





# Les activités de la CNS

---

## B. Les activités de la CNS

### I. Les éléments marquants de 2018

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

#### 1. Médecins

L'année 2018 aura été marquée par la poursuite de certains projets qui avaient été engagés avec le corps médical, tels que la généralisation de la Documentation hospitalière pour le recueil de l'activité médicale dans les hôpitaux, ou la poursuite des travaux de refonte de la nomenclature des actes médicaux.

Concernant la nomenclature, si certains chapitres (chirurgie digestive et chirurgie des prothèses orthopédiques) ont pu aboutir, on pourra regretter que les désaccords politiques aient imposés un coup d'arrêt aux travaux en cours. Cet arrêt devra ensuite laisser place au temps du dialogue afin de trouver les organisations qui permettront à chacun de pouvoir remplir pleinement son rôle. La CNS espère que les parties sauront trouver rapidement les accords nécessaires afin de pouvoir reprendre ensemble les travaux pour la poursuite de la refonte de la nomenclature et un fonctionnement normal de la Commission nomenclature.

En dehors de ces projets prioritaires et stratégiques, d'autres avancées ont pu être réalisées afin de permettre une adaptation de certaines parties de la nomenclature en cohérence avec la Loi Hospitalière, les progrès médicaux ou

les organisations de travail. On peut ainsi noter :

- L'introduction d'un acte pour l'exploration de la lumière intestinale par vidéocapsule ingérée ;
- L'introduction d'un acte de consultation majorée pour le médecin agréé collaborant dans un réseau de compétences « douleur chronique » ;
- L'introduction de nouveaux codes spécifiques pour les consultations dans le cadre du service d'urgence d'un hôpital de garde, prenant en compte le degré d'urgence et de gravité du patient ;
- L'introduction d'un forfait en cas de traitement en lit-porte du service d'urgence d'un hôpital de garde ;
- La modification des horaires des consultations urgentes, pour une mise en cohérence avec les horaires de consultations aux services d'urgence ;
- La modification des actes en rapport avec l'hospitalisation de jour ;
- L'introduction de forfaits pour les prises en charge dans le service national de réhabilitation physique / post-oncologique (Colpach), avec un code pour le bilan d'évaluation à l'admission en traitement stationnaire dans ce même service ;
- L'ajout des anesthésistes parmi les médecins pouvant mettre en compte les forfaits pour traitement hospitalier stationnaire interne en unité ou en service de soins palliatifs ;





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

## 2. Autres prestataires de soins

En dehors des différentes initiatives prises au niveau des médecins et des hôpitaux, l'année 2018 a été marquée par la poursuite des démarches d'amélioration des conventions, nomenclatures et niveaux de prises en charge des autres prestataires de soins.

Conformément aux annonces faites lors des réunions de Quadripartites en 2017, les taux de prise en charge ont été augmentés à 100 % à partir du 01.01.2018 pour l'ensemble des prestations pour les patients mineurs.

Des modifications au niveau de la nomenclature des sages-femmes ont été

discutées afin de pouvoir entrer en vigueur dès 2019, sans plus attendre les nouvelles attributions professionnelles.

Concernant les actes d'orthophonie pour des personnes protégées majeures, les taux de prise en charge de certains actes ont été revus à la hausse, passant de 80 à 88 %.

La nomenclature des actes des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique est entrée en vigueur en janvier 2018, après plusieurs années de travail commun. En cours d'année, des adaptations ont immédiatement été apportées.

Cette nouvelle nomenclature a nécessité la modification de la liste des analyses de laboratoire que les médecins peuvent effectuer dans leur cabinet médical au cours de l'été 2018.

Il est à noter que les analyses d'anatomo-pathologie et de médecine génétique ne figurent plus dans la nomenclature des actes de laboratoire car ces activités relèvent désormais du champ de la Loi hospitalière, entrée en vigueur en avril 2018.

Les discussions avec les diététiciens ont permis la mise en place d'une convention avec la CNS, et la constitution d'une nomenclature des actes de diététique pour une mise en application au 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Les discussions engagées en 2018 avec les podologues, nouvellement reconnus comme professionnels de santé, devraient aboutir au courant de l'année 2019 avec un conventionnement et une nomenclature dédiée.

Les discussions engagées en 2018 avec les psychothérapeutes n'ayant pu aboutir, de même que la médiation qui s'en est suivie, le dossier est désormais du ressort du Ministre de la Sécurité sociale.

### 3. Les services d'urgences hospitaliers

Une étude menée en 2017 sur le fonctionnement des services d'urgences hospitalières a été clôturée début 2018. L'objectif de cette étude consistait à formuler des recommandations permettant d'améliorer la prise en charge des patients, et en particulier de dégager des pistes pour désengorger les services

d'urgences (SU). La CNS avait insisté sur la prise en compte de tous les aspects touchant à cette problématique au-delà de la seule dimension de ressources.

#### Pistes pour désengorger les services d'urgence

Les mesures proposées à l'issue de l'étude ont ainsi porté sur 7 domaines distincts. L'analyse des problèmes et contraintes a effectivement permis de montrer qu'il ne suffisait pas de traiter la seule question des ressources soignantes ou médicales. Tout d'abord, le renforcement des soins primaires, une meilleure information et meilleure orientation de la population par rapport à l'offre de soins, devront permettre en amont de soulager le recours bien souvent encore trop systématique des SU.

Ensuite, l'identification de contraintes au niveau des infrastructures hospitalières a également conduit les établissements concernés à engager des démarches en vue de dépasser ces contraintes. En outre, l'amélioration de la disponibilité des lits d'hospitalisation et celle de la qualité et du délai de transport des patients sont des mesures pertinentes en aval de la prise en charge par les SU.





Par ailleurs, l'optimisation des processus de prise en charge aux SU devra aussi dégager des améliorations au niveau de la qualité et de la sécurité de cette prise en charge. Au niveau de la stratégie globale les recommandations ont porté sur le cadre normatif et la nécessité de mettre en œuvre un pilotage de ce secteur.

#### Revalorisation de la nomenclature des actes et services des médecins et augmentation des dotations

Les recommandations au niveau des ressources médicales et des ressources soignantes ont amené la CNS à revoir les tarifs applicables à l'activité des médecins urgentistes, ainsi que les dotations soignantes prises en charge dans le cadre des budgets hospitaliers. Si ces moyens supplémentaires ne suffisent pas à eux seuls à raccourcir les temps d'attente des patients dans les SU, il est attendu que des tarifs plus attractifs permettront aux hôpitaux de recruter plus facilement des médecins pour les SU. Si le renforcement des dotations soignantes devrait avoir qu'un impact limité sur les temps de passages des patients aux SU, il permettra d'améliorer la sécurité de la prise en charge. L'étude a montré que certains SU faisaient face à certains moments de l'année à des affluences très importantes.

La CNS a donc entrepris des démarches pour revaloriser au niveau de la nomenclature des actes et services des médecins, les tarifs prévus pour les consultations dans le cadre des SU (applicables à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2018) et du service national d'urgence pédiatrique (à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019). La logique de tarification repose sur une différenciation des consultations en fonction du niveau d'urgence selon l'échelle canadienne de triage et de gravité des patients.

Et sur le plan national, la CNS a procédé à une augmentation des dotations soignantes budgétisées, entamée à partir

de l'exercice 2017, continuée en 2018 et 2019. Les dotations budgétisées pour 2019 correspondent à une hausse de 33 % par rapport aux dotations inscrites dans les budgets hospitaliers de l'exercice 2016.

#### 4. Cité de la sécurité sociale

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

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

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

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

La construction a débuté en 2018 par la démolition des bâtisses se trouvant sur le site choisi et par le terrassement de l'immeuble à construire. Le gros-œuvre a commencé début 2019 et va petit à petit faire place aux dix étages de la Cité de la sécurité sociale.

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

La fin des travaux est estimée à 2022.



## 5. Médicaments

La CNS a constaté que l'évolution du coût des médicaments exclusivement délivrés en milieu hospitalier a connu une croissance substantielle au cours des dernières années, comparé à l'évolution des coûts des médicaments disponibles en pharmacies ouvertes au public. Les dépenses pour médicaments exclusivement délivrés en milieu hospitalier représentent une part de plus en plus importante du coût total des frais pharmaceutiques de l'assurance maladie-maternité.

Les médicaments à délivrance exclusivement hospitalière sont des médicaments réservés aux pharmacies hospitalières en raison de leurs caractéristiques pharmacologiques, leur degré d'innovation ou pour un autre motif de santé. Parmi ces médicaments figurent des médicaments qui peuvent être délivrés à des patients ne séjournant pas en milieu hospitalier.

Pour la période de 2011 à 2018, le taux de croissance annuel moyen de ces médicaments était de 17,9% pour le nombre de patients et de 24,7% pour les dépenses y relatives.

En raison de l'évolution considérable du coût des médicaments à délivrance exclusivement hospitalière, leur financement a été exclu des budgets hospitaliers (article 37 de la loi du 18 décembre 2015 concernant le budget des recettes et dépenses de l'État pour 2016).

Leur prise en charge est toujours assumée par l'assurance maladie, mais ces médicaments sont désormais soumis à la procédure d'inscription dans la liste positive, qui fixe le taux de remboursement de chaque médicament (100%, 80% ou 40%) à appliquer au prix au public. Cette inclusion, qui a eu lieu au cours du 2ème semestre 2018, permet un contrôle des prix de ces médicaments et par conséquent une meilleure gestion des dépenses liées à ces médicaments.

## 6. Mesures statutaires

Le Conseil d'administration de la CNS a élaboré et adopté des modifications en 2018 au niveau des statuts de l'administration. Ces améliorations s'inscrivent notamment dans la lignée des décisions

prises par le comité quadripartite, dont le but est une amélioration continue de l'accès des assurés à des prestations de qualité.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, les actes et services des médecins prestés aux enfants et jeunes de moins de 18 ans sont pris en charge au taux de 100 %, au lieu de 88 %.

Au niveau des soins d'orthophonie, de psychomotricité et infirmiers, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, le taux de prise en charge des actes et services est également de 100 % lorsque la personne protégée n'a pas atteint l'âge de 18 ans accomplis à la date d'établissement de l'ordonnance.

Lors de la réunion du Conseil d'administration de la CNS du 15 novembre 2017, les modifications des statuts se rapportant aux bas et collants de contention ont été validées et sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Les bas et collants de compression étaient pris en charge de la façon suivante: 1 paire tous les 6 mois. Désormais, la prise en charge est de 2 paires tous les 12 mois. La modification permet aux assurés de se procurer deux paires (le même jour) dès la première prescription. Sur 12 mois, ils bénéficient du même nombre de paires que précédemment.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, le délai de renouvellement des prothèses dentaires conjointes a été porté de 15 à 12 ans.

À la même date, le nombre maximal par ordonnance de séances de drainage lymphatique en cas de pathologie courante a été augmenté de 8 à 24 séances et le traitement chirurgical du lipoedème est pris en charge à partir du stade 3 (au lieu de 4).

Sont entrées en vigueur, en date du 1<sup>er</sup> septembre 2018, les modifications se rapportant à la prise en charge des vêtements de compression et de contention. En effet, un nouveau protocole théra-

peutique (annexe N) existe pour la prescription de ces fournitures.

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

En 2018, les nouveaux articles se rapportant à la prise en charge des soins de diététique ont été élaborés et adoptés. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, l'assurance maladie prend en charge les actes prestés par un diététicien s'ils ont été prescrits par un médecin et si l'assuré est atteint de l'une des pathologies pour laquelle la prise en charge est prévue.

## 7. Lutte abus et fraude

Le service Lutte contre les abus et la fraude procède à l'analyse juridique des dossiers qui leur sont soumis par les départements de la CNS qui sont en relation directe avec les assurés ou les prestataires, et de la gestion des dossiers qui sont à traiter dans le contexte de la lutte contre les abus et la fraude. Ainsi, ils procèdent à la rédaction de courriers, de saisines de la Commission de surveillance ou de plaintes pénales et de la représentation de la CNS devant les instances compétentes.



## 8. Réforme de l'assurance dépendance

### Nouveaux systèmes informatiques

Le début de l'année 2018 a été marqué par l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance. Dans ce contexte, la CNS a maintenu ses efforts afin d'adapter les processus impactés et de contribuer à la mise en place des nouveaux systèmes informatiques. Le versement des prestations en espèces a de ce fait pu être opérationnel dès le début de l'année, et le nouveau système de facturation des prestations en nature a pu être déployé début juin 2018. Cependant il est à noter que vu la complexité technique de la mise en œuvre du nouveau système de facturation, des retards de mise en œuvre tant du côté de la CNS que du côté des prestataires ont conduit à des problèmes au niveau des processus de facturation et tarification. Par conséquent une partie substantielle des dépenses de l'assurance dépendance a dû être provisionnée pour l'exercice prestation 2018.

### Précision des textes législatifs concernant les prestations de garde

L'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance a également suscité de vives discussions au sujet des prestations de garde, tant au niveau des heures de gardes accordées qu'au niveau des contenus et formats de garde envisageables. Ces discussions ont abouti à une précision des textes législatifs (loi du 10 août 2018) avec une entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> septembre 2018. Les nouveaux textes prévoient désormais la possibilité de gardes en groupe majorées et la possibilité de déplacements à l'extérieur.

### Négociations des valeurs monétaires

Au cours du 2<sup>e</sup> semestre, les négociations des 4 valeurs monétaires ont eu lieu suivant les nouvelles dispositions du Code de la sécurité sociale. Les valeurs monétaires ont de fait été fixées pour une période de 2 ans couvrant les années 2019 et 2020. En dehors de l'impact de la convention collective de travail pour le secteur SAS (social et aides



et soins) l'évolution des valeurs monétaires arrêtées avec la COPAS est restée modérée.

### Loi budgétaire

La loi budgétaire pour l'exercice 2017 avait créé la base juridique pour la mise en œuvre d'un mécanisme de compensation visant à pallier temporairement l'impact financier résultant de l'application de standards de détermination plus efficaces lors de la détermination de l'état de dépendance des demandeurs. Le budget initialement prévu pour les 3 années était de EUR 30 mio à charge de l'État et dont EUR 22 mio ont été consommés pour les exercices 2016 et 2017. Le montant de la compensation s'élevant cependant à EUR 16 mio pour l'exercice 2018, la loi budgétaire pour l'exercice 2019 a introduit un budget additionnel de EUR 8 mio, permettant de couvrir l'intégralité du montant de la compensation. Pour l'exercice prestation 2017, les établissements à séjour continu ont ainsi été dédommagés à hauteur de EUR 9.4 mio, EUR 4.4 mio ont été versés aux réseaux d'aides et de soins, EUR 1.7 mio aux établissements à séjour intermittent et EUR 0.5 mio aux centres semi-stationnaires. Tous ces montants ont été comptabilisés sur l'exercice comptable 2018, et seront intégralement remboursés à la CNS par l'État.

## 9. Agence eSanté

En 2018, l'Agence eSanté – l'agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé – a continué les travaux d'évolution de ses services e-santé déjà en place, et entamé le développement de nouveaux services e-santé qu'elle mettra au service des assurés et/ou des professionnels de santé.

L'année écoulée a été marquée par plusieurs événements importants, certains touchant à la gouvernance de l'Agence eSanté, d'autres impactant les services

eSanté. Au niveau de la gouvernance, on peut citer ici :

- Changement de la présidence du Conseil de gérance

En novembre 2018, l'Assemblée Générale Extraordinaire de l'Agence eSanté a nommé Monsieur Christian Oberlé –président de la CNS depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2018 - en tant que président du Conseil de gérance, en remplacement de Monsieur Paul Schmit, président sortant de la CNS qui a présidé le Conseil de gérance de l'Agence eSanté dès sa mise en place en mars 2012.

- Signature du troisième Contrat d'Objectifs et de moyens entre l'État, la Caisse Nationale de santé et l'Agence, couvrant la période 2019-2021

Les principaux objectifs liés à ce COM III que l'Agence est amenée à réaliser sont entre autres :

- le déploiement généralisé du DSP;
- la mise en production du serveur d'ePrescriptions polymodales;
- la généralisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) nationales.

Plusieurs événements survenus en 2018 et l'avancée de divers travaux préparatoires nous permettent d'être confiant que ces objectifs seront atteints endéans le délai voulu. On peut signaler dans ce contexte les faits marquants suivants :

### À propos du Dossier de Soins Partagé

L'entrée dans le parcours législatif du très attendu projet de Règlement grand-ducal (RGD) devant préciser les modalités et les conditions de mise en place du Dossier de Soins Partagé (DSP). Approuvé par le Conseil de gouvernement en septembre 2017, ce projet de RGD a fait l'objet de consultations et d'avis de la

part des diverses chambres professionnelles, de la Commission Nationale pour la Protection des Données et du Conseil d'État au courant de 2018. Après analyse de l'avis du Conseil d'État, il s'est avéré que certaines dispositions devront être adaptées, ce qui a été initié fin 2018 par le service juridique de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS). L'Agence s'impatiente de voir l'entrée en vigueur du RGD en 2019 afin qu'elle puisse généraliser le déploiement du DSP.

L'entrée en vigueur de ce RGD est en effet requise pour pouvoir déployer à tous les assurés résidents et frontaliers le Dossier de Soins Partagé (DSP), le dossier de santé électronique sécurisé du patient.

Depuis son lancement en phase pilote en mai 2015 à un nombre d'assurés limité, le nombre de DSP s'élève à fin 2018 à 55.945 DSP. Il s'agit ici de DSP ouverts pour des patients ayant signé une convention médecin référent et pour des patients volontaires (c'est-à-dire des assurés qui ont introduit une demande d'ouverture de leur DSP), ainsi que de DSP créés dans le cadre d'une phase

test lancée par l'Agence eSanté en 2018 afin de recueillir le retour d'expérience nécessaire pour préparer au mieux son déploiement généralisé. Fin décembre 2018, les 55.945 DSP ouverts contenaient au total 173.716 documents, soit un ratio de 3,1 documents par DSP. L'Agence se réjouit de pouvoir constater un très faible taux de fermeture des DSP, à savoir 0,7 %.

Au vu du rôle central que le DSP joue dans le dispositif médecin référent, il y a lieu de citer ici un autre service que l'Agence eSanté offre aux médecins référents au travers de sa Plateforme eSanté: l'outil médecin référent. Au cours de l'année écoulée, les travaux d'évolution de cet outil se sont essentiellement concentrés sur l'amélioration et l'automatisation des flux servant à alimenter ladite application avec des données de santé, à savoir les documents suivants:

- le résumé des prestations, déposé par la CNS
- le relevé biennal des ALD (Affections de longue durée) à effectuer par le médecin référent pour chacun de ses patients concernés



- le résumé patient déposé par le médecin référent.

Ce dernier document, le résumé patient, est d'ailleurs un document indispensable dans un autre contexte: celui de l'échange électronique transfrontalier de données de santé entre professionnels de santé exerçant dans des États membres européens participant au programme européen CEF eHDSI.

Ce programme européen vise notamment à opérer l'échange électronique transfrontalier de deux types de documents: le résumé patient et la e-prescription.

Pour l'assuré cela veut concrètement dire que son résumé patient contenant ses informations de santé essentielles pourra être partagé avec le professionnel de santé qu'il consulte lors de son séjour à l'étranger, ou qu'il peut aller chercher un médicament dans une pharmacie basée dans un autre pays européen grâce au transfert en ligne d'une prescription électronique rédigée dans son pays d'affiliation. Etant donné que les deux types de documents échangés sont fournis dans la langue véhiculaire du pays de soins et celle du pays d'affiliation du patient, cela enlève des barrières linguistiques potentielles entre le patient et le professionnel de santé.

L'Agence a obtenu, en novembre 2018, l'autorisation pour la mise en opération du premier cas d'usage de cet échange transfrontalier: la réception du résumé patient d'un citoyen étranger qui doit se faire soigner ici. Le Luxembourg est par là un des pays pionniers à pouvoir initier l'échange transfrontalier du résumé patient, dès début 2019.

Par la suite, il est prévu que l'Agence eSanté mettra en opération deux autres cas d'usage dès fin 2019 – début 2020: l'envoi d'un résumé patient et d'une e-prescription d'un assuré luxembourgeois voyageant à l'étranger.

### À propos de la ePrescription

La prescription étant un des deux documents types prévus dans le cadre de l'échange électronique transfrontalier sous CEF eHDSI, et étant un document souvent à la base des actes médicaux et de soins à prodiguer, l'équipe de l'Agence eSanté a réalisé de nombreux travaux devant permettre sa dématérialisation. Le projet national d'e-Prescription a pour objectif de graduellement dématérialiser tous les types de prescription, qui ont été regroupés dans des lots comme suit:

- Lot 1: Médicaments (prescription et dispensation) et analyses de biologie médicale (prescription et utilisation);
- Lot 2: Certification d'Incapacité de Travail (établissement et transmission);
- Lot 3: Examen de radiologie et d'imagerie (prescription et utilisation) et les actes de soins ou de rééducation (prescription et utilisation).

Afin de permettre cet échange dématérialisé de manière structurée, tant au niveau national qu'international, l'Agence eSanté s'est chargée de mettre en place les deux catalogues nationaux référentiels liés au lot 1: celui des médicaments, et celui des codes utilisés dans le domaine des analyses biologiques.

Après avoir réalisé un démonstrateur de l'envoi d'une e-prescription médicamenteuse par un médecin fictif à partir d'un logiciel de cabinet de ville vers le DSP d'un patient test, et sa récupération par un pharmacien fictif à partir de l'application IdeoMed - l'application de gestion de dossier patient informatisé mise à disposition par l'Agence eSanté et déployée au sein de divers établissements de santé du Luxembourg - l'Agence initiera les travaux de finalisation dans un objectif de pouvoir lancer le service en production au courant de 2019.



### À propos des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

Une des actions prévues dans le cadre du Plan National Cancer est la mise en place de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire. Après que l'outil Ideo-RCP mis à disposition par l'Agence eSanté ait été retenu comme référence nationale pour l'organisation desdites réunions en 2017, une version pilote de l'application a été testée au sein de la Clinique Bohler au cours de 2018. Il est prévu que ce service entre en production généralisée auprès des autres structures de santé courant de l'année 2019 et au plus tard en 2020. Des évolutions ont également été initiées afin de permettre la création de liens directs avec les DPI (Dossier patient informatisé) des divers établissements hospitaliers du pays. Par la suite, l'Agence viendra y greffer, en tant que future évolution, l'outil d'aide à la décision d'intelligence artificielle "Watson for Oncology", afin de faire profiter les divers professionnels de santé participant à ces réunions des dernières connaissances et référentiels thérapeutiques en matière de cancers rares, à l'instar des sarcomes, etc.

D'autres travaux effectués en 2018 par l'équipe de l'Agence eSanté concernaient entre autres :

- le Service de pseudonymisation en Santé qui a été mis en place en réponse à des demandes de divers acteurs du domaine de la recherche. Ainsi, le service de pseudonymisation pour l'IBBL a été mis en production au courant de 2018. Depuis, des demandes d'autres parties prenantes nous ont été adressées, dont le Luxembourg Center for Systems Biomedicine (LCSB). Des travaux d'élaboration du cahier de charges reprenant les spécificités de son cas d'usage ont été initiés fin 2018, et la mise en opération du service pour le LCSB devrait intervenir courant de l'année 2019.

- le service «e-Imagerie» : un outil digital qui permettra de partager l'imagerie médicale avec le patient de façon dématérialisée, en remplacement du support actuellement utilisé par les établissements hospitaliers, à savoir le compact disc (CD).

## 10. Digitalisation

### Lecture optique

Depuis le mois d'octobre 2016, la CNS a mis en place une nouvelle application informatique pour le remboursement de certains mémoires d'honoraires. En effet, jusqu'à cette date, les mémoires d'honoraires des médecins et médecins-dentistes étaient saisis manuellement par les gestionnaires du service Remboursements. Désormais, un grand nombre de mémoires d'honoraires peuvent être scannés et un outil informatique dédié procède à une lecture et reconnaissance optique. Ce processus permet donc une saisie informatique de ces mémoires d'honoraires.

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

Lors du lancement de l'application, seuls les mémoires d'honoraires à une seule ligne (par exemple, consultation C1) ont pu être scannés. L'application a, au fur et à mesure, été adaptée afin de permettre aujourd'hui de scanner des factures à trois lignes.

En 2017, 535.500 mémoires d'honoraires ont été remboursées par lecture





optique. Pour l'année 2018, ce chiffre a plus que doublé et 1.284.894 mémoires ont pu être remboursés de cette manière; ce dernier chiffre inclut également les mémoires susceptibles d'être scannés et déposés par les assurés auprès des diverses agences de la CNS.

#### Chaînes d'autorisation et de facturation pour les kinésithérapeutes

Des avancées majeures dans le domaine de la digitalisation ont également pu être réalisées entre la CNS et les kinésithérapeutes. C'est au 1<sup>er</sup> janvier 2017 que la nouvelle convention et nomenclature des actes et services des kinésithérapeutes est entrée en vigueur, et avec celle-ci une modernisation du processus d'autorisation et de facturation.

En effet, avant 2017, les kinésithérapeutes envoyaient les ordonnances médicales pour validation par courrier postal à la CNS. Dans le cadre de cette nouvelle convention, les kinésithérapeutes se sont dotés d'un système informatique qui leur permet d'envoyer leur demande de validation d'une ordonnance médicale à la CNS par voie informatique. Une fois validée par la CNS, les

kinésithérapeutes reçoivent le titre de prise en charge également par voie numérique.

Avant l'entrée en vigueur de la nouvelle convention et pendant l'année transitoire 2017, les kinésithérapeutes avaient encore le choix de soit envoyer les mémoires d'honoraires par voie postale, soit envoyer un fichier de facturation électronique. Depuis 2018, les kinésithérapeutes doivent passer par leur logiciel et les mémoires d'honoraires ne sont plus envoyés sous forme papier.

Cet échange numérique pour le processus d'autorisation et de facturation a permis de réduire considérablement le délai de traitement des demandes.

La digitalisation de cet échange a conduit à une réduction du temps de réponse de plusieurs semaines à moins d'une journée ouvrable.

Le temps entre l'entrée de la facturation par tiers payant et le paiement du kinésithérapeute a également été réduit considérablement et est entretemps inférieur à 10 jours.

### Démarches MyGuichet.lu

Au niveau des démarches administratives disponibles sur le portail MyGuichet, les assurés de la CNS peuvent désormais consulter le solde des jours de congé pour raisons familiales, 7j/7 et 24h/24. Un certificat établissant ce solde peut également y être demandé.

Ce service s'ajoute aux démarches déjà disponibles en ligne via MyGuichet.lu de la CNS:

- réception électronique du détail du remboursement;
- consultation des données personnelles (compte bancaire...);
- demande d'un certificat provisoire de remplacement de la carte européenne d'assurance maladie;
- demande d'une attestation de droit aux prestations rendues nécessaires lors d'un séjour temporaire au Cap Vert, au Québec, en Bosnie et Herzégovine, au Maroc, en Tunisie ou en Turquie;
- demande d'un certificat de coassurance;
- demande de mise à jour des coordonnées bancaires.

## 11. Sécurité de l'information

### Protection des données

Les efforts quotidiens de mise en conformité au regard de la législation en place relative à la protection des données à caractère personnel ainsi que la poursuite et le maintien des actions déjà conformes ont été poursuivis en 2018. Certains projets spécifiques ont connu des avancées importantes.

#### Standardisation des profils

Les mesures visant à établir à terme des profils standards pour les agents CNS, en tenant compte de leurs fonctions et de leur service d'affectation, ont été poursuivies et finalisés. Une mise en production se fera sur l'exercice suivant.

#### Rapport sur la sécurité de l'information pour la CNS

Une analyse externe a été effectuée au sein de la CNS se concentrant notamment sur la sécurité physique du siège et des agences, et sur la sécurité organisationnelle afférente. Ce rapport traite aussi de la sécurité relative aux échanges de données, des accès accordés aux applications métiers, des accès aux données dites papiers, et des améliorations de services à convenir avec le Centre commun de la sécurité sociale.



### Programme de sensibilisation et de formation à la politique de la sécurité de l'information

Des mesures supplémentaires de sensibilisation et de formation ont été menées sur la période écoulée: personnel des agences, spécificités pour les nouveaux arrivants et les travailleurs de vacances, ... et viennent ainsi compléter les programmes déjà existants.

### Actions de communication interne

La CNS a mis en place une rubrique spécifique dédiée à la protection des données sur son site intranet. Il s'agit de centraliser les informations en relation avec la protection des données et d'informer de façon pragmatique et efficiente les collaborateurs sur ce sujet et de leur apporter, dans la mesure du possible, des réponses à leurs questions.

En concertation avec le CCSS, une newsletter utilisable par toutes les ISS a vu le jour. Ce projet est centré autour de la gestion des données (DATA), de leur sécurité (SECU) et de la mise en conformité attendue de tous les acteurs de la sécurité sociale au Luxembourg.

Un logo « SECUDATA » a donc été élaboré ensemble avec le CCSS pour identité visuelle de la thématique au sein des ISS.

### Traitement de données à caractère personnel

Un chantier conséquent a été mené pendant l'année pour améliorer le registre des traitements des données à caractère personnel de la CNS. Il se base principalement sur le travail mené dans le cadre de la documentation des processus au sein de la CNS.

### Aménagement des agences et projet Cité de la sécurité sociale

Des avis de conformité au RGPD ont été émis sur l'exercice quant à l'accueil et l'organisation des guichets CNS, mais aussi concernant les infrastructures du



nouveau bâtiment de la Cité de la sécurité sociale à venir. S'en sont suivis des adaptations effectives pour les différentes structures en place ou à venir.

### Nomination d'un Data Protection Officer

En mai 2018, la CNS en sa qualité de responsable de traitements a déclaré auprès de la CNPD le responsable de la protection des données, Chargé de la protection des données sous la législation alors en vigueur, comme Délégué à la protection des données (Data Protection Officer – DPO) tel que le prévoit le règlement européen GDPR.

## 12. L'audit

En 2017, le projet de mise en place d'un audit interne à la CNS a été soumis au Conseil d'administration en vue d'anticiper l'entrée en vigueur de la loi du 9 août 2018 modifiant le Code de la sécurité sociale (Art. 408bis) et ayant trait entre autres à la gouvernance des institutions de sécurité sociale. Suite à la décision du Conseil d'administration, un auditeur interne a été recruté au 1<sup>er</sup> mars 2018.

L'audit interne est une activité indépendante et objective qui donne à la CNS une évaluation du degré de maîtrise de ses activités afin de promouvoir une gestion rigoureuse de l'institution.

L'auditeur interne a pour mission d'évaluer par une approche systématique et méthodique, les différentes activités de la CNS et de faire des recommandations pour renforcer son efficacité, accroître sa performance et minimiser ses principaux risques.

Un déploiement progressif de la mission d'audit est en cours.

## II. La planification stratégique – la gestion par objectifs

En 2012, la CNS était précurseur quand elle a initié sa démarche de planification pluriannuelle. En 2015, l'évolution du cadre légal entérine cette approche volontariste avec deux avancées significatives qui précisent les exigences légales en la matière :

1. l'entrée en vigueur de la réforme de la fonction publique au 1<sup>er</sup> octobre 2015
2. la loi du 9 août 2018 modifiant le Code de la sécurité sociale.

### L'impact du nouveau cadre légal

Un volet essentiel de la réforme de la fonction publique prévoit la mise en place d'un système de gestion par objectifs, qui détermine et assure le suivi de la performance générale de l'administration et de la performance individuelle des agents qui font partie de l'administration. Le système de gestion par objectifs est mis en œuvre par cycles de trois années, les périodes de référence, sur base des éléments suivants :

- le programme de travail de l'administration, et s'il y a lieu de ses différentes unités organisationnelles
- l'organigramme
- la description de poste
- l'entretien individuel de l'agent avec son supérieur hiérarchique
- le plan de travail individuel pour chaque agent.

La première période de référence s'est étalée du 1<sup>er</sup> octobre 2015 au 31 décembre 2018.

Face à ce constat, l'IGSS a établi un modèle de programme de travail pour toutes les ISS. En effet, il s'agit d'entamer le dialogue sur la mise en pratique de la bonne gouvernance au niveau de la sécurité sociale et d'assurer une cohérence.

Le programme de travail modèle présente 6 axes stratégiques, à savoir

- A. La CNS entretient activement les relations avec ses parties prenantes
- B. La CNS s'engage à accroître la performance de ses processus internes
- C. La CNS s'engage à accroître la performance financière
- D. La CNS cherche activement à développer ses potentiels
- E. La CNS agit activement en matière de lutte contre les abus et la fraude (LAF)
- F. La CNS adopte une gouvernance visant l'optimisation de son fonctionnement interne et établissant une prise de décision transparente

Le nouvel article 408*bis* du CSS introduit par la loi du 9 août 2018 parle de l'établissement d'une planification triennale définissant les objectifs stratégiques à atteindre. S'y ajoute le plan d'action définissant les priorités et moyens à mettre en œuvre en vue de réaliser les objectifs stratégiques et de maîtriser les risques associés. Par ailleurs, il est précisé qu'il y a lieu d'évaluer dans un rapport annuel la mise en œuvre de la planification en mesurant au moyen d'indicateurs précis les résultats atteints au regard des objectifs fixés. Ce rapport est à remettre à l'IGSS qui évalue la gestion des ISS.





### Le point sur la planification au 31 décembre 2018

#### A. La CNS entretient activement les relations avec ses parties prenantes

##### **La CNS revoit ses relations avec les assurés et modernise et étend ses services d'information et de conseil aux assurés**

Les travaux d'aménagement de la nouvelle agence à Marnach se sont poursuivies au début de l'année 2018. Depuis mars 2018, l'agence de Clervaux a déménagé vers le nouveau site à Marnach.

La recherche d'un nouveau site pour l'agence CNS à Wiltz a abouti. L'actuelle agence va déménager fin de l'année 2018/début 2019 dans les locaux aménagés du «Verband» se situant idéalement entre Uewerwoltz et Nidderwoltz. De même, les travaux d'aménagement sont en planification pour réaménager l'agence d'Ettelbruck qui retournera dans les locaux de l'ancien Monopol. Il est prévu de déménager l'agence actuelle fin 2018, début 2019 vers ledit site où

Cactus a déjà ouvert ses portes.

D'autres relocalisations sont prévues pour fin 2018/début 2019: l'agence de Differdange déménagera dans ses nouveaux locaux à Opkorn, l'agence d'Esch sera relocalisé vers le centre-ville d'Esch et l'agence de Remich s'installera à Mondorf.

##### **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**

Il est renvoyé à ce sujet sur les «Éléments marquants 2018».

##### **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**

Il est renvoyé à ce sujet sur les «Éléments marquants 2018».



## B. La CNS s'engage à accroître la performance de ses processus internes

### **La CNS documente, révise et maintient activement ses processus métier et de support**

En matière de gestion des processus, l'année 2018 est caractérisée par la mise sous contrôle documentaire de plus de 80 % des activités de la CNS (+/- 300 documents, du niveau processus au niveau de la procédure) et le partage via un site intranet dédié d'un sous-ensemble spécifique qui représente près de 60 % de la documentation actuelle.

En terme de gouvernance associée à la gestion des processus, deux éléments majeurs ont été mis en place au cours de l'année: d'une part, la nomination de «Référénts processus» au sein de l'organisation (près de 80 personnes) qui agissent en tant que relais de la démarche et permettent de veiller au maintien de la qualité de la base de connaissance et d'autre part, la mise en place d'une plateforme de suivi et de gestion des processus, le «Process Board» qui se matérialise par une réunion mensuelle des référents de processus coordonnée par le service Analyse et gestion des processus, avec à 3 objectifs:

1. Informer sur les changements à venir (ex. cadre normatif, organisation interne, ...) afin d'anticiper sur leurs impacts (ex. sur les pratiques, sur la documentation, ...)
2. Identifier des sujets d'analyses potentielles
3. Faire un suivi de la documentation

Le travail de modélisation des processus, basé sur la documentation, s'est intensifié tout au long de l'année afin de renforcer la qualité des informations de la base de connaissance ainsi constituée et de renforcer la pertinence de son recours lors d'analyses (principalement analyse d'impact ou d'optimisation). Cette base

constitue une source d'information privilégiée pour les projets menés à la CNS (chaînes de facturation, digitalisation, ...) mais aussi, et tout particulièrement, le socle de référence pour les exigences requises par le Règlement général sur la protection des données – RGPD puisqu'elle constitue le premier référentiel des traitements, tel que requis par ce règlement.

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

L'année 2018 a commencé avec une succession de mises en production et de migrations de données, à savoir:

1. La conversion des plans de prise en charges, nécessitée par la réforme de l'assurance dépendance, a été réalisée. Le volet prestations en espèces (PE) a pu être lancé début 2018, le volet prestations en nature (PN) a suivi une logique de paiements d'avances.
2. De même, une mise en production majeure, en lien avec les changements de la gestion du congé pour raisons familiales a eu lieu en janvier 2018, le volet associé concernant la mise à disposition de la «source exacte» a suivi fin du premier trimestre.
3. Finalement, le volet PN du projet «recouvrement» a été mis en production fin janvier.

Les travaux de capitalisation du référentiel construit dans le projet cadre CDF (Chaînes de facturation) vers le projet cadre CDA (Chaînes d'autorisation) ont été finalisés. Ceci a permis d'adapter, pour la chaîne Kiné, les volets OMS (output management system) ainsi que les écrans. Une autre conséquence de ces travaux d'investissement est que les chaînes «Diététiciens», «Corps grand-

ducal d'incendie et de secours (CGDIS)» et «Podologues» ont pu être créées dans des environnements de test à des vitesses nettement accrues (économie d'échelle de près de 65 %).

La deuxième moitié de 2018 a vu des efforts continués pour les travaux en relation avec la réforme de l'assurance dépendance (surtout le volet PN) ainsi que la réalisation des changements dus à la modification du seuil de 52 semaines à 78 semaines et du calcul de la charge de paiement en matière de prestations en espèces de l'assurance maladie maternité.

Fin 2018, dans le cadre des chaînes «médecins» et «médecins dentistes», les réflexions par rapport au remplacement du MEMO actuel par un moteur de règles ont été suivies par des premiers contacts avec des fournisseurs externes.

De même, la première instance du Software Change Control Board (SCCB), a eu lieu fin 2018. Le SCCB a été créé pour assurer une priorisation transparente et optimisée des travaux de développement à réaliser par le partenaire interne (le CCSS), que ce soit au niveau des projets ou des activités de maintenance.

### C. La CNS s'engage à accroître la performance financière.

#### **La CNS met en place une analyse statistique et financière complétée**

Trois grands objectifs stratégiques sont retenus pour cet axe :

- Le développement du volet des analyses financières et prévisionnelles
- Le développement des pratiques et des moyens de reporting et d'analyse de l'information
- L'adaptation de la programmation informatique concernant le volet comptable international

Le développement du volet des analyses financières et statistiques conti-

nue en 2018 et provient de la volonté de la CNS d'analyser et de comprendre son environnement, pour anticiper son comportement et répondre au mieux aux besoins de la collectivité. La finalité de cette démarche est de donner des informations objectives sur des sujets spécifiques, en complétant l'analyse économique traditionnelle - qui s'intéresse aux montants par grandes catégories de prestation et au nombre de personnes protégées - avec une étude approfondie qui peut descendre au niveau des actes et des patients.

En particulier, la CNS a publié son deuxième cahier d'études relatif à la maternité. Il s'agit d'une analyse des dépenses de la CNS liées à la grossesse et à l'accouchement de 2006 à 2015. Ce deuxième cahier a été publié au mois de mars 2018 et transmis aux différents prestataires de soins de santé concernés par le sujet. En plus, ce cahier d'études a également été publié sur le site du Statec.

Lors de la réunion du comité quadripartite en 2018, la CNS a présenté une analyse sur la participation personnelle des assurés. Ces données ont auparavant seulement été publiées dans le cadre des décomptes annuels, et dans une forme moins détaillée. Comme la Quadripartite doit s'intéresser à la situation financière de l'assurance maladie-maternité, la présentation des données s'est limitée, au passé, aux dépenses des différentes professions de santé qui restent à charge de l'assurance maladie-maternité. L'analyse sur la participation personnelle telle qu'elle a été établie pour la réunion du comité quadripartite dépasse celle du décompte et permet, avec certaines limites, de donner une vue des dépenses qui restent à charge de l'assuré, mais qui sont dorénavant payées aux différents prestataires de soins de santé.

Enfin, un groupe de travail constitué par le département Finances, le département International et des représentants de l'IGSS et du CISS a analysé les diffé-

rences constatées entre les fichiers de la Comptabilité et les fichiers du département International concernant le volet des conventions entre la CNS et l'État. Les sources des différences ont été détectées et des pistes de solutions recherchées. Le groupe de travail s'est aussi intéressé à la convention belgo-luxembourgeoise, une analyse détaillée ainsi qu'une note y relative ont été établies et des propositions de solutions ont été déterminées. Un courrier a été adressé au ministre de la Sécurité sociale pour avancer dans ce domaine.

#### D. La CNS cherche activement à développer ses potentiels

#### **La CNS met en place une politique active de gestion des ressources humaines et de développement des compétences de son personnel**

En 2018 la CNS a continué à progresser par rapport aux objectifs stratégiques retenus dans son programme de travail pour cet axe :

- Définir et mettre en œuvre une gestion des dotations en fonction des besoins effectifs selon la charge de travail

Dans le cadre de la réorganisation du département RHO, le service recrutement et dépannage commun a intégré l'activité formation et a été renommé service recrutement et formation.

Les dotations sont revues régulièrement et des adaptations sont effectuées au besoin selon un cadre défini.

Une étude sur l'absentéisme a été menée et une liste de recommandations par rapport à un plan d'action a été proposée.

- Définir et mettre en œuvre une stratégie de développement des ressources humaines

Les suites de l'initiative «Zesummen Eng CNS» (z1cns) ont été poursuivies aussi

en 2018 et dans ce cadre plusieurs formations et actions ont été réalisées : des formations «accueil téléphonique des clients» pour l'ensemble du personnel des agences et du standard téléphonique, des formations en relation avec les entretiens individuels et les entretiens d'appréciation, l'élaboration d'un programme «Leadership & Management», l'élaboration d'une charte des valeurs.

- Arrêter les descriptions des rôles et responsabilités du personnel

L'établissement des descriptions de fonction et des plans de travail individuels ayant été finalisé, l'accent en 2018 a ensuite été mis sur la réalisation des entretiens individuels pour la période de référence 2019-2021.

- Développer la formation et le transfert de compétences

Un plan de formation pour l'ensemble du personnel a été élaboré sur base des besoins recensés lors des entretiens individuels.

Suite à la mise en place du programme de leadership pour les fonctions encadrantes, un groupe pilote de chefs de service a été formé en 2018. Ce programme de leadership sera poursuivi en 2019 en le proposant également aux chefs de département et à d'autres chefs de service.

En outre, l'accent a été mis en 2018 sur la formation des chefs à mener des entretiens individuels et d'appréciation et la formation du personnel d'accueil par rapport à la qualité de service.

L'encadrement des stagiaires reste un point important dans le travail journalier. Ainsi, des formations et un accompagnement spécifiques sont dès à présent proposés aux nouveaux collaborateurs (matinées d'intégration, «Gesprächsrunden»). Dans cette optique, la formation spéciale a été revue afin de garantir un

meilleur suivi des stagiaires. La session 2018/2019 de la formation spéciale comprend notamment une présentation de tous les services métiers et supports de la CNS et de plusieurs institutions qui sont en collaboration étroite avec la CNS (CCSS, CMSS, AAA, AEC, Agence eSanté).

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

La lutte contre les abus et la fraude est une priorité essentielle de la CNS. En date du 18 juillet 2018, la Chambre des députés a approuvé le projet de loi 7004 portant sur la modernisation de la gestion et l'amélioration de la gouvernance des institutions de sécurité sociale. Dans le cadre de cette loi, les institutions de sécurité sociale doivent élaborer une politique globale en matière de lutte contre les abus et la fraude (article 408bis du Code de la sécurité sociale)

Une telle approche de la CNS doit prendre en compte les aspects juridiques tant au niveau des bases légales et réglementaires que des actions auprès des instances juridictionnelles, tant comme des analyses statistiques, de l'amélioration de ses outils informatiques et de l'adaptation de ses procédures de traitement, tant comme des contrôles systématiques à effectuer en collaboration avec le CMSS.

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

En 2017, la CNS s'est dotée d'un Observatoire du coût de la santé avec pour mission d'apporter un support à la CNS et l'accompagner dans les prises de décision sur les dossiers qui nécessitent une expertise médico-économique. Cet Observatoire a été chargé de deux missions essentielles pour la CNS et le système de santé, que sont la documentation hospitalière et sa mise en œuvre dans les hôpitaux et la refonte de la nomenclature

des actes médicaux servant à la facturation des honoraires médicaux.

En 2018, ces diverses missions ont été poursuivies avec la généralisation de la documentation hospitalière à l'ensemble des séjours hospitaliers, et également la finalisation de plusieurs chapitres de la nomenclature médicales qui ont pu entrer en application en 2019.

Pour que l'Observatoire du coût de la santé puisse pleinement profiter des multiples compétences internes à la CNS pour l'élaboration des dossiers, cette structure évoluera à l'avenir en une plateforme.

En parallèle, la CNS constituera un service dédié à la refonte des nomenclatures, à la conformité, à l'analyse et la prospective, avec des moyens dédiés.

### III. Le travail quotidien de la CNS

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

#### 1. Les indemnités pécuniaires de maladie et de maternité



Département Prestations en espèces maladie-maternité



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

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



#### Nombre de certificats d'incapacité de travail

	2014	2015	2016	2017	2018
Maladie	556.886	606.254	627.516	626.450	726.643
Accident (de travail)	41.400	44.300	41.632	38.517	42.156
Maternité					
congé de maternité proprement dit	6.662	6.741	6.554	6.591	7.096
dispense (enceinte et allait.)	2.654	2.729	2.780	2.716	2.881
transfert de poste (enceinte et allait.)	31	31	3	7	5
Accueil	29	21	21	15	30
Congé pour raisons familiales	37.683	42.342	48.913	45.554	65.957
Congé accompagnement fin de vie	350	380	418	440	480





### Nombre d'assurés déclarés capables de travailler

	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Total</b>	<b>1.791</b>	<b>2.209</b>	<b>2.994</b>	<b>2.606</b>	<b>3.273</b>

### Assurés convoqués et examinés par le CMSS

	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Total</b>	<b>13.796</b>	<b>16.466</b>	<b>21.394</b>	<b>24.707</b>	<b>31.578</b>

## 2. Les agences



Service Agences du département Relation assuré



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

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



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

### 3. Le remboursement des soins de santé



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



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

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

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



#### Saisie virements des services Remboursements et des agences

	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de factures saisies manuellement par les service Remboursements	2.902.233	3.015.853	3.121.709	2.987.512	3.386.665
- dont article 162 statuts CNS (assistance exceptionnelle)	420	206	260	228	282
- dont Tiers payant social (TPS)	17.136	24.819	33.372	38.809	47.728
- dont Remboursements internationaux	117.686	123.669	140.136	120.170	180.728
- dont Lecture optique (scanning)	/	/	124.211	535.500	1.284.894
Nombre de factures saisies manuellement par les agences réglées par virement	955.927	880.608	953.425	1.079.757	890.796
Nombre de factures saisies manuellement réglées par virement	3.858.160	3.896.461	4.075.371	4.067.739	4.279.603
Montant (en €) liquidé des factures saisies manuellement réglées par virement	235.745.848	240.568.085	251.646.246	265.980.606	287.850.053



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

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

#### Saisie comptant (chèques) des agences

	2014	2015	2016	2017	2018
Factures saisies	681.198	657.618	658.230	660.422	698.328
Chèques émis	225.607	222.761	226.756	235.835	251.404
Valeur moyenne par chèque en €	246,6	243,9	240,2	245,3	247,6
Total liquidé en €	55.672.587,1	54.373.753,2	54.491.479,9	57.888.012,2	62.251.559,8

#### Nombre de chèques émis par les agences

	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Total</b>	<b>225.607</b>	<b>222.761</b>	<b>226.756</b>	<b>235.835</b>	<b>251.404</b>



## 4. Le paiement complémentaire



Service Paiements PN et recouvrement du département Finances



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

Au cours d'une année civile (1<sup>er</sup> 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.



### Paievements complémentaires

	2014	2015	2016	2017	2018
Demandes introduites	3.699	6.458	5.387	9.474	6.951
Nombre de demandes d'assurés ayant droit	1.556	1.926	1.791	2.241	2.222
Montants liquidés (€)	670.608,2	810.313,8	827.203,1	933.982,7	1.008.013,6

## 5. La coassurance et la signalétique



Service Coassurance et signalétique du département Relation assuré



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



## Émission de documents

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

## Demandes reçues via internet

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

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

## 6. Les autorisations nationales



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



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





### Service Autorisations médicales et médico-dentaires

	2014	2015	2016	2017	2018
Devis prothétique dentaire	43.301	43.475	36.787*	39.657	42.303
Devis orthodontie	7.426	7.610	7.876	7.839	8.676
Surveillance traitement orthodontie en cours (nombre d'enfants vus par le CMSS)	458	368	631	270	155
Autres APCM (amniocentèses, stérilisations, chirurgie bariatrique, chirurgie « esthétique », ...)	1.638	1.007	N.A.	532	773
Décisions présidentielles en matière d'APCM	389	103	156	163	167
Décisions présidentielles en matière dentaire	26	33	44	27	30
<b>Total des dossiers traités</b>	<b>53.238</b>	<b>52.596</b>	<b>45.494</b>	<b>48.488</b>	<b>52.104</b>

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



### Détail des dossiers APCM traités en 2018

Actes nomenclature	Accords	Refus
2S73 - Reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire après opération antérieure,	153	15
2S74 - Implantation ou échange d'une prothèse mammaire,		
2S75 - Plastie d'augmentation d'un sein par prothèse en cas d'aplasie ou d'hypoplasie unilatérale avec asymétrie importante		
2G36 à 2G38 - Lipectomies	108	20
3N48 - Rhinoplastie reconstructrice de la pyramide nasale	40	4
2A62 - Gastroplastie pour obésité pathologique	156	0
6G91 et 92 - Stérilisations	68	6
1C38 - Enregistrement continu de la tension artérielle pendant 24 heures par enregistreur portable (APCM pour répétition de cet examen dans les 6 mois)	31	5
1N60 - Psychothérapie de soutien par médecin non psychiatre, durée minimum 15 minutes (APCM pour plus de 6 séances par an)	89	0
4A17, 4A24, 4A25 - Chirurgies des paupières et des voies lacrymales soumises à autorisation suivant Annexe C	57	1
Divers	7	13

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



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



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



### Nombre de titres de prise en charge traités

	2014	2015	2016	2017	2018
Kinésithérapie	228.196	237.708	307.472	287.484	309.621
Psychomotricité	950	2.841	2.770	3.200	2.769
Orthophonie	3.307	3.867	3.993	4.307	5.072

## 8. Les enquêtes et contrôles administratifs



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



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

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

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



### Contrôles administratifs

		2014	2015	2016	2017	2018
Employeurs	présent	1.540	1.511	1.413	1.314	1.731
	absent	882	822	870	752	997
	valablement excusé	415	435	452	388	481
	non-excusé	467	387	418	364	516
	<b>Total</b>	<b>2.422</b>	<b>2.333</b>	<b>2.283</b>	<b>2.066</b>	<b>2.728</b>
CNS	présent	7.710	6.976	6.692	5.819	1.011
	absent	2.684	2.359	2.388	1.971	455
	valablement excusé	1.376	1.293	1.442	1.114	273
	non-excusé	1.308	1.066	946	857	182
	<b>Total</b>	<b>10.394</b>	<b>9.335</b>	<b>9.080</b>	<b>7.790</b>	<b>1.466</b>
	<b>Total</b>	<b>12.816</b>	<b>11.668</b>	<b>11.363</b>	<b>9.856</b>	<b>4.194</b>

## 9. Les formulaires et décomptes internationaux



Service Inscriptions et service Décomptes du département International



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

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

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

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



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

	2014	2015	2016	2017	2018
S1 - actif (E106)	132.980	137.246	142.717	149.829	156.972
S1 - membre de famille d'actif (E109)	1.315	1.320	1.223	1.184	1.169
S1 - pensionné	9.710	10.637	11.465	12.166	12.976
S1 - membre de famille d'un pensionné	1.737	2.006	2.118	2.173	2.192
BL2 / BL3 - pensionné belge	6.546	6.876	7.162	7.334	7.573
BL1 - actif belge	42.805	44.010	45.167	46.930	48.271

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

	2014	2015	2016	2017	2018
EHIC ou certificat remplacement	3.671	3.216	3.588	3.680	3.733
S3	194	165	162	233	279
S2	1.174	1.014	1.679	1.903	2.973
BL1	121	99	123	243	189
BL2	8	8	7	18	20
S1 actif	886	838	864	1.190	1.103
S1 actif MF (E109)	55	55	49	59	36
S1 pensionné	615	434	448	574	493
S1 pensionné MF	80	69	67	88	66

### Dépenses relatives aux conventions internationales suivant la date de prestation

en millions d'euros	2014	2015	2016	2017	2018
Séjour temporaire	16,4	17,6	17,9	18,4	18,3
Frontaliers	266,9	271,5	276,3	290,5	305,7
Traitement E112 / S2	33,1	36,9	34,3	37,0	36,7
Pensionnés Frais effectifs	33,9	38,2	42,5	45,3	48,4
Forfaits (pens. et mem. fam.)	1,3	1,5	1,5	1,5	1,5
Complément belgo-lux	6,2	6,8	7,1	6,5	6,8
<b>Total</b>	<b>357,9</b>	<b>372,5</b>	<b>379,4</b>	<b>399,3</b>	<b>417,4</b>

Source: Décompte annuel global de l'assurance maladie-maternité, exercice 2018  
Comme tous les décomptes relatifs aux années 2017 et 2018 n'ont pas encore été introduits à la CNS, une partie des dépenses a dû être estimée.



## 10. Le transfert à l'étranger



Service Transfert à l'étranger du département International



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



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

	2015	2016	2017	2018
Consultations ou examens	4.337	3.366	1.226	2.844
Traitements ambulatoires	1.890	1.933	1.858	2.131
Traitements stationnaires	4.463	4.266	4.247	4.435
Cures	65	74	65	63
Analyses	8	2	12	1
<b>Total</b>	<b>9.387</b>	<b>9.119</b>	<b>7.862</b>	<b>9.132</b>
Nombre de refus	715	1.701	1.498	724

## 11. L'enregistrement des médecins et autres professionnels de santé



Chargé et assistant gestion prestataires du département Prestations en nature maladie-maternité



Le chargé effectue l'enregistrement et la gestion centralisés de tous les médecins, médecins-dentistes, professionnels de santé et fournisseurs (agrération, enregistrement dans une banque de données, attribution d'un code prestataire / fournisseur, ...).

Il fournit aux professionnels de santé les informations et documents officiels (nomenclature, convention, cahier des charges, ...).

Il assure la coordination et le paiement aux médecins et dentistes des indemnités pour les documents (certificats, devis...) réalisées par leur propre moyen et il peut les dépanner en formulaires pré-imprimés lorsqu'ils sont en rupture de stock.



## Gestion des codes fournisseurs

Catégorie de fournisseurs	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de codes fournisseurs (actifs ou non) existant en fin d'année					
Médecins et médecins-dentistes	6.021	6.273	6.550	6.859	7.255
Médecins étrangers	8.259	8.583	8.829	9.121	9.361
Infirmiers et Sages-femmes	6.152	6.310	6.519	6.760	7.130
Kinésithérapie	1.861	1.958	2.089	2.244	2.397
Psychomotricité	77	85	94	99	111
Orthophonie	107	117	125	135	147
Laboratoires*	47	156	167	183	189
Autres	6.406	6.794	6.965	7.448	7.618
<b>Total</b>	<b>28.930</b>	<b>30.276</b>	<b>31.338</b>	<b>32.849</b>	<b>34.208</b>
Nombre de créations de codes fournisseurs en cours d'année					
Médecins et médecins-dentistes	235	252	277	309	396
Médecins étrangers	706	324	246	292	240
Infirmiers et Sages-femmes	257	158	209	241	370
Kinésithérapie	113	97	131	155	153
Psychomotricité	9	8	9	5	12
Orthophonie	5	10	8	10	12
Laboratoires*	1	109	11	16	6
Autres	157	388	171	483	170
<b>Total</b>	<b>1.483</b>	<b>1.346</b>	<b>1.062</b>	<b>1.511</b>	<b>1.359</b>

\* En 2015, les prestataires étrangers à qui les laboratoires luxembourgeois sont susceptibles de transférer des analyses ont été introduits dans la base de données de la CNS. Le nombre de laboratoires au Grand-Duché de Luxembourg est resté stable entre 2014 et 2015.

## 12. Les médicaments et dispositifs médicaux



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



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



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

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

Le département procède également au contrôle en continu des critères sur lesquels s'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.

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



### Demandes d'inscription dans la liste positive des médicaments

	2014	2015	2016	2017	2018
Demandes en cours au 1 <sup>er</sup> janvier	243	258	261	264	271
Demandes entrées en cours d'année	378	203	182	150	194
Nombre de décisions prises	447	290	166	162	171
Total demandes traitées suivant date entrée de la demande	621	461	443	414	465
Nombre de médicaments inscrits dans la liste positive au 1 <sup>er</sup> janvier de l'année	4.649	4.823	4.829	4.721	4.679



## Demandes d'autorisations

	2014	2015	2016	2017	2018
Médicament	15.103	16.093	16.975	16.424	18.556
B1	1.368	1.319	1.409	1.054	1.468
B5	588	627	690	689	857
B2	675	697	702	726	784
B4	137	160	151	134	168
B7	657	605	781	965	1.074

## Dispositifs Médicaux : Dossiers de demandes

Type de décision	Type de fichier	2014	2015	2016	2017	2018
Ajouts	B1	84	43	181	66	74
	B2	0	0	0	0	0
	B4	11	1	25	9	0
	B5	0	5	5	31	2
	B7	6	42	2	25	56
Modifications	B1	24	44	44	17	840
	B2	0	9	5	4	33
	B4	2	10	0	1	1
	B5	1	14	11	12	0
	B7	0	0	0	56	1
Suppressions	B1	155	44	108	619	85
	B2	0	0	0	0	0
	B4	0	2	0	0	0
	B5	1	1	0	14	0
	B7	0	0	0	0	54
Inscrits dans les listes statutaires au 31. décembre de l'année	B1	2.649	2.650	2.723	2.165	1.946
	B2	39	39	39	39	39
	B4	306	305	330	352	350
	B5	66	70	75	91	91
	B7	213	255	257	282	238
<b>Total</b>		<b>3.272</b>	<b>3.272</b>	<b>3.424</b>	<b>2.929</b>	<b>2.664</b>

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

### 13. L'assurance dépendance



Service Gestion des demandes et service Liquidation du département Assurance dépendance



Le service Gestion des demandes traite les demandes en obtention des prestations de l'assurance dépendance. Il gère également les demandes de réévaluation, y compris le changement de partage prestations en nature / prestations en espèces.

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



#### Activités du service Gestion des demandes

	2014	2015	2016	2017	2018
Premières demandes	4.188	4.241	4.138	4.328	4.093
Demandes de réévaluation	3.037	3.126	2.913	2.232	2.547
Changements de partage prestations en nature/prestations en espèces	2.392	2.701	2.453	2.527	120*
Transcriptions d'un plan de prise en charge vers une autre structure de prise en charge	1.551	1.754	1.575	1.738	76*
Transcriptions sur base d'une décision postérieure (changement de structure pendant évaluation)	638	804	859	711	4*
Demandes pour des adaptations de logement	306	253	285	297	308
Déclarations d'entrées/sorties	7.458	5.585	5.622	5.967	10.312
Nombre de titres de prise en charge portant sur des aides techniques	18.898	17.881	18.899	17.696	16.431
Nombre de commandes passées pour des aides techniques	3.438	2.709	2.667	2.295	2.007

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





### Activités du service Liquidation

	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de factures traitées émanant des prestataires d'aide et de soins	108.339	131.477	132.613	125.960	39.814*
Nombre de factures en relation avec les aides techniques / adaptations voiture	2.794	5.005	5.242	4.973	4.513
Nombre de factures émises par l'Association pour le Développement et la Propagation d'Aides Techniques pour Handicapé(e)s (ADAPTH)	707	808	697	856	702
Nombre de factures en relation avec des adaptations logement	310	281	233	198	231
Nombre de mensualités versées au titre des prestations en espèces (nombre de patients par mois)	95.333	95.047	93.542	92.929	87.159

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

## 14. Les établissements hospitaliers



Service Autorisations et liquidation et service Budgets du département Établissements hospitaliers



Le Service Autorisations et liquidation gère les demandes de prises en charge et de prolongations pour les traitements ambulatoires et stationnaires auprès des différents établissements hospitaliers et prestataires. Il contrôle et liquide les facturations de l'activité des différents établissements hospitaliers et prestataires.

Le service Budgets a pour mission principale la gestion des relations avec les 12 établissements hospitaliers et la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL). Il négocie et établit les budgets annuels et les décomptes des 12 établissements hospitaliers. Il gère également les négociations financières avec le Centre thermal de Mondorf et le réseau EGSP (entente des gestionnaires de soins psychiatriques) qui regroupe les prestataires de soins psychiatriques.



### Enveloppe budgétaire globale 2018 (en mio. €)

Frais fixes	790,5
Frais variables	183,0
<b>Total</b>	<b>973,5</b>
Prime annuelle	17,7
Indemnités pour religieuses retraitées	0,2
Indemnités pour médecins de garde	4,5
Avances LNS et Colpach	26,0
Budget FHL / COM	3,1
Divers	1,6
<b>Total</b>	<b>1.026,6</b>
Enveloppe	1.033,9
Écart	7,3

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

	FF (budget accordé rectifié)	FV (montant liquidé brut)	Total	Évolution
2007	512,1	135,2	647,29	
2008	541,8	140,1	681,91	6,9 %
2009	570,7	141,8	712,56	5,3 %
2010	585,8	141,8	727,60	4,5 %
2011	605,5	143,4	748,91	2,1 %
2012	623,5	144,6	768,09	2,9 %
2013	646,7	143,4	790,10	2,4 %
2014	660,4	148,1	804,20	1,8 %
2015	685,5	151,4	823,40	2,4 %
2016	697,2	159,1	836,40	1,6 %
2017	735,3	164,9	900,17	7,6 %
2018	790,5	183,0	973,50	8,1 %

Il s'agit d'une estimation au niveau des FV pour 2017



### Nombre d'équivalents temps plein (ETP) accordés

	Nombre d'équivalents temps pleins (ETP) accordés	Postes créés (abs)	Postes créés (en %)
2007	5.877,67		
2008	6.006,00	128,33	2,2 %
2009	6.114,44	108,44	1,8 %
2010	6.115,00	0,56	0,0 %
2011	6.197,52	82,52	1,3 %
2012	6.209,53	12,01	0,2 %
2013	6.226,31	16,78	0,3 %
2014	6.226,93	0,62	0,0 %
2015	6.256,51	29,58	0,5 %
2016	6.257,53	1,02	0,0 %
2017	6.339,09	81,56	1,3 %
2018	6.359,54	20,45	0,3 %

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

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



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

	2014	2015	évo. 2015/ 2014	2016	évo. 2015/ 2014	2017	évo. 2017/ 2016
Salles opératoires	64.753	64.790	0,1 %	67.204	3,7 %	67.226	0,0 %
Salles d'accouchement	5.781	5.743	-0,7 %	5.689	-0,9 %	5.910	3,9 %
Chirurgie cardiaque	811	791	-2,5 %	771	-2,5 %	854	10,8 %
Cardiologie interventionnelle	3.016	2.871	-4,8 %	2.873	0,1 %	2.863	-0,3 %
Laboratoires	1.114.757	1.126.936	1,1 %	1.130.824	0,3 %	1.168.244	3,3 %
Imagerie médicale	527.260	526.613	-0,1 %	540.712	2,7 %	544.149	0,6 %
IRM	47.117	47.602	1,0 %	49.591	4,2 %	49.270	-0,6 %
Radiothérapie	26.397	26.674	1,0 %	26.261	-1,5 %	28.456	8,4 %
Médecine nucléaire	16.546	15.727	-4,9 %	17.042	8,4 %	16.576	-2,7 %
PET Scan	2.573	2.660	3,4 %	2.862	7,6 %	3.238	13,1 %
Lithotritie extracorporelle	810	703	-13,2 %	630	-10,4 %	612	-2,9 %
Caisson d'oxygénothérapie hyperbare	751	813	8,3 %	578	-28,9 %	589	1,9 %
Hémodialyse	56.279	59.233	5,2 %	61.928	4,5 %	60.750	-1,9 %
Kinésithérapie	511.348	520.185	1,7 %	535.545	3,0 %	546.872	2,1 %
Ergothérapie	197.627	196.951	-0,3 %	206.339	4,8 %	228.864	10,9 %
Hydrothérapie	20.409	20.056	-1,7 %	19.916	-0,7 %	20.048	0,7 %
Gymnase	21.606	18.821	-12,9 %	26.739	42,1 %	25.655	-4,1 %
Appartements thérapeutiques	872	853	-2,2 %	838	-1,8 %	842	0,5 %
Soins palliatifs patients hospitalisés	9.559	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.



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

	2014	2015	évo. 2015/ 2014	2016	évo. 2015/ 2014	2017	évo. 2017/ 2016
Policlinique	1.154.739	1.133.220	-1,9%	1.146.765	1,2%	1.139.670	-0,6%
Places de surveillance patients ambulatoires	26.112	27.058	3,6%	28.401	5,0%	31.782	11,9%
Hospitalisation - soins normaux	691.251	703.181	1,7%	715.784	1,8%	703.457	-1,7%
Hospitalisation - soins intensifs	44.824	43.774	-2,3%	44.519	1,7%	44.238	-0,6%
Chimiothérapie	21.331	21.367	0,2%	23.793	11,4%	23.617	-0,7%
Hôpital de jour psychiatrique	24.149	25.683	6,4%	26.553	3,4%	28.590	7,7%
Fécondation in vitro (FIV)	482	415	-13,9%	446	7,5%	488	9,4%
Curiethérapie	482	13	-97,3%	11	-15,4%	9	-18,2%
Endoscopie	10	44.204	441940,0%	45.930	3,9%	43.928	-4,4%

## 15. Le contentieux et les affaires juridiques



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



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

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





Les chiffres qui suivent se rapportent à l'exercice 2018.

### Perquisitions

Nombre de perquisitions	11
-------------------------	----

### Décisions du Conseil d'administration

Nombre dossiers PE	534
--------------------	-----

Nombre total dossiers PN	100
--------------------------	-----

Nombre total dossiers concernant prestations en nature	21
--	----

Nombre total dossiers concernant traitement à l'étranger	79
--	----

Nombre dossiers AD	98
--------------------	----

<b>Nombre total des décisions préparées</b>	<b>832</b>
---	------------

### Juridictions de sécurité sociale - Conseil arbitral de la sécurité sociale

<b>Total jugements définitifs pris par CASS</b>	<b>167</b>
---	------------

Nombre total gain de cause assuré	85
-----------------------------------	----

Nombre total gain de cause CNS	73
--------------------------------	----

Nombre total partiellement gain de cause pour les deux parties	7
--	---

Nombre total affaires devenues sans objet ou rayées du rôle	2
---	---

<b>Nombre total des jugements définitifs concernant PE</b>	<b>145</b>
--	------------

Nombre total gain de cause assuré	81
-----------------------------------	----

Nombre total gain de cause CNS	55
--------------------------------	----

Nombre total partiellement gain de cause pour les deux parties	7
--	---

Nombre total affaires devenues sans objet ou rayées du rôle	2
---	---

<b>Nombre total des jugements définitifs concernant PN</b>	<b>6</b>
--	----------

Nombre affaires PN gain de cause assuré	1
---	---

Nombre affaires PN gain de cause CNS	5
--------------------------------------	---

<b>Nombre total des jugements définitifs concernant AD</b>	<b>16</b>
--	-----------

Nombre affaires AD gain de cause assuré	3
---	---

Nombre affaires AD gain de cause CNS	13
--------------------------------------	----

### Juridictions de sécurité sociale - Conseil supérieur de la sécurité sociale

<b>Total arrêts pris par CSSS</b>	<b>19</b>
-----------------------------------	-----------

Nombre total gain de cause assuré	5
-----------------------------------	---

Nombre total gain de cause CNS	14
--------------------------------	----


**Arrêts pris en matière PE sur appel de l'assuré 5**

Nombre total gain de cause assuré	1
-----------------------------------	---

Nombre total gain de cause CNS	4
--------------------------------	---

**Arrêts pris en matière PE sur appel de la CNS 3**

Nombre total gain de cause assuré	2
-----------------------------------	---

Nombre total gain de cause CNS	1
--------------------------------	---

**Arrêts pris en matière PN sur appel de l'assuré 3**

Nombre total gain de cause assuré	0
-----------------------------------	---

Nombre total gain de cause CNS	3
--------------------------------	---

**Arrêts définitifs pris en matière AD sur appel de l'assuré 8**

Nombre total gain de cause assuré	2
-----------------------------------	---

Nombre total gain de cause CNS	6
--------------------------------	---

**Recours contre tiers**
**Nombre total des dossiers en cours au 31.12 2.012**

Nombre de dossiers en cours contre assureurs nationaux	426
--	-----

Nombre de dossiers en cours contre assureurs étrangers	288
--	-----

Nombre de dossiers en cours dans lesquels la CNS se dirige contre des particuliers	1.080
--	-------

Nombre affaires dans lesquelles la CNS est assistée par des avocats nationaux	107
---	-----

Nombre affaires dans lesquelles la CNS est assistée par des avocats étrangers	111
---	-----

**Montant (€) total récupéré 6.524.237,40**

Montant récupéré pour la Mutualité des employeurs	518.359,06
---	------------

Montant récupéré en relation avec les PE (charge CNS)	406.637,90
---	------------

Montant récupéré en relation avec les PN	4.815.133,44
--	--------------

Montant récupéré en relation avec l'AD	784.107,00
--	------------

Nombre total nouveaux dossiers ouverts au cours de l'exercice en question	721
---	-----

## 16. La coordination juridique



Département Coordination juridique, ses 5 juristes et ses services Support instruments juridiques et Lutte contre les abus et la fraude



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

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

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



### Département Coordination juridique - 2018

Nombre de questions parlementaires transmises par le Ministère de tutelle à la CNS et préparées par le département	21
Nombre de mises à jour du tableau de la veille juridique	2
Avis juridiques rédigés par le département dans des dossiers concernant la CNS.	48
Dossiers transmis à la CNS par l'Ombudsman et traités par le département	28
Nombre de réunions pendant lesquelles le service Support instruments juridiques a assuré le secrétariat de la Commission de nomenclature	17
Prise de position quant à une pétition introduite devant la Chambre des Députés, sur demande du Ministre de la Sécurité sociale	1



Pour les missions du service Lutte contre les abus et la fraude, veuillez consulter le point "Lutte contre les abus et la fraude" sous le chapitre "Les activités de la CNS - Les éléments marquants".

## 17. Le courrier



Service Courrier du département Ressources humaines et organisation



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

Il gère également le courrier sortant.



### Service Courrier - Chiffres-clés

	2014	2015	2016	2017	2018
Total caisses ETP	12.031	11.719	11.607	11.024	11.279
Total caisses Boîte OAS	885	931	931	912,5	953
Total ETP + Boîte OAS	12.916	12.652	12.536	11.936,5	12.232
distribués à:					
- Remboursement	27%	30%	34%	35%	35%
- Certificats d'incapacité de travail	9%	10%	10%	11%	12%
- autre Prestations en espèces	6%	4%	4%	4%	5%
- Coassurance/Signalétique	4%	2%	1%	1%	2%
- International	2%	3%	3%	4%	4%

Les chiffres présentés sont approximatifs. Le nombre d'enveloppes par caisse Post peut varier fortement (taille de l'enveloppe etc.). Moyenne approximative d'enveloppes par jour: ~10.000  
Total caisses ETP = Total des caisses que la CNS reçoit de la Post

Total caisses boîte OAS = Caisses correspondant aux courriers CNS déposés dans la boîte aux lettres commune aux institutions dans l'agence à Hollerich

Depuis 2018, pour la facturation des kinésithérapeutes, environ 300 caisses de moins par an en raison de l'introduction de la facturation électronique.

## 18. La communication



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



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

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



### Nombre de mails entrants (adresse [cns@secu.lu](mailto:cns@secu.lu))

	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Total</b>	<b>25.892</b>	<b>32.505</b>	<b>44.707</b>	<b>49.954</b>	<b>73.094</b>
Moyenne par jour ouvré	103	128	177	200	290

Le nombre effectif d'emails entrant par mois est beaucoup plus élevé. Les chiffres ci-avant reprennent uniquement le nombre de conversations (une conversation peut contenir plusieurs messages, si l'assuré répond une voire plusieurs fois à un email).





« J'aime travailler dans une équipe dynamique. Mon objectif est de fournir à nos assurés les meilleures informations et conseils possibles. »



Kitty  
Agent d'accueil



Je travaille pour le **service Accueil et information** depuis décembre 2016. Ensemble avec mes collègues, nous recevons les appels téléphoniques du numéro central 2757-1 de la CNS, ainsi que les e-mails envoyés à l'adresse collective [cns@secu.lu](mailto:cns@secu.lu). C'est une équipe jeune et nous travaillons sous cette constellation depuis le 01.01.2017.



Le nombre d'**appels** que je réceptionne quotidiennement peut varier fortement d'un jour à l'autre; il m'arrive de traiter 250 appels par jour. Nous recevons les appels de 08h00 à 11h30 et de 13h30 à 16h00.

Dans la mesure du possible, nous essayons de **répondre directement** aux appels et mails. Nous répondons en principe à toute demande d'ordre général (fonctionnement CNS), concernant le volet assuré (commande de carte, remboursement, certificat d'incapacité de travail etc.), ...

Si la demande est trop spécifique et nécessite la compétence et les accès du métier, je dois **transférer** l'assuré au service compétent en interne.

Le nombre de **mails** que notre service traite quotidiennement augmente également d'année en année. Nous traitons actuellement quelque 300 mails par jour.

Nous traitons les emails en dehors des périodes d'ouverture du central téléphonique. Nous disposons d'un grand nombre de **réponses standardisées** qui nous permettent de répondre d'une manière uniforme. Soit je fournis une réponse directe à l'assuré, soit je transmets sa demande en interne au destinataire compétent.



## 19. Les ressources humaines



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



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

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

## 20. Le support administratif



Service Support administratif du département Ressources humaines et organisation



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



### Service Support administratif - Chiffres-clés

	2016	2017	2018
Mobilier	80.537,60 €	96.924,48 €	86.939,38 €
Matériel de bureau	86.408,38 €	91.186,07 €	94.269,91 €
Déménagement	21.005,25 €	27.003,25 €	25.857,42 €
Entretien fax	6.146,35 €	4.489,15 €	1.938,98 €



### Service Support administratif - Chiffres-clés

	2016	2017	2018
Téléphonie siège	16.044,55 €	21.149,15 €	11.910,86 €
Courrier entrant	1.299.850,00 €	1.114.284,49 €	1.217.403,36 €
Courrier sortant	351.698,00 €	325.692,38 €	277.583,11 €
Participation aux frais d'affranchissement CCSS	2.134.492,00 €	2.229.257,93 €	1.884.454,02 €
Total affranchissement	3.786.040,00 €	3.669.234,80 €	3.784.855,52 €

## 21. La maîtrise d'ouvrage et le support informatique



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



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

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

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

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

## 22. Les finances



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



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

En 2017, le département Finances a élaboré le concept du cahier d'études de la CNS. L'élaboration du cahier d'études s'inscrit dans une logique de développement du volet des analyses financières et statistiques. La CNS souhaite analyser et de comprendre son environnement, pour anticiper son comportement et répondre au mieux aux besoins de la collectivité. La finalité de cette démarche est de donner des informations objectives sur des sujets spécifiques, en complétant l'analyse économique traditionnelle - qui s'intéresse aux montants par grandes catégories de prestation et au nombre de personnes protégées - avec une étude approfondie qui peut descendre au niveau des actes et des patients. Les cahiers d'études CNS sont publiés sur le site Internet de la CNS et transmis aux différents prestataires de soins de santé concernés par le sujet. En particulier, la CNS a publié son deuxième cahier d'études relatif à la maternité. Il s'agit d'une analyse des dépenses de la CNS liées à la grossesse et à l'accouchement de 2006 à 2015.

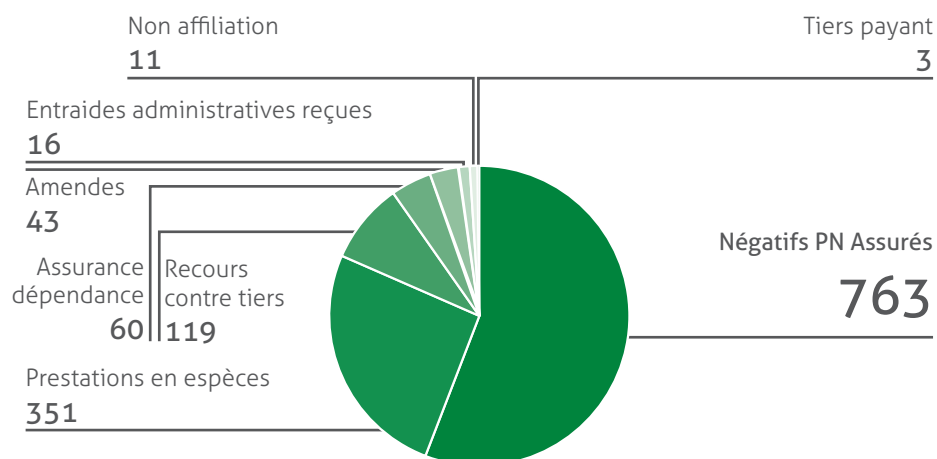
Le service Budget gère le budget administratif (BA) de la CNS, de l'établissement à la présentation au Conseil d'administration. Il assure également le suivi de l'exécution rigoureuse du BA, l'ordonnancement de dépenses et l'établissement du décompte des frais administratifs. Il gère les contrats de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

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

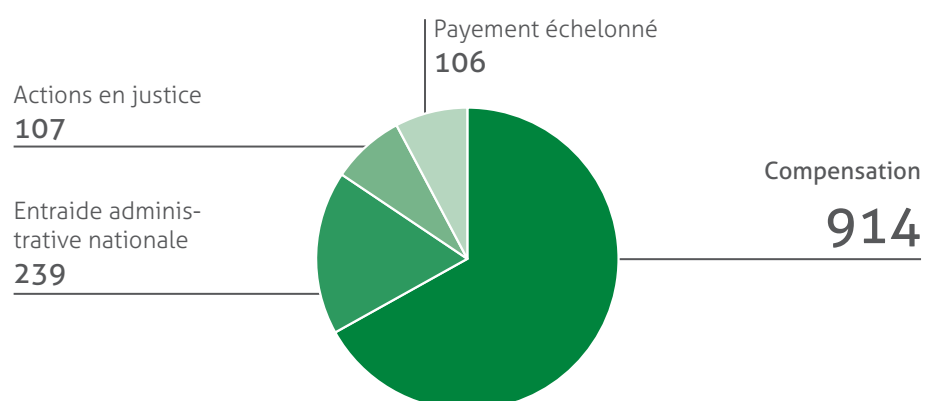
Le service Paiements PN et recouvrement établit des ordonnances d'imputation des liquidations "prestations en nature" pour l'AMM et pour l'AD. Il gère les retours-virements du département Prestations en nature maladie-maternité et du département International. Il gère les dossiers de recouvrement AMM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



### Provenance des dossiers du service Paiements PN et recouvrement (2018)



### Mode de recouvrement



### Montants recouvrés et montants à recouvrer

**Montant total recouvré en 2018** **259.299,00 €**

**Montant total à recouvrer** **6.572.479,01 €**

Prestations en espèces	573.066,50 €
Amendes	32.819,70 €
Recours contre tiers	1.666.841,62 €
Négatifs PN Assurés	132.906,89 €
Assurance dépendance	528.811,68 €
Tiers payant	35.246,03 €
Non affiliation	15.434,81 €
Entraides administratives reçues	3.587.351,78 €