-à-dire les revalorisations indiciaires, les hausses ou baisses de lettres-clés à l'indice 100 et les modifications de coefficients pour certains actes de la nomenclature des Médecins et des Laboratoires. En revanche, la hausse du taux de participation n'est pas annulée.

Enfin, pour chacun des huit postes, on calcule les montants nets par patient (respectivement montants nets corrigés par patient) à partir des montants nets (respectivement montants nets corrigés) que l'on divise par le nombre de patients ayant été l'objet d'au moins un acte du poste considéré au cours de l'année considérée, nombre qui sera donc a priori différent pour chaque poste et inférieur à la population protégée.

3. Aperçu de l'analyse du décompte 2013

Le décompte 2013 souligne que la population résidente n'a augmenté que de 21,6 % entre 2000 et 2013, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 1,5 % sur la période observée. Le taux de croissance annuel moyen de la consommation moyenne de soins de santé par personne protégée résidente s'élève à 4,6 %³ par an entre 2000 et 2013. Face à une inflation moyenne de 2,3 % par an, le taux de croissance réel s'élève à 2,3 % par an et par personne.

Pour l'exercice 2013 en particulier, on constate que la consommation moyenne de soins de santé par personne protégée résidente présente un taux de croissance de 1,0 %, qui se situe nettement en dessous du taux de croissance annuel moyen de 4,6 % pour la période de 2000 à 2013.

Année	Consommation moyenne par personne au Luxembourg	Var. en %
2000	1.717	3,5 %
2001	1.879	9,4%
2002	2.023	7,7 %
2003	2.182	7,8 %
2004	2.415	10,7 %
2005	2.468	2,2 %
2006	2.549	3,3 %
2007	2.689	5,5 %
2008	2.805	4,3 %
2009	2.890	3,1%
2010	2.922	1,1%
2011	2.992	2,4%
2012	3.068	2,5 %
2013	3.100	1,0 %

Tableau 1: consommation moyenne totale par personne protégée résidente (montants en euros)

Comme décrit au niveau de l'introduction, l'analyse du décompte ne présente pas de vue par patient et par poste de soins de santé, mais uniquement celle de la consommation moyenne de l'ensemble des soins de santé.

De ce fait, cette partie du décompte est complétée par le tableau qui suit et qui présente une vue de la consommation moyenne par personne et par poste de soins de santé.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Honoraires médicaux	364	376	388	410	407	406	416	424
Honoraires médico-dentaires	83	84	85	88	90	89	90	91
Frais de transport	12	11	11	12	12	12	12	12
Frais pharmaceutiques.	225	227	232	236	232	242	250	249
Autres professions de santé	85	93	102	110	120	114	121	128
Dispositifs médicaux	47	54	51	54	51	50	51	53
Laboratoires	58	62	66	59	59	81	93	99
Cures	14	13	13	14	14	13	13	14
Foyers de psychiatrie	0	0	4	5	6	6	7	7
Médecine préventive et divers	7	7	8	8	8	9	6	8
Indemnités funéraires	6	6	6	6	6	4	4	4
Prestations extrahospitalières	901	933	967	1001	1005	1026	1064	1088
Prestations hospitalières	904	941	962	981	980	991	999	998
Total prestations en nature	1805	1874	1929	1982	1985	2018	2063	2086
Médecins, Dentistes, Infirmiers, Kinés, Sages-femmes, Psychomotriciens, Orthophonistes, Laboratoires	590	614	640	666	676	690	721	742

Tableau 2: consommation moyenne par personne protégée résidente et par poste de soins de santé

Le tableau ci-dessus permet de constater qu'en 2013 une partie de 52 % de la consommation moyenne de soins de santé de la population protégée totale provient du secteur extrahospitalier, et qu'une part de 48 % provient du secteur hospitalier.

Précisons que la consommation moyenne du groupe de postes analysés dans la suite du présent document s'élève à 742 euros par personne relevant de la population protégée totale en 2013.

4. Analyse par indicateur

L'objet de ce chapitre est, pour chaque indicateur, d'étudier l'évolution de chaque poste sur les 8 années observées et de comparer les variations entre postes.

Pour chaque poste, le rapprochement entre les différents indicateurs et l'explication de leurs évolutions font l'objet du chapitre suivant et ne sont donc pas repris ici.

4.1. Population protégée et nombre de patients

	PATIENTS DEN	PATIENTS INF	PATIENTS KIN	PATIENTS LAB	PATIENTS MED	PATIENTS OPHO	PATIENTS PSM	PATIENTS SAG	TOTAL PATIENTS	TOTAL POP.
2006	250.150	27.276	70.224	200.949	432.516	1.198	1.670	1.028	456.240	624.166
2007	255.108	28.637	73.976	211.177	443.181	1.308	2.050	1.231	467.564	643.881
2008	261.826	29.822	79.356	224.833	454.947	1.505	2.130	1.397	480.314	666.316
2009	266.498	30.079	83.899	238.233	465.959	1.597	1.949	1.701	491.334	681.958
2010	269.214	30.010	88.414	237.183	471.562	1.808	2.005	1.716	499.387	699.538
2011	277.188	30.031	92.444	283.847	484.719	1.981	1.980	1.973	513.397	720.310
2012	284.029	30.056	99.946	299.160	496.338	2.251	1.985	2.185	527.053	739.863
2013	285.812	29.701	102.350	319.087	506.414	2.449	1.875	2.452	540.876	756.185

Tableau 3: patients et population protégée totale

	PATIENTS DEN	PATIENTS INF	PATIENTS KIN	PATIENTS LAB	PATIENTS MED	PATIENTS OPHO	PATIENTS PSM	PATIENTS SAG	TOTAL PATIENTS	TOTAL POP.
2006										
2007	1,98%	4,99 %	5,34%	5,09%	2,47 %	9,18 %	22,75 %	19,75 %	2,48%	3,16 %
2008	2,63 %	4,14 %	7,27 %	6,47 %	2,65 %	15,06%	3,90 %	13,48 %	2,73 %	3,48 %
2009	1,78 %	0,86%	5,72 %	5,96 %	2,42 %	6,11 %	-8,50 %	21,76 %	2,29%	2,35 %
2010	1,02 %	-0,23 %	5,38%	-0,44%	1,20 %	13,21 %	2,87 %	0,88%	1,64%	2,58 %
2011	2,96%	0,07 %	4,56 %	19,67 %	2,79%	9,57 %	-1,25 %	14,98 %	2,81 %	2,97 %
2012	2,47 %	0,08 %	8,12 %	5,39%	2,40 %	13,63 %	0,25 %	10,75 %	2,66 %	2,71 %
2013	0,63 %	-1,18 %	2,41%	6,66 %	2,03 %	8,80 %	-5,54%	12,22 %	2,62 %	2,21 %

Tableau 4: patients et population protégée totale, en pourcentage de variation annuelle

	PATIENTS DEN	PATIENTS INF	PATIENTS KIN	PATIENTS LAB	PATIENTS MED	PATIENTS OPHO	PATIENTS PSM	PATIENTS SAG	TOTAL	TOTAL POP.
2006										
2007	1,98%	4,99%	5,34%	5,09%	2,47 %	9,18 %	22,75 %	19,75 %	2,48%	3,16 %
2008	4,67 %	9,33 %	13,00 %	11,89 %	5,19 %	25,63 %	27,54 %	35,89 %	5,28 %	6,75 %
2009	6,54%	10,28 %	19,47 %	18,55 %	7,73 %	33,31 %	16,71 %	65,47 %	7,69 %	9,26 %
2010	7,62 %	10,02 %	25,90 %	18,03 %	9,03 %	50,92 %	20,06 %	66,93 %	9,46 %	12,08%
2011	10,81 %	10,10 %	31,64%	41,25 %	12,07 %	65,36%	18,56 %	91,93 %	12,53 %	15,40 %
2012	13,54%	10,19 %	42,32 %	48,87 %	14,76 %	87,90 %	18,86 %	112,55 %	15,52 %	18,54 %
2013	14,26 %	8,89 %	45,75 %	58,79 %	17,09%	104,42 %	12,28 %	138,52 %	18,55 %	21,15 %

Tableau 5: patients et population protégée totale, en pourcentage de variation depuis 2006

	PATIENTS DEN	PATIENTS INF	PATIENTS KIN	PATIENTS LAB	PATIENTS MED	PATIENTS OPHO	PATIENTS PSM	PATIENTS SAG	TOTAL PATIENTS	TOTAL POP.
2006	241.258	27.094	68.324	195.939	406.715	1.188	1.643	1.021	425.176	449.972
2007	244.792	28.425	71.658	205.122	413.161	1.289	2.009	1.227	431.466	455.752
2008	250.474	29.588	76.503	216.855	420.234	1.481	2.091	1.385	438.712	463.180
2009	254.104	29.822	80.544	229.003	428.085	1.569	1.922	1.679	446.008	470.660
2010	256.350	29.778	84.303	227.218	430.095	1.772	1.972	1.689	450.212	478.747
2011	263.603	29.802	87.907	270.231	440.460	1.941	1.936	1.942	460.666	488.268
2012	269.349	29.869	94.743	283.622	449.108	2.194	1.942	2.143	470.430	499.275
2013	270.670	29.499	96.829	298.292	455.514	2.385	1.826	2.378	479.246	508.712

Tableau 6: patients et population protégée résidente

	PATIENTS DEN	PATIENTS INF	PATIENTS KIN	PATIENTS LAB	PATIENTS MED	PATIENTS OPHO	PATIENTS PSM	PATIENTS SAG	TOTAL PATIENTS	TOTAL POP.
2006										
2007	1,46 %	4,91 %	4,88%	4,69%	1,58 %	8,50 %	22,28%	20,18 %	1,48 %	1,28 %
2008	2,32 %	4,09 %	6,76 %	5,72 %	1,71 %	14,90 %	4,08 %	12,88 %	1,68 %	1,63 %
2009	1,45 %	0,79 %	5,28 %	5,60 %	1,87 %	5,94%	-8,08%	21,23 %	1,66 %	1,61 %
2010	0,88%	-0,15 %	4,67 %	-0,78 %	0,47 %	12,94%	2,60 %	0,60%	0,94%	1,72 %
2011	2,83 %	0,08%	4,28 %	18,93 %	2,41 %	9,54%	-1,83 %	14,98 %	2,32 %	1,99 %
2012	2,18%	0,22%	7,78 %	4,96 %	1,96 %	13,03 %	0,31 %	10,35 %	2,12 %	2,25 %
2013	0,49 %	-1,24%	2,20 %	5,17 %	1,43 %	8,71%	-5,97 %	10,97 %	1,87 %	1,89 %

Tableau 7: patients et population protégée résidente, en pourcentage de variation annuelle

	PATIENTS DEN	PATIENTS INF	PATIENTS KIN	PATIENTS LAB	PATIENTS MED	PATIENTS OPHO	PATIENTS PSM	PATIENTS SAG	TOTAL PATIENTS	TOTAL POP.
2006										
2007	1,46 %	4,91%	4,88%	4,69 %	1,58 %	8,50 %	22,28 %	20,18 %	1,48%	1,28 %
2008	3,82 %	9,20%	11,97 %	10,67 %	3,32 %	24,66 %	27,27 %	35,65 %	3,18 %	2,94 %
2009	5,32 %	10,07 %	17,89 %	16,87 %	5,25 %	32,07 %	16,98%	64,45 %	4,90%	4,60 %
2010	6,26 %	9,91 %	23,39 %	15,96%	5,75 %	49,16 %	20,02 %	65,43 %	5,89 %	6,39 %
2011	9,26%	9,99%	28,66%	37,92 %	8,30%	63,38 %	17,83 %	90,21 %	8,35%	8,51 %
2012	11,64 %	10,24 %	38,67 %	44,75 %	10,42 %	84,68 %	18,20 %	109,89 %	10,64 %	10,96 %
2013	12,19%	8,88%	41,72 %	52,24 %	12,00%	100,76 %	11,14 %	132,91 %	12,72 %	13,05 %

Tableau 8: patients et population protégée résidente, en pourcentage de variation depuis 2006

En 2013, la population protégée totale s'est élevée à 756.185 personnes en 2013 et le nombre de patients y relatif s'est élevé à 540.876. L'écart entre la population protégée totale et le nombre de patients s'explique surtout par la population protégée non-résidente. En effet, si on se limite à la population résidente, l'écart est nettement moins élevé: la population protégée résidente compte 508.712 personnes protégées en 2013 et 479.246 patients.

Au niveau de la population protégée totale, les principaux postes de soins de santé affichent les nombres de patients présentés ci-dessous en 2013 :

Médecins: 506.414 patients
 Laboratoires: 319.087 patients
 Dentistes: 285.812 patients

4. Kinésithérapeutes: 102.350 patients

5. Infirmiers: 29.701 patients

Quelques constats pour la population protégée totale :

- Entre 2006 et 2013, le nombre total de patients de la population protégée totale a augmenté de 19 %, donc un peu moins que la population protégée elle-même qui a augmenté de 21 %. Soulignons que le nombre de patients des Kinésithérapeutes a augmenté de 46 % sur la période observée et que le nombre de patients des Laboratoires a augmenté de 59 %.
- La hausse du nombre de patients des Laboratoires dépasse celle observée au niveau des Kinésithérapeutes en raison du transfert des analyses pour patients ambulatoires faites à l'hôpital depuis le poste « Soins hospitaliers » vers le poste « Laboratoires », ce qui explique en grande partie la croissance de 20 % du nombre de patients des Laboratoires entre 2011 et 2010. En nombres absolus, il s'agit d'un plus de 47.000 patients entre 2010 et 2011.
- En ne tenant pas compte de ce transfert et en limitant l'analyse à la période 2006 à 2010, le nombre de patients des Kinésithérapeutes présente une hausse de 26 % dépassant celle des Laboratoires s'élevant à 18 % et présente ainsi le poste avec la plus grande hausse du nombre de patients parmi les Médecins, les Dentistes, les Laboratoires, les Infirmiers et les Kinésithérapeutes.
- Le nombre de patients des Médecins et des Dentistes connaît des croissances annuelles modérées entre 2006 et 2013 et les Infirmiers présentent des croissances plus élevées de 4 % à 5 % en 2006 et 2007 et restent ensuite stables sur les années qui suivent.
- Ce sont surtout les nombres de patients des Laboratoires et Kinésithérapeutes qui sont considérables sur la période 2006 à 2013. En particulier, les Kinésithérapeutes présentent des croissances qui s'élèvent à 5 % à 8 % sur la période 2006 à 2012 et les Laboratoires présentent des croissances annuelles du nombre de patients variant entre 5 % et 7 % sur la période 2006 à 2013 sauf pour les années 2010, où ils affichent une évolution négative, et 2011, où ils présentent une croissance très forte de 20 % expliquée plus haut.

Pour la population protégée résidente, les constats sont similaires à ceux affichés ci-dessus.

4.2. Montants nets

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006	51.625.114,90	24.652.598,68	27.050.922,26	36.174.630,40	229.578.857,19	527.237,82	889.375,50	248.509,41	370.747.246,16
2007	53.886.284,78	27.322.658,30	30.546.286,34	39.728.941,21	244.825.959,80	698.190,63	1.092.736,06	291.947,58	398.393.004,70
2008	56.615.156,22	30.415.015,36	34.967.042,93	43.648.029,60	261.525.207,42	822.587,66	1.278.789,09	339.706,95	429.611.535,23
2009	59.907.956,74	33.173.794,68	39.476.420,80	39.910.083,33	282.458.686,92	1.005.689,49	1.172.121,23	428.376,10	457.533.129,29
2010	63.107.982,46	37.191.198,87	43.782.063,95	41.087.805,53	288.310.968,86	1.319.196,57	1.303.571,97	421.354,97	476.524.143,18
2011	63.978.736,90	36.203.296,80	42.901.015,31	58.513.919,94	293.194.252,86	1.347.976,39	1.063.676,12	514.572,74	497.717.447,06
2012	66.868.761,52	37.919.403,24	48.896.640,80	69.180.042,03	308.327.815,88	1.398.732,40	1.167.128,45	554.902,41	534.313.426,73
2013	67.513.267,90	38.921.941,13	53.214.114,96	74.031.415,24	320.360.843,20	1.552.378,37	1.161.366,71	642.870,72	557.398.198,23

Tableau 9: montants nets, en euros, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006	13,92 %	6,65 %	7,30 %	9,76 %	61,92 %	0,14%	0,24%	0,07 %	100,00%
2007	13,53 %	6,86%	7,67 %	9,97 %	61,45 %	0,18 %	0,27 %	0,07 %	100,00 %
2008	13,18 %	7,08 %	8,14%	10,16 %	60,87 %	0,19%	0,30%	0,08 %	100,00 %
2009	13,09 %	7,25 %	8,63 %	8,72 %	61,74 %	0,22%	0,26 %	0,09 %	100,00%
2010	13,24%	7,80 %	9,19%	8,62 %	60,50 %	0,28 %	0,27 %	0,09 %	100,00 %
2011	12,85 %	7,27 %	8,62 %	11,76 %	58,91 %	0,27 %	0,21 %	0,10 %	100,00%
2012	12,51%	7,10%	9,15%	12,95 %	57,71%	0,26%	0,22 %	0,10 %	100,00 %
2013	12,11 %	6,98%	9,55 %	13,28 %	57,47 %	0,28%	0,21%	0,12 %	100,00%

Tableau 10: montants nets, en pourcentage du total annuel, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	4,38 %	10,83 %	12,92 %	9,83 %	6,64%	32,42 %	22,87 %	17,48 %	7,46 %
2008	5,06%	11,32 %	14,47 %	9,86 %	6,82 %	17,82 %	17,03 %	16,36 %	7,84%
2009	5,82 %	9,07 %	12,90 %	-8,56%	8,00%	22,26%	-8,34%	26,10 %	6,50%
2010	5,34 %	12,11%	10,91%	2,95 %	2,07 %	31,17%	11,21%	-1,64 %	4,15 %
2011	1,38 %	-2,66%	-2,01 %	42,41 %	1,69 %	2,18%	-18,40 %	22,12 %	4,45 %
2012	4,52 %	4,74%	13,98%	18,23 %	5,16%	3,77 %	9,73 %	7,84 %	7,35 %
2013	0,96%	2,64 %	8,83 %	7,01 %	3,90 %	10,98 %	-0,49 %	15,85 %	4,32 %

Tableau 11: montants nets, en pourcentage de variation annuelle, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	4,38 %	10,83 %	12,92 %	9,83 %	6,64%	32,42 %	22,87 %	17,48 %	7,46 %
2008	9,67 %	23,37 %	29,26 %	20,66 %	13,92 %	56,02 %	43,79 %	36,70 %	15,88 %
2009	16,04%	34,57 %	45,93 %	10,33 %	23,03 %	90,75 %	31,79 %	72,38 %	23,41 %
2010	22,24%	50,86 %	61,85 %	13,58 %	25,58 %	150,21%	46,57 %	69,55 %	28,53 %
2011	23,93 %	46,85%	58,59 %	61,75 %	27,71 %	155,67 %	19,60 %	107,06 %	34,25%
2012	29,53 %	53,82 %	80,76%	91,24%	34,30 %	165,29 %	31,23%	123,29%	44,12 %
2013	30,78 %	57,88%	96,72 %	104,65 %	39,54%	194,44%	30,58 %	158,69 %	50,34%

Tableau 12: montants nets, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006	49.927.964,90	24.638.447,38	26.508.564,51	35.376.025,43	224.046.301,69	523.175,97	871.956,59	247.213,88	362.139.650,35
2007	51.909.392,20	27.306.201,93	29.819.038,75	38.695.826,51	238.188.286,44	689.278,06	1.067.202,45	290.692,61	387.965.918,95
2008	54.356.049,33	30.392.483,95	34.019.124,48	42.323.831,00	253.320.846,59	812.300,14	1.257.035,58	334.835,90	416.816.506,97
2009	57.357.908,27	33.112.325,26	38.300.180,18	38.533.959,01	272.743.076,89	990.783,73	1.153.218,12	422.249,41	442.613.700,87
2010	60.370.337,83	37.134.469,76	42.307.007,64	39.523.166,55	277.571.280,07	1.302.802,77	1.273.385,19	415.347,39	459.897.797,20
2011	61.113.799,83	36.153.190,42	41.441.016,95	55.999.344,94	281.834.206,13	1.326.919,16	1.024.145,13	505.366,92	479.397.989,48
2012	63.691.946,38	37.864.139,24	47.109.091,98	65.993.554,00	295.609.929,62	1.369.467,75	1.129.365,10	540.305,74	513.307.799,81
2013	64.163.767,89	38.859.597,19	51.180.353,39	69.230.980,79	305.707.819,08	1.506.598,23	1.123.766,59	617.832,73	532.390.715,89

Tableau 13: montants nets, en euros, population protégée résidente

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006	13,79 %	6,80 %	7,32 %	9,77 %	61,87 %	0,14%	0,24%	0,07 %	100,00 %
2007	13,38 %	7,04 %	7,69 %	9,97 %	61,39 %	0,18 %	0,28%	0,07 %	100,00%
2008	13,04 %	7,29 %	8,16%	10,15 %	60,78 %	0,19%	0,30 %	0,08 %	100,00 %
2009	12,96 %	7,48 %	8,65 %	8,71%	61,62 %	0,22%	0,26 %	0,10 %	100,00%
2010	13,13%	8,07 %	9,20 %	8,59%	60,35 %	0,28 %	0,28%	0,09%	100,00 %
2011	12,75 %	7,54 %	8,64%	11,68 %	58,79 %	0,28%	0,21 %	0,11 %	100,00 %
2012	12,41 %	7,38 %	9,18 %	12,86 %	57,59%	0,27 %	0,22 %	0,11%	100,00%
2013	12,05 %	7,30 %	9,61 %	13,00%	57,42 %	0,28 %	0,21%	0,12 %	100,00%

Tableau 14: montants nets, en pourcentage du total annuel, population protégée résidente

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	3,97 %	10,83 %	12,49 %	9,38%	6,31 %	31,75 %	22,39 %	17,59 %	7,13 %
2008	4,71%	11,30 %	14,09%	9,38 %	6,35 %	17,85 %	17,79%	15,19 %	7,44 %
2009	5,52 %	8,95 %	12,58 %	-8,95 %	7,67 %	21,97 %	-8,26 %	26,11 %	6,19 %
2010	5,25%	12,15 %	10,46 %	2,57 %	1,77 %	31,49 %	10,42 %	-1,63 %	3,91%
2011	1,23 %	-2,64%	-2,05 %	41,69 %	1,54 %	1,85 %	-19,57 %	21,67 %	4,24%
2012	4,22 %	4,73 %	13,68 %	17,85%	4,89 %	3,21%	10,27 %	6,91%	7,07%
2013	0,74 %	2,63 %	8,64%	4,91 %	3,42 %	10,01 %	-0,50 %	14,35 %	3,72 %

Tableau 15: montants nets, en pourcentage de variation annuelle, population protégée résidente

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	3,97 %	10,83 %	12,49 %	9,38%	6,31 %	31,75 %	22,39 %	17,59 %	7,13 %
2008	8,87 %	23,35 %	28,33%	19,64 %	13,07 %	55,26%	44,16%	35,44 %	15,10%
2009	14,88%	34,39%	44,48 %	8,93 %	21,74 %	89,38 %	32,26 %	70,80 %	22,22 %
2010	20,91 %	50,72 %	59,60%	11,72 %	23,89 %	149,02 %	46,04%	68,01%	26,99 %
2011	22,40 %	46,73 %	56,33 %	58,30%	25,79 %	153,63 %	17,45 %	104,42 %	32,38 %
2012	27,57%	53,68 %	77,71%	86,55 %	31,94%	161,76%	29,52 %	118,56%	41,74%
2013	28,51 %	57,72 %	93,07 %	95,70 %	36,45 %	187,97 %	28,88%	149,92 %	47,01 %

Tableau 16: montants nets, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée résidente

Que ce soit pour la population protégée résidente ou totale, on peut constater que les postes se divisent ici encore en 3 catégories :

1. Les actes des Médecins, qui représentent plus de 57 % du total en 2013;

- 2. Un groupe de 4 postes (Dentistes, Infirmiers, Kinésithérapeutes, Laboratoires) dont chacun représente de 7 à 14 % du total, soit 42 % du total pour le groupe en 2013;
- 3. Un groupe de 3 postes (Orthophonistes, Psychomotriciens, Sages-femmes) qui globalement représentent moins de 1 % du total en 2013.

On peut observer qu'entre 2006 et 2013 la part des actes des Médecins a chuté de plus de 4 points au profit des actes du deuxième groupe. Plus précisément, pour la population protégée résidente, la part des actes des Dentistes a diminué de 1,75 points (respectivement 1,81 points pour la population protégée totale) pendant que celle des Infirmiers a augmenté de 0.5 point (resp. 0,33), celle des Kinésithérapeutes de 2,29 points (resp. 2,25) et celle des Laboratoires de 3,23 points (resp. 3,52).

On peut également noter les points suivants pour la population protégée résidente :

- Pour tous les postes, la croissance a été moins forte que pour la population protégée totale. Le total est de 3 points moins élevé (47 % de hausse contre 50 %), mais l'écart peut aller jusqu'à 9 points pour les Sages-femmes et les Laboratoires. En d'autres termes, la part de la population résidente a augmenté beaucoup moins vite que celle de la population résidente.
- Les montants des actes des Orthophonistes et des Sages-femmes ont plus que doublé après avoir crû continûment sur la période, alors que celui des Psychomotriciens a augmenté d'environ 30 % après avoir fluctué entre 20 et 50 % sur la période. Cependant, les montants en jeu sont relativement très faibles et il ne semble donc pas utile d'approfondir.
- Les montants des actes des Médecins et des Dentistes ont connu une croissance continue et modérée sur la période d'environ 36 % et 29 % au total, soit assez nettement inférieure à la hausse globale de 47 %.
- Le montant des actes Infirmiers a crû plus fortement, notamment entre 2006 et 2010 (+50 %), et malgré un léger recul en 2011, la hausse de 57 % sur la période est supérieure à la hausse globale.
- Le montant des actes des Kinésithérapeutes a globalement suivi le même schéma jusqu'en 2011, mais la forte croissance a repris par la suite, pour résulter finalement en une hausse de 93 % sur la période.
- Enfin le montant des actes de Laboratoire, après avoir crû de 20 % entre 2006 et 2008, diminué en 2009 et être resté quasiment stable en 2010 pour atteindre une hausse de seulement 12 % sur la période 2006-2010, s'est envolé sur 2010-2012 pour résulter en une hausse de près de 96 % sur l'ensemble de la période observée.

Les mêmes tendances s'observent pour la population protégée totale, avec des valeurs légèrement supérieures, signes d'une croissance beaucoup plus nette pour la population protégée non résidente.

4.3. Montants nets corrigés

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006	51.522.923,21	24.597.606,72	26.994.648,33	36.174.630,40	229.127.064,56	526.230,46	887.599,46	248.109,77	370.078.812,91
2007	52.463.663,40	26.656.375,82	29.624.938,19	39.728.941,21	238.638.398,53	677.774,15	1.060.802,79	282.007,61	389.132.901,70
2008	54.000.014,63	29.060.430,00	33.021.318,27	43.648.029,60	249.729.390,78	782.287,77	1.216.604,84	321.384,20	411.779.460,09
2009	54.458.078,43	30.924.379,83	36.182.013,98	49.492.093,80	258.664.781,24	923.645,97	1.078.832,07	392.199,85	432.116.025,17
2010	56.219.865,98	33.232.581,16	39.490.690,28	50.952.575,26	259.076.554,11	1.191.849,01	1.181.803,46	379.750,74	441.725.670,00
2011	56.034.128,37	32.172.742,42	37.960.428,15	76.595.958,91	265.089.217,66	1.195.139,25	945.274,35	455.230,17	470.448.119,28
2012	57.138.003,19	32.883.016,29	42.214.765,96	90.433.741,49	271.973.289,94	1.210.182,17	1.012.033,01	478.518,66	497.343.550,71
2013	56.276.737,87	32.919.232,43	44.820.512,44	96.875.685,24	275.771.186,00	1.309.340,61	981.724,72	541.093,74	509.495.513,05

Tableau 17: montants nets corrigés, en euros, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	Grand Total
2006	13,92 %	6,65 %	7,29%	9,77 %	61,91%	0,14%	0,24%	0,07 %	100,00 %
2007	13,48 %	6,85 %	7,61 %	10,21 %	61,33 %	0,17 %	0,27 %	0,07 %	100,00 %
2008	13,11%	7,06%	8,02 %	10,60 %	60,65 %	0,19%	0,30%	0,08 %	100,00 %
2009	12,60 %	7,16 %	8,37 %	11,45 %	59,86 %	0,21 %	0,25 %	0,09 %	100,00%

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	Grand Total
2010	12,73 %	7,52 %	8,94%	11,53 %	58,65 %	0,27 %	0,27 %	0,09 %	100,00 %
2011	11,91 %	6,84%	8,07 %	16,28 %	56,35 %	0,25 %	0,20 %	0,10 %	100,00%
2012	11,49 %	6,61 %	8,49 %	18,18%	54,69 %	0,24%	0,20 %	0,10%	100,00 %
2013	11,05 %	6,46 %	8,80%	19,01 %	54,13 %	0,26 %	0,19 %	0,11 %	100,00%

Tableau 18: montants nets corrigés, en pourcentage du total annuel, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	1,83 %	8,37 %	9,74 %	9,83 %	4,15 %	28,80%	19,51 %	13,66 %	5,15 %
2008	2,93 %	9,02 %	11,46 %	9,86%	4,65 %	15,42 %	14,69 %	13,96 %	5,82 %
2009	0,85 %	6,41 %	9,57 %	13,39 %	3,58 %	18,07 %	-11,32 %	22,03 %	4,94%
2010	3,24%	7,46 %	9,14%	2,95 %	0,16%	29,04 %	9,54 %	-3,17 %	2,22%
2011	-0,33 %	-3,19 %	-3,87 %	50,33 %	2,32 %	0,28%	-20,01 %	19,88 %	6,50%
2012	1,97 %	2,21%	11,21%	18,07 %	2,60 %	1,26%	7,06 %	5,12 %	5,72 %
2013	-1,51 %	0,11 %	6,17 %	7,12 %	1,40 %	8,19 %	-2,99 %	13,08 %	2,44%

Tableau 19: montants nets corrigés, en pourcentage de variation annuelle, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	1,83 %	8,37 %	9,74 %	9,83 %	4,15 %	28,80%	19,51 %	13,66 %	5,15 %
2008	4,81%	18,14%	22,33 %	20,66 %	8,99 %	48,66 %	37,07%	29,53 %	11,27 %
2009	5,70 %	25,72 %	34,03 %	36,81 %	12,89 %	75,52 %	21,54%	58,08 %	16,76 %
2010	9,12 %	35,10 %	46,29 %	40,85 %	13,07 %	126,49 %	33,15 %	53,06 %	19,36 %
2011	8,76 %	30,80%	40,62 %	111,74 %	15,70 %	127,11 %	6,50 %	83,48%	27,12 %
2012	10,90%	33,68 %	56,38 %	149,99 %	18,70%	129,97 %	14,02 %	92,87 %	34,39 %
2013	9,23 %	33,83 %	66,03 %	167,80 %	20,36 %	148,82 %	10,60 %	118,09 %	37,67 %

Tableau 20: montants nets corrigés, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006	49.829.620,40	24.583.505,06	26.453.590,33	35.376.025,43	223.606.104,97	522.179,33	870.223,62	246.814,24	361.488.063,38
2007	50.538.961,65	26.640.320,75	28.919.726,23	38.695.826,51	232.165.380,39	669.122,17	1.036.015,36	280.795,37	378.946.148,43
2008	51.845.307,72	29.038.931,97	32.126.409,72	42.323.831,00	241.893.326,36	772.505,99	1.195.911,87	316.768,89	399.512.993,52
2009	52.140.844,34	30.867.033,69	35.104.137,18	47.785.575,83	249.747.905,70	909.955,15	1.061.466,08	386.600,50	418.003.518,47
2010	53.782.049,28	33.182.361,21	38.160.927,73	49.012.282,16	249.398.413,65	1.177.037,31	1.154.475,36	374.345,57	426.241.892,27
2011	53.525.285,34	32.128.212,24	36.668.890,93	73.283.059,51	254.773.148,46	1.176.528,40	910.167,65	447.110,84	452.912.403,37
2012	54.423.994,42	32.835.065,20	40.671.754,22	86.247.342,67	260.710.665,42	1.184.858,61	979.261,90	465.938,18	477.518.880,62
2013	53.485.408,94	32.866.551,53	43.107.990,03	90.588.112,77	263.095.896,63	1.270.737,16	949.986,57	520.073,78	485.884.757,41

Tableau 21: montants nets corrigés, en euros, population protégée résidente

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	Grand Total
2006	13,78 %	6,80 %	7,32 %	9,79 %	61,86 %	0,14%	0,24%	0,07 %	100,00%
2007	13,34 %	7,03 %	7,63 %	10,21 %	61,27 %	0,18 %	0,27 %	0,07 %	100,00%
2008	12,98 %	7,27 %	8,04%	10,59%	60,55 %	0,19%	0,30%	0,08 %	100,00 %
2009	12,47 %	7,38 %	8,40 %	11,43 %	59,75 %	0,22 %	0,25 %	0,09%	100,00%
2010	12,62 %	7,78 %	8,95 %	11,50%	58,51%	0,28%	0,27 %	0,09 %	100,00 %

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	Grand Total
2011	11,82 %	7,09 %	8,10 %	16,18 %	56,25%	0,26 %	0,20 %	0,10 %	100,00 %
2012	11,40 %	6,88%	8,52 %	18,06 %	54,60 %	0,25%	0,21%	0,10 %	100,00%
2013	11,01 %	6,76 %	8,87 %	18,64 %	54,15 %	0,26 %	0,20%	0,11 %	100,00%

Tableau 22: montants nets corrigés, en pourcentage du total annuel, population protégée résidente

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	1,42 %	8,37 %	9,32 %	9,38 %	3,83 %	28,14 %	19,05 %	13,77 %	4,83 %
2008	2,58 %	9,00%	11,09 %	9,38 %	4,19 %	15,45 %	15,43 %	12,81 %	5,43 %
2009	0,57 %	6,30 %	9,27 %	12,90%	3,25%	17,79 %	-11,24 %	22,04%	4,63 %
2010	3,15 %	7,50 %	8,71%	2,57 %	-0,14%	29,35 %	8,76%	-3,17 %	1,97 %
2011	-0,48 %	-3,18 %	-3,91 %	49,52 %	2,16 %	-0,04%	-21,16 %	19,44%	6,26 %
2012	1,68 %	2,20 %	10,92 %	17,69 %	2,33 %	0,71%	7,59 %	4,21%	5,43 %
2013	-1,72 %	0,10 %	5,99 %	5,03 %	0,91 %	7,25 %	-2,99 %	11,62 %	1,75 %

Tableau 23: montants nets corrigés, en pourcentage de variation annuelle, population protégée résidente

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	1,42 %	8,37 %	9,32 %	9,38 %	3,83 %	28,14 %	19,05 %	13,77 %	4,83 %
2008	4,05 %	18,12 %	21,44 %	19,64 %	8,18 %	47,94%	37,43 %	28,34 %	10,52 %
2009	4,64%	25,56 %	32,70 %	35,08 %	11,69 %	74,26 %	21,98%	56,64%	15,63 %
2010	7,93 %	34,98 %	44,26%	38,55 %	11,53 %	125,41 %	32,66 %	51,67 %	17,91%
2011	7,42 %	30,69 %	38,62 %	107,15 %	13,94%	125,31 %	4,59 %	81,15 %	25,29 %
2012	9,22%	33,57 %	53,75 %	143,80 %	16,59 %	126,91%	12,53 %	88,78 %	32,10%
2013	7,34%	33,69 %	62,96%	156,07 %	17,66 %	143,35 %	9,17 %	110,71 %	34,41 %

Tableau 24: montants nets corrigés, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée résidente

En passant des montants nets aux montants nets corrigés, on constate que la part des actes des Médecins diminue d'environ 3 points (54,1 % par rapport aux 57,4 %) et ceci au profit des actes du deuxième groupe de postes dont la part augmente d'environ 3 points (45,3 % par rapport aux 42 %).

On peut également observer que la part des actes des Médecins sur les montants nets corrigés a chuté encore plus fortement sur la période 2006 à 2013, à savoir de plus de 7 points, au profit des actes du deuxième groupe. Plus précisément, pour la population protégée résidente, la part des actes des Dentistes a diminué de 2,77 points (respectivement 2,87 points pour la population protégée totale), celle des Infirmiers a diminué de 0,04 point (resp. 0,19), pendant que celle des Kinésithérapeutes a augmenté de 1,55 points (resp. 1,51) et celle des Laboratoires de 8,85 points (resp. 9,24).

En d'autres termes, si les adaptations de la lettre-clé et des coefficients n'avaient pas été mises en œuvre, la part des frais de la population protégée résidente pour le poste de Laboratoire aurait donc augmenté de 8,85 points entre 2006 et 2013 par rapport à une hausse effective des montants nets de 3,23 %. Pour la population protégée totale, cette hausse aurait été encore plus prononcée: hausse de 9,24 % par rapport aux 3,52 %.

On peut également noter les points suivants pour la population protégée résidente:

• Pour tous les postes, la croissance pour la population protégée résidente a été moins forte que pour la population protégée totale. Le total est de 3,3 points moins élevé (34,4 % de hausse contre 37,7 %), ce qui signifie que la part de la population résidente a augmenté beaucoup moins vite que celle de la population non-résidente. Ceci correspond donc parfaitement aux conclusions établies pour les montants nets non corrigés.

Toutefois, la situation dans le cas de l'analyse des montants nets corrigés diffère un peu de celle du chapitre

- précédent pour l'analyse de l'évolution des parts des différents postes. Pour l'exemple des Laboratoires, l'écart entre la population totale et la population résidente serait encore plus prononcé et s'élèverait à 12 points.
- Parmi les postes Médecins, Dentistes, Infirmiers, Kinésithérapeutes et Laboratoires trois postes affichent des évolutions modérées et inférieures à la hausse globale sur la période 2006 à 2013. Il s'agit en l'occurrence des Dentistes, des Médecins et des Infirmiers.
- L'évolution des montants nets corrigés des Dentistes de 7,3 % sur la période 2006 à 2013 est largement inférieure à la hausse globale de 34,4 %. Sauf pour l'exercice 2010, les croissances annuelles sont modérées et inférieures aux croissances annuelles observées pour l'ensemble des postes analysés.
- Précisons que les Médecins affichent une croissance de 17,7 % des montants nets corrigés sur la période 2006 à 2013. En particulier, on peut noter que les croissances annuelles des montants corrigés nets sont légèrement inférieures aux évolutions globales pour les exercices 2007 à 2009. Toutefois cet écart s'agrandit à partir de l'exercice 2010, exercice affichant même une évolution négative des montants nets corrigés des Médecins. En 2013, l'écart entre l'évolution constatée au niveau du poste Médecins et la hausse globale s'aligne à nouveau à ceux observés entre 2007 à 2009.
- Malgré le fait que les Infirmiers présentent une évolution de 33,7 % légèrement inférieure à la hausse globale de 34,4 % sur la période observée, il y a lieu de noter que les évolutions annuelles étaient considérables pour les années 2007 à 2010 et dépassaient les hausses globales observées pour lesdits exercices. Cette situation a cependant changé à partir de l'exercice 2011 pour lequel l'évolution est même négative de -3,2 % par rapport à une hausse globale de 6,3 %. Les évolutions 2012 et 2013 redeviennent positives tout en continuant à rester en dessous de la hausse globale.
- Les évolutions des montants nets corrigés des Kinésithérapeutes et des Laboratoires dépassent largement la hausse globale. En effet, l'écart entre la hausse globale et celle des Kinésithérapeutes est très considérable et s'élève à environ 30 %, alors que l'écart pour les Laboratoires s'élève même à 122 %, en affichant une très forte hausse de 156 % sur la période 2006 à 2013.

Comme pour le chapitre qui précède, les mêmes tendances s'observent au niveau des montants nets corrigés pour la population protégée totale, avec des valeurs légèrement supérieures signes d'une croissance beaucoup plus nette pour la population protégée non-résidente.

4.4. Montants nets par patient

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006	206,38	903,82	385,21	180,02	530,80	440,10	532,56	241,74	812,61
2007	211,23	954,10	412,92	188,13	552,43	533,78	533,04	237,16	852,06
2008	216,23	1.019,89	440,64	194,14	574,85	546,57	600,37	243,17	894,44
2009	224,80	1.102,89	470,52	167,53	606,19	629,74	601,40	251,84	931,21
2010	234,42	1.239,29	495,19	173,23	611,40	729,64	650,16	245,54	954,22
2011	230,81	1.205,53	464,08	206,15	604,87	680,45	537,21	260,81	969,46
2012	235,43	1.261,63	489,23	231,25	621,21	621,38	587,97	253,96	1.013,78
2013	236,22	1.310,46	519,92	232,01	632,61	633,88	619,40	262,18	1.030,55

Tableau 25: montants nets par patient, en euros, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	2,35 %	5,56 %	7,19 %	4,51 %	4,08 %	21,29 %	0,09 %	-1,89 %	4,85 %
2008	2,37 %	6,89 %	6,71%	3,19%	4,06 %	2,40 %	12,63 %	2,53 %	4,97 %
2009	3,96%	8,14 %	6,78 %	-13,71 %	5,45 %	15,22 %	0,17 %	3,56 %	4,11 %
2010	4,28%	12,37 %	5,24%	3,41%	0,86 %	15,86 %	8,11%	-2,50 %	2,47 %
2011	-1,54 %	-2,72 %	-6,28 %	19,00 %	-1,07 %	-6,74 %	-17,37 %	6,22 %	1,60 %
2012	2,00%	4,65 %	5,42 %	12,18%	2,70%	-8,68 %	9,45 %	-2,63 %	4,57 %

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2013	0.33 %	3.87 %	6,27 %	0.33 %	1,84 %	2.01 %	5,34 %	3.24%	1,65 %

Tableau 26: montants nets par patient, en pourcentage de variation annuelle, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	2,35 %	5,56 %	7,19 %	4,51 %	4,08 %	21,29 %	0,09 %	-1,89 %	4,85 %
2008	4,78 %	12,84%	14,39 %	7,84 %	8,30 %	24,19%	12,73 %	0,59 %	10,07 %
2009	8,93 %	22,03 %	22,15 %	-6,94%	14,20 %	43,09%	12,93 %	4,18 %	14,59 %
2010	13,59%	37,12 %	28,55%	-3,77 %	15,18%	65,79%	22,08%	1,57 %	17,43 %
2011	11,84 %	33,38%	20,47 %	14,51 %	13,96%	54,61 %	0,87 %	7,89 %	19,30 %
2012	14,08 %	39,59 %	27,00%	28,46 %	17,03 %	41,19 %	10,41%	5,05 %	24,75 %
2013	14,46 %	44,99 %	34,97 %	28,88%	19,18 %	44,03 %	16,31 %	8,46 %	26,82 %

Tableau 27: montants nets corrigés, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006	206,95	909,37	387,98	180,55	550,87	440,38	530,71	242,13	851,74
2007	212,06	960,64	416,13	188,65	576,50	534,74	531,21	236,91	899,18
2008	217,01	1.027,19	444,68	195,17	602,81	548,48	601,16	241,76	950,09
2009	225,73	1.110,33	475,52	168,27	637,12	631,47	600,01	251,49	992,39
2010	235,50	1.247,04	501,84	173,94	645,37	735,22	645,73	245,91	1.021,51
2011	231,84	1.213,11	471,42	207,23	639,86	683,63	529,00	260,23	1.040,66
2012	236,47	1.267,67	497,23	232,68	658,22	624,19	581,55	252,13	1.091,15
2013	237,06	1.317,32	528,56	232,09	671,13	631,70	615,43	259,81	1.110,89

Tableau 28: montants nets par patient, en euros, population protégée résidente

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	2,47 %	5,64 %	7,25 %	4,49 %	4,65 %	21,43 %	0,09%	-2,15 %	5,57 %
2008	2,34%	6,93 %	6,86 %	3,46 %	4,56 %	2,57 %	13,17 %	2,05 %	5,66%
2009	4,02 %	8,09%	6,94 %	-13,78 %	5,69 %	15,13 %	-0,19 %	4,02 %	4,45 %
2010	4,33 %	12,31%	5,54%	3,37 %	1,29 %	16,43 %	7,62 %	-2,22 %	2,93%
2011	-1,55 %	-2,72 %	-6,06%	19,13 %	-0,85%	-7,02 %	-18,08 %	5,82 %	1,87 %
2012	2,00 %	4,50 %	5,48 %	12,28 %	2,87 %	-8,69 %	9,93 %	-3,11%	4,85 %
2013	0,25%	3,92 %	6,30 %	-0,25%	1,96 %	1,20 %	5,83 %	3,05 %	1,81 %

Tableau 29: montants nets par patient, en pourcentage de variation annuelle, population protégée résidente

			<u> </u>	<u> </u>			*1 1	1 3	
	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	2,47 %	5,64%	7,25 %	4,49 %	4,65 %	21,43 %	0,09%	-2,15 %	5,57 %
2008	4,86 %	12,96%	14,61 %	8,10 %	9,43 %	24,55 %	13,28 %	-0,15 %	11,55 %
2009	9,07 %	22,10 %	22,56 %	-6,80%	15,66%	43,39 %	13,06 %	3,87 %	16,51 %
2010	13,80 %	37,13 %	29,35 %	-3,66 %	17,16%	66,95 %	21,67 %	1,56 %	19,93 %
2011	12,03 %	33,40 %	21,50 %	14,78 %	16,16 %	55,23 %	-0,32 %	7,48 %	22,18%
2012	14,26 %	39,40 %	28,16%	28,88 %	19,49 %	41,74%	9,58%	4,13 %	28,11%
2013	14,55 %	44,86%	36,23 %	28,55 %	21,83 %	43,44%	15,96 %	7,30 %	30,43 %

Tableau 30: montants nets par patient, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée résidente

Pour l'ensemble des postes de frais repris aux tableaux ci-dessus, le montant net par patient s'élève en 2013 à 1.031 euros pour la population totale et à 1.111 euros pour la population protégée résidente. Ceci signifie que le montant net par patient résident doit nettement dépasser le montant net par patient non-résident. Profitons à ce moment de l'analyse pour comparer le montant net par patient pour la population protégée totale de 1.031 euros en 2013 au montant net par personne pour la population protégée totale de 742 euros⁴.

À remarquer que le montant moyen par patient pour le poste «Infirmiers » dépasse non seulement le montant moyen par patient pour l'ensemble des postes et s'élève à 1.310 euros en 2013 pour la population protégée totale et à 1.317 euros pour la population protégée résidente, mais il représente également le poste ayant le montant moyen par patient le plus élevé parmi l'ensemble des postes observés. Ce paradoxe s'explique par le fait que les soins Infirmiers concernent assez peu de patients (ce qui limite l'impact global de ce poste) mais ont une haute fréquence d'activités, ce qui explique qu'on atteigne des montants par patient élevés par une accumulation d'actes de faible coût unitaire. On constate qu'il n'y a quasiment pas de saisonnalité pour ce poste, les pics correspondant simplement aux mois de 31 jours et les creux aux autres mois, signe d'une activité récurrente.

Ainsi, pour les 8 postes repris aux tableaux ci-dessus, les postes suivants présentent les montants moyens par patient les plus élevés pour la population protégée totale en 2013:

1. Infirmiers: 1.310 euros

2. Orthophonistes: 634 euros

3. Médecins: 633 euros

4. Psychomotriciens: 619 euros5. Kinésithérapeutes: 520 euros

6. Sages-femmes: 262 euros7. Dentistes: 236 euros

8. Laboratoires: 232 euros

Cet ordre est presque identique pour la population protégée résidente, la seule différence provient du fait que les Médecins figurent en deuxième rang et les Orthophonistes en 3ème rang.

On peut également noter les points suivants pour la population protégée résidente:

- Sur la période 2006 à 2013, le poste « Infirmiers » affiche la croissance la plus importante du montant moyen par patient résident. En 2ème rang figure le poste « Kinésithérapeutes ».
- Les postes Dentistes, Médecins et Laboratoires affichent des évolutions des montants moyens par patient résidents qui sont inférieures à la hausse globale observée sur la période 2006 à 2013.
- Les postes Infirmiers et Kinésithérapeutes présentent des évolutions des montants moyens par patient résident qui dépassent la hausse globale observée sur la période 2006 à 2013. L'écart est particulièrement important pour le poste des Infirmiers.
- Le poste Kinésithérapeutes présente des hausses annuelles considérables évoluant entre 5,5 % et 7,3 % sur la période observée, sauf pour l'exercice 2011 qui présente une évolution négative de -6,1 %.
- Le poste Infirmiers présente de fortes croissances des montants moyens par patient résident évoluant entre 5,6 % et 12,3 % entre 2007 et 2010. Cette évolution devient négative en 2011, soit -2,7 %, et repart ensuite à la hausse sans pour autant atteindre les niveaux de croissances observées dans le passé.
- Pour les 5 postes de frais les plus importants, on constate que les montants moyens par patient présentent des évolutions négatives en 2011 sauf pour le poste de frais «Laboratoires» qui affiche en 2011 une hausse de 19 % du montant moyen par patient. Ici on note donc l'effet de la loi réforme santé de 2010 pour les postes « Dentistes, Médecins, Infirmiers, Kinésithérapeutes ».
- Pour les honoraires médicaux, le montant moyen par patient résident présente des croissances autour de 5 à 6 % entre 2007 et 2009; évolutions freinées à partir de l'exercice 2010. En effet, les hausses des montants moyens par patient résident évoluent entre 0,9 % et 2,9 % entre 2010 et 2013.

Comme pour les chapitres qui précèdent, on peut noter que la majorité des tendances observées au niveau des montants nets par patient résident se confirment aussi pour le total des patients.

4.5. Montants nets corrigés par patient

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006	205,97	901,80	384,41	180,02	529,75	439,26	531,50	241,35	811,15
2007	205,65	930,84	400,47	188,13	538,47	518,18	517,46	229,09	832,26
2008	206,24	974,46	416,12	194,14	548,92	519,79	571,18	230,05	857,31
2009	204,35	1.028,11	431,26	207,75	555,12	578,36	553,53	230,57	879,48
2010	208,83	1.107,38	446,66	214,82	549,40	659,21	589,43	221,30	884,54
2011	202,15	1.071,32	410,63	269,85	546,89	603,30	477,41	230,73	916,34
2012	201,17	1.094,06	422,38	302,29	547,96	537,62	509,84	219,00	943,63
2013	196,90	1.108,35	437,91	303,60	544,56	534,64	523,59	220,67	941,98

Tableau 31: montants nets corrigés par patient, en euros, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	-0,15 %	3,22 %	4,18 %	4,51 %	1,64 %	17,97 %	-2,64 %	-5,08 %	2,60%
2008	0,29 %	4,69 %	3,91%	3,19 %	1,94 %	0,31%	10,38 %	0,42 %	3,01%
2009	-0,92 %	5,50 %	3,64%	7,01 %	1,13 %	11,27 %	-3,09 %	0,22 %	2,59 %
2010	2,19%	7,71%	3,57 %	3,41%	-1,03 %	13,98%	6,49 %	-4,02 %	0,58 %
2011	-3,20 %	-3,26 %	-8,07 %	25,61 %	-0,46%	-8,48%	-19,00%	4,26 %	3,60 %
2012	-0,49 %	2,12 %	2,86 %	12,02 %	0,20 %	-10,89%	6,79%	-5,08 %	2,98 %
2013	-2,12 %	1,31 %	3,68 %	0,43 %	-0,62 %	-0,55%	2,70 %	0,76 %	-0,17 %

Tableau 32: montants nets corrigés par patient, en pourcentage de variation annuelle, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	-0,15 %	3,22 %	4,18 %	4,51 %	1,64 %	17,97 %	-2,64%	-5,08 %	2,60%
2008	0,13 %	8,06 %	8,25%	7,84 %	3,62 %	18,33 %	7,47 %	-4,68 %	5,69 %
2009	-0,79 %	14,01 %	12,19 %	15,40 %	4,79 %	31,67 %	4,15 %	-4,47 %	8,42 %
2010	1,39 %	22,80 %	16,19%	19,33 %	3,71%	50,07 %	10,90%	-8,31 %	9,05 %
2011	-1,85 %	18,80 %	6,82 %	49,90 %	3,24 %	37,35 %	-10,18 %	-4,40 %	12,97 %
2012	-2,33 %	21,32 %	9,88 %	67,92 %	3,44 %	22,39 %	-4,07 %	-9,26%	16,33 %
2013	-4,40 %	22,90%	13,92 %	68,65 %	2,79%	21,72 %	-1,49 %	-8,57 %	16,13 %

Tableau 33: montants nets corrigés par patient, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006	206,54	907,34	387,18	180,55	549,79	439,54	529,66	241,74	850,21
2007	206,46	937,21	403,58	188,65	561,92	519,10	515,69	228,85	878,28
2008	206,99	981,44	419,94	195,17	575,62	521,61	571,93	228,71	910,65
2009	205,19	1.035,04	435,84	208,67	583,41	579,96	552,27	230,26	937,21
2010	209,80	1.114,32	452,66	215,71	579,87	664,24	585,43	221,64	946,76
2011	203,05	1.078,06	417,13	271,19	578,43	606,15	470,13	230,23	983,17
2012	202,06	1.099,30	429,29	304,09	580,51	540,04	504,25	217,42	1.015,07

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2013	197.60	1.114.16	445.20	303.69	577.58	532.80	520.26	218.70	1.013.85

Tableau 34: montants nets corrigés par patient, en euros, population protégée résidente

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	-0,04 %	3,29 %	4,24%	4,49 %	2,21%	18,10 %	-2,64%	-5,33 %	3,30%
2008	0,26%	4,72 %	4,05 %	3,46 %	2,44 %	0,48 %	10,91%	-0,06 %	3,69%
2009	-0,87 %	5,46 %	3,79 %	6,92 %	1,35 %	11,19 %	-3,44%	0,67 %	2,92 %
2010	2,24%	7,66 %	3,86 %	3,37 %	-0,61%	14,53 %	6,00 %	-3,74%	1,02 %
2011	-3,22 %	-3,25 %	-7,85 %	25,72 %	-0,25%	-8,75 %	-19,70 %	3,88%	3,85 %
2012	-0,49 %	1,97 %	2,91%	12,13 %	0,36 %	-10,91%	7,26%	-5,56 %	3,24%
2013	-2,20%	1,35 %	3,71 %	-0,13 %	-0,50%	-1,34 %	3,17 %	0,59 %	-0,12 %

Tableau 35: montants nets corrigés par patient, en pourcentage de variation annuelle, population protégée résidente

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	-0,04%	3,29 %	4,24%	4,49 %	2,21%	18,10 %	-2,64%	-5,33 %	3,30%
2008	0,22 %	8,17 %	8,46 %	8,10 %	4,70 %	18,67 %	7,98 %	-5,39 %	7,11%
2009	-0,65 %	14,07 %	12,57 %	15,58 %	6,12 %	31,95 %	4,27 %	-4,75 %	10,23 %
2010	1,58 %	22,81%	16,91%	19,47 %	5,47 %	51,12 %	10,53 %	-8,31%	11,36 %
2011	-1,69 %	18,81 %	7,74 %	50,20 %	5,21 %	37,90 %	-11,24 %	-4,76 %	15,64 %
2012	-2,17 %	21,16%	10,88 %	68,43 %	5,59 %	22,86 %	-4,80 %	-10,06 %	19,39 %
2013	-4,33 %	22,79 %	14,98 %	68,21 %	5,06%	21,22 %	-1,77 %	-9,53 %	19,25 %

Tableau 36: montants nets corrigés par patient, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée résidente

En se basant sur la population protégée totale et sur l'ensemble des postes, le montant net corrigé par patient s'élève à 942 euros par rapport à un montant net non corrigé de 1.031 euros. Parmi les postes affichés, le poste « Infirmiers » présente le montant net corrigé le plus élevé en se chiffrant à 1.108 euros, de sorte qu'il dépasse donc aussi le montant net corrigé du total des postes.

Sur la période 2006 à 2013, le montant net corrigé a augmenté de 16 % pour la population totale et de 19 % pour la population protégée résidente, ce qui signifie que les montants nets corrigés de la population résidente dépassent clairement ceux de la population non-résidente. En effet, le montant net corrigé de la population résidente s'élève à 1.014 euros, contre 942 euros pour la population protégée totale.

On peut également noter les points suivants pour la population protégée résidente:

- Les postes « Infirmiers » et « Laboratoires » présentent des variations 2013/2006 du montant net corrigé dépassant la variation totale observée pour tous les postes, alors que les postes « Dentistes », « Kinésithérapeutes » et « Médecins » présentent des variations 2013/2006 qui se situent en dessous de la variation enregistrée pour l'ensemble des postes observées.
- Soulignons que la variation du montant net corrigé du poste « Laboratoires » s'est élevée à 68 % entre 2013 et 2006, contre une variation de 19 % pour l'ensemble des postes considérées.
- Sur toute la période observée, le montant net corrigé par patient résident du poste honoraires médico-dentaires présente des variations annuelles négatives sauf en 2010. En annulant donc les adaptations des lettres-clés et des coefficients, cette tendance à la baisse des montants moyens par patient résident observée en 2006 se confirme chaque année sauf en 2010.
- Jusqu'en 2010 inclus, les montants nets corrigés par patient du poste «Infirmiers» présentent des évolutions

considérables devenant de plus en plus fortes et se situant entre 3,2 % et 7,7 % sur la période 2006 à 2010. Avec la loi réforme santé de 2010, cette tendance à la hausse est freinée pour même devenir négative en 2011. À partir de 2012, cette évolution redevient positive sans pour autant atteindre les niveaux connus avant 2011.

- Concernant le poste « Kinésithérapeutes », les variations annuelles se situent autour de 4 % sur la période 2006 à 2010. En 2011, cette évolution est fortement freinée pour devenir négative et se situer à -8 %.
- Les évolutions du montant net corrigé observées au niveau du poste « Laboratoires » se situent entre 3 % et 7 % sur la période 2006 à 2010. Toutefois, il s'agit de l'unique poste affichant une variation positive en 2011 qui est très forte et s'élève à 26 %.
- Le poste « Médecins » présente des évolutions annuelles modérées du montant net corrigé par patient sur toute la période observée. En effet, celles-ci se situent entre 1 et 2 % sur la période 2006 à 2009 et sont ensuite négatives en 2010 et 2011 (effet grève et loi réforme santé de 2010). Les évolutions 2012 et 2013 observées sont très faibles.

Comme pour les chapitres qui précèdent, on peut noter que la majorité des tendances observées au niveau des montants moyens par patient résident se confirment aussi pour le total des patients.

5. Analyse par poste

5.1. Tous postes

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2006	456.240	370.747.246,16	370.078.812,91	370.747.246,16	370.078.812,91	812,61	811,15	812,61	811,15
2007	467.564	398.393.004,70	389.132.901,70	398.169.434,48	389.351.020,72	852,06	832,26	851,58	832,72
2008	480.314	429.611.535,23	411.779.460,09	429.344.870,03	412.034.354,46	894,44	857,31	893,88	857,84
2009	491.334	457.533.129,29	432.116.025,17	452.904.795,73	436.407.187,08	931,21	879,48	921,79	888,21
2010	499.387	476.524.143,18	441.725.670,00	471.034.465,45	446.754.723,80	954,22	884,54	943,23	894,61
2011	513.397	497.717.447,06	470.448.119,28	502.236.758,52	465.273.235,47	969,46	916,34	978,26	906,26
2012	527.053	534.313.426,73	497.343.550,71	539.422.381,39	491.500.493,37	1.013,78	943,63	1.023,47	932,54
2013	540.876	557.398.198,23	509.495.513,05	562.963.897,62	503.159.323,83	1.030,55	941,98	1.040,84	930,27

Tableau 37: tous postes, valeurs annuelles, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2006									
2007	2,48%	7,46 %	5,15 %	7,40 %	5,21 %	4,85%	2,60 %	4,80%	2,66%
2008	2,73 %	7,84%	5,82 %	7,83 %	5,83 %	4,97 %	3,01%	4,97 %	3,02 %
2009	2,29%	6,50 %	4,94%	5,49 %	5,92 %	4,11 %	2,59 %	3,12 %	3,54%
2010	1,64 %	4,15%	2,22%	4,00 %	2,37 %	2,47 %	0,58 %	2,33 %	0,72 %
2011	2,81 %	4,45 %	6,50%	6,62 %	4,15 %	1,60 %	3,60 %	3,71 %	1,30 %
2012	2,66 %	7,35 %	5,72 %	7,40 %	5,64 %	4,57 %	2,98 %	4,62 %	2,90 %
2013	2,62 %	4,32 %	2,44%	4,36 %	2,37 %	1,65 %	-0,17 %	1,70 %	-0,24 %

Tableau 38: tous postes, en pourcentage de variation annuelle, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2006									

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2007	2,48 %	7,46 %	5,15 %	7,40 %	5,21 %	4,85 %	2,60 %	4,80 %	2,66 %
2008	5,28%	15,88 %	11,27 %	15,81 %	11,34%	10,07 %	5,69 %	10,00 %	5,76%
2009	7,69 %	23,41 %	16,76 %	22,16 %	17,92 %	14,59 %	8,42 %	13,43 %	9,50%
2010	9,46 %	28,53 %	19,36%	27,05 %	20,72 %	17,43 %	9,05 %	16,07 %	10,29 %
2011	12,53 %	34,25 %	27,12 %	35,47 %	25,72 %	19,30 %	12,97 %	20,38 %	11,73 %
2012	15,52 %	44,12 %	34,39 %	45,50 %	32,81 %	24,75 %	16,33 %	25,95 %	14,97 %
2013	18,55 %	50,34%	37,67 %	51,85 %	35,96 %	26,82 %	16,13 %	28,08 %	14,69 %

Tableau 39: tous postes, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2006	425.176	362.139.650,35	361.488.063,38	362.139.650,35	361.488.063,38	851,74	850,21	851,74	850,21
2007	431.466	387.965.918,95	378.946.148,43	387.745.231,88	379.161.454,58	899,18	878,28	898,67	878,77
2008	438.712	416.816.506,97	399.512.993,52	416.554.240,88	399.763.684,65	950,09	910,65	949,49	911,22
2009	446.008	442.613.700,87	418.003.518,47	438.121.001,57	422.168.943,42	992,39	937,21	982,32	946,55
2010	450.212	459.897.797,20	426.241.892,27	454.579.991,67	431.113.524,99	1.021,51	946,76	1.009,70	957,58
2011	460.666	479.397.989,48	452.912.403,37	483.659.281,68	448.023.162,51	1.040,66	983,17	1.049,91	972,56
2012	470.430	513.307.799,81	477.518.880,62	518.116.764,49	472.007.786,42	1.091,15	1.015,07	1.101,37	1.003,35
2013	479.246	532.390.715,89	485.884.757,41	537.542.540,88	480.006.518,62	1.110,89	1.013,85	1.121,64	1.001,59

Tableau 40: tous postes, valeurs annuelles, population protégée résidente

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2006									
2007	1,48 %	7,13 %	4,83 %	7,07 %	4,89 %	5,57 %	3,30 %	5,51 %	3,36%
2008	1,68 %	7,44%	5,43 %	7,43 %	5,43 %	5,66 %	3,69 %	5,66 %	3,69 %
2009	1,66 %	6,19 %	4,63 %	5,18 %	5,60 %	4,45 %	2,92 %	3,46 %	3,88%
2010	0,94 %	3,91%	1,97 %	3,76%	2,12 %	2,93 %	1,02 %	2,79%	1,17 %
2011	2,32 %	4,24 %	6,26%	6,40 %	3,92 %	1,87 %	3,85 %	3,98 %	1,56 %
2012	2,12 %	7,07%	5,43 %	7,12 %	5,35 %	4,85 %	3,24%	4,90 %	3,17 %
2013	1,87 %	3,72 %	1,75 %	3,75 %	1,69 %	1,81 %	-0,12 %	1,84%	-0,18 %

Tableau 41: tous postes, en pourcentage de variation annuelle, population protégée résidente

			-	•					
	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2006									
2007	1,48 %	7,13 %	4,83 %	7,07 %	4,89 %	5,57 %	3,30 %	5,51 %	3,36%
2008	3,18%	15,10%	10,52 %	15,03 %	10,59 %	11,55 %	7,11%	11,48 %	7,18%
2009	4,90 %	22,22 %	15,63 %	20,98 %	16,79 %	16,51 %	10,23 %	15,33 %	11,33 %
2010	5,89 %	26,99%	17,91%	25,53 %	19,26%	19,93 %	11,36 %	18,55 %	12,63 %

		Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
20	11	8,35 %	32,38 %	25,29 %	33,56 %	23,94 %	22,18 %	15,64 %	23,27 %	14,39 %
20°	12	10,64 %	41,74%	32,10%	43,07 %	30,57 %	28,11%	19,39 %	29,31%	18,01 %
20	13	12,72 %	47,01 %	34,41 %	48,44%	32,79 %	30,43 %	19,25 %	31,69 %	17,80 %

Tableau 42: tous postes, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée résidente

Bien que ce cumul recouvre des situations très différentes par poste, dont l'étude fait l'objet des sections suivantes, on peut déjà effectuer guelques observations globales qui illustrent le modèle que nous allons utiliser ci-après:

Montant net total = nombre de patients * montant net corrigé par patient * effet des mesures tarifaires et décomposent la hausse des dépenses de respectivement 50 % pour la population protégée totale et 47 % pour la population protégée résidente :

- le nombre de patients a crû de près de 19 % pour la population protégée totale et de près de 13 % pour la population protégée résidente, ce qui est un peu moins élevé que la croissance de la population protégée.
 L'écart entre les deux valeurs montre également que le nombre de patients issus de la population protégée non résidente, qui ne représente qu'environ 10 % du total, a crû de près de 100 %;
- le montant net corrigé par patient, qui reflète en quelque sorte la croissance structurelle (souvent dite « en volume », due au progrès médical ou technique, à des substitutions d'actes ou à la répétition plus ou moins fréquente de certains actes) des dépenses pour chaque patient, a crû de 16 % pour la population protégée totale et de 19 % pour la population protégée résidente. L'écart entre les deux valeurs illustre ici le fait que la répartition entre postes est un peu différente entre résidents et non-résidents;
- le reste, soit environ 9,5 %, correspond à l'effet des mesures tarifaires, c'est-à-dire les évolutions de lettre-clé pour tous les postes et les modifications de coefficients pour certains actes de Médecins et de Laboratoires.

Rappelons ici que l'évolution du taux de participation n'est pas annulée avec celles de la lettre-clé et des coefficients,

et que son effet apparaît donc avec le montant net corrigé par patient et non avec les mesures tarifaires.

5.2. Psychomotriciens, Sages-femmes et Orthophonistes

Compte tenu du caractère relativement limité du nombre de patients et des montants considérés pour ces trois postes, nous nous bornerons dans cette section à donner les chiffres avec un minimum d'analyse.

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006	1.198	527.237,82	526.230,46	440,10	439,26
2007	1.308	698.190,63	677.774,15	533,78	518,18
2008	1.505	822.587,66	782.287,77	546,57	519,79
2009	1.597	1.005.689,49	923.645,97	629,74	578,36
2010	1.808	1.319.196,57	1.191.849,01	729,64	659,21
2011	1.981	1.347.976,39	1.195.139,25	680,45	603,30
2012	2.251	1.398.732,40	1.210.182,17	621,38	537,62
2013	2.449	1.552.378,37	1.309.340,61	633,88	534,64

Tableau 43: Orthophonistes, valeurs annuelles, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006					
2007	9,18 %	32,42 %	28,80 %	21,29 %	17,97 %
2008	15,06 %	17,82 %	15,42 %	2,40 %	0,31%

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2009	6,11 %	22,26%	18,07 %	15,22 %	11,27 %
2010	13,21%	31,17 %	29,04 %	15,86 %	13,98 %
2011	9,57 %	2,18 %	0,28 %	-6,74 %	-8,48 %
2012	13,63 %	3,77 %	1,26 %	-8,68 %	-10,89 %
2013	8,80 %	10,98 %	8,19 %	2,01 %	-0,55 %

Tableau 44: Orthophonistes, en pourcentage de variation annuelle, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006					
2007	9,18 %	32,42 %	28,80 %	21,29 %	17,97 %
2008	25,63 %	56,02 %	48,66 %	24,19 %	18,33 %
2009	33,31 %	90,75 %	75,52 %	43,09 %	31,67 %
2010	50,92 %	150,21%	126,49 %	65,79 %	50,07 %
2011	65,36 %	155,67 %	127,11 %	54,61 %	37,35 %
2012	87,90 %	165,29 %	129,97 %	41,19 %	22,39 %
2013	104,42 %	194,44 %	148,82 %	44,03 %	21,72 %

Tableau 45: Orthophonistes, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006	1.188	523.175,97	522.179,33	440,38	439,54
2007	1.289	689.278,06	669.122,17	534,74	519,10
2008	1.481	812.300,14	772.505,99	548,48	521,61
2009	1.569	990.783,73	909.955,15	631,47	579,96
2010	1.772	1.302.802,77	1.177.037,31	735,22	664,24
2011	1.941	1.326.919,16	1.176.528,40	683,63	606,15
2012	2.194	1.369.467,75	1.184.858,61	624,19	540,04
2013	2.385	1.506.598,23	1.270.737,16	631,70	532,80

Tableau 46: Orthophonistes, valeurs annuelles, population protégée résidente

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006					
2007	8,50 %	31,75 %	28,14 %	21,43 %	18,10 %
2008	14,90 %	17,85 %	15,45 %	2,57 %	0,48 %
2009	5,94%	21,97 %	17,79 %	15,13 %	11,19 %
2010	12,94 %	31,49 %	29,35 %	16,43 %	14,53 %
2011	9,54%	1,85 %	-0,04%	-7,02 %	-8,75 %
2012	13,03 %	3,21%	0,71 %	-8,69 %	-10,91 %
2013	8,71 %	10,01 %	7,25 %	1,20 %	-1,34 %

Tableau 47: Orthophonistes, en pourcentage de variation annuelle, population protégée résidente

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006					
2007	8,50 %	31,75 %	28,14%	21,43 %	18,10 %

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2008	24,66 %	55,26 %	47,94%	24,55 %	18,67 %
2009	32,07 %	89,38 %	74,26 %	43,39 %	31,95 %
2010	49,16 %	149,02 %	125,41 %	66,95 %	51,12 %
2011	63,38 %	153,63 %	125,31 %	55,23 %	37,90 %
2012	84,68 %	161,76 %	126,91%	41,74 %	22,86 %
2013	100,76 %	187,97 %	143,35 %	43,44 %	21,22 %

Tableau 48: Orthophonistes, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée résidente

Voici les changements de lettre-clé des Orthophonistes intervenus durant la période :

Valable du	Indice 100	INDEX	Valeur lettre-clé	Variation N-1	Variation 2006
01/10/2013	1,30621	775,17	10,1253	2,50 %	20,65 %
01/10/2012	1,30621	756,27	9,8785	2,50 %	17,71 %
01/10/2011	1,30621	737,83	9,6376	2,50 %	14,84 %
01/07/2010	1,30621	719,84	9,4026	2,50 %	12,04 %
01/03/2009	1,30621	702,29	9,1734	2,50 %	9,31 %
01/01/2009	1,30621	685,17	8,9498	1,00%	6,64 %
01/03/2008	1,29328	685,17	8,8612	2,50 %	5,59 %
01/01/2007	1,29328	668,46	8,6451	0,50%	3,01 %
01/12/2006	1,28685	668,46	8,6021	2,50 %	2,50 %
01/10/2005	1,28685	652,16	8,3923		0,00%

Sur la période observée :

- Hausse de 194 % des montants nets pour les patients issus de la population protégée totale, respectivement 188 % pour la population protégée résidente;
- Hausse de 104% (respectivement 101%) du nombre de patients;
- Hausse de 22 % (respectivement 21 %) du montant net corrigé par patient;
- Hausse de 18,5 % due aux mesures tarifaires.

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006	1.670	889.375,50	887.599,46	532,56	531,50
2007	2.050	1.092.736,06	1.060.802,79	533,04	517,46
2008	2.130	1.278.789,09	1.216.604,84	600,37	571,18
2009	1.949	1.172.121,23	1.078.832,07	601,40	553,53
2010	2.005	1.303.571,97	1.181.803,46	650,16	589,43
2011	1.980	1.063.676,12	945.274,35	537,21	477,41
2012	1.985	1.167.128,45	1.012.033,01	587,97	509,84
2013	1.875	1.161.366,71	981.724,72	619,40	523,59

Tableau 49: Psychomotriciens, valeurs annuelles, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006					
2007	22,75 %	22,87 %	19,51 %	0,09%	-2,64%
2008	3,90 %	17,03 %	14,69 %	12,63 %	10,38 %

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2009	-8,50 %	-8,34 %	-11,32 %	0,17 %	-3,09 %
2010	2,87 %	11,21 %	9,54 %	8,11%	6,49 %
2011	-1,25 %	-18,40 %	-20,01 %	-17,37 %	-19,00 %
2012	0,25 %	9,73 %	7,06 %	9,45 %	6,79 %
2013	-5,54%	-0,49 %	-2,99%	5,34%	2,70 %

Tableau 50: Psychomotriciens, en pourcentage de variation annuelle, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006					
2007	22,75 %	22,87 %	19,51 %	0,09 %	-2,64%
2008	27,54 %	43,79 %	37,07 %	12,73 %	7,47 %
2009	16,71 %	31,79 %	21,54 %	12,93 %	4,15 %
2010	20,06 %	46,57 %	33,15 %	22,08 %	10,90 %
2011	18,56 %	19,60 %	6,50 %	0,87 %	-10,18 %
2012	18,86 %	31,23 %	14,02 %	10,41 %	-4,07 %
2013	12,28 %	30,58 %	10,60 %	16,31 %	-1,49 %

Tableau 51: Psychomotriciens, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006	1.643	871.956,59	870.223,62	530,71	529,66
2007	2.009	1.067.202,45	1.036.015,36	531,21	515,69
2008	2.091	1.257.035,58	1.195.911,87	601,16	571,93
2009	1.922	1.153.218,12	1.061.466,08	600,01	552,27
2010	1.972	1.273.385,19	1.154.475,36	645,73	585,43
2011	1.936	1.024.145,13	910.167,65	529,00	470,13
2012	1.942	1.129.365,10	979.261,90	581,55	504,25
2013	1.826	1.123.766,59	949.986,57	615,43	520,26

Tableau 52: Psychomotriciens, valeurs annuelles, population protégée résidente

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006					
2007	22,28 %	22,39 %	19,05 %	0,09%	-2,64%
2008	4,08 %	17,79 %	15,43 %	13,17 %	10,91 %
2009	-8,08 %	-8,26%	-11,24 %	-0,19 %	-3,44%
2010	2,60 %	10,42 %	8,76%	7,62 %	6,00 %
2011	-1,83 %	-19,57 %	-21,16 %	-18,08%	-19,70 %
2012	0,31 %	10,27 %	7,59 %	9,93 %	7,26 %
2013	-5,97 %	-0,50 %	-2,99 %	5,83 %	3,17 %

Tableau 53: Psychomotriciens, en pourcentage de variation annuelle, population protégée résidente

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006					
2007	22,28 %	22,39 %	19,05 %	0,09%	-2,64%

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2008	27,27 %	44,16 %	37,43 %	13,28 %	7,98 %
2009	16,98 %	32,26 %	21,98 %	13,06%	4,27 %
2010	20,02 %	46,04 %	32,66 %	21,67 %	10,53 %
2011	17,83 %	17,45 %	4,59 %	-0,32 %	-11,24 %
2012	18,20 %	29,52 %	12,53 %	9,58 %	-4,80 %
2013	11,14 %	28,88 %	9,17 %	15,96 %	-1,77 %

Tableau 54: Psychomotriciens, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée résidente

Voici les changements de lettre-clé des Psychomotriciens intervenus durant la période :

Valable du	Indice 100	INDEX	Valeur lettre-clé	Variation N-1	Variation 2006
01/10/2013	0,3999	775,17	3,0999	2,50 %	20,41 %
01/10/2012	0,3999	756,27	3,0243	2,50 %	17,47 %
01/10/2011	0,3999	737,83	2,9506	2,50 %	14,61 %
01/07/2010	0,3999	719,84	2,8786	2,50%	11,81 %
01/03/2009	0,3999	702,29	2,8085	2,50 %	9,09 %
01/01/2009	0,3999	685,17	2,74	0,80 %	6,43 %
01/03/2008	0,39673	685,17	2,7183	2,50 %	5,59 %
01/01/2007	0,39673	668,46	2,652	0,50 %	3,01 %
01/12/2006	0,39476	668,46	2,6388	2,50 %	2,50 %
01/10/2005	0,39476	652,16	2,5745		0,00 %

Sur la période observée :

- Hausse de 31 % des montants nets pour les patients issus de la population protégée totale, respectivement 29 % pour la population protégée résidente ;
- Hausse de 12 % (respectivement 11 %) du nombre de patients;
- Hausse de 18 % due aux mesures tarifaires;
- Baisse de 1,5 % (respectivement 1,8 %) du montant net corrigé par patient.

	Nombre de patientes	Net	Net corrigé	Net par patiente	Net corrigé par patiente
2006	1.028	248.509,41	248.109,77	241,74	241,35
2007	1.231	291.947,58	282.007,61	237,16	229,09
2008	1.397	339.706,95	321.384,20	243,17	230,05
2009	1.701	428.376,10	392.199,85	251,84	230,57
2010	1.716	421.354,97	379.750,74	245,54	221,30
2011	1.973	514.572,74	455.230,17	260,81	230,73
2012	2.185	554.902,41	478.518,66	253,96	219,00
2013	2.452	642.870,72	541.093,74	262,18	220,67

Tableau 55: Sages-femmes, valeurs annuelles, population protégée totale

	Nombre de patientes	Net	Net corrigé	Net par patiente	Net corrigé par patiente
2006					
2007	19,75 %	17,48 %	13,66 %	-1,89 %	-5,08%
2008	13,48 %	16,36 %	13,96%	2,53 %	0,42 %

	Nombre de patientes	Net	Net corrigé	Net par patiente	Net corrigé par patiente
2009	21,76 %	26,10 %	22,03 %	3,56 %	0,22 %
2010	0,88 %	-1,64 %	-3,17 %	-2,50 %	-4,02 %
2011	14,98 %	22,12 %	19,88 %	6,22 %	4,26 %
2012	10,75 %	7,84%	5,12 %	-2,63 %	-5,08 %
2013	12,22 %	15,85 %	13,08 %	3,24%	0,76 %

Tableau 56: Sages-femmes, en pourcentage de variation annuelle, population protégée totale

	Nombre de patientes	Net	Net corrigé	Net par patiente	Net corrigé par patiente
2006					
2007	19,75 %	17,48 %	13,66 %	-1,89 %	-5,08 %
2008	35,89 %	36,70 %	29,53 %	0,59%	-4,68 %
2009	65,47 %	72,38 %	58,08 %	4,18 %	-4,47 %
2010	66,93 %	69,55 %	53,06 %	1,57 %	-8,31 %
2011	91,93 %	107,06 %	83,48 %	7,89 %	-4,40 %
2012	112,55 %	123,29 %	92,87 %	5,05 %	-9,26 %
2013	138,52 %	158,69 %	118,09 %	8,46 %	-8,57 %

Tableau 57: Sages-femmes, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée totale

	Nombre de patientes	Net	Net corrigé	Net par patiente	Net corrigé par patiente
2006	1.021	247.213,88	246.814,24	242,13	241,74
2007	1.227	290.692,61	280.795,37	236,91	228,85
2008	1.385	334.835,90	316.768,89	241,76	228,71
2009	1.679	422.249,41	386.600,50	251,49	230,26
2010	1.689	415.347,39	374.345,57	245,91	221,64
2011	1.942	505.366,92	447.110,84	260,23	230,23
2012	2.143	540.305,74	465.938,18	252,13	217,42
2013	2.378	617.832,73	520.073,78	259,81	218,70

Tableau 58: Sages-femmes, valeurs annuelles, population protégée résidente

	Nombre de patientes	Net	Net corrigé	Net par patiente	Net corrigé par patiente
2006					
2007	20,18 %	17,59 %	13,77 %	-2,15 %	-5,33 %
2008	12,88 %	15,19 %	12,81 %	2,05 %	-0,06 %
2009	21,23 %	26,11 %	22,04%	4,02 %	0,67 %
2010	0,60 %	-1,63 %	-3,17 %	-2,22 %	-3,74%
2011	14,98 %	21,67 %	19,44 %	5,82 %	3,88%
2012	10,35 %	6,91 %	4,21%	-3,11%	-5,56%
2013	10,97 %	14,35 %	11,62 %	3,05 %	0,59 %

Tableau 59: Sages-femmes, en pourcentage de variation annuelle, population protégée résidente

	Nombre de patientes	Net	Net corrigé	Net par patiente	Net corrigé par patiente
2006					
2007	20,18 %	17,59 %	13,77 %	-2,15 %	-5,33 %

	Nombre de patientes	Net	Net corrigé	Net par patiente	Net corrigé par patiente
2008	35,65 %	35,44 %	28,34%	-0,15 %	-5,39 %
2009	64,45 %	70,80 %	56,64%	3,87 %	-4,75 %
2010	65,43 %	68,01 %	51,67 %	1,56%	-8,31%
2011	90,21 %	104,42 %	81,15 %	7,48 %	-4,76 %
2012	109,89 %	118,56 %	88,78 %	4,13 %	-10,06 %
2013	132,91 %	149,92 %	110,71 %	7,30 %	-9,53 %

Tableau 60: Sages-femmes, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée résidente

Voici les changements de lettre-clé des Sages-femmes intervenus durant la période :

Valable du	Indice 100	INDEX	Valeur lettre-clé	Variation N-1	Variation 2006
01/10/2013	0,51199	775,17	3,9688	2,50 %	21,01 %
01/10/2012	0,51199	756,27	3,872	2,50 %	18,06 %
01/10/2011	0,51199	737,83	3,7776	2,50 %	15,18 %
01/07/2010	0,51199	719,84	3,6855	2,50 %	12,37 %
01/03/2009	0,51199	702,29	3,5957	2,50 %	9,64 %
01/01/2009	0,51199	685,17	3,508	0,80 %	6,96%
01/03/2008	0,50793	685,17	3,4802	2,50 %	6,11 %
01/01/2007	0,50793	668,46	3,3953	1,00%	3,52 %
01/12/2006	0,5029	668,46	3,3617	2,50 %	2,50 %
01/10/2005	0,5029	652,16	3,2797		0,00%

Sur la période observée :

- Hausse de 159 % des montants nets pour les patients issus de la population protégée totale, respectivement
 150 % pour la population protégée résidente;
- Hausse de 139 % (respectivement 133 %) du nombre de patientes;
- Hausse de 19 % due aux mesures tarifaires;
- Baisse de 8,5 % (respectivement 9,5 %) du montant net corrigé par patiente.

5.3. Médecins

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2006	432.516	229.578.857,19	229.127.064,56	229.578.857,19	229.127.064,56	530,80	529,75	530,80	529,75
2007	443.181	244.825.959,80	238.638.398,53	244.602.389,58	238.856.517,55	552,43	538,47	551,92	538,96
2008	454.947	261.525.207,42	249.729.390,78	261.258.542,22	249.984.285,15	574,85	548,92	574,26	549,48
2009	465.959	282.458.686,92	258.664.781,24	277.830.353,36	262.955.943,15	606,19	555,12	596,25	564,33
2010	471.562	288.310.968,86	259.076.554,11	282.821.291,13	264.105.607,91	611,40	549,40	599,75	560,07
2011	484.719	293.194.252,86	265.089.217,66	294.461.030,87	263.947.767,94	604,87	546,89	607,49	544,54
2012	496.338	308.327.815,88	271.973.289,94	309.691.666,69	270.774.498,29	621,21	547,96	623,95	545,54
2013	506.414	320.360.843,20	275.771.186,00	321.838.072,90	274.505.067,00	632,61	544,56	635,52	542,06

Tableau 61: Médecins, valeurs annuelles, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2006									
2007	2,47 %	6,64%	4,15 %	6,54%	4,25 %	4,08%	1,64%	3,98%	1,74 %
2008	2,65 %	6,82 %	4,65 %	6,81 %	4,66 %	4,06 %	1,94%	4,05 %	1,95 %
2009	2,42 %	8,00%	3,58 %	6,34%	5,19 %	5,45 %	1,13 %	3,83 %	2,70 %
2010	1,20 %	2,07 %	0,16 %	1,80 %	0,44 %	0,86 %	-1,03 %	0,59 %	-0,76 %
2011	2,79%	1,69 %	2,32 %	4,12 %	-0,06%	-1,07 %	-0,46 %	1,29 %	-2,77 %
2012	2,40 %	5,16 %	2,60 %	5,17 %	2,59 %	2,70 %	0,20%	2,71 %	0,18%
2013	2,03 %	3,90%	1,40 %	3,92 %	1,38%	1,84%	-0,62 %	1,85 %	-0,64%

Tableau 62: Médecins, en pourcentage de variation annuelle, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2006									
2007	2,47 %	6,64%	4,15 %	6,54%	4,25 %	4,08%	1,64%	3,98%	1,74 %
2008	5,19 %	13,92 %	8,99 %	13,80 %	9,10%	8,30 %	3,62 %	8,19 %	3,72 %
2009	7,73 %	23,03 %	12,89%	21,02 %	14,76 %	14,20 %	4,79 %	12,33 %	6,53 %
2010	9,03 %	25,58 %	13,07 %	23,19 %	15,27 %	15,18%	3,71 %	12,99 %	5,72 %
2011	12,07 %	27,71 %	15,70 %	28,26%	15,20 %	13,96 %	3,24%	14,45 %	2,79%
2012	14,76%	34,30 %	18,70%	34,90 %	18,18%	17,03 %	3,44 %	17,55 %	2,98 %
2013	17,09 %	39,54%	20,36%	40,19 %	19,80 %	19,18 %	2,79%	19,73 %	2,32 %

Tableau 63: Médecins, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2006	406.715	224.046.301,69	223.606.104,97	224.046.301,69	223.606.104,97	550,87	549,79	550,87	549,79
2007	413.161	238.188.286,44	232.165.380,39	237.967.599,37	232.380.686,54	576,50	561,92	575,97	562,45
2008	420.234	253.320.846,59	241.893.326,36	253.058.580,50	242.144.017,49	602,81	575,62	602,18	576,21
2009	428.085	272.743.076,89	249.747.905,70	268.250.377,59	253.913.330,65	637,12	583,41	626,63	593,14
2010	430.095	277.571.280,07	249.398.413,65	272.253.474,54	254.270.046,37	645,37	579,87	633,01	591,20
2011	440.460	281.834.206,13	254.773.148,46	282.999.889,13	253.722.741,49	639,86	578,43	642,51	576,04
2012	449.108	295.609.929,62	260.710.665,42	296.863.185,59	259.608.969,94	658,22	580,51	661,01	578,05
2013	455.514	305.707.819,08	263.095.896,63	307.040.995,04	261.953.126,18	671,13	577,58	674,05	575,07

Tableau 64: Médecins, valeurs annuelles, population protégée résidente

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2006									
2007	1,58 %	6,31%	3,83 %	6,21 %	3,92 %	4,65 %	2,21 %	4,56 %	2,30%
2008	1,71 %	6,35 %	4,19 %	6,34 %	4,20 %	4,56 %	2,44 %	4,55 %	2,45 %
2009	1,87 %	7,67 %	3,25%	6,00%	4,86%	5,69 %	1,35 %	4,06%	2,94%

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2010	0,47 %	1,77 %	-0,14%	1,49 %	0,14%	1,29 %	-0,61%	1,02 %	-0,33 %
2011	2,41 %	1,54 %	2,16 %	3,95 %	-0,22 %	-0,85 %	-0,25 %	1,50 %	-2,56%
2012	1,96 %	4,89 %	2,33 %	4,90 %	2,32 %	2,87 %	0,36 %	2,88 %	0,35 %
2013	1,43 %	3,42 %	0,91 %	3,43 %	0,90%	1,96 %	-0,50%	1,97 %	-0,52 %

Tableau 65: Médecins, en pourcentage de variation annuelle, population protégée résidente

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2006									
2007	1,58 %	6,31 %	3,83%	6,21 %	3,92 %	4,65 %	2,21 %	4,56%	2,30 %
2008	3,32 %	13,07 %	8,18%	12,95 %	8,29 %	9,43 %	4,70 %	9,32 %	4,81 %
2009	5,25 %	21,74 %	11,69 %	19,73 %	13,55 %	15,66 %	6,12 %	13,75 %	7,89 %
2010	5,75 %	23,89 %	11,53 %	21,52 %	13,71 %	17,16%	5,47 %	14,91 %	7,53 %
2011	8,30%	25,79 %	13,94 %	26,31 %	13,47 %	16,16%	5,21 %	16,64 %	4,78 %
2012	10,42 %	31,94 %	16,59 %	32,50 %	16,10 %	19,49 %	5,59 %	19,99 %	5,14%
2013	12,00%	36,45 %	17,66 %	37,04 %	17,15 %	21,83 %	5,06%	22,36%	4,60 %

Tableau 66: Médecins, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée résidente

Voici les changements de lettre-clé intervenus durant la période :

Valable du	Indice 100	INDEX	Valeur lettre-clé	Variation N-1	Variation 2006
01/10/2013	0,51109	775,17	3,9618	2,50%	18,86%
01/10/2012	0,51109	756,27	3,8652	2,50%	15,96%
01/10/2011	0,51109	737,83	3,771	2,50%	13,14%
01/01/2011	0,51109	719,84	3,679	-0,18%	10,38%
01/07/2010	0,51202	719,84	3,6857	2,50%	10,58%
01/03/2009	0,51202	702,29	3,5959	2,69%	7,88%
01/03/2008	0,51109	685,17	3,5018	2,50%	5,06%
01/12/2006	0,51109	668,46	3,4164	2,50%	2,50%
01/01/2006	0,51109	652,16	3,3331		0,00%

Voici les modifications de coefficients intervenues durant cette période :

- Les 29 janvier et 19 mars 2007, hausse du coefficient pour respectivement 2 forfaits de suivi hospitalier et 3 locations d'appareil, avec un effet global limité (hausse d'environ 0,1 % du net à fin 2008);
- Le 1^{er} mars 2009, hausse du coefficient de 7,37 % en moyenne pour 77 actes généraux, avec un impact d'environ 2 % sur le net global à fin 2010;
- Le 1^{er} janvier 2011, baisse du coefficient de 4,35 % en moyenne pour 1.602 actes techniques. Cette mesure a annulé l'effet des précédentes d'un point de vue financier et l'effet global cumulé de toutes ces modifications est finalement d'environ -0,5 % à fin 2013.

L'effet de ces modifications est donc limité et la croissance des dépenses de près de 40 % sur la période s'explique en fait par:

 Essentiellement les mesures tarifaires. Pour l'année 2013 comparée à 2006, l'effet est d'environ 16,2 % et se décompose en 16,7 % d'augmentation de la lettre-clé due à l'index, et donc -0,5 % de modification des coefficients;

- La croissance annuelle du nombre de patients comprise entre 2 % et 3 % pour la population protégée totale, sauf en 2010 par effet de la grève des Médecins. Cette croissance globale de 17 % sur la période est très largement due à la population protégée non résidente, dont le nombre de patients a crû de près de 100 % contre seulement 12 % pour le nombre de patients issus de la population protégée résidente;
- Enfin, une hausse des montants nets corrigés par patient, d'environ 5 % pour la population protégée résidente et 3 % pour la population protégée totale.

5.4. Dentistes

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006	250.150	51.625.114,90	51.522.923,21	206,38	205,97
2007	255.108	53.886.284,78	52.463.663,40	211,23	205,65
2008	261.826	56.615.156,22	54.000.014,63	216,23	206,24
2009	266.498	59.907.956,74	54.458.078,43	224,80	204,35
2010	269.214	63.107.982,46	56.219.865,98	234,42	208,83
2011	277.188	63.978.736,90	56.034.128,37	230,81	202,15
2012	284.029	66.868.761,52	57.138.003,19	235,43	201,17
2013	285.812	67.513.267,90	56.276.737,87	236,22	196,90

Tableau 67: Dentistes, valeurs annuelles, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006					
2007	1,98 %	4,38 %	1,83 %	2,35 %	-0,15 %
2008	2,63 %	5,06 %	2,93 %	2,37 %	0,29 %
2009	1,78 %	5,82 %	0,85 %	3,96%	-0,92 %
2010	1,02 %	5,34%	3,24%	4,28 %	2,19%
2011	2,96 %	1,38 %	-0,33 %	-1,54 %	-3,20 %
2012	2,47 %	4,52 %	1,97 %	2,00 %	-0,49 %
2013	0,63 %	0,96%	-1,51 %	0,33 %	-2,12 %

Tableau 68: Dentistes, en pourcentage de variation annuelle, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006					
2007	1,98 %	4,38 %	1,83 %	2,35 %	-0,15 %
2008	4,67 %	9,67 %	4,81 %	4,78 %	0,13 %
2009	6,54 %	16,04 %	5,70 %	8,93 %	-0,79 %
2010	7,62 %	22,24%	9,12 %	13,59 %	1,39 %
2011	10,81 %	23,93 %	8,76 %	11,84 %	-1,85 %
2012	13,54%	29,53 %	10,90 %	14,08 %	-2,33 %
2013	14,26 %	30,78 %	9,23 %	14,46 %	-4,40 %

Tableau 69: Dentistes, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006	241.258	49.927.964,90	49.829.620,40	206,95	206,54
2007	244.792	51.909.392,20	50.538.961,65	212,06	206,46
2008	250.474	54.356.049,33	51.845.307,72	217,01	206,99

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2009	254.104	57.357.908,27	52.140.844,34	225,73	205,19
2010	256.350	60.370.337,83	53.782.049,28	235,50	209,80
2011	263.603	61.113.799,83	53.525.285,34	231,84	203,05
2012	269.349	63.691.946,38	54.423.994,42	236,47	202,06
2013	270.670	64.163.767,89	53.485.408,94	237,06	197,60

Tableau 70: Dentistes, valeurs annuelles, population protégée résidente

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006					
2007	1,46 %	3,97 %	1,42 %	2,47 %	-0,04%
2008	2,32 %	4,71%	2,58 %	2,34 %	0,26 %
2009	1,45 %	5,52 %	0,57 %	4,02 %	-0,87 %
2010	0,88 %	5,25 %	3,15 %	4,33 %	2,24%
2011	2,83 %	1,23 %	-0,48 %	-1,55 %	-3,22 %
2012	2,18%	4,22 %	1,68 %	2,00%	-0,49 %
2013	0,49 %	0,74 %	-1,72 %	0,25 %	-2,20 %

Tableau 71: Dentistes, en pourcentage de variation annuelle, population protégée résidente

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006					
2007	1,46 %	3,97 %	1,42 %	2,47 %	-0,04%
2008	3,82 %	8,87 %	4,05 %	4,86 %	0,22 %
2009	5,32 %	14,88 %	4,64%	9,07 %	-0,65 %
2010	6,26 %	20,91 %	7,93 %	13,80 %	1,58 %
2011	9,26 %	22,40 %	7,42 %	12,03 %	-1,69 %
2012	11,64 %	27,57 %	9,22 %	14,26%	-2,17 %
2013	12,19 %	28,51 %	7,34 %	14,55 %	-4,33 %

Tableau 72: Dentistes, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée résidente

Voici les changements de lettre-clé intervenus durant la période :

Valable du	Indice 100	INDEX	Valeur lettre-clé	Variation N-1	Variation 2006
01/10/2013	0,62021	775,17	4,8077	2,50 %	22,18 %
01/10/2012	0,62021	756,27	4,6905	2,50 %	19,20 %
01/10/2011	0,62021	737,83	4,5761	2,50 %	16,30 %
01/01/2011	0,62021	719,84	4,4645	-0,22 %	13,46 %
01/07/2010	0,62156	719,84	4,4742	2,50 %	13,71%
01/03/2009	0,62156	702,29	4,3652	5,37 %	10,94 %
01/03/2008	0,60461	685,17	4,1426	2,50 %	5,28%
01/01/2007	0,60461	668,46	4,0416	0,21 %	2,71 %
01/12/2006	0,60337	668,46	4,0333	2,50 %	2,50 %
01/01/2006	0,60337	652,16	3,9349		0,00%

On a ici une évolution assez régulière sans pics ni creux marqués. La croissance des dépenses d'environ 31 % sur la période a globalement la même structure que celle observée pour les Médecins, et s'explique donc par:

- Essentiellement les mesures tarifaires. Pour l'année 2013 comparée à 2006, l'effet est d'environ 20 %, essentiellement dû à l'index et à une hausse de la lettre-clé à l'indice 100 d'un peu moins de 3 %;
- La croissance annuelle du nombre de patients de 12 % pour la population protégée résidente et de 14 % pour la population protégée totale;
- Enfin, une baisse des montants nets corrigés par patient, d'environ 4 % (pour la population protégée résidente et pour la population protégée totale).

Le fait notable est ici la baisse du montant net corrigé par patient. L'analyse par acte montre que la baisse concerne principalement les actes des chapitres « Consultations du Médecin-Dentiste » et « Soins gingivaux et dentaires », c'est-à-dire les actes les plus courants. Cet effet s'observe depuis 2011 et est principalement dû à la hausse du taux de participation de 5 % à 12 % pour la plupart des actes.

5.5. Infirmiers

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006	27.276	24.652.598,68	24.597.606,72	903,82	901,80
2007	28.637	27.322.658,30	26.656.375,82	954,10	930,84
2008	29.822	30.415.015,36	29.060.430,00	1.019,89	974,46
2009	30.079	33.173.794,68	30.924.379,83	1.102,89	1.028,11
2010	30.010	37.191.198,87	33.232.581,16	1.239,29	1.107,38
2011	30.031	36.203.296,80	32.172.742,42	1.205,53	1.071,32
2012	30.056	37.919.403,24	32.883.016,29	1.261,63	1.094,06
2013	29.701	38.921.941,13	32.919.232,43	1.310,46	1.108,35

Tableau 73: Infirmiers, valeurs annuelles, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006					
2007	4,99%	10,83 %	8,37 %	5,56%	3,22 %
2008	4,14%	11,32 %	9,02 %	6,89 %	4,69 %
2009	0,86%	9,07 %	6,41 %	8,14 %	5,50 %
2010	-0,23 %	12,11%	7,46 %	12,37 %	7,71 %
2011	0,07 %	-2,66 %	-3,19 %	-2,72 %	-3,26 %
2012	0,08 %	4,74%	2,21 %	4,65 %	2,12 %
2013	-1,18 %	2,64 %	0,11 %	3,87 %	1,31 %

Tableau 74: Infirmiers, en pourcentage de variation annuelle, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006					
2007	4,99 %	10,83 %	8,37 %	5,56 %	3,22 %
2008	9,33 %	23,37 %	18,14%	12,84 %	8,06 %
2009	10,28 %	34,57 %	25,72 %	22,03 %	14,01 %
2010	10,02 %	50,86 %	35,10 %	37,12 %	22,80 %
2011	10,10 %	46,85 %	30,80 %	33,38 %	18,80 %
2012	10,19 %	53,82 %	33,68 %	39,59 %	21,32 %
2013	8,89 %	57,88 %	33,83 %	44,99 %	22,90 %

Tableau 75: Infirmiers, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006	27.094	24.638.447,38	24.583.505,06	909,37	907,34
2007	28.425	27.306.201,93	26.640.320,75	960,64	937,21
2008	29.588	30.392.483,95	29.038.931,97	1.027,19	981,44
2009	29.822	33.112.325,26	30.867.033,69	1.110,33	1.035,04
2010	29.778	37.134.469,76	33.182.361,21	1.247,04	1.114,32
2011	29.802	36.153.190,42	32.128.212,24	1.213,11	1.078,06
2012	29.869	37.864.139,24	32.835.065,20	1.267,67	1.099,30
2013	29.499	38.859.597,19	32.866.551,53	1.317,32	1.114,16

Tableau 76: Infirmiers, valeurs annuelles, population protégée résidente

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006					
2007	4,91 %	10,83 %	8,37 %	5,64 %	3,29 %
2008	4,09 %	11,30 %	9,00 %	6,93 %	4,72 %
2009	0,79 %	8,95 %	6,30 %	8,09 %	5,46 %
2010	-0,15 %	12,15 %	7,50 %	12,31 %	7,66 %
2011	0,08%	-2,64%	-3,18 %	-2,72 %	-3,25 %
2012	0,22 %	4,73 %	2,20%	4,50 %	1,97 %
2013	-1,24 %	2,63 %	0,10 %	3,92 %	1,35 %

Tableau 77: Infirmiers, en pourcentage de variation annuelle, population protégée résidente

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006					
2007	4,91 %	10,83 %	8,37 %	5,64%	3,29 %
2008	9,20 %	23,35 %	18,12 %	12,96 %	8,17 %
2009	10,07 %	34,39 %	25,56 %	22,10 %	14,07 %
2010	9,91 %	50,72 %	34,98 %	37,13 %	22,81 %
2011	9,99 %	46,73 %	30,69 %	33,40 %	18,81 %
2012	10,24 %	53,68 %	33,57 %	39,40 %	21,16 %
2013	8,88%	57,72 %	33,69 %	44,86%	22,79 %

Tableau 78: Infirmiers, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée résidente

Voici les changements de lettre-clé intervenus durant la période :

Valable du	Indice 100	INDEX	Valeur lettre-clé	Variation N-1	Variation 2006
01/10/2013	0,65251	775,17	5,0581	2,50 %	20,41 %
01/10/2012	0,65251	756,27	4,9347	2,50 %	17,47 %
01/10/2011	0,65251	737,83	4,8144	2,50 %	14,61 %
01/01/2011	0,65251	719,84	4,697	-3,61 %	11,81 %
01/07/2010	0,67695	719,84	4,873	7,72 %	16,00 %
01/03/2009	0,64414	702,29	4,5237	2,50 %	7,69 %
01/03/2008	0,64414	685,17	4,4135	2,50 %	5,06 %
01/12/2006	0,64414	668,46	4,3058	2,50 %	2,50%
01/10/2005	0,64414	652,16	4,2008		0,00 %

La croissance des dépenses de 58 % s'explique par:

- Une forte augmentation de près de 23 % du montant net corrigé par patient;
- Puis les mesures tarifaires. Pour l'année 2013 comparée à 2006, l'effet est d'environ 18 %, essentiellement dû à l'index et à une hausse de la lettre-clé à l'indice 100 d'un peu plus de 1 %;
- Enfin une faible croissance du nombre de patients de 9 % sur la période, essentiellement concentrée sur les années 2006 à 2008, ce qui correspond à la montée en charge de la dépendance.

NB: les valeurs sont ici quasiment identiques pour les populations protégées résidente et totale.

Le fait notable est ici la hausse du montant net corrigé par patient. L'analyse par acte montre que les Infirmiers effectuent plus d'actes sur leurs patients et qu'il ne s'agit pas de substitution (c'est-à-dire du remplacement d'actes peu onéreux par des actes plus onéreux): on observe principalement plus d'actes différents effectués sur chaque patient, issus de sections différentes et notamment de «Injection, perfusions, prises de sang », et de surcroît plus de répétitions de certains actes, notamment le prélèvement pour contrôle de la glycémie, les pansements avec sonde ou stomie et les grands pansements ou pansements multiples. Depuis 2011, l'instauration d'un taux de participation de 12 % pour les patients ne disposant pas d'un plan de prise en charge a permis de contrebalancer partiellement cette hausse continue du montant net corrigé par patient.

5.6. Kinésithérapeutes

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006	70.224	27.050.922,26	26.994.648,33	385,21	384,41
2007	73.976	30.546.286,34	29.624.938,19	412,92	400,47
2008	79.356	34.967.042,93	33.021.318,27	440,64	416,12
2009	83.899	39.476.420,80	36.182.013,98	470,52	431,26
2010	88.414	43.782.063,95	39.490.690,28	495,19	446,66
2011	92.444	42.901.015,31	37.960.428,15	464,08	410,63
2012	99.946	48.896.640,80	42.214.765,96	489,23	422,38
2013	102.350	53.214.114,96	44.820.512,44	519,92	437,91

Tableau 79: Kinésithérapeutes, valeurs annuelles, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006					
2007	5,34 %	12,92 %	9,74 %	7,19 %	4,18 %
2008	7,27 %	14,47 %	11,46 %	6,71 %	3,91%
2009	5,72 %	12,90 %	9,57 %	6,78 %	3,64 %
2010	5,38 %	10,91%	9,14%	5,24 %	3,57 %
2011	4,56 %	-2,01 %	-3,87 %	-6,28 %	-8,07 %
2012	8,12 %	13,98 %	11,21 %	5,42 %	2,86 %
2013	2,41 %	8,83%	6,17 %	6,27 %	3,68%

Tableau 80: Kinésithérapeutes, en pourcentage de variation annuelle, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006					
2007	5,34%	12,92 %	9,74 %	7,19 %	4,18 %
2008	13,00 %	29,26%	22,33 %	14,39 %	8,25 %
2009	19,47 %	45,93 %	34,03 %	22,15 %	12,19 %
2010	25,90 %	61,85 %	46,29 %	28,55 %	16,19 %

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2011	31,64 %	58,59 %	40,62 %	20,47 %	6,82 %
2012	42,32 %	80,76 %	56,38 %	27,00 %	9,88 %
2013	45,75 %	96,72 %	66,03 %	34,97 %	13,92 %

Tableau 81: Kinésithérapeutes, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006	68.324	26.508.564,51	26.453.590,33	387,98	387,18
2007	71.658	29.819.038,75	28.919.726,23	416,13	403,58
2008	76.503	34.019.124,48	32.126.409,72	444,68	419,94
2009	80.544	38.300.180,18	35.104.137,18	475,52	435,84
2010	84.303	42.307.007,64	38.160.927,73	501,84	452,66
2011	87.907	41.441.016,95	36.668.890,93	471,42	417,13
2012	94.743	47.109.091,98	40.671.754,22	497,23	429,29
2013	96.829	51.180.353,39	43.107.990,03	528,56	445,20

Tableau 82: Kinésithérapeutes, valeurs annuelles, population protégée résidente

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006					
2007	4,88 %	12,49 %	9,32 %	7,25 %	4,24 %
2008	6,76 %	14,09 %	11,09 %	6,86 %	4,05 %
2009	5,28 %	12,58 %	9,27 %	6,94%	3,79 %
2010	4,67 %	10,46 %	8,71%	5,54 %	3,86 %
2011	4,28 %	-2,05 %	-3,91 %	-6,06 %	-7,85 %
2012	7,78 %	13,68 %	10,92 %	5,48 %	2,91%
2013	2,20 %	8,64%	5,99 %	6,30 %	3,71 %

Tableau 83: Kinésithérapeutes, en pourcentage de variation annuelle, population protégée résidente

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net par patient	Net corrigé par patient
2006					
2007	4,88%	12,49 %	9,32 %	7,25 %	4,24%
2008	11,97 %	28,33 %	21,44 %	14,61 %	8,46 %
2009	17,89 %	44,48 %	32,70 %	22,56 %	12,57 %
2010	23,39 %	59,60 %	44,26 %	29,35 %	16,91 %
2011	28,66 %	56,33 %	38,62 %	21,50 %	7,74 %
2012	38,67 %	77,71 %	53,75 %	28,16 %	10,88 %
2013	41,72 %	93,07 %	62,96 %	36,23 %	14,98%

Tableau 84: Kinésithérapeutes, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée résidente

Voici les changements de lettre-clé intervenus durant la période :

Valable du	Indice 100	INDEX	Valeur lettre-clé	Variation N-1	Variation 2006
01/10/2013	0,51224	775,17	3,9707	2,50 %	20,89 %
01/10/2012	0,51224	756,27	3,8739	2,50 %	17,94 %
01/10/2011	0,51224	737,83	3,7795	2,50 %	15,07 %

Valable du	Indice 100	INDEX	Valeur lettre-clé	Variation N-1	Variation 2006
01/07/2010	0,51224	719,84	3,6873	2,50 %	12,26 %
01/03/2009	0,51224	702,29	3,5974	2,50 %	9,53 %
01/01/2009	0,51224	685,17	3,5097	0,50 %	6,86%
01/03/2008	0,50968	685,17	3,4922	2,50 %	6,32 %
01/07/2007	0,50968	668,46	3,407	1,20 %	3,73 %
01/12/2006	0,50364	668,46	3,3666	2,50 %	2,50 %
01/10/2005	0,50364	652,16	3,2845		0,00%

On a ici une hausse très importante des dépenses sur la période, respectivement 97 % pour la population protégée totale et 93 % pour la population protégée résidente, qui se décompose comme suit :

- Principalement une forte croissance du nombre de patients, soit près de 46 % pour ceux issus de la population protégée totale et 42 % pour ceux issus de la population protégée résidente. L'écart correspond à une hausse de 190 % du nombre de patients issus de la population protégée non-résidente, passé de 1.900 à 5.500 par an sur la période. Cette croissance a été continue, avec deux pics en 2008 et en 2012. Toutefois, pour 2013, on constate une hausse de seulement 2 %, plus de deux fois inférieure à la hausse moyenne annuelle sur la période; le recul manque pour dire s'il s'agit d'un épiphénomène ou d'un retour durable à une croissance plus modérée;
- Puis les mesures tarifaires. Pour l'année 2013 comparée à 2006, l'effet est d'environ 19 %, essentiellement dû à l'index et à une hausse de la lettre-clé à l'indice 100 d'un peu moins de 2 %;
- Enfin une hausse du montant net corrigé par patient de 14 % pour la population protégée totale et de 15 % pour la population protégée résidente. Elle s'explique par une augmentation générale du nombre d'actes par patient, notamment pour les drainages et les soins d'affections neurologiques chroniques. On a déjà noté en 2011 une baisse sensible, quoique temporaire, du montant net corrigé par patient, évolution influencée certainement par la loi réforme santé entrée en vigueur au 01/01/2011 et engendrant entre autres une hausse du taux de participation de 20 % à 30 %.

5.7. Actes de Laboratoire

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2006	200.949	36.174.630,40	36.174.630,40	36.174.630,40	36.174.630,40	180,02	180,02	180,02	180,02
2007	211.177	39.728.941,21	39.728.941,21	39.728.941,21	39.728.941,21	188,13	188,13	188,13	188,13
2008	224.833	43.648.029,60	43.648.029,60	43.648.029,60	43.648.029,60	194,14	194,14	194,14	194,14
2009	238.233	39.910.083,33	49.492.093,80	39.910.083,33	49.492.093,80	167,53	207,75	167,53	207,75
2010	237.183	41.087.805,53	50.952.575,26	41.087.805,53	50.952.575,26	173,23	214,82	173,23	214,82
2011	283.847	58.513.919,94	76.595.958,91	61.766.453,39	72.562.524,82	206,15	269,85	217,60	255,64
2012	299.160	69.180.042,03	90.433.741,49	72.925.145,88	85.789.475,80	231,25	302,29	243,77	286,77
2013	319.087	74.031.415,24	96.875.685,24	78.119.884,93	91.805.615,02	232,01	303,60	244,82	287,71

Tableau 85: actes de Laboratoire, valeurs annuelles, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2006									
2007	5,09%	9,83 %	9,83 %	9,83 %	9,83 %	4,51 %	4,51 %	4,51 %	4,51 %
2008	6,47 %	9,86 %	9,86 %	9,86 %	9,86 %	3,19 %	3,19 %	3,19 %	3,19 %
2009	5,96%	-8,56%	13,39 %	-8,56%	13,39 %	-13,71 %	7,01 %	-13,71 %	7,01 %
2010	-0,44 %	2,95 %	2,95 %	2,95 %	2,95 %	3,41 %	3,41 %	3,41 %	3,41 %

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2011	19,67 %	42,41 %	50,33 %	50,33 %	42,41 %	19,00%	25,61 %	25,61 %	19,00%
2012	5,39 %	18,23 %	18,07 %	18,07 %	18,23 %	12,18%	12,02 %	12,02 %	12,18%
2013	6,66%	7,01 %	7,12 %	7,12 %	7,01 %	0,33 %	0,43 %	0,43 %	0,33 %

Tableau 86: actes de Laboratoire, en pourcentage de variation annuelle, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2006									
2007	5,09%	9,83%	9,83%	9,83 %	9,83 %	4,51 %	4,51 %	4,51 %	4,51 %
2008	11,89 %	20,66 %	20,66 %	20,66%	20,66 %	7,84%	7,84%	7,84 %	7,84 %
2009	18,55 %	10,33 %	36,81 %	10,33 %	36,81%	-6,94%	15,40 %	-6,94%	15,40 %
2010	18,03 %	13,58 %	40,85 %	13,58 %	40,85 %	-3,77 %	19,33 %	-3,77 %	19,33 %
2011	41,25 %	61,75 %	111,74 %	70,75 %	100,59 %	14,51 %	49,90 %	20,88%	42,01%
2012	48,87 %	91,24%	149,99 %	101,59 %	137,15 %	28,46 %	67,92 %	35,41 %	59,30 %
2013	58,79%	104,65 %	167,80 %	115,95 %	153,78 %	28,88 %	68,65 %	36,00%	59,82 %

Tableau 87: actes de Laboratoire, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée totale

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2006	195.939	35.376.025,43	35.376.025,43	35.376.025,43	35.376.025,43	180,55	180,55	180,55	180,55
2007	205.122	38.695.826,51	38.695.826,51	38.695.826,51	38.695.826,51	188,65	188,65	188,65	188,65
2008	216.855	42.323.831,00	42.323.831,00	42.323.831,00	42.323.831,00	195,17	195,17	195,17	195,17
2009	229.003	38.533.959,01	47.785.575,83	38.533.959,01	47.785.575,83	168,27	208,67	168,27	208,67
2010	227.218	39.523.166,55	49.012.282,16	39.523.166,55	49.012.282,16	173,94	215,71	173,94	215,71
2011	270.231	55.999.344,94	73.283.059,51	59.094.954,14	69.444.225,62	207,23	271,19	218,68	256,98
2012	283.622	65.993.554,00	86.247.342,67	69.549.262,71	81.837.943,95	232,68	304,09	245,22	288,55
2013	298.292	69.230.980,79	90.588.112,77	73.049.629,82	85.852.644,43	232,09	303,69	244,89	287,81

Tableau 88: actes de Laboratoire, valeurs annuelles, population protégée résidente

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2006									
2007	4,69 %	9,38 %	9,38 %	9,38 %	9,38 %	4,49%	4,49 %	4,49 %	4,49%
2008	5,72 %	9,38%	9,38%	9,38%	9,38 %	3,46 %	3,46%	3,46 %	3,46 %
2009	5,60 %	-8,95 %	12,90%	-8,95 %	12,90%	-13,78 %	6,92 %	-13,78 %	6,92 %
2010	-0,78 %	2,57 %	2,57 %	2,57 %	2,57 %	3,37 %	3,37 %	3,37 %	3,37 %
2011	18,93 %	41,69 %	49,52 %	49,52 %	41,69 %	19,13 %	25,72 %	25,72 %	19,13 %
2012	4,96 %	17,85 %	17,69 %	17,69 %	17,85 %	12,28%	12,13 %	12,13 %	12,28 %
2013	5,17 %	4,91 %	5,03 %	5,03 %	4,91 %	-0,25 %	-0,13 %	-0,13 %	-0,25 %

Tableau 89: actes de Laboratoire, en pourcentage de variation annuelle, population protégée résidente

	Nombre de patients	Net	Net corrigé	Net à coefficients constants	Net à lettre- clé constante	Net par patient	Net corrigé par patient	Net par patient à coefficients constants	Net par patient à lettre-clé constante
2006									
2007	4,69 %	9,38%	9,38%	9,38%	9,38%	4,49 %	4,49 %	4,49 %	4,49 %
2008	10,67 %	19,64 %	19,64%	19,64 %	19,64 %	8,10%	8,10%	8,10%	8,10%
2009	16,87 %	8,93 %	35,08%	8,93%	35,08 %	-6,80%	15,58 %	-6,80 %	15,58 %
2010	15,96 %	11,72 %	38,55 %	11,72 %	38,55 %	-3,66 %	19,47 %	-3,66 %	19,47 %
2011	37,92 %	58,30%	107,15 %	67,05 %	96,30%	14,78 %	50,20%	21,12 %	42,34%
2012	44,75 %	86,55 %	143,80 %	96,60 %	131,34%	28,88 %	68,43 %	35,82 %	59,82 %
2013	52,24%	95,70 %	156,07 %	106,49%	142,69 %	28,55 %	68,21 %	35,64%	59,41 %

Tableau 90: actes de Laboratoire, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée résidente

On a déjà noté que l'ensemble des indicateurs : nombres de patients, montants nets et montants nets par patients se sont envolés depuis 2006.

Durant la période, les mesures tarifaires suivantes ont été appliquées :

- 1. Au 01/01/2009, passage de la lettre-clé de 0,4411 à 0,3557 soit une baisse de 19,36 % (notée en bleu dans les tableaux)
- 2. Au 01/04/2011, le train de mesures suivant (noté en rouge):
 - a. Ouverture de l'activité extrahospitalière des Laboratoires hospitaliers, d'où une hausse mécanique du nombre de patients et des montants;
 - b. Suppression des blocs d'actes facturés de façon forfaitaire;
 - c. Suppression de la « règle des 12 » (actes par ordonnance);
 - d. Pour 81⁵ actes une baisse moyenne du coefficient de 16,25 %.
- 3. Au 01/01/2012, les coefficients de ces mêmes actes ont été rehaussés de 5,11 % en moyenne (noté en vert). L'effet global résultant en 2013 par rapport à 2006 est une baisse de près de 24 %.

Concernant le nombre de patients, on constate une augmentation annuelle d'environ 5 % avec deux exceptions:

- 2010 avec une baisse de 0,78 % (resp. 0,44 % pour la population protégée totale). L'analyse des valeurs mensuelles montre que cette baisse est nettement concentrée sur octobre et novembre, ce qui suggère fortement un lien avec la grève des Médecins ayant eu lieu sur ces deux mois;
- 2012 avec une hausse de 18,93 % (resp. 19,67 %), liée à l'apport des patients des Laboratoires hospitaliers.

Quoi qu'il en soit une croissance annuelle de 5 % est près de 3 fois supérieure à la croissance de la population protégée. À noter que le nombre de patients issus de la population protégée non-résidente est passé de 5000 à 21.000 par an, soit une croissance de 315 % sur la période!

Les montants nets par patient ont également augmenté, et par conséquent les montants nets encore plus vite, jusqu'en 2009 où la forte baisse de la lettre-clé a eu son impact. Après une année 2010 stable, celui-ci a toutefois été plus qu'annulé par le train de mesures de 2011, qui s'est traduit par une très forte hausse des montants nets (ce qui était prévisible vu la hausse du nombre de patients) et des montants nets par patient (ce qui l'était moins) en 2011 et encore en 2012 (par effet du décalage entre le début de période au 01/01 et le train de mesures au 01/04). L'année 2013 montre à ce stade une certaine stabilité à un niveau élevé: sur la période on constate une hausse d'environ 50 % du nombre de patients, 30 % du montant net par patient et 100 % du montant net, hausse qui se serait même élevée à environ 150 % si les mesures de maîtrise des coûts n'avaient pas été prises!

En conclusion, on est face à un cas assez paradoxal: c'est à la fois le seul poste pour lequel la lettre-clé a diminué et le poste significatif qui a eu la plus forte croissance des dépenses, engendrée pour environ 2/3 par une hausse continue et soutenue du nombre des patients (et donc des prescriptions médicales) et 1/3 par une hausse des montants nets

par patient, accélérée à partir de 2011 à la suite des assouplissements tarifaires accordés aux Laboratoires.

Conclusion

L'analyse de l'évolution des dépenses de soins de santé permet tout d'abord d'observer que les facteurs de croissance influençant les principaux postes sont très variables :

- Evolutions tarifaires, puis nombre de patients et enfin activité par patient, pour les Médecins et les Dentistes;
- Activité par patient, puis évolutions tarifaires et enfin nombre de patients, pour les Infirmiers;
- Nombre de patients, puis évolutions tarifaires et enfin activité par patient, pour les Kinésithérapeutes;
- Activité par patient, puis nombre de patients et enfin évolutions tarifaires, pour les Laboratoires.

Concernant l'activité par patient résident en particulier, le montant net corrigé par patient pour l'ensemble des postes observés obtenu en annulant les adaptations tarifaires s'élève à 1.014 euros en 2013, contre un montant net de 1.111 euros. Faisant abstraction des adaptations des lettres-clés, des coefficients et de l'indice moyen, le montant net corrigé par patient a donc évolué de 19 % sur la période 2006 à 2013, contre une hausse de 30 % pour le montant net par patient résident.

Si les montants remboursés pour les actes effectués par les Médecins et les Dentistes semblent sous contrôle, avec une croissance du nombre de patients comparable à celle de la population protégée et une hausse modérée de l'activité par patient pour les soins médicaux - voire même une baisse pour les Dentistes - avec l'effet de la hausse du taux de participation en 2011, il n'en est pas de même pour les montants correspondants aux actes qu'ils prescrivent pour être effectués par les autres prestataires de soins de santé.

Concernant ces derniers, il faut noter que malgré un impact global limité, le montant par patient des soins Infirmiers, déjà le plus élevé de tous les postes, est toujours fortement en hausse. S'y ajoute que le nombre de patients des Kinésithérapeutes croît deux fois plus vite que la population protégée et l'activité par patient augmente également de façon significative. Enfin, le cas des Laboratoires est le plus critique, avec une croissance du nombre de patients proche du triple de celle de la population protégée et une explosion de l'activité par patient qui ont fait passer les dépenses de 36 millions d'euros en 2006 à 74 millions d'euros en 2013. Soulignons que, si des mesures de maîtrise des dépenses n'avaient pas été prises à partir de 2009, on serait arrivé à une dépense de frais de Laboratoires de près de 97 millions d'euros en 2013.

Enfin, la CNS ne peut en rien remettre en cause la pertinence des prescriptions médicales, le nombre de patients concernés ou la quantité d'actes qui leurs sont nécessaires. Cependant, elle continuera à mesurer les indicateurs correspondants car, au-delà des mesures tarifaires, seule une approche globale avec le Ministère de la Santé, le CMSS, et les représentants des médecins et des professionnels de santé pourra assurer la maîtrise des dépenses. Il s'agit de garantir une qualité de soins tenant compte de l'évolution de l'offre et du progrès médical en évitant les dépenses superflues et les abus.

Annexe: montants rapportés à la population protégée

À des fins de comparaison avec d'autres études, voici les montants nets et nets corrigés rapportés non plus au nombre de patients pour chaque poste mais à la population protégée totale ou résidente.

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006	82,71	39,50	43,34	57,96	367,82	0,84	1,42	0,40	593,99
2007	83,69	42,43	47,44	61,70	380,23	1,08	1,70	0,45	618,74
2008	84,97	45,65	52,48	65,51	392,49	1,23	1,92	0,51	644,76
2009	87,85	48,64	57,89	58,52	414,19	1,47	1,72	0,63	670,91
2010	90,21	53,17	62,59	58,74	412,14	1,89	1,86	0,60	681,20
2011	88,82	50,26	59,56	81,23	407,04	1,87	1,48	0,71	690,98
2012	90,38	51,25	66,09	93,50	416,74	1,89	1,58	0,75	722,18
2013	89,28	51,47	70,37	97,90	423,65	2,05	1,54	0,85	737,12

Montants nets par personne protégée, en euros, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006	13,92 %	6,65 %	7,30 %	9,76 %	61,92 %	0,14%	0,24%	0,07 %	100,00%
2007	13,53 %	6,86%	7,67 %	9,97 %	61,45 %	0,18 %	0,27 %	0,07 %	100,00%
2008	13,18 %	7,08%	8,14%	10,16 %	60,87 %	0,19%	0,30%	0,08 %	100,00 %
2009	13,09 %	7,25 %	8,63 %	8,72 %	61,74 %	0,22%	0,26 %	0,09 %	100,00 %
2010	13,24%	7,80 %	9,19%	8,62 %	60,50 %	0,28 %	0,27%	0,09 %	100,00 %
2011	12,85 %	7,27 %	8,62 %	11,76 %	58,91 %	0,27 %	0,21 %	0,10 %	100,00%
2012	12,51%	7,10 %	9,15%	12,95 %	57,71%	0,26%	0,22 %	0,10%	100,00 %
2013	12,11 %	6,98 %	9,55 %	13,28 %	57,47 %	0,28%	0,21 %	0,12 %	100,00%

Montants nets par personne protégée, en pourcentage du total annuel, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	1,18 %	7,44%	9,46 %	6,46%	3,38%	28,37 %	19,10 %	13,88 %	4,17 %
2008	1,53 %	7,57 %	10,62 %	6,17 %	3,22 %	13,85 %	13,09 %	12,44%	4,21%
2009	3,39 %	6,57 %	10,31 %	-10,66 %	5,53 %	19,46 %	-10,44%	23,21 %	4,06%
2010	2,69 %	9,29%	8,12 %	0,36 %	-0,49 %	27,88%	8,42 %	-4,11%	1,53 %
2011	-1,54 %	-5,46 %	-4,84%	38,31%	-1,24 %	-0,77 %	-20,76 %	18,60 %	1,44 %
2012	1,75 %	1,97 %	10,96%	15,10%	2,38 %	1,02 %	6,83 %	4,99 %	4,52 %
2013	-1,22 %	0,43 %	6,48%	4,70 %	1,66 %	8,59 %	-2,64%	13,35 %	2,07 %

Montants nets par personne protégée, en pourcentage de variation annuelle, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	1,18 %	7,44%	9,46 %	6,46%	3,38%	28,37 %	19,10 %	13,88 %	4,17 %
2008	2,73 %	15,57 %	21,09 %	13,03 %	6,71%	46,15 %	34,69 %	28,05 %	8,55%
2009	6,21 %	23,16 %	33,57 %	0,98 %	12,61 %	74,58 %	20,62 %	57,77 %	12,95 %
2010	9,07 %	34,61%	44,41 %	1,34 %	12,05 %	123,25%	30,78 %	51,28 %	14,68 %
2011	7,39 %	27,25 %	37,43 %	40,16 %	10,66 %	121,54 %	3,63 %	79,43 %	16,33 %
2012	9,27 %	29,76 %	52,49 %	61,33 %	13,30 %	123,81 %	10,71%	88,37 %	21,58 %
2013	7,94 %	30,32 %	62,37 %	68,92 %	15,18 %	143,03 %	7,78 %	113,53 %	24,10 %

Montants nets par personne protégée, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006	110,96	54,76	58,91	78,62	497,91	1,16	1,94	0,55	804,80
2007	113,90	59,91	65,43	84,91	522,63	1,51	2,34	0,64	851,27
2008	117,35	65,62	73,45	91,38	546,92	1,75	2,71	0,72	899,90
2009	121,87	70,35	81,38	81,87	579,49	2,11	2,45	0,90	940,41
2010	126,10	77,57	88,37	82,56	579,79	2,72	2,66	0,87	960,63
2011	125,16	74,04	84,87	114,69	577,21	2,72	2,10	1,04	981,83
2012	127,57	75,84	94,35	132,18	592,08	2,74	2,26	1,08	1.028,11
2013	126,13	76,39	100,61	136,09	600,94	2,96	2,21	1,21	1.046,55

Montants nets par personne protégée, en euros, population protégée résidente

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006	13,79 %	6,80 %	7,32 %	9,77 %	61,87 %	0,14%	0,24%	0,07 %	100,00%

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2007	13,38 %	7,04 %	7,69 %	9,97 %	61,39 %	0,18 %	0,28%	0,07 %	100,00 %
2008	13,04%	7,29%	8,16%	10,15 %	60,78 %	0,19%	0,30 %	0,08 %	100,00%
2009	12,96 %	7,48 %	8,65 %	8,71 %	61,62 %	0,22%	0,26 %	0,10 %	100,00 %
2010	13,13 %	8,07 %	9,20%	8,59%	60,35 %	0,28 %	0,28%	0,09 %	100,00 %
2011	12,75 %	7,54 %	8,64%	11,68 %	58,79 %	0,28 %	0,21 %	0,11 %	100,00%
2012	12,41%	7,38 %	9,18 %	12,86 %	57,59%	0,27 %	0,22 %	0,11%	100,00%
2013	12,05 %	7,30 %	9,61 %	13,00 %	57,42 %	0,28%	0,21%	0,12 %	100,00%

Montants nets par personne protégée, en pourcentage du total annuel, population protégée résidente

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	2,65 %	9,42 %	11,06 %	8,00%	4,96%	30,08%	20,84%	16,10 %	5,77 %
2008	3,03 %	9,52 %	12,26 %	7,62 %	4,65 %	15,96%	15,90 %	13,34%	5,71%
2009	3,85 %	7,22 %	10,80%	-10,40 %	5,96 %	20,03 %	-9,72 %	24,10 %	4,50 %
2010	3,47 %	10,25%	8,60 %	0,83 %	0,05 %	29,27 %	8,55%	-3,30 %	2,15 %
2011	-0,74 %	-4,54%	-3,96%	38,92 %	-0,44%	-0,13 %	-21,14 %	19,30 %	2,21 %
2012	1,92 %	2,42 %	11,17 %	15,25%	2,58 %	0,93 %	7,84 %	4,56 %	4,71%
2013	-1,13 %	0,73 %	6,63 %	2,96 %	1,50 %	7,97 %	-2,34%	12,23 %	1,79 %

Montants nets par personne protégée, en pourcentage de variation annuelle, population protégée résidente

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	2,65 %	9,42 %	11,06 %	8,00%	4,96%	30,08%	20,84%	16,10 %	5,77 %
2008	5,76 %	19,84%	24,67 %	16,23 %	9,84 %	50,84%	40,05 %	31,58 %	11,82 %
2009	9,83 %	28,49%	38,13 %	4,14 %	16,38 %	81,05 %	26,44%	63,30 %	16,85 %
2010	13,65 %	41,66 %	50,00 %	5,01%	16,44 %	134,05 %	37,26%	57,91%	19,36 %
2011	12,80 %	35,23 %	44,07 %	45,88 %	15,93 %	133,74 %	8,24%	88,39 %	22,00%
2012	14,97 %	38,50 %	60,16 %	68,13 %	18,91%	135,91 %	16,73 %	96,98%	27,75 %
2013	13,67 %	39,51 %	70,78 %	73,10 %	20,69 %	154,72 %	14,00%	121,06 %	30,04%

Montants nets par personne protégée, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée résidente

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006	82,55	39,41	43,25	57,96	367,09	0,84	1,42	0,40	592,92
2007	81,48	41,40	46,01	61,70	370,63	1,05	1,65	0,44	604,36
2008	81,04	43,61	49,56	65,51	374,79	1,17	1,83	0,48	617,99
2009	79,86	45,35	53,06	72,57	379,30	1,35	1,58	0,58	633,64
2010	80,37	47,51	56,45	72,84	370,35	1,70	1,69	0,54	631,45
2011	77,79	44,67	52,70	106,34	368,02	1,66	1,31	0,63	653,12
2012	77,23	44,44	57,06	122,23	367,60	1,64	1,37	0,65	672,21
2013	74,42	43,53	59,27	128,11	364,69	1,73	1,30	0,72	673,77

Montants nets corrigés par personne protégée, en euros, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006	13,92 %	6,65 %	7,29 %	9,77 %	61,91%	0,14%	0,24%	0,07 %	100,00%
2007	13,48 %	6,85 %	7,61 %	10,21 %	61,33 %	0,17 %	0,27 %	0,07 %	100,00 %

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2008	13,11%	7,06 %	8,02 %	10,60 %	60,65 %	0,19%	0,30 %	0,08 %	100,00%
2009	12,60 %	7,16 %	8,37 %	11,45 %	59,86 %	0,21 %	0,25 %	0,09 %	100,00 %
2010	12,73 %	7,52 %	8,94%	11,53 %	58,65 %	0,27 %	0,27 %	0,09 %	100,00 %
2011	11,91 %	6,84%	8,07 %	16,28 %	56,35 %	0,25 %	0,20 %	0,10 %	100,00%
2012	11,49 %	6,61 %	8,49 %	18,18 %	54,69 %	0,24%	0,20 %	0,10%	100,00 %
2013	11,05 %	6,46 %	8,80%	19,01 %	54,13 %	0,26 %	0,19 %	0,11 %	100,00%

Montants nets corrigés par personne protégée, en pourcentage du total annuel, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	-1,29 %	5,05 %	6,38%	6,46%	0,96%	24,85 %	15,85 %	10,18 %	1,93 %
2008	-0,54%	5,35 %	7,71 %	6,17 %	1,12 %	11,53 %	10,83 %	10,13 %	2,26%
2009	-1,46 %	3,97 %	7,06 %	10,79 %	1,20 %	15,36%	-13,36 %	19,24 %	2,53 %
2010	0,64 %	4,76 %	6,40 %	0,36%	-2,36 %	25,79 %	6,79%	-5,61%	-0,35%
2011	-3,20 %	-5,98 %	-6,65 %	45,99%	-0,63 %	-2,62 %	-22,32 %	16,42 %	3,43 %
2012	-0,72 %	-0,49 %	8,27 %	14,95 %	-0,11%	-1,42 %	4,23%	2,34%	2,92 %
2013	-3,63 %	-2,05 %	3,88 %	4,81 %	-0,79 %	5,86 %	-5,09 %	10,64 %	0,23 %

Montants nets corrigés par personne protégée, en pourcentage de variation annuelle, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	-1,29 %	5,05 %	6,38 %	6,46 %	0,96%	24,85 %	15,85 %	10,18 %	1,93 %
2008	-1,82 %	10,67 %	14,59 %	13,03 %	2,10%	39,25 %	28,40 %	21,34%	4,23 %
2009	-3,26 %	15,07 %	22,68 %	25,22 %	3,32 %	60,65 %	11,24%	44,68%	6,87 %
2010	-2,64%	20,55%	30,53 %	25,68 %	0,89%	102,08%	18,80 %	36,57 %	6,50%
2011	-5,76 %	13,34 %	21,85 %	83,48 %	0,25 %	96,80%	-7,72 %	58,99%	10,15 %
2012	-6,44 %	12,78 %	31,93%	110,90 %	0,14%	94,01%	-3,81 %	62,71%	13,37 %
2013	-9,84%	10,47 %	37,05 %	121,05 %	-0,66 %	105,38 %	-8,71 %	80,01 %	13,64%

Montants nets corrigés par personne protégée, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée totale

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006	110,74	54,63	58,79	78,62	496,93	1,16	1,93	0,55	803,36
2007	110,89	58,45	63,45	84,91	509,41	1,47	2,27	0,62	831,47
2008	111,93	62,69	69,36	91,38	522,24	1,67	2,58	0,68	862,54
2009	110,78	65,58	74,58	101,53	530,63	1,93	2,26	0,82	888,12
2010	112,34	69,31	79,71	102,38	520,94	2,46	2,41	0,78	890,33
2011	109,62	65,80	75,10	150,09	521,79	2,41	1,86	0,92	927,59
2012	109,01	65,77	81,46	172,75	522,18	2,37	1,96	0,93	956,42
2013	105,14	64,61	84,74	178,07	517,18	2,50	1,87	1,02	955,13

Montants nets corrigés par personne protégée, en euros, population protégée résidente

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006	13,78 %	6,80 %	7,32 %	9,79 %	61,86%	0,14%	0,24%	0,07 %	100,00%
2007	13,34 %	7,03 %	7,63 %	10,21 %	61,27 %	0,18 %	0,27 %	0,07 %	100,00%

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2008	12,98 %	7,27%	8,04 %	10,59 %	60,55%	0,19%	0,30 %	0,08 %	100,00%
2009	12,47 %	7,38 %	8,40 %	11,43 %	59,75 %	0,22%	0,25%	0,09%	100,00%
2010	12,62 %	7,78 %	8,95 %	11,50 %	58,51%	0,28%	0,27 %	0,09 %	100,00 %
2011	11,82 %	7,09 %	8,10 %	16,18 %	56,25 %	0,26 %	0,20 %	0,10 %	100,00%
2012	11,40 %	6,88 %	8,52 %	18,06%	54,60 %	0,25%	0,21%	0,10%	100,00 %
2013	11,01 %	6,76%	8,87 %	18,64 %	54,15 %	0,26%	0,20%	0,11 %	100,00%

Montants nets corrigés par personne protégée, en pourcentage du total annuel, population protégée résidente

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	0,14 %	6,99%	7,94%	8,00%	2,51 %	26,52 %	17,54 %	12,33 %	3,50 %
2008	0,94 %	7,26%	9,31%	7,62 %	2,52 %	13,60 %	13,58 %	11,00 %	3,74 %
2009	-1,03 %	4,61 %	7,53 %	11,11 %	1,61 %	15,92 %	-12,65 %	20,11 %	2,97 %
2010	1,41%	5,69 %	6,87 %	0,83 %	-1,83 %	27,17 %	6,93%	-4,81 %	0,25 %
2011	-2,42 %	-5,06 %	-5,78 %	46,60 %	0,16%	-1,99 %	-22,70 %	17,11 %	4,19 %
2012	-0,56 %	-0,05 %	8,47 %	15,10%	0,07 %	-1,51%	5,22 %	1,91%	3,11%
2013	-3,55 %	-1,76 %	4,02 %	3,08%	-0,96%	5,26%	-4,79 %	9,55 %	-0,14 %

Montants nets corrigés par personne protégée, en pourcentage de variation annuelle, population protégée résidente

	DEN	INF	KIN	LAB	MED	ОРНО	PSM	SAG	TOTAL
2006									
2007	0,14 %	6,99%	7,94%	8,00%	2,51 %	26,52 %	17,54 %	12,33 %	3,50 %
2008	1,08 %	14,76%	17,98 %	16,23 %	5,09 %	43,72 %	33,51%	24,68 %	7,37 %
2009	0,04%	20,04%	26,87 %	29,14 %	6,78 %	66,60%	16,61 %	49,75 %	10,55 %
2010	1,44 %	26,87 %	35,59%	30,22 %	4,83 %	111,86 %	24,69%	42,55%	10,83 %
2011	-1,01 %	20,44%	27,74 %	90,91 %	5,00%	107,64 %	-3,61 %	66,94%	15,46 %
2012	-1,57 %	20,38 %	38,57 %	119,73%	5,08 %	104,50 %	1,42 %	70,14%	19,05 %
2013	-5,06%	18,26%	44,14 %	126,50%	4,07 %	115,25 %	-3,44 %	86,38 %	18,89 %

Montants nets corrigés par personne protégée, en pourcentage de variation depuis 2006, population protégée résidente

II. Évolution du comportement de prescription de certificats d'incapacité de travail

A. Contexte

Dans le cadre de son approche en matière de lutte contre les abus et les fraudes, et conformément à sa convention avec l'AMMD, la CNS a dressé les rapports d'activités des médecins-généralistes en matière de prescription de certificats d'incapacité de travail. Les médecins dont le rapport a montré une déviation injustifiée de leur activité professionnelle par rapport aux critères fixés au niveau conventionnel avec l'AMMD se sont vus adressés une lettre de la part de la CNS, avec demande de prise de position.

B. Le champ d'observation

• Prescripteurs: médecins résidents

• Patients: salariés actifs résidents et non-résidents

• Certificats: sont exclus

- les certificats d'incapacité de travail pour congé de maternité, pour raisons familiales, dispenses de travail pour femmes enceintes ou allaitantes, congés d'accueil

- les certificats d'incapacité de travail en rapport avec une hospitalisation, afin de limiter l'étude à l'établissement de profils prescripteurs en rapport avec le secteur ambulatoire.

C. Les indicateurs

Pour chaque médecin, on établit le cercle des patients salariés résidents et non-résidents susceptibles de bénéficier de l'indemnité pécuniaire de maladie en cas d'incapacité de travail.

NCIT – Nombre de certificats d'incapacité de travail (CIT):On établit pour chaque médecin le nombre de CIT qui ont effectivement été délivrés à un patient et saisis par les organismes compétents de la sécurité sociale.

NSEA – Nombre de séances: On établit pour chaque médecin le nombre annuel de contacts avec ses patients en dénombrant les séances journalières définies par « médecin – patient – date » au cours desquelles ont été prestés des actes de la nomenclature des médecins.

NJIT – Nombre de jours d'incapacité de travail : On détermine le nombre de JIT prescrits sur un CIT par date fin d'incapacité – date début d'incapacité + 1

On détermine pour chaque médecin les deux rapports suivants:

R1 = NCIT/NSEA: fréquence des CIT par rapport au nombre de séances

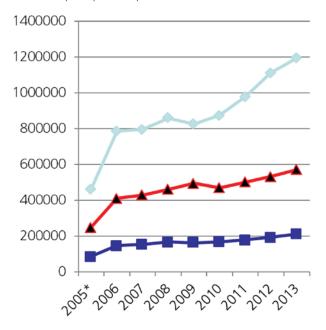
R2 = NJIT/NCIT: durée moyenne des CIT

D. Statistiques

(av	des médecins généralistes (avec NSEA>=100) entre 2005 et 2013								
Variables	NJIT	NCIT	NSEA						
et indica- teurs	Nombre de jours d'incapacité	Nombre de certificats d'incapacité	Nombre de séances						
2005*	459,907	85,635	249,445						
2006	786,676	147,79	410,456						
2007	796,244	155,014	428,089						
2008	858,72	166,972	460,572						
2009	826,906	163,513	495,783						
2010	875,489	167,571	469,163						
2011	979,234	179,998	501,384						
2012	1.113.180	194,246	532,968						
2013	1.194.884	211,39	572,491						

Évolution de la prescription de CIT

* données que disponible à partir de mai 2005



- Nombre de jours d'incapacité
- ■■Nombre de certificats d'incapacité
- → Nombre de séances

Évolution de la prescription de CIT des médecins généralistes (avec NSEA>=100) entre 2005 et 2013

	(avec N3LA>=100) elitte 2003 et 2013								
Variables		yenne de iption	Fréquence moyenne de prescription						
	et indica- teurs	NJIT/ NCIT	Variation annuelle	NCIT/ NSEA	Variation annuelle				
	2005*	5,4		34,3 %					
	2006	5,3	-1,9 %	36,0 %	5,0 %				
	2007	5,1	-3,8 %	36,2 %	0,6%				

Évolution de la prescription de CIT des médecins généralistes (avec NSEA>=100) entre 2005 et 2013							
2008	5,1	0,0 %	36,3 %	0,3 %			
2009	5,1	0,0 %	33,0 %	-9,1 %			
2010	5,2	2,0 %	35,7 %	8,2 %			
2011	5,4	3,8%	35,9 %	0,6%			
2012	5,7	5,6 %	36,4%	1,4 %			
2013	5,7	0,0 %	36,9 %	1,4%			
Évolution 2009/2005		-5,6 %		-3,8%			
Évolution 2013/2009		11,8%		11,8 %			
Évolution 2013/2005		5,3 %		7,6 %			

^{*} données que disponible à partir de mai 2005

E. Évaluation du comportement de prescription

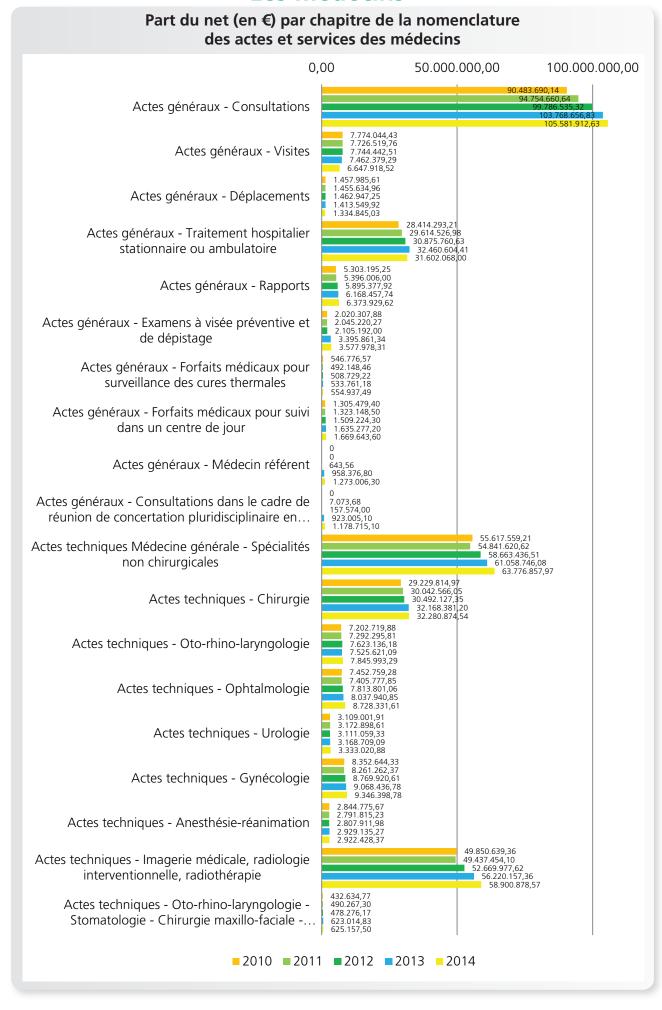
En application de l'article 79 de la convention avec l'AMMD et de l'annexe III y afférente qui stipule « En dehors d'un traitement hospitalier stationnaire, la fréquence de séances avec émission de certificat d'incapacité de travail par rapport au nombre total de séances doit être inférieure à cinquante pour cent (50 %) et le nombre total de certificats émis doit être supérieur à 2/3 de la moyenne des certificats émis par médecin. »

En application de l'annexe IV de la convention, ne sont retenus que les médecins associations de médecins ayant prestés annuellement au moins cent séances pour des patients dans le champ d'observation (NSEA>=100).

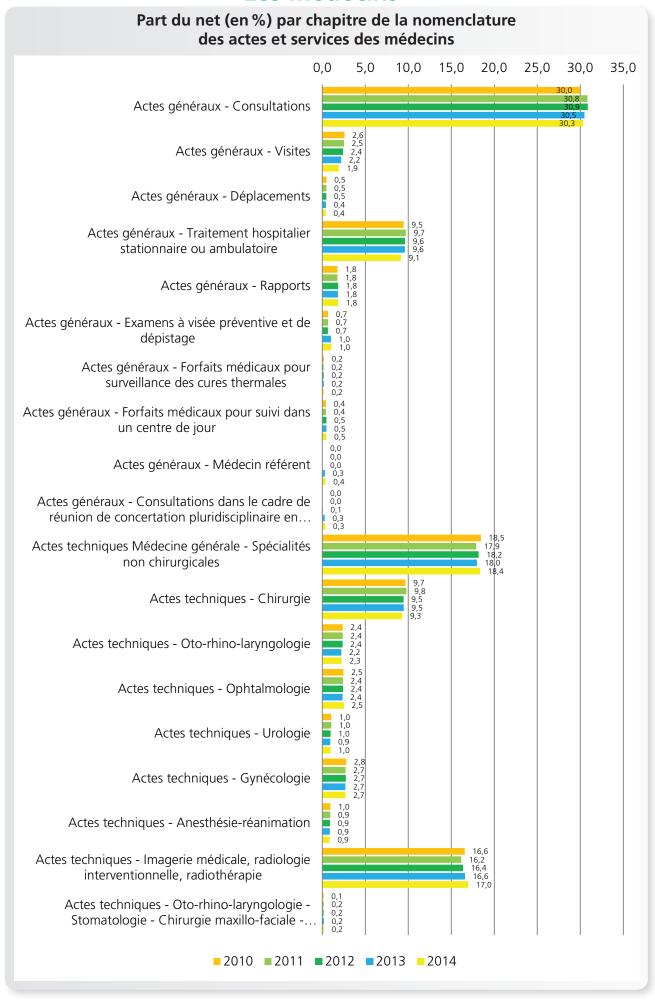
Le seuil de 2/3 de la moyenne des certificats émis par médecin (annexe III de la convention avec l'AMMD) est déterminé pour établir la liste des médecins à contrôler.

	Liste de	es grands prescri	pteurs (2013)		
Rang du médecin	Nombre de jours d'incapacité	Nombre de certificats d'incapacité	Nombre de séances	Durée moyenne de prescription	Fréquence moyenne de prescription
	TILN	NCIT	NSEA	NJIT/NCIT	NCIT/NSEA
1	3.642	867	699	4.2	124,0 %
2	13.667	1.33	1.167	10.3	114,0 %
3	13.124	2.355	3.267	5.6	72,1 %
4	3.338	729	1.056	4.6	69,0 %
5	8.809	1.168	1.79	7.5	65,3 %
6	2.138	573	920	3.7	62,3 %
7	7.729	980	1.71	7.9	57,3 %
8	6.019	916	1.606	6.6	57,0 %
9	4.013	723	1.283	5.6	56,4 %
10	3.557	581	1.065	6.1	54,6 %
11	11.216	1.785	3.282	6.3	54,4 %
12	4.972	964	1.777	5.2	54,2 %
13	1.887	441	813	4.3	54,2 %
14	7.584	1.327	2.457	5.7	54,0 %
15	5.943	1.388	2.587	4.3	53,7 %
16	7.364	936	1.759	7.9	53,2 %
17	6.245	825	1.557	7.6	53,0 %
18	3.753	865	1.637	4.3	52,8 %
19	18.613	2.828	5.393	6.6	52,4 %
20	2.102	511	977	4.1	52,3 %
21	7.091	1.056	2.076	6.7	50,9 %
22	13.629	1.496	2.946	9.1	50,8 %
23	4.641	1.106	2.194	4.2	50,4 %
24	8.815	1.245	2.48	7.1	50,2 %
25	9.308	1.483	2.956	6.3	50,2 %
Total de la liste	179.199	28.478	49.454	6.3	57,6 %
Total de la liste (en % du total de tous les généralistes avec NSEA >= 100)	15,0 %	13,5 %	8,6 %		
Total de tous les généralistes (avec NSEA >=100)	1.194.884	211.39	572.491	5.7	36,9 %

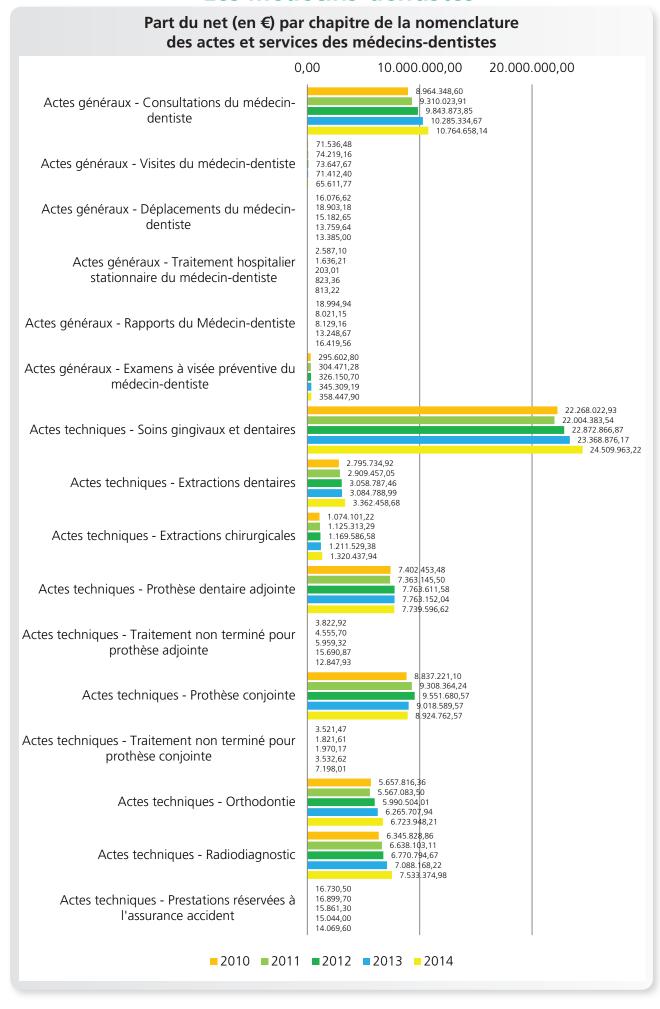
Les médecins



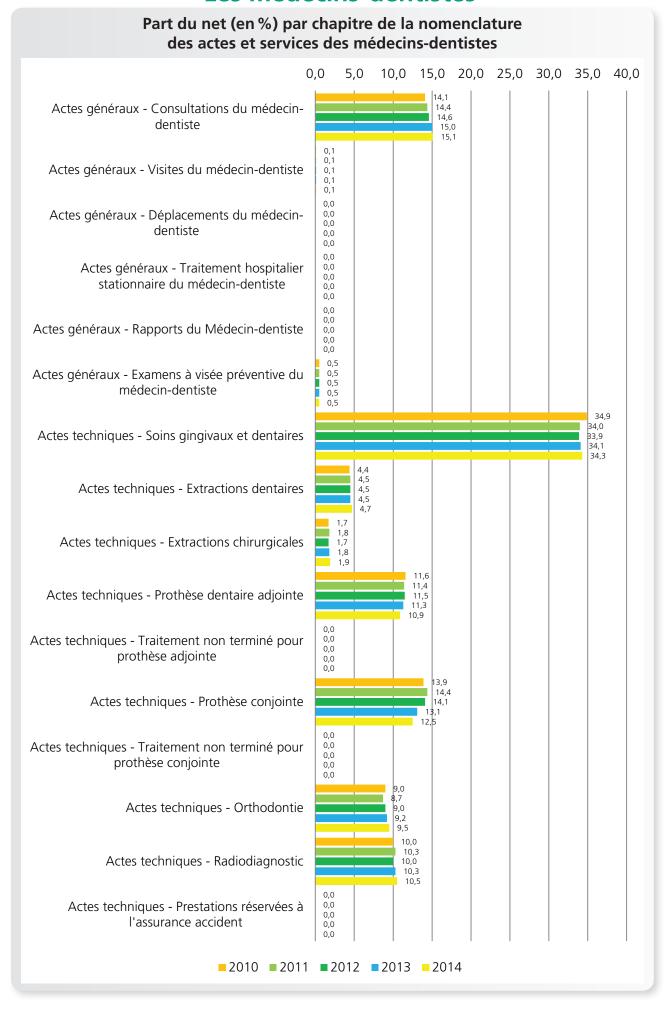
Les médecins



Les médecins-dentistes



Les médecins-dentistes





Les annexes

E. Annexes

I. Décompte des dépenses et des recettes de l'assurance maladie-maternité (exercice 2014)

=	lépenses (Montants en		
	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
Année	2014	2013	2014/2013
Nombre indice	775,17	761,00	1,9 %
60 FRAIS D'ADMINISTRATION	75.896.111,69	79.433.419,52	-4,5 %
Frais de personnel	46.433.221,11	44.903.498,61	3,4%
Frais d'exploitation	2.986.984,77	2.831.780,75	5,5 %
Frais de fonctionnement	6.716.395,85	6.571.538,20	2,2 %
Frais généraux	44.112,88	50.580,56	-12,8 %
Frais d'acquisitions	83.298,15	69.436,72	20,0 %
Participation aux frais d'adm. d'autres ISS	6.002.510,34	11.933.393,80	-49,7 %
Frais communs	13.629.588,59	13.073.190,88	4,3 %
51 PRESTATIONS EN ESPÈCES	253.540.176,99	247.358.817,24	2,5 %
ASSURANCE MALADIE	126.905.094,25	126.189.946,18	0,6 %
ASSURANCE MATERNITÉ	126.635.082,74	121.168.871,06	4,5 %
62 PRESTATIONS EN NATURE	1.928.025.041,71	1.951.053.872,60	-1,2 %
PRESTATIONS ASSURANCE MALADIE	1.918.924.760,87	1.942.327.239,54	-1,2 %
Prestations de soins de santé au Luxembourg	1.651.681.085,32	1.545.171.063,94	6,9 %
Soins médicaux	343.263.908,32	315.772.027,72	8,7 %
Soins médico-dent., prothèses, trait. ortho.	70.874.353,51	68.130.387,96	4,0 %
Frais de voyage et de transport	8.928.011,24	8.708.490,31	2,5 %
Médicaments (extra-hospitalier)	190.967.082,40	179.613.056,64	6,3 %
Soins des autres professions de santé	100.247.548,99	100.073.857,62	0,2 %
Dispositifs médicaux	40.792.938,15	39.213.726,31	4,0 %
Analyses de laboratoires extra-hospitalier	81.235.125,09	78.444.269,83	3,6 %
Cures thérapeutiques et de convalescence	11.587.906,60	9.040.685,49	28,2 %
Réadaptation en foyers de psychiatrie	5.325.670,42	5.207.510,20	2,3 %
Soins hospitaliers	792.505.363,59	735.042.348,34	7,8 %
Médecine préventive	5.290.654,65	5.330.551,18	-0,7 %
Prestations diverses	662.522,36	594.152,34	11,5 %
Prestations de soins de santé à l'étranger	267.243.675,55	397.156.175,60	-32,7 %
Conventions internationales	257.882.779,67	387.779.600,35	-32,7 %
Autres prest. transférées à l'étranger	9.360.895,88	9.376.575,25	-0,2 %
INDEMNITES FUNERAIRES	3.485.778,28	3.462.809,23	0,7 %
PRESTATIONS DE MATERNITE	5.614.502,56	5.263.823,83	6,7 %
Prestations de maternité au Luxembourg	4.442.023,01	3.946.279,05	12,6%
Prestations de maternité à l'étranger	1.172.479,55	1.317.544,78	-11,0 %
53 TRANSFERTS DE COTISATIONS	24.396.808,20	24.044.544,95	1,5 %
	-	-	
Cotications assurance maladie	6.916.024,75	6.790.150,39	1,9 %
Cotisations assurance pension	17.480.783,45	17.254.394,56	1,3 %
54 DÉCHARGES ET RESTITUTIONS COTISATIONS	7.011.721,46	4.641.909,08	51,1 %
Cot. irrécouvrables et cotisation indues	7.011.721,46	4.641.909,08	51,1 %
dont État	212.832,16	251.545,95	-15,4 %
Autres décharges	0,00	0,00	
55 PATRIMOINE	319.432,58	84.470,58	278,2 %
66 CHARGES FINANCIÈRES	68,38	142,89	p.m.
57 DOTATIONS AUX PROVIS. ET AMORT.	360.018.327,12	158.699.418,15	126,9 %

Décompte des	dépenses (Montants en	euros)	
	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
Année	2014	2013	2014/2013
Nombre indice	775,17	761,00	1,9 %
Prestations à liquider	357.210.000,00	156.960.000,00	127,6 %
Autres provisions	2.600.000,00	1.530.000,00	69,9 %
Amortissements	208.327,12	209.418,15	-0,5 %
68 QUOTE-PART ÉTAT DANS RÉCUPÉRATIONS	0,00	0,00	
69 DÉPENSES DIVERSES	14.901,71	14.285,96	4,3 %
TOTAL DES DÉPENSES COURANTES	2.649.222.589,84	2.465.330.880,97	7,5 %
DOTATION AU FONDS DE ROULEMENT	31.484.204,07	35.384.305,26	
DOTATION DE L'EXCÉDENT DE L'EXERCICE	0,00	0,00	
TOTAL DES DÉPENSES	2.680.706.793,91	2.500.715.186,23	7,2 %

Décompte des	recettes (Montants en e	euros)	
·	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
Année	2014	2013	2014/2013
Nombre indice	775,17	761,00	1,9 %
70 COTISATIONS	1.465.042.153,08	1.396.723.947,70	4,9 %
PRESTATIONS EN ESPÈCES	75.744.056,75	71.896.762,98	5,4 %
Cotisations PE CNS	75.744.056,75	71.896.762,98	5,4%
dont FOA	194.754,72	199.610,52	-2,4 %
SOINS DE SANTÉ	1.389.298.096,33	1.324.827.184,72	4,9 %
Cotisations actifs et autres	1.136.851.705,71	1.086.045.644,79	4,7 %
dont - État	264.273,68	257.678,20	2,6%
- FOA	2.183.301,02	2.237.154,14	-2,4 %
Cotisations pensionnés	252.446.390,62	238.781.539,93	5,7 %
71 COTISATIONS FORFAITAIRES ÉTAT	976.544.795,72	931.037.335,67	4,9 %
72 PARTICIPATION DE TIERS	37.598.800,32	36.884.866,42	1,9 %
FRAIS D'ADMINISTRATION	17.510.189,55	16.750.359,72	4,5 %
Frais d'administration: charge État	19.460,38	18.701,09	4,1 %
Employeurs, caisses d'entreprises + organismes	17.490.729,17	16.731.658,63	4,5 %
PARTICIPATION DANS PRESTATIONS (ÉTAT)	20.088.610,77	20.134.506,70	-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	88.610,77	134.506,70	-34,1 %
73 TRANSFERTS	4.883.210,30	4.329.855,01	12,8 %
Cotisations du régime contributif	219.240,06	0,00	p.m.
Pensions cédées	4.663.970,24	4.329.855,01	7,7 %
Restitution de cotisations	0,00	0,00	
Remboursement congé pour mandat	0,00	0,00	
74 REVENUS SUR IMMOBILISATIONS	508.352,07	773.273,75	-34,3 %
75 BÉNÉFICE DE RÉALISATION SUR IMMEUBLES	0,00	0,00	
76 PRODUITS DIVERS	10.800.764,23	10.389.601,90	4,0 %
77 PRODUITS FINANCIERS	1.157.399,85	335.578,81	244,9 %
78 PRÉLÈVEMENTS AUX PROVISIONS	158.490.000,00	62.290.000,00	154,4 %
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 %
79 RECETTES DIVERSES	54.553,33	57.797,90	-5,6 %
Divers	54.553,33	57.797,90	-5,6 %
TOTAL DES RECETTES COURANTES	2.655.080.028,90	2.442.822.257,16	8,7 %

Décompte des recettes (Montants en euros)				
Année Nombre indice	Compte annuel 2014 775,17	Compte annuel 2013 761,00	Variation en % 2014/2013 1,9 %	
PRÉLÈVEMENT AU FONDS DE ROULEMENT	0,00	0,00		
PRÉLÈVEMENT DÉCOUVERT DE L'EXERCICE	25.626.765,01	57.892.929,07		
TOTAL DES RECETTES	2.680.706.793,91	2.500.715.186,23	7,2 %	

II. Décompte des dépenses et des recettes de l'assurance dépendance (exercice 2014)

Décompte des dépenses (Montants en euros)				
Année Nombre indice	Compte annuel 2014 775,17	Compte annuel 2013 761,00	Variation en % 2014/2013 1,9 %	
60 FRAIS D'ADMINISTRATION	15.888.863,33	15.134.682,98	5,0 %	
61 PRESTATIONS EN ESPECES	5.659.015,28	5.841.918,26	-3,1 %	
Allocation spéciale pour pers. grav. handicapées	5.641.957,32	5.812.222,66	-2,9 %	
Allocations de soins	17.057,96	29.695,60	-42,6 %	
62 PRESTATIONS EN NATURE	515.299.953,64	512.658.732,66	0,5 %	
Prestations au Luxembourg	507.323.059,97	505.060.689,53	0,4%	
– Prestations à domicile	195.148.236,77	211.844.225,80	-7,9 %	
Aides et soins	117.705.907,92	133.178.769,36	-11,6 %	
• Réseau aides et soins (RAS)	100.846.520,76	114.784.782,17	-12,1 %	
Centre semi-stationnaire (CSS)	16.859.387,16	18.393.987,19	-8,3 %	
Prestations en espèces subsidiaires	58.677.369,61	60.044.406,45	-2,3 %	
Forfaits pour produits d'aides et de soins	3.940.335,00	3.784.938,36	4,1 %	
Appareils	11.828.723,96	11.853.965,31	-0,2 %	
• Location	5.616.199,15	5.243.041,97	7,1 %	
Acquisition	6.212.524,81	6.610.923,34	-6,0 %	
Adaptation logement	2.995.900,28	2.982.146,32	0,5 %	
– Prestations en milieu stationnaire	312.174.823,20	293.216.463,73	6,5 %	
Aides et soins	312.174.823,20	293.216.463,73	6,5 %	
• Établissement à séjour continu (ESC)	276.809.406,60	254.339.354,95	8,8%	
• Établissement à séjour intermittent (ESI)	35.365.416,60	38.877.108,78	-9,0 %	
Forfaits pour produits d'aides et de soins				
Prestations étrangères	7.976.893,67	7.598.043,13	5,0 %	
Prestations en espèces transférées à l'étranger	3.934.825,33	3.993.224,51	-1,5 %	
Conventions internationales	4.042.068,34	3.604.818,62	12,1 %	
– Frontaliers	1.837.085,51	723.031,87	154,1 %	
– Séjour temporaire		0,00		
– Traitement E112/S2	18.234,02	237.273,72	-92,3 %	
– Pensionnés	2.260.378,26	2.528.587,71	-10,6 %	

Décompte des dépenses (Montants en euros)				
	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %	
Année	2014	2013	2014/2013	
Nombre indice	775,17	761,00	1,9 %	
– Renonciation frais effectifs	-73.629,45	114.024,61	p.m.	
– Renonciation MF				
– Excédent des dépenses : inscriptions pens.		1.900,71	p.m.	
63 TRANSFERTS DE COTISATIONS	5.085.901,80	5.940.528,56	-14,4 %	
Cotisations assurance pension (art. 355)	5.085.901,80	5.940.528,56		
64 DECHARGES ET EXTOURNES	635.850,93	504.163,81	26,1 %	
Décharges	516.997,30	499.009,50		
Extournes	118.853,63	5.154,31		
67 DOTATION AUX PROV. ET AMORT.	89.400.000,00	55.040.000,00	62,4 %	
Prestations à liquider	89.400.000,00	55.040.000,00		
69 DEPENSES DIVERSES		32,00	p.m.	
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	631.969.584,98	595.120.058,27	6,2 %	
Dotation au fonds de roulement	2.686.952,67	4.080.302,83		
Dotation de l'excédent de l'exercice	0,00	0,00		
TOTAL DES DEPENSES	634.656.537,65	599.200.361,10	5,9 %	

Décompte des recettes (Montants en euros)			
Année	Compte annuel 2014	Compte annuel	Variation en % 2014/2013
Nombre indice	775,17	761,00	1,9 %
70 COTISATIONS	344.211.787,16	327.089.864,50	5,2 %
Cotisations actifs et autres	278.317.727,05	264.166.730,76	5,4%
Cotisations pensionnés	48.140.057,82	45.473.007,00	5,9 %
Cotisations sur patrimoine - art. 378	17.754.002,29	17.450.126,74	1,7 %
72 PARTICIPATIONS DE TIERS	233.663.443,56	223.895.142,62	4,4%
Contribution forfaitaire État - AD (art. 375, sub 1)	231.846.615,06	221.656.144,44	4,6 %
Redevance AD du sect. de l'énergie (art. 375 sub 2)	1.653.407,54	2.083.747,29	-20,7 %
Organismes	73.453,65	65.327,20	12,4 %
Participation État Outre-mer	89.967,31	89.923,69	0,0%
76 PRODUITS DIVERS	1.081.738,22	1.001.742,43	8,0 %
77 PRODUITS FINANCIERS	117.892,81	50.306,82	134,3 %
78 PRELEVEMENT AUX PROVISIONS	55.040.000,00	45.060.000,00	22,1 %
79 RECETTES DIVERSES	112.937,37	629.043,86	p.m.
TOTAL DES RECETTES COURANTES	634.227.799,12	597.726.100,23	6,1 %
Prélèvement au fonds de roulement	0,00	0,00	
Prélèvement découvert de l'exercice	428.738,53	1.474.260,87	
TOTAL DES RECETTES	634.656.537,65	599.200.361,10	5,9 %

III. Modifications statutaires entrées en vigueur en 2014

Entrée en vigueur	Mémorial A	Modifications
01.01.2014	N° 220 du 19.12.2013 page 3898	 Ajout d'une position à la liste des médicaments pris en charge au taux de 100 % (liste N° 2 de l'annexe D).
01.01.2014	N° 232 du 30.12.2013 pages 4300-4303	 Modification du point e) de l'art. 31 (consommation abusive de prestations de soins). Modification de l'article 35 (taux de prise en charge des soins médicaux). Modification de l'alinéa final de l'article 154<i>bis</i> (paiement complémentaire). Modifications des points 8, 10, 11 et 12 de l'annexe C (liste limitative des affections, des traitements et des moyens de diagnostic exclus de la prise en charge, prévue à l'article 12). Ajouts des nouveaux points 13, 14 et 15 de l'annexe C (liste limitative des affections, des traitements et des moyens de diagnostic exclus de la prise en charge, prévue à l'article 12).
01.02.2014	N° 3 du 03.01.2014 pages 38-47	 Ajouts, modifications et suppressions de différentes positions dans les fichiers: 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; 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 au taux de 100 % (liste N° 2 de l'annexe D).
01.03.2014	N° 17 du 07.02.2014 pages 166-169	 Ajouts de différentes positions au fichier B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie. Ajouts de différentes positions aux listes: N° 1, exclusion de groupes pharmaco-thérapeutiques de médicaments; N° 2, les médicaments pris en charge au taux préférentiel de 100 %; N° 8, les médicaments soumis à un protocole thérapeutique.
01.04.2014	N° 30 du 07.03.2014 pages 332-333	 Modification de l'alinéa final de l'article 55 (soins de kinésithérapie-massage). Modification de l'alinéa final de l'article 59 (soins d'orthophonie). Modification de l'alinéa final de l'article 67 (soins de psychomotricité). Abrogation de l'alinéa 7 de l'article 142 (prestations de soins et séjour en hôpital).
01.04.2014	N° 46 du 31.03.2014 pages 523-530	 Ajouts et modifications de différentes positions au fichier B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie. Ajouts de différentes positions aux listes: N° 5, les médicaments pris en charge au taux de 40 %; N° 10, la limitation des quantités pour une durée déterminée. Modification de la première phrase de l'article 73. Ajout du nouvel article 75bis (prise en charge des analyses génétiques). Ajout de l'annexe E, liste limitative des pathologies dont la prise en charge des procédés analytiques par amplification du génome peut être accordée sur base d'une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale en vertu de l'article 75bis des statuts de la Caisse nationale de santé
01.05.2014	N° 62 du 14.04.2014 pages 649-654	 Ajouts de différentes positions dans les fichiers: B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie; B4 regroupant les dispositifs médicaux pour personnes laryngectomisées et pour personnes trachéotomisées; 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.

Entrée en vigueur	Mémorial A	Modifications
		 Ajout de la position 18) sous l'article 2 des conditions particulières applicables au fichier B1.
		 Ajout d'une position à la liste des médicaments soumis à un protocole thérapeu- tique (liste N° 8 de l'annexe D).
		Nouveau formulaire pour la demande de prise en charge d'ESMYA.
01.05.2014	N° 67 du 30.04.2014	• Ajout d'un nouveau point 16) à la liste limitative des affections, des traitements et
01.05.2014	page 1000 N° 69 du 02.05.2014	des moyens de diagnostic exclus de la prise en charge, prévue à l'article 12 (annexe C) • Modifications des articles 133, 134 et 136 (prestations de voyage et de transport).
01.03.2014	page 1006	 Modifications des articles 133, 134 et 136 (prestations de voyage et de transport). Modifications au fichier B6 regroupant les prestations de voyage et de transport.
01.05.2014	N° 74 du 08.05.2014	Modification de l'article 43 (les traitements d'orthodontie).
	pages 1075-1086	• Ajout d'un nouveau point 3 et modifications des points 12 et 14.3 de l'annexe C (liste limitative des affections, des traitements et des moyens de diagnostic exclus de la prise en charge, prévue à l'article 12).
01.06.2014	N° 74 du 08.05.2014	Ajouts de différentes positions dans les fichiers :
	pages 1075-1086	o B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie;
		o B3 regroupant les prothèses auditives;
		 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).
01.07.2014	N° 111 du 27.06.2014	Ajouts, modifications et suppressions de différentes positions dans les fichiers :
	pages 1718-1723	o B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie;
		o B3 regroupant les prothèses auditives.
		Ajouts de différentes positions aux listes :
		o N° 2, les médicaments pris en charge au taux préférentiel de 100 % ;
01.09.2014	N9 420 do 21 07 2014	o N° 6, les médicaments soumis à une prise en charge conditionnelle.
01.09.2014	N° 130 du 21.07.2014 pages 2096-2098	 Ajouts et modifications de différentes positions dans les fichiers: B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie;
	p = 9 =	B regroupant les dispositifs medicaux pris en charge par l'assurance maiadie, B regroupant les prothèses auditives;
		B3 regroupant les protriéses auditives, B4 regroupant les dispositifs médicaux pour personnes laryngectomisées et pour
		personnes trachéotomisées.
01.09.2014	N° 159 du 13.08.2014	Ajouts et modifications de différentes positions dans les fichiers:
	pages 2457-2469 N° 166 du 22.08.2014	o B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie;
	page 2520 (rectificatif)	 B4 regroupant les dispositifs médicaux pour personnes laryngectomisées et pour personnes trachéotomisées;
		o B6 regroupant les prestations de voyage et de transport;
		 o 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. Modification du chapitre 6 du titre I de la première partie des statuts (prestations de soins de santé transfrontaliers).
		Modification des articles 133, 134 et 135 (prestations de voyage et de transport).
		Abrogation des points 5, 7 et 9 de l'annexe C.
		Ajout d'une nouvelle annexe K (prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers en milieu hospitalier)
		Ajout d'une nouvelle annexe L (demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger)

Entrée en vigueur	Mémorial A	Modifications
01.10.2014	N° 96 du 10.06.2014 page 1468	 Modifications des articles 14, alinéa 3, 100 et 133, alinéas 2 et 3 (prise en charge des médicaments soumis à une base de remboursement en vertu de l'article 22bis du Code de la sécurité sociale).
		Abrogation de l'article 95.
01.12.2014	N° 194 du 16.10.2014 pages 3775-3796	 Ajouts, modifications et suppressions de différentes positions dans les fichiers: B1 regroupant les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie; B3 regroupant les prothèses auditives; B4 regroupant les dispositifs médicaux pour personnes laryngectomisées et pour personnes trachéotomisées. Ajouts de différentes positions aux listes: N° 2, les médicaments pris en charge au taux préférentiel de 100 %; N° 6, les médicaments soumis à une prise en charge conditionnelle.

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 ».

IV. Les dépliants de la CNS

Depuis juin 2011, le Département Communication développe et publie 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.

Trois nouveaux dépliants ont vu le jour en 2014. De plus, tous les autres dépliants ont été actualisés en octobre 2014 pour refléter les éventuelles modifications que la législation a subi depuis leur parution.



Transfert à l'étranger

Parution: août 2014

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

Initialement paru en décembre 2012, le dépliant a été considérablement mis à jour suite à la transposition de la 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 transfrontaliers.

Les travailleurs frontaliers au Luxembourg

Parution: septembre 2014

Ce dépliant vous fournit des explications quant à la situation du travailleur frontalier au Luxembourg, dont notamment les démarches d'inscription auprès de la caisse du pays de résidence, la coassurance des membres de famille etc.





Médicament de substitution

Parution: octobre 2014

Un médicament de substitution est un médicament à même activité thérapeutique mais dont le prix public est inférieur à celui du médicament prescrit.

Le principe de la substitution des médicaments est expliqué en détail dans ce dépliant.

V. Les communiqués de presse de 2014

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

	Date	Sujet
1.	04.03.2014	Adaptation des lettres-clés au 01.03.2014 pour les médecins et médecins-dentistes
2.	26.03.2014	Nouvelle carte de sécurité sociale pour chaque assuré
3.	31.03.2014	Adaptation des lettres-clés au 01.04.2014 pour les infirmiers, masseurs-kinésithéra- peutes/masseurs et sages-femmes
4.	22.04.2014	Déménagement de l'agence CNS à Ettelbruck
5.	5.06.2014	Décompte annuel global et le bilan de clôture de l'année 2013 de l'assurance maladie- maternité
6.	14.07.2014	Décompte annuel global et le bilan de clôture de l'année 2014 de l'assurance maladie- maternité
7.	15.07.2014	Rapport annuel 2013 de la CNS
8.	01.10.2014	La CNS élargit l'éventail de ses dépliants d'informations aux assurés
9.	13.11.2014	Vote du budget 2015 de l'assurance maladie-maternité
10.	11.12.2014	Vote du budget 2015 de l'assurance dépendance
11.	23.12.2014	Mesures en matière d'assurance maladie applicables à partir du 1er janvier 2015 suite aux dispositions de la loi budgétaire 2015



	Glossaire
ACM	Autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale requise
AD	Assurance dépendance
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
AM	Assurance maladie
AMMD	Association des Médecins et Médecins-Dentistes
APCM	Autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale
CAF	Common Assessment Framework
CASS	Conseil arbitral de la sécurité sociale
CCAM	Classification commune des actes médicaux
ccss	Centre commun de la sécurité sociale
CEM	Cellule d'expertise médicale
CIPFA	Chartered Institute of Public Finance and Accountancy
CISS	Centre informatique de la sécurité sociale
CIT	Certificats d'incapacité de travail
CMFEC	Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux
CMFEP	Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics
CMSS	Contrôle médical de la sécurité sociale
CNAP	Caisse nationale d'assurance pension
CNPD	Commission nationale pour la protection des données
CNS	Caisse nationale de santé
СРН	Commission permanente pour le secteur hospitalier
CPRF	Congé pour raisons familiales
CSS	Code de la sécurité sociale
CSSS	Conseil supérieur de la sécurité sociale
CTIE	Centre des technologies de l'information de l'État
CTMSP	Classification par Type en Milieux de Soins Prolongés (système canadien)
DSP	Dossier de soins partagé
EEE	Espace économique européen Modèle d'excellence de la Fondation européenne pour la gestion par la qualité
EFQM 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
ETP	Équivalents temps plein
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
FIV	Fécondation in vitro
FLLAM	Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales
GIE	(Groupement d'intérêt économique)
IGSS	Inspection générale de la sécurité sociale
INAP	(Institut national d'administration publique)
ISS	Institution de sécurité sociale
MEDEV	Medicine Evaluation Committee
MOA	Maîtrise d'Ouvrage
NCIT	Nombre de certificats d'incapacité de travail
NSEA	Nombre de séances

	Glossaire
OAS	Office des assurances sociales
OPM	Office for Public Management
PA	Plan annuel
PACS	Perspective de la mise en place d'un archivage national de l'imagerie médicale
PE	Prestations en espèces
PN	Prestations en nature
RCP	Réunions de concertation pluridisciplinaire
RMG	Revenu minimum garanti
TILN	Nombre de jours d'incapacité de travail
TIC	Technologie 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/



d'Gesondheetskeess

Adresse postale pour Envois postaux

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

SIÈGE DE LA CNS

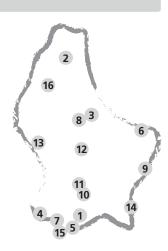
125, route d'Esch • L-2980 Luxembourg Tél. (+352) 27 57 - 1 • Fax (+352) 27 57 - 27 58 cns@secu.lu • www.cns.lu

Heures d'ouverture (du lundi au vendredi):

Agences (sauf Hollerich) de 08:30 à 11:30 et de 13:00 à 16:00 Hollerich Guichets 1-8 (Agence): de 08:00 à 16:00 Guichet 14 (Traitements à l'étranger), Guichets 15 + 16 (Convocations CNS - Contrôle Médical): 08:00 à 11:30 et 13:15 à 16:00

AGENCES

Agence	Téléphone	Fax
1 Bettembourg L-3260 4, route de Mondorf	. 51 13 10	. 51 13 10 – 55
2 Clervaux L-9711 84, Grand Rue	. 92 11 01	. 92 11 01 – 55
3 Diekirch L-9208 16, rue Jean l'Aveugle	. 80 93 13	. 80 93 13 – 55
4 Differdange L-4660 11-15, rue Michel Rodange	. 58 80 04	. 58 80 04 – 55
5 Dudelange L-3590 57, place de l'Hôtel de Ville	. 51 18 43	. 51 18 43 – 55
6 Echternach L-6486 Porte St Willibrord		
7 Esch/Alzette L-4132 Grand Rue/rue de l'Eglise .		
8 Ettelbruck L-9047 30, rue Prince Henri		
9 Grevenmacher L-6719 9, rue du Centenaire	. 75 02 97	. 75 02 97 – 55
10 Luxembourg (Hollerich) L-2980 125, route d'Esch		
11 Luxembourg (Ville) L-2449 8, Boulevard Royal		
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 GD. Charlotte		
16 Wiltz L-9530 6, Grand Rue	. 95 80 37	. 95 80 37 – 55



PRESTATIONS ET SERVICES

Prestations en Espèces

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

<u>Tél</u> . 27 57 48 10 <u>Fax</u> 27 57 40 80 pour les matricules dont le jour de naissance se situe du 1 au 10
<u>Tél</u> . 27 57 48 20 <u>Fax</u> 27 57 40 81 pour les matricules dont le jour de naissance se situe du 11 au 20
<u>Tél</u> . 27 57 48 30 <u>Fax</u> 26 48 28 74 pour les matricules dont le jour de naissance se situe du 21 au 31
<u>Tél</u> . 27 57 41 40 <u>Fax</u> 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

<u>Tél</u>. 27 57 43 20 <u>Fax</u> 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

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

Conventions internationales

<u>Tél</u> . 27 57 42 20 <u>Fax</u> 27 57 43 10	. Formulaires frontaliers sauf Belgique
<u>Tél</u> . 27 57 42 50 <u>Fax</u> 26 84 51 51	Formulaires frontaliers belges
<u>Tél</u> . 27 57 42 49/42 52 <u>Fax</u> 29 91 91	. Complément belge
<u>Tél</u> . 27 57 42 41/42 44 <u>Fax</u> 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 européene) 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

<u>Tél</u> . 27 57 42 40 <u>Fax</u> 40 97 20 N	Modifications du Signalétique (nom, prénom, date de naissance); coassurance des membres de famille
(re	résidents et non-résidents), certificat de coassurance, certificat d'affiliation (uniquement RMG, pension-
ne	nés), séparation de corps, mariage, divorce, changement de la charge d'enfants, changement de l'autorité
pa	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

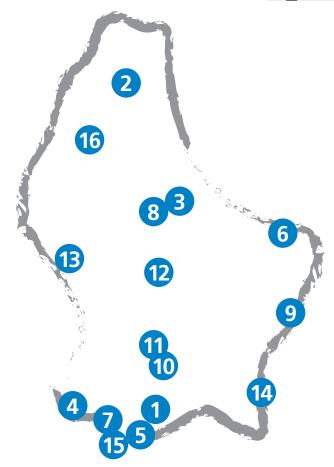
Autorisations	
<u>Tél</u> . 27 57 43 50 <u>Fax</u> 26 48 28 71	Prothèses dentaires
<u>Tél</u> . 27 57 43 60 <u>Fax</u> 26 48 28 71	Traitements orthodontiques
<u>Tél</u> . 27 57 43 70 <u>Fax</u> 26 48 28 71	Traitements et fournitures – soumis à autorisation
	(chirurgie plastique, stérilisation, amniocenthèse, psychothérapie)
<u>Tél</u> . 27 57 45 30	Autres professions de santé (kinésithérapie, orthophonie, psychomotriciens,
	prothèses auditives, produits laryngectomisés)
<u>Tél</u> . 27 57 45 99 <u>Fax</u> 40 78 50	Médicaments (Liste positive et Titre de prise en charge)
<u>Tél</u> . 27 57 43 00 <u>Fax</u> 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-3590	57, place de l'Hôtel de Ville	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 GD. 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),

<u>Guichets 15 + 16</u> (Convocations CNS - Contrôle médical (CMSS)):

08:00 à 11:30 et 13:15 à 16:00