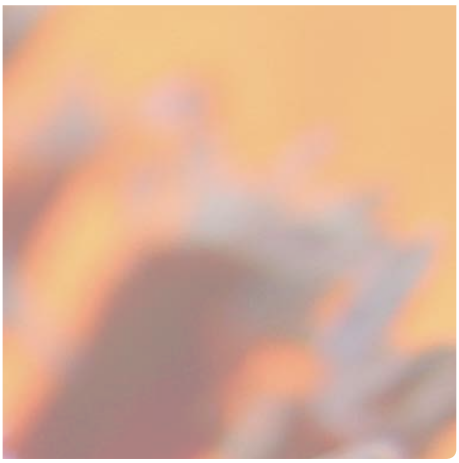
CNS

d'Gesondheetskeess

RAPPORT ANNUEL 2015

RAPPORT ANNUEL 2015



Sommaire

Le mot du président 6

Quelques chiffres pour l'année 2015 8

A. La CNS et son fonctionnement 12

I. Les missions de la CNS 12

II. Les axes stratégiques et la planification annuelle 13

III. Le Comité directeur 14

IV. L'organisation interne 16

V. L'organigramme de la CNS au 31.12.2015 21

VI. Les ressources humaines 22

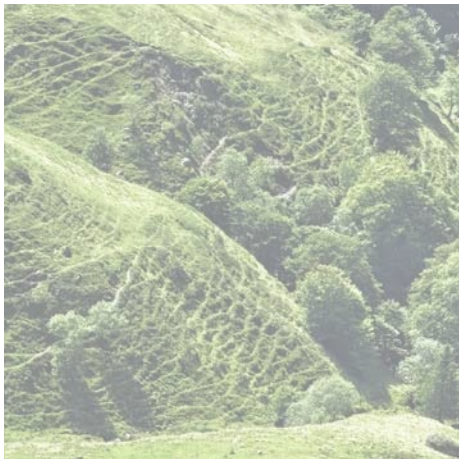
B. Les activités de la CNS 30

I. Les éléments marquants de 2015 30

II. La planification stratégique et annuelle 58

III. Le travail quotidien de la CNS 66

1. Les indemnités pécuniaires de maladie et de maternité 66
2. Le remboursement des soins de santé 73
3. Le paiement complémentaire 81
4. Les agences 81
5. La coassurance et la signalétique 82
6. Les autorisations nationales 83
7. Les soins de kinésithérapie, de psychomotricité et d'orthophonie 85
8. Les enquêtes et contrôles administratifs 86
9. Les formulaires et décomptes internationaux 86
10. Le transfert à l'étranger 88
11. L'enregistrement des médecins et autres professionnels de santé 89
12. Les médicaments et dispositifs médicaux 92
13. L'assurance dépendance 95
14. Les établissements hospitaliers 97
15. L'aspect juridique 103
16. Le courrier 108
17. La communication 109
18. Le support administratif 111
19. La maîtrise d'ouvrage et le support informatique 112
20. La comptabilité et les finances 113



C. Les finances et chiffres-clés de la CNS 122

I. L'assurance maladie-maternité 122

II. L'assurance dépendance 134

D. Les statistiques par thème 142

I. Les médecins 142

II. Les médecins-dentistes 144

II. Les laboratoires 146

II. Les infirmiers 148

II. Les masseurs-kinésithérapeutes 150

II. Les médicaments 152

E. Les annexes 156

I. Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance maladie-maternité 156

II. Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance dépendance 159

III. Modifications statutaires entrées en vigueur en 2015 161

IV. Les dépliants de la CNS 162

V. Les communiqués de presse de 2015 164

Glossaire 164

Le mot du président

Chères lectrices, chers lecteurs,

Le bilan de l'année 2015 se caractérise de prime abord par la bonne situation financière globale des assurances maladie-maternité et dépendance. La situation post-crise du début des années 2010 avec des équilibres financiers fragiles et potentiellement critiques semble être maîtrisée et on peut parler actuellement d'une situation financière stable, devant permettre une évolution sereine – sous toute réserve due au principe de prudence - jusqu'à la fin de la période législative en cours.

Rappelons d'abord les raisons de cette situation globalement positive :

Le Luxembourg a passé le cap de la crise de 2008-2009 déjà à partir de 2011. Ainsi, le pays a été moins atteint que les projections initiales le laissaient croire. L'activité économique restait et reste assez dynamique, notamment comparée à nos pays avoisinants, de sorte que les recettes continuent à augmenter tant en ce qui concerne les impôts que pour les cotisations alimentant les différentes branches de la sécurité sociale. En particulier, la croissance des recettes de l'assurance maladie-maternité dépasse la croissance des dépenses sur la période 2014 à 2016, et la trajectoire des dépenses respectives est en ligne avec la croissance économique actuelle du pays.

En second lieu, la préconisation d'une approche prudente depuis la réforme du système de soins de santé de 2010 introduisant des mesures d'économies dans le cadre de l'assurance maladie-maternité globalement maintenues depuis lors a permis de cadrer l'évolution financière de façon durable. Plus particulièrement, l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale pour les établissements hospitaliers a aidé à cadrer l'évolution des dépenses entre 3 et 5 % par an. Le corps médical et les laboratoires d'analyses médicales ont également été visés par des mesures d'économies depuis 2010. Néanmoins, il n'a jusqu'à présent pas été possible de procéder à une révision des nomenclatures correspondantes. Les réformes structurelles sont néanmoins indispensables pour arriver de façon durable à une maitrise de l'évolution des dépenses correspondantes.

Le troisième facteur ayant mené à l'assainissement financier de l'assurance maladie-maternité relève de la compétence du Contrôle médical de la sécurité sociale, qui a notamment revu depuis 2013 les procédures de contrôle des congés de maladie de longue durée.

Ainsi, les taux d'évolution correspondants ont pu être ramenés à un niveau normal menant au fait que l'absentéisme avait en 2014, pour la première fois, diminué depuis plusieurs années. Les procédures de contrôle et d'autorisation du CMSS ont un impact important sur la situation financière de l'assurance maladie-maternité.

Le même effet peut d'ailleurs être observé pour l'assurance dépendance, où les mesures inscrites dans le « budget de nouvelle génération » et mises en œuvre par la Cellule d'évaluation et d'orientation ont mené à une diminution des dépenses notamment en matière de soutien.

Ainsi, les résultats prévisionnels pour l'année 2015 de l'assurance maladie-maternité et de l'assurance dépendance affichent des résultats positifs de respectivement 114,8 millions d'euros et 81,3 millions d'euros et les budgets arrêtés pour l'année 2016 font état de résultats prévisionnels respectifs de 201,8 millions d'euros et de 89,6 millions d'euros. La réserve globale de l'assurance maladie-maternité est estimée à 18 % en 2016 et celle de l'assurance dépendance correspond à 25 % des dépenses courantes. Dès lors se pose la question de la projection financière à moyen terme, sous l'hypothèse que la tendance économique actuelle continue d'évoluer de façon favorable.

Pour l'assurance dépendance, les défis budgétaires se dessinent de toute façon à moyen terme avec le vieillissement démographique et avec l'arrivée prononcée de la génération des Baby-boomers parmi les bénéficiaires de la dépendance. En outre, la réforme de l'assurance-dépendance prévue pour 2017 devrait normalement poser le cadre de l'évolution financière future.

Pour l'assurance maladie-maternité, le taux de la réserve globale devrait donc atteindre 18 % à la fin de l'exercice 2016 et l'actualisation des estimations en automne 2015 prévoit un dépassement de la limite maximale supérieure de 20 % fixée dans le Code de la sécurité sociale. Dès lors, les engagements politiques pris vis-à-vis des prestataires et des partenaires lors des réunions bipartites prévoient un relâchement des mesures d'économies maintenues depuis 2011. Pour le budget 2017, de pair avec les différentes négociations prévues pour la période 2017-2018 (enveloppe budgétaire globale, lettres-clés des professionnels de santé,...) il s'agit donc de trouver un équilibre entre l'amélioration ciblée de certaines prestations au profit des assurés, le relâchement de certaines mesures d'économies et le maintien d'une rigueur budgétaire avec un niveau de réserve élevé.

En effet, la situation budgétaire favorable de l'assurance maladie-maternité, atteinte par la voie d'efforts substantiels, ne doit pas mener à une mise en question de son principe directeur « l'utile et le nécessaire ». Bien que l'équilibre financier de l'assurance maladie-maternité soit, enfin, à nouveau stable, cette situation peut se retourner assez rapidement et il y a néanmoins lieu d'attirer l'attention aux risques liés à l'estimation de la croissance économique, et de prendre également en compte la tendance générale des taux de croissance des dépenses, le vieillissement de la population, la demande constante de nouvelles prestations ou types de prises en charge, l'évolution de l'offre et le progrès médical ainsi que notamment l'effet de la transposition de la réforme de la fonction publique dans les secteurs hospitaliers et dépendance.

Paul Schmit

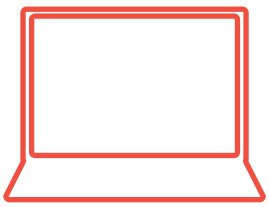
Président du Comité directeur
de la CNS

Quelques chiffres pour l'année 2015

6.640

VISITES JOURNALIÈRES

en moyenne sur notre site **www.cns.lu**, avec un pic de 9.300 visites journalières en moyenne pour le mois de mars 2015



13.547

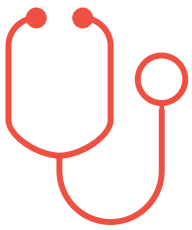
CONSULTATIONS SUR INTERNET

du rapport annuel 2014 en août et septembre 2015

650.843

CERTIFICATS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

pour maladie et accident ont été traités par la CNS, par rapport à 598.374 en 2014



192

MÉDECINS

sont déclarés **médecins référent** (décembre 2015)

220.061

CHÈQUES ONT ÉTÉ ÉMIS EN 2015

par les agences de la CNS (222.894 en 2014)

16
AGENCES DE LA CNS
sont à votre service

69.500
MOYENNE DES APPELS MENSUELS
contre 62.000 en 2014

266.530
ASSURÉS NE RÉSIDENT PAS AU LUXEMBOURG
254.893 en 2014

793.042
ASSURÉS AFFILIÉS À L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ
en progression de 2,6 % par rapport à 2014

421,5
EFFECTIF DE LA CNS

24.819
FACTURES
saisies dans le cadre du tiers payant social, en comparaison avec quelque 17.136 factures en 2014

La CNS et son fonctionnement

A. La CNS et son fonctionnement

I. Les missions de la CNS

Le régime luxembourgeois de sécurité sociale est divisé en diverses branches: maladie-maternité, dépendance, vieillesse, invalidité, survie, prestations familiales, accidents du travail, maladies professionnelles et chômage. La CNS gère les assurances maladie-maternité et dépendance. La CNS est un établissement public qui est compétent pour tous les assurés du secteur privé (salariés et non-salariés tels les indépendants) ainsi que pour les employés du secteur public qui ne bénéficient pas du statut du fonctionnaire.

Assurance maladie-maternité

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

Assurance dépendance

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

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

La CNS participe également à la mise en oeuvre de projets intéressant les Ministères de la Santé et de la Sécurité sociale.

Parmi les activités de représentation nationales, européennes et interna-

tionales, la CNS est membre de l'Association luxembourgeoise des organismes de sécurité sociale (ALOSS), de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), de l'European Social Insurance Platform (ESIP) et du Medicine Evaluation Committee (MEDEV).

Les visions de la CNS

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

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

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

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

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

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

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

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

II. Les axes stratégiques et la planification annuelle

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

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

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

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

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

F. La CNS met en place une analyse statistique et financière complétée.

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

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

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

Vous trouverez de plus amples informations au sujet des axes stratégiques et la planification annuelle sous « B.II. La planification stratégique et annuelle » à la page 58.

Le Comité directeur de la CNS s'est réuni **13 fois** en 2015.

III. Le Comité directeur

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

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

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

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

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

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

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

- de statuer sur le budget annuel global de l'assurance maladie-maternité, compte tenu du budget des frais administratifs établi par la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois ;
- d'établir la programmation pluriannuelle ;
- de refixer les taux de cotisation ;
- de statuer sur le décompte annuel global des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan de l'assurance maladie-maternité ;

- d'établir les statuts réglant, dans la limite des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles, tout ce qui concerne les prestations ;
- d'établir les règles relatives au fonctionnement de la CNS ;
- de préparer les négociations à mener par le Président ou son représentant avec les prestataires de soins et de se prononcer sur le résultat de ces négociations ;
- de gérer le patrimoine immobilier de la CNS ;
- de prendre les décisions concernant le personnel de la CNS.

La composition du Comité directeur au 31.12.2015

Président : Paul Schmit (représentant l'État)

Membres effectifs	Membres suppléants
Représentants salariés	
Carlos Pereira (vice-président à tour de rôle)	André Roeltgen
Lynn Settinger	Romance Scheuer
Armand Drews	Thomas Klein
René Pizzaferri	Alain Back
Christophe Knebeler	Paul De Araujo
Alphonse Classen	Nico Wennmacher
Alain Spies	Marie-Claude Koders
Claude Geimer	Jean-Marie Spartz
Représentants employeurs	
Michel Rodenbourg	Anna Suardi
Norbert Geisen	Christian Colas
Camille Schroeder	Josiane Willems
Fabienne Lang	Danièle Haustgen
Claude Bizjak	Silvia Teixeira
Marc Kieffer	Magalie Lysiak
François Engels	Michel Wadlé
Nicolas Henckes (vice-président à tour de rôle)	Nicolas Simons

IV. L'organisation interne

Le Président

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

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

Il lui appartient notamment :

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

Le Bureau exécutif

Sur base des orientations stratégiques et des priorités arrêtées de l'administration, ainsi que des implications découlant notamment de la réforme de la fonction publique, la direction et la coordination des activités de la CNS est confiée à un Bureau exécutif dont les attributions générales, sous réserve des prérogatives réservées au Comité directeur, sont :

- Au niveau stratégique :
  - Arrêter la planification annuelle/pluriannuelle respectivement le programme de travail de l'administration
  - Définir les priorités et suivre l'atteinte des objectifs
- Au niveau Comité Directeur :
  - Préparer et suivre les réunions du Comité directeur et de la Commission des statuts
- Au niveau politique :
  - Arrêter la position de l'administration en relation avec les différents dossiers prioritaires et les questions politiques, ainsi que par rapport aux différents organes aux niveaux ministériels
- Au niveau prestataires et prestations :
  - Arrêter les positions de base, l'organisation et le suivi pour les différentes négociations avec les prestataires de soins : conventions, nomenclatures, litiges
  - Arrêter les propositions de modifications de statuts
- Au niveau organisationnel :
  - Assurer un monitoring des projets organisationnels majeurs
  - Arrêter la détermination des postes à responsabilité particulière et les descriptions de fonction correspondantes

- Arrêter les changements organisationnels : nominations, organigramme, ...

Le Bureau exécutif se compose de :

M. **Jean-Paul JUCHEM**, 1er Conseiller de direction, ayant comme mission centrale la coordination des réformes du système de soins de santé et comme missions transversales et projets principaux:

- Développement des statistiques et fourniture de données à des tiers
- Détection systématique des abus et des fraudes
- Médecin référent
- Révision des nomenclatures et conventions: labos et kinés
- Plan hospitalier et loi hospitalière
- Systèmes de documentation et de financement du secteur hospitalier (Documentation hospitalière, DRG, ...)

Départements lui rapportant :

- Département Prestations des Médecins et Autres Professions de Santé
- Département Fournitures et Médecine Préventive

Mme **Denise SEYWERT**, 1er Conseiller de direction, ayant comme missions centrales le développement organisationnel et la planification (pluri)annuelle et le développement des services aux assurés et comme missions transversales et projets principaux:

- Élaboration et coordination des plans d'actions
- Entretiens personnels, description des fonctions et des objectifs par département
- Élaboration et mise en œuvre de la charte d'accueil
- Modernisation des échanges administratifs avec les assurés
- Modernisation des agences de la CNS
- Mise en œuvre de la réforme Fonction publique

Départements lui rapportant :

- Département Prestations Espèces Maladie
- Département International
- Département Relation Assurés
- Département Ressources Humaines et Organisation

M. **José BALANZATEGUI**, 1er Conseiller de direction, ayant comme mission centrale la coordination des relations avec les prestataires des secteurs hospitalier et dépendance et comme projets principaux :

- Coordination réforme Assurance Dépendance
- Révision des nomenclatures infirmiers et soins palliatifs
- Enveloppe budgétaire globale du secteur hospitalier
- Comptabilité analytique des hôpitaux
- Psychiatrie extrahospitalière

Départements lui rapportant :

- Département Établissements Hospitaliers
- Département Assurance Dépendance

Mme **Sonja TRIERWEILER**, 1er Conseiller de direction, Chef de département Coordination juridique, ayant comme mission centrale la coordination des affaires juridiques et comme missions transversales et projets principaux:

- Développement des instruments ju-

ridiques : statuts et conventions, avis et contributions règlements et lois

- Questions d'interprétations des dispositions statutaires, conventionnelles et règlementaires et point de contact interne des départements et services
- Lien juridique avec Ministères, IGSS, CMSS, Collège médical etc.
- Coordination juridique des démarches de lutte abus et fraude
- Développement des relations avec les caisses de maladie du secteur public

Département lui rapportant :

- Département Contentieux et Affaires Juridiques

M. **Nicolas KREMER**, Chef de département MOA et Support informatique, ayant comme mission centrale la coordination de la modernisation informatique et comme missions transversales et projets principaux :

- Chaînes de facturation
- Echanges électroniques CMSS
- Documentation des processus
- Détection systématique des abus et fraudes
- eFacturation / ePrescription
- Business Intelligence (statistiques et datawarehouse)
- Développement eCNS
- Lien avec CISS, Agence eSanté, CTIE etc.
- Helpdesk
- Support opérationnel protection des données

Le Bureau exécutif assure les missions attribuées à l'ancienne Direction.

Au Président rapportent directement les départements Finances et Communication, ainsi que le Secrétariat Général.

Mme **Catherine THOMÉ**, Secrétaire générale, se voit attribuée comme missions transversales et projets principaux :

- Juridique hors métier
- Sécurité de l'information
- Gestion du patrimoine
- Aspects juridiques Agence eSanté
- Suivi du programme de travail et de la réalisation des objectifs
- Audit interne (fonction à créer)
- Rapport annuel
- Statut du personnel de la CNS

Les départements

Les activités de la CNS sont regroupées en 13 départements.

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

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

1. Assurance Dépendance

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

Chef de Département:
Patrick LOPES BENTO

Chef de Département Adjoint:
Jeannick PERROTTE

2. Communication

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

Chef de Département:
Caroline DE HOOG

3. Établissements Hospitaliers

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

Chef de Département:
Frank BISENIUS

Chef de Département Adjoint:
Francis PALLMER

4. Finances

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

Chef de Département:
Vanessa DI BARTOLOMEO

Chef de Département Adjoint:
Jean-Marie ROSSLER

5. Fournitures et Médecine Préventive

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

Chef de Département:
Claude FRIEDEN

Chef de Département Adjoint:
Danièle HENGEN

6. International

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

Chef de Département:
Romain SCHAUL

Chef de Département Adjoint:
Marc HENGERS

7. Coordination Juridique

Le Département Coordination Juridique coordonne les affaires juridiques. Il coordonne l'adaptation des instruments juridiques (conventions et statuts) et coordonne les démarches en matière de lutte contre les abus et les fraudes.

Chef de Département:
Sonja TRIERWEILER

8. Contentieux et Affaires Juridiques

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

Chef de Département:
Mike WALCH

Chef de Département Adjoint:
Nadine HIRTZ

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

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

Chef de Département:
Nicolas KREMER

Chef de Département Adjoint:
Fabrice MAERZ

10. Prestations des Médecins et Autres Professions de Santé

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

Chef de Département:
Romaine FRANCK

Chef de Département Adjoint:
Joël KIRTZ

11. Prestations Espèces Maladie

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

Chef de Département:
Michel GOERGEN

Chef de Département Adjoint:
Paul SAUBER

12. Relation Assurés

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

Chef de Département:
Alain COLOMBO

Chef de Département Adjoint:
Martha MAAR

13. Ressources Humaines et Organisation

Pour le Département Ressources Humaines et Organisation, chaque collaboratrice/teur de la CNS figure au centre de sa réflexion et de ses actions, tout en contribuant à la chaîne de valeur ajoutée du domaine des ressources humaines. Ceci comprend le recrutement de candidats qualifiés et motivés ainsi que leur intégration réussie, le développement professionnel et personnel des collaborateurs sur tous les niveaux hiérarchiques et la gestion de projets et d'initiatives relatifs au volet des ressources humaines, y compris ceux relatifs à la gestion administrative. Le département gère par ailleurs l'ensemble des services de support nécessaires au fonctionnement journalier de la CNS (courrier, logistique, matériel du bureau etc.).

Chef de Département:
Torsten KLAAS

V. L'organigramme de la CNS au 31.12.2015

COMITÉ DIRECTEUR

PRÉSIDENCE | SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

BUREAU EXÉCUTIF

Département Contentieux et Affaires Juridiques

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

Département Relation Assurés

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

Département Assurance Dépendance

– Service Gestion des Demandes
– Service Liquidation

Département Communication

– Service Médias et Publications
– Service Accueil et Information

Département Établissements Hospitaliers

– Service Négociation
– Service Autorisations et Liquidation

Département Fournitures et Médecine Préventive

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

Département Prestations des Médecins et Autres Professions de Santé

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

Département MOA et Support Informatique

– Service Maîtrise d'Ouvrage
– Service Support Informatique
– Service Analyses Décisionnelles et Statistiques
– Service Sécurité Informatique

Département Ressources Humaines et Organisation

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

Département Coordination Juridique

– Cellule Juristes
– Service Support Instruments Juridiques
– Service Lutte Contre les Abus et la Fraude

Département Finances

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

Département Prestations Espèces Maladie

– Service Saisie et Archivage
– Service Gestion
– Service Gestion Ménage

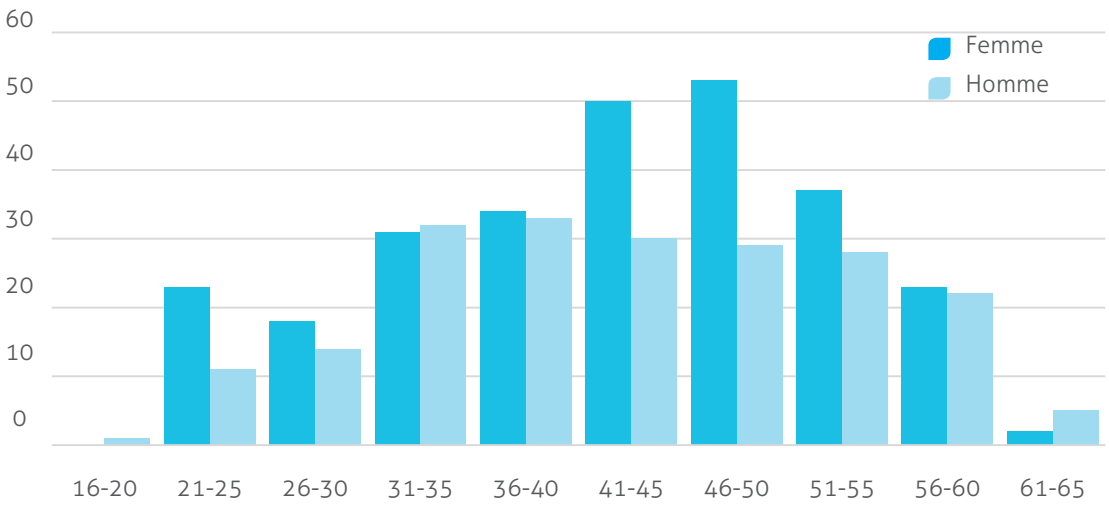
Département International

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

VI. Les ressources humaines

Effectif de la CNS (au 31 décembre de l'année)							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Président	1	1	1	1	1	1	1
Pharmacien	1	1	1	1	1	1	1
1er Conseiller de direction	4	4	3	4	4	4	4
Attaché administratif	13	14,25	14	16	19,25	18	15,75
Rédacteur	163	167	164	161,25	166,25	165,5	172
Expéditionnaire	118,25	115	118,25	114,75	121	126,75	122
Infirmier/ Laborantin	0	0	1	1	1	1	0
Agent de salle	1	1	1	1	1	1	1
Non-statutaires	112,25	117,25	112,5	112,5	109,5	99,75	104,75
Total	**413,5**	**420,5**	**415,75**	**412,5**	**424,0**	**418,0**	**421,50**

Pyramide des âges 2015 (au 31 décembre)



Âge moyen des employés							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Âge moyen	41,90	42,50	42,80	43,40	43,50	43,40	43,10

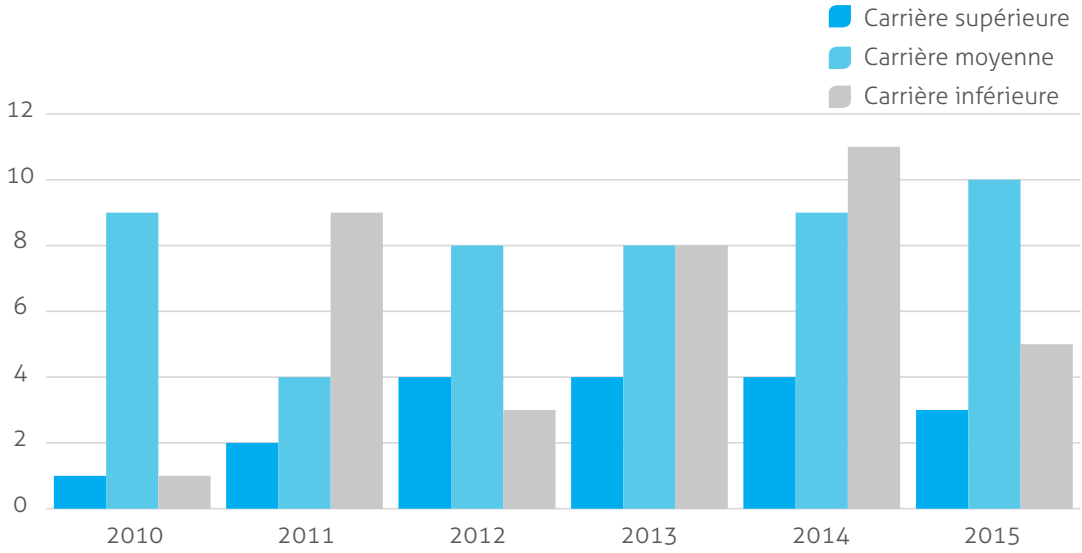
Mouvement employés							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maternité	11	10	11	16	13	6	10
Congé parental plein-temps	9	7	9	3	7	4	5
Congé parental mi-temps	8	9	5	8	14	10	10
Tâche partielle 50 %	44	48	47	49	47	55	53
Tâche partielle 75 %	25	24	29	32	30	34	34
Étudiants	82	86	64	88	119	85	91
Stagiaires (enseignement secondaire technique)	/	1	/	4	2	1	/

Examens							
Examens de fin de stage							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de participations							
SA1AT	6	1	1	1	2	4	0
SB1RE	4	3	7	7	6	12	5
SC1EX	1	0	5	8	4	7	7
Nombre de réussites							
SA1AT	6	1	1	1	2	3	0
SB1RE	3	2	5	7	4	6	4
SC1EX	0	0	3	7	2	6	7
Examens de promotion							
Nombre de participations							
SB1RE	3	3	14	3	2	2	4
SC1EX	9	6	7	4	0	1	1
Nombre de réussites							
SB1RE	3	3	8	2	2	2	3
SC1EX	4	4	3	2	0	0	1

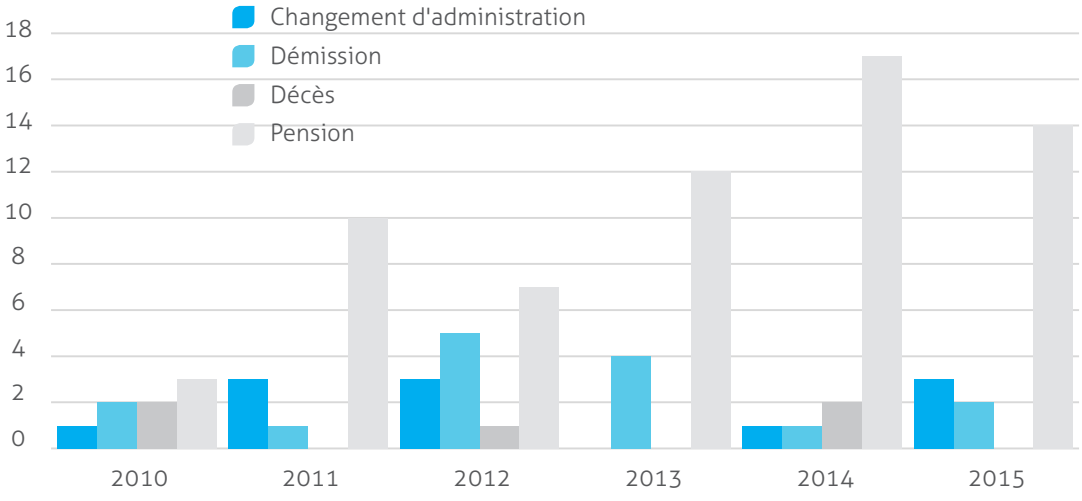
SA1AT: employé statutaire, groupe de traitement A1, carrière de l'attaché de direction
SB1RE: employé statutaire, groupe de traitement B1, carrière du rédacteur
SC1EX: employé statutaire, groupe de traitement C1, carrière de l'expéditionnaire

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Examens de carrière et épreuves de qualification							
Nombre de participations							
Examens de carrière	2	3	4	3	1	1	0
Epreuves de qualification	3	1	2	3	0	1	0
Nombre de réussites							
Examens de carrière	2	3	2	1	0	1	0
Epreuves de qualification	2	1	1	2	0	0	0
Carrière ouverte							
Nombre de participations	2	2	4	3	1	3	4
Nombre de réussites	2	1	0	1	1	1	2

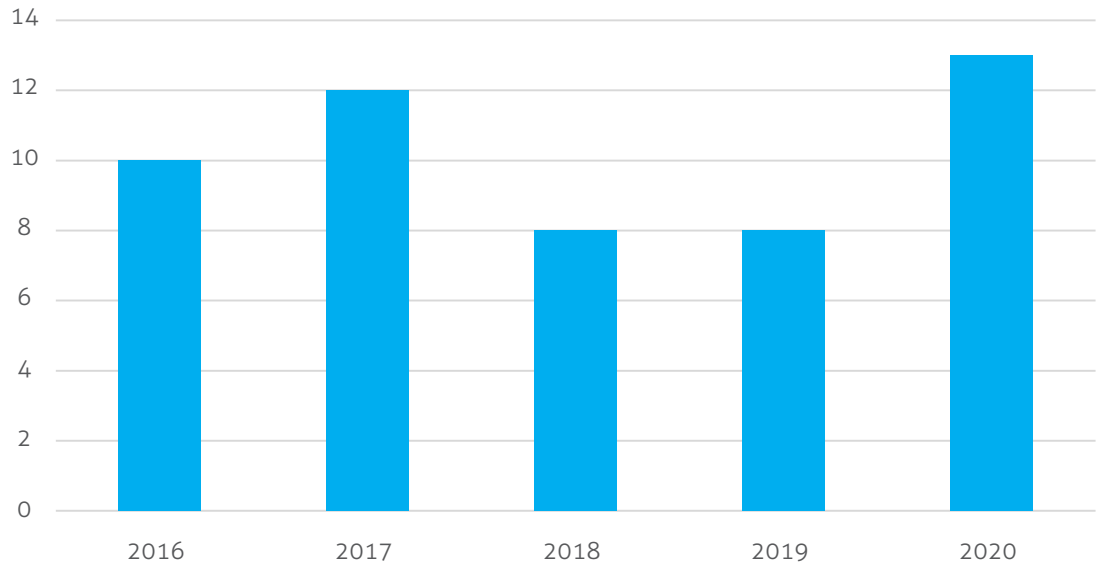
Recrutements 2010 - 2015



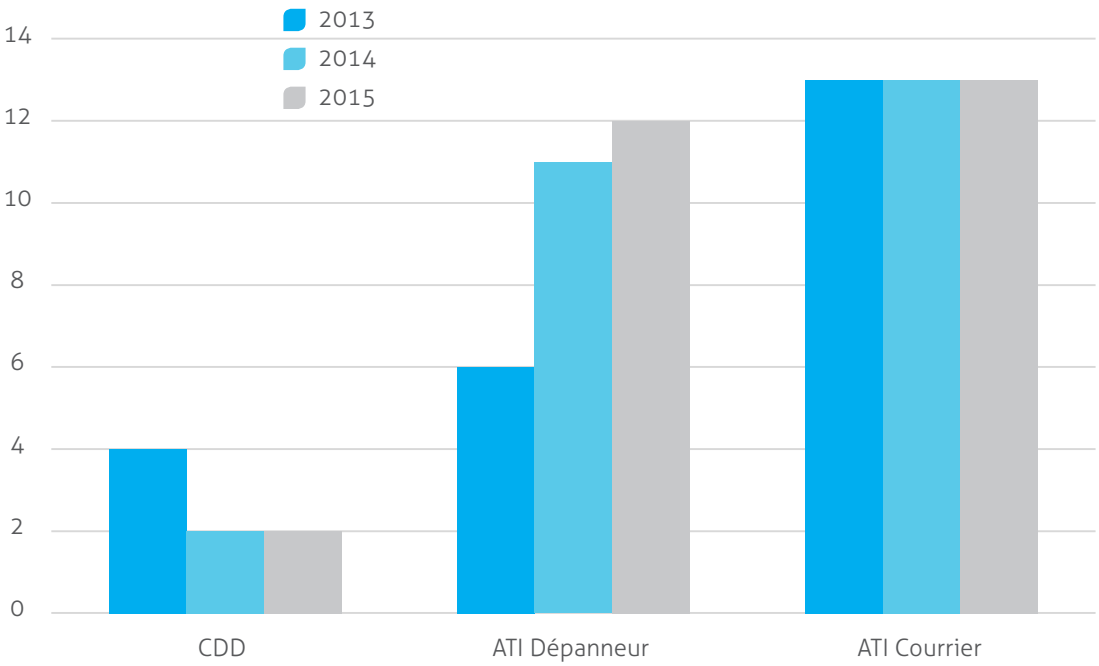
Départs 2010 - 2015



Éligibilité pension - Nombre de personnes

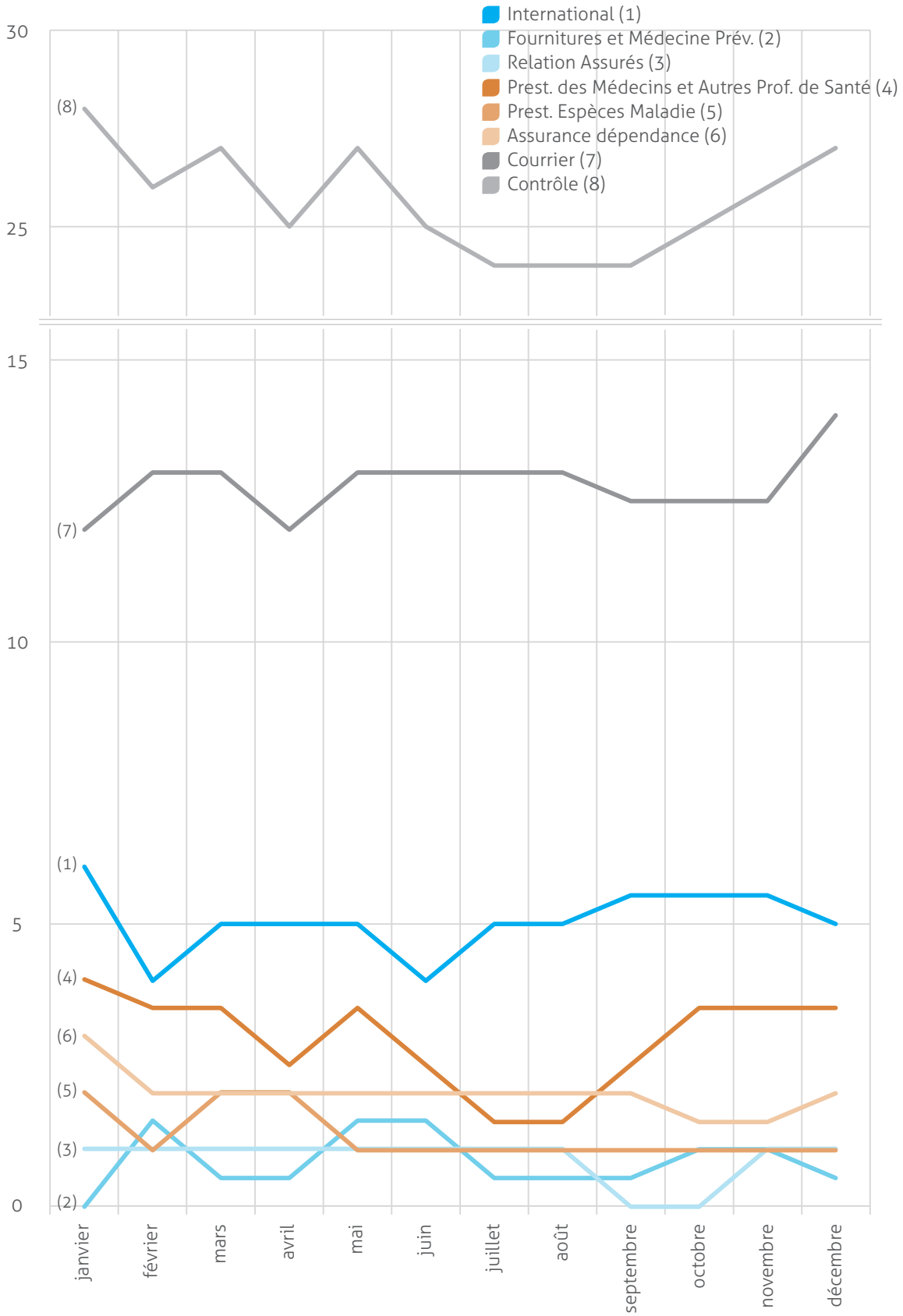


Nombre de dépanneurs (au 31 décembre)



Dépanneur: Agents (employés temporaires et travailleurs auxiliaires) pour le remplacement temporaire de postes vacants provenant d'un congé de maternité suivi d'un congé parental et pour pallier des vacances de postes libérées après le départ d'un agent jusqu'à son remplacement définitif.

Affectation dépanneurs 2015



Les activités de la CNS

B. Les activités de la CNS

I. Les éléments marquants de 2015

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

1. Absentéisme

Le Groupe de Haut Niveau sur l'Absentéisme, constitué des partenaires sociaux et des ministres de la Sécurité sociale et du Travail et de l'Emploi, présentera les nouveaux chiffres sur l'absentéisme au travail portant sur l'exercice 2015 seulement en septembre 2016. Selon les calculs réalisés à ce jour par l'Inspection générale de la sécurité sociale, le taux d'absentéisme pour 2015 devrait grosso-modo rester stable par rapport à celui de l'exercice 2014 (3,64%). Il y a lieu de tenir compte de l'impact d'une épidémie grippale plus intense par rapport à l'année passée reflètant une progression du taux de courte durée (absences de moins de 3 semaines). Le taux de longue durée ne semble pas augmenter grâce au recul des absences de longue durée liées aux maladies du système ostéo-articulaire.

Le coût direct de l'absentéisme se chiffre pour 2015 à 573 mio. d'euros contre 538 mio. d'euros l'année passée.

Un document complet sur l'absentéisme 2015 va être publié en septembre 2016 sur le site du ministère de la Sécurité sociale (www.mss.public.lu). Il est à noter que ces chiffres se rapportent tant à l'incapacité de travail à partir du 77ème jour d'absence à charge de la CNS que pour la période de la charge patron couverte par la Mutualité des employeurs.

2. Réforme des prestations en espèces

Découlant principalement d'une démarche d'évaluation de l'introduction du statut unique menée par le Comité directeur de la CNS de 2011 à 2013, la loi du 7 août 2015, modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant certaines dispositions des codes de la sécurité sociale et du travail a réformé les dispositions de la gestion des prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité :

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

- La protection du salarié contre le licenciement pour une période de vingt-six semaines est maintenue même en cas de cessation du droit au maintien du salaire, à condition que le salarié fasse un recours contre la décision de la Caisse nationale de santé.

- La procédure actuelle, qui consiste dans l'envoi automatique d'une demande pour un rapport R4 selon un algorithme défini, a été modifiée dans la mesure où le Contrôle médical utilisera le rapport R4 de manière plus sélective, en décidant en connaissance de cause dans quels cas il y a lieu de lancer la procédure R4.

- La possibilité pour permettre aux statuts de la caisse de prévoir des mesures déterminées d'appréciation pour le maintien du droit aux indemnités pécuniaires en cas de cessation de l'affiliation.

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

La nouvelle loi devrait entre autres mener à un traitement efficient des cas de maladie de courte durée, étant donné la croissance continue de ces cas depuis l'entrée en vigueur du statut unique. Il y

a lieu de préciser que l'assurance maladie-maternité ne bénéficiera qu'indirectement et seulement à moyen terme du renforcement des contrôles dans ce domaine, mais que l'impact devrait avant tout se faire ressentir au niveau de la Mutualité des employeurs en charge de la « Lohnfortzahlung ».

À noter que tant le CMSS que la CNS vont mettre en œuvre différentes mesures telles que la révision de la procédure R4, la révision de la procédure de convocation ou l'introduction de l'obligation pour des assurés affichant un schéma répétitif d'absences ponctuelles de présenter un certificat d'incapacité de travail. Il a notamment été possible de réduire substantiellement le délai pour une première convocation pour un examen de contrôle auprès du CMSS.

Néanmoins, les vrais effets de la loi devraient seulement se faire ressentir à partir de l'année 2017, au moment où le CMSS aura pu procéder au recrutement des effectifs supplémentaires prévus et que les procédures et algorithmes révisés auront pu être inscrits au niveau des statuts de la CNS et mis en pratique. A ce moment-là, la CNS évaluera aussi l'agencement entre le contrôle administratif actuel et le nouveau mécanisme de contrôle médical.

Le vote de la loi précitée est intervenu ensemble avec celui de la loi du 23 juillet 2015 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe. Les effets de cette loi, notamment en ce qui concerne la coordination des interventions et des compétences entre Médecine du travail et CMSS restent à être analysées.

La CNS a encore essayé de faire traiter différents autres sujets de réforme des prestations en espèces, en particulier dans le cadre des réformes prévues par le Gouvernement en matière de prestations familiales et de congé parental, le mécanisme de dispenses de travail, tel que déjà prévu par la loi réforme de 2010, ou encore le congé thérapeutique à mi-temps, actuellement seulement sommairement décrit dans les statuts de la CNS. Néanmoins ses initiatives sont restées sans suite.

3. Discussions au sujet du dépassement exceptionnel de la limite des 52 semaines d'indemnisation des incapacités de travail

Lors des discussions par rapport aux projets de loi « prestations en espèces » et « reclassement », une volonté commune du Gouvernement, de la Commission parlementaire jointe de la sécurité sociale et du travail et des partenaires sociaux a été exprimée de prévoir dans des cas exceptionnels et bien déterminés la possibilité d'un dépassement des 52 semaines. La CNS a été chargée par le Ministre d'élaborer au sein de son Comité directeur pour octobre 2015 une solution à inscrire au niveau des statuts ciblant « une prolongation exceptionnelle et temporaire de l'indemnité pécuniaire de maladie au-delà de la limite de 52 semaines sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) et en accord avec l'employeur. »

Néanmoins, les discussions ont rapidement buté sur le point bloquant de l'obligation de l'accord employeur. Si cet accord représente une condition essentielle notamment pour le patronat, et si les administrations le considèrent comme une disposition importante pour déterminer le caractère exceptionnel de la mesure recherchée et pour repérer les seuls cas de rigueur, il ne trouve pas l'accord des syndicats qui sont d'avis qu'une telle condition est disproportionnée par rapport au but recherché.

D'autres sujets subsidiaires, directement ou indirectement liés au point crucial

précité, posaient également problème, notamment les difficultés de restreindre le champ d'application de la mesure recherchée aux seuls cas de rigueur répondant à un caractère exceptionnel. De telles conditions dépendent d'une appréciation médicale potentiellement délicate et pourraient être considérées comme injustes voire discriminatoires.

Devant cette différence de vue fondamentale et les problèmes réels de mise en oeuvre, la CNS s'est vue dans l'impossibilité de répondre à la requête formulée et a rendu l'initiative politique au Ministre de la Sécurité sociale.

4. Transfert à l'étranger

L'année 2014 avait été marquée par la transposition de la directive 2011/24/UE sur l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, par le vote de la loi de transposition en date 17 juin 2014 et par le vote du Comité directeur de la CNS en date 9 juillet 2014 des modifications des statuts correspondantes. La CNS s'était encore concentrée de son côté sur la mise en place d'un point de contact national fournissant particulièrement des informations aux assurés affiliés au Luxembourg relatives aux prestations de soins de santé transfrontaliers dispensés ou prescrits dans un autre pays de l'UE, en Suisse ou dans l'Espace économique européen. Les dispositions statutaires sont entrées en vigueur au 1er septembre 2014 et l'année 2015 représente la première année complète de leur application.

En conclusion, le bilan de cette année entière d'application des dispositions en relation avec la directive de soins de santé transfrontaliers se résume comme suit :

- L'impact de la directive est difficilement évaluable, mais semble être somme toute assez limité dans le cadre global des transferts à l'étranger et des dépenses y relatives.
- La directive formalise et étend les possibilités de transferts à l'étranger en dehors des mécanismes inscrits dans le règlement européen 883/2004, et ajoute ainsi une couche de complexité supplémentaire dans le traitement et la tarification des dossiers correspondants.
- La directive ne semble pas stimuler encore davantage les demandes de la population résidente d'opter pour des soins à l'étranger.

Ces constats doivent donc être considérés dans le cadre général de la problématique des traitements à l'étranger :

- l'article 20 du règlement (CE) n° 883/2004 prévoit la procédure dite du S2 qui donne droit aux soins programmés selon la législation de l'État membre de traitement ;
- l'article 20 du Code de la sécurité sociale qui prévoit les conditions requises pour obtenir le remboursement selon les tarifs luxembourgeois des soins de santé délivrés à l'étranger ;
- les statuts de la CNS qui précisent les modalités d'application tant du règlement communautaire susmentionné que de l'article 20 du Code de la sécurité sociale.

En application de ces dispositions, une autorisation préalable de la CNS est requise :

a) dans le cadre de la procédure S2 pour tout transfert (consultation, traitement ambulatoire ou stationnaire) ;

b) dans le cadre de l'article 20 du Code de la sécurité sociale pour les transferts impliquant le séjour de l'assuré dans un hôpital pour au moins une nuit, ou le recours aux infrastructures hautement spécialisées et coûteuses.

Les décisions de la CNS fondent sur les avis médicaux motivés du Contrôle médical de la sécurité sociale, qui s'imposent par la suite à la CNS. Lors de la transposition de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, la CNS avait décidé de donner priorité à la procédure dite « S2 » jugée plus favorable pour la personne protégée. La procédure d'autorisation prévue à l'article 20 du Code de la sécurité sociale quant à elle ne trouve application qu'à défaut, si la personne protégée en fait la demande expresse ou encore si la prise en charge via la procédure S2 ne s'avère pas possible (ex. prestataire non conventionné ...).

L'autorisation requise au niveau de l'article 20 du règlement 883/2004 et au niveau de l'article 20 (2) du Code de la sécurité sociale est accordée sur base d'une demande préalable contenant diverses informations reprises à l'article 27 des statuts de la CNS. Un grand nombre des demandes transmises à la CNS ne sont pas motivées du tout, voire motivées de manière insuffisante ou encore motivées par pure convenance personnelle de la part du prestataire ou de l'assuré. Il en résulte une impossibilité évidente pour le CMSS d'apprécier le bien-fondé des demandes. En principe, les demandes sont transmises au CMSS aux fins de l'appréciation médicale uniquement après vérification de leur conformité aux conditions de forme prévues par les statuts. Toutefois la grande majorité des demandes devrait être simplement refusée par la CNS pour des motifs de pure forme ou encore tenue en suspens jusqu'à obtention par le CMSS des informations requises.

Il faut considérer que depuis les jurisprudences de la CJE dans les affaires Decker et Kohll (1998) et au vu du nombre des demandes, l'UCM (devenue ensuite la CNS) et le CMSS avaient adopté une approche d'autorisation feinte, de sorte qu'un vrai contrôle du bien-fondé médical des traitements à l'étranger faisait souvent défaut. Pour bien situer le problème, il faut encore prendre en considération que le législateur en 2014 a expressément décidé de maintenir le régime d'une autorisation préalable pour la prise en charge des traitements à l'étranger (article 20(2) du Code de la sécurité sociale), alors qu'il aurait juridiquement pu y renoncer.

Le CMSS se doit de constater que le législateur lui a accordé une mission sans

équivoque au niveau de l'article 20(2) du Code de la sécurité sociale et que le cadre du personnel du CMSS a été renforcé en conséquence pour satisfaire à ladite mission. Le CMSS estime que son travail ne devrait pas se borner à simplement estampiller des demandes de transfert à l'étranger ne renseignant pas de motivation médicale. Parallèlement, l'administration de la CNS constate qu'il y a une croissance constante au niveau du volume des demandes de traitement à l'étranger. Ces demandes concernent aussi bien des traitements médicaux lourds que des traitements couramment pratiqués au Luxembourg de même que des traitements à visée esthétique pure, voire même des traitements dénués de tout fondement scientifique.

Ainsi se pose la question de principe en matière de transferts à l'étranger, entre

- une approche libérale, se basant sur le libre choix et la libre circulation des assurés, l'accès à des offres de soins actuellement non prévues dans le système luxembourgeois, l'effet bénéfique découlant d'une mise en concurrence des prestataires luxembourgeois avec des prestataires étrangers, la simplification administrative par rapport à la lourdeur de traitement découlant des textes actuellement applicables, la mise en question de la mission de gardien du secteur médical et du secteur hospitalier luxembourgeois confiée au CMSS et à la CNS, alors qu'une réelle volonté de planification hospitalière ou sanitaire de la part des responsables politiques n'est guère tangible, ...

- une approche protectrice se basant sur une volonté de défenseur des droits des assurés et des spécificités du système luxembourgeois, le risque d'une pression accrue sur le conventionnement obligatoire rendant toute planification sanitaire nationale impossible, les difficultés potentielles des établissements hospitaliers fonctionnant dans un système de financement budgétisé et des médecins agréés exerçant en libéral qui ne peuvent pas afficher une offre transparente basée sur des critères de qualité et de tarifs, ...

La solution retenue ne sera pas sans impact sur le système des soins de santé au Luxembourg. Le corps médical luxembourgeois se plaint traditionnellement des contraintes lui imposées par le conventionnement obligatoire (absence de liberté tarifaire, absence de possibilité de libéraliser l'activité médicale ...). Les discussions au sujet des tables radiologiques ou des cabinets de groupe pluridisciplinaires (« Praxisklinik ») témoignent de la volonté des médecins luxembourgeois d'adapter leur pratique et leur mode de fonctionnement à ceux existant à l'étranger.

5. Mesures statutaires

Sont entrées en vigueur, en date du 1er janvier 2015, les modifications se rapportant à la prise en charge des dispositifs de correction auditive (article 152 des statuts et fichier B3 y relatif).

Est entrée en vigueur, en date du 1er janvier 2015, une modification à l'annexe K concernant les différents coûts moyens d'hospitalisation.

Sont entrées en vigueur, en date du 1er février 2015, des modifications se rapportant aux délais de renouvellement et aux autorisations (articles 24, 39, 42, 43 et 65), une modification à l'article 130 (dioptries) et une modification à l'article 154bis (participation des assurés).

Sont entrées en vigueur, en date du 1er mai 2015, des modifications statutaires en rapport avec des dispositifs de correction auditive (article 152 des statuts), ainsi que des modifications statutaires se rapportant à la prise en charge des soins liés à la dysphorie de genre (point 15 de l'annexe C des statuts).

Lors de la réunion du 11 novembre 2015, le Comité directeur a adopté des modifications statutaires en rapport avec le dispositif du Médecin référent (articles 35 et 35bis des statuts), en rapport avec les cures de convalescence et les cures thérapeutiques (chapitre 5 des statuts), en rapport avec les indemnités pécuniaires de maladie (articles 173, 174, 175,177 et 187) et en rapport avec la prise en charge d'un ptosis vrai de la paupière supérieure (point 17 de l'annexe C des statuts). Ces modifications sont entrées en vigueur en date du 1er janvier 2016.

Lors de réunion du 9 décembre 2015, le Comité directeur a adopté les modifications à l'annexe K des statuts. Cette modification est entrée en vigueur en date du 1er janvier 2016.

6. Négociations conventionnelles avec l'AMMD

Les discussions conventionnelles avec l'AMMD, déclenchées en date du 6 janvier 2012 et finalement échouées en date du 10 décembre 2014 devant le médiateur, portaient essentiellement sur les sujets prioritaires suivants :

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

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

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

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

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

En effet l'article 70, paragraphe (2) prévoit : «(2) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 2 n'aboutit pas, dans un délai de trois mois à partir de la nomination d'un médiateur, à une convention ou à un accord sur les dispositions conventionnelles obligatoires, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Les dispositions obligatoires de la convention sont alors fixées par voie de règlement grand-ducal.»

Bien qu'il découle de ces textes une obligation de réglementation par rapport à ces dispositions obligatoires, le Ministre de la Sécurité sociale a confirmé dans un courrier en date du 27/04/2015, adressé à l'AMMD, la continuation des dispositions conventionnelles en vigueur et a explicitement renoncé à une démarche d'élaboration de règlements grand-ducaux correspondants. Face à l'échec de ce mécanisme introduit par la loi réforme du 17 décembre 2010, la CNS a proposé au Ministre de retirer les dispositions correspondantes du Code de la sécurité sociale.

7. Médecin référent

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

- que la gestion administrative du dispositif ne posait guère plus de problème au cours de l'année 2014 ;
- qu'une grande partie des médecins généralistes s'impliquant actuellement dans le dispositif affiche une approche prudente et s'investit de façon responsable dans la démarche. Il faut néanmoins aussi préciser qu'un nombre très limité de médecins généralistes a réalisé plus que la moitié des déclarations de médecin référent ;
- qu'avec un nombre de +/- 200 médecins généralistes et un nombre de +/-22.000 patients adhérant au dispositif du médecin référent, l'évolution au cours de l'année 2015 était quasiment stable ;

Il faut rappeler que le programme gouvernemental prévoit en principe une continuation du dispositif avec, le cas échéant, un élargissement des missions du médecin référent dans le cadre de la prévention. Or le Comité directeur de la CNS avait dénoncé au 30 juin 2014, à titre conservatoire et avec un préavis d'une année, l'annexe V de la convention en relation avec le médecin référent. Cette décision était motivée par la volonté de reconsidérer le dispositif sur base de l'évaluation, et en parallèle pour les volets conventionnels et tarifaires après la date butoir du 30 juin 2015.

Étant donné que la médiation par rapport à cette dénonciation avait échoué dans le cadre de la renégociation de la convention CNS-AMMD (tel qu'exposée ci-avant sous 6.), il appartenait en principe au Ministre de la Sécurité sociale, respectivement au Gouvernement de déterminer le cadre pour la continuation du dispositif. Néanmoins, suite à la réunion du Comité Quadripartite du 29 avril 2015, il avait été retenu de rechercher une nouvelle base pour le fonctionnement du médecin référent dans le cadre de la convention sur base de l'évaluation prévue.

Le Comité directeur de la CNS avait arrêté au début de l'année 2014 le cadre

de l'évaluation du dispositif du médecin référent. Cette évaluation était essentielle en vue de la continuation et de la révision du dispositif du médecin référent, dont la phase de démarrage venait à échéance au milieu de l'année 2015. L'évaluation effectuée dans le cadre de la Commission d'évaluation instaurée au niveau conventionnel avec l'AMMD devait essentiellement porter sur :

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

Le rapport de la Commission d'évaluation instituée en vertu de l'article 5 de l'amendement à la convention CNS-AMMD fut disponible début avril 2015, le sujet figurant à l'ordre du jour de la réunion de la quadripartite du 29 avril 2015. Les chiffres-clés au 1er mars 2015 furent:

Nombre de déclarations valides	21.374
Proportion population résidente protégée	4,17 %
Nombre d'actes MR01	6.805
Nombre d'actes MR02	18.187
Nombre d'actes E60	-
Montant total remboursé	2.154.943,36 €
Nombre de patients avec ALD	3.080

Les recommandations retenues furent:

- Étant donné que le dispositif MR est intéressant pour les personnes présentant des affections de longue durée, il était proposé de limiter le déploiement du dispositif au MR02. Une simplification administrative devrait également être envisagée.
- La commission d'évaluation MR recommandait de limiter le dispositif aux médecins qui assurent les soins de santé primaires.
- Étant donné qu'il n'était pas encore clairement défini ce que la Direction de la Santé ferait avec les données contenues sur la fiche de prévention, il était recommandé de mettre en attente les activités.
- L'intérêt du dispositif MR devrait être mieux expliqué aux patients souffrant de maladies de longue durée. Le dossier de soins partagé électronique devrait être développé en priorité, afin d'étayer le résumé patient par des données cliniques.
- La conclusion d'un contrat MR, pour le cas de maladies chroniques, permettrait de mieux remplir la mission d'information, d'orientation et de conseil du patient.
- La Commission d'évaluation recommandait de séparer la documentation des affectations de longue durée de la facturation des tarifs MR. La déclaration initiale exhaustive des ALD devrait être faite au moment de la conclusion des contrats MR, l'actualisation pourrait être réalisée par l'envoi annuel d'un relevé des patients atteints d'au moins une affection de longue durée.
- La Commission recommande de refixer le cadre légal, réglementaire et conventionnel du dispositif MR, afin d'exclure tout risque d'explosion financière. Il était proposé de promouvoir le dispositif MR uniquement pour les patients atteints de maladie de longue durée.

Lors de sa réunion du 13 mai 2015, le Comité directeur de la CNS donnait son accord pour entamer des pourparlers

avec l'AMMD en vue d'une réforme du dispositif du Médecin référent au niveau de l'annexe V de la convention et de la nomenclature, se basant sur les conclusions reprises dans le rapport d'évaluation du Médecin référent, et insistant particulièrement sur le lien fort à établir entre le Médecin référent et le dossier de soins partagé.

Les négociations correspondantes avançaient assez rapidement, de sorte que l'amendement à la convention pouvait être validé par le Comité directeur de la CNS lors de sa réunion du 15 juillet 2015. La Commission de nomenclature formula sa recommandation circonstanciée lors de sa réunion du 29/07/2015. Le texte de la convention et la nouvelle nomenclature entrèrent en vigueur le 01/11/2015 resp. le 07/12/2015. A noter encore que la loi budgétaire pour 2016 procéda encore à certaines précisions en relation avec l'article 19bis du Code de la sécurité sociale.

Le nouveau dispositif se concentre essentiellement sur les patients avec une maladie chronique et affichant un besoin de coordination important et tisse un lien étroit avec le DSP. La nomenclature prévoit uniquement un acte MR03 correspondant, avec des dispositions transitoires portant jusqu'au 30 juin 2016. Les travaux préparatifs ont été entamés de suite, notamment en ce qui concerne la programmation informatique entre CNS, CISS et Agence eSanté, de sorte que le nouveau dispositif a pu être lancé à la fin du 1er semestre 2016.

8. Réorganisation de la pédiatrie hospitalière

La question de la participation au service d'urgence et au fonctionnement de la maternité des pédiatres agréés au Centre hospitalier du Nord (CHdN) et au Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM) se pose de façon récurrente depuis plusieurs années. Néanmoins, avec la présentation en automne 2014 de l'avant-projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national, la situation était devenue plus critique, étant donné que le Ministère de la Santé prévoyait pour les quatre centres hospitaliers du pays un seul service de pédiatrie et avait décidé de localiser ce service au Centre hospitalier

de Luxembourg (CHL). Les pédiatres du CHdN et du CHEM ont réagi par rapport à cette décision politique en résiliant leurs contrats d'agrément, de sorte que les deux établissements hospitaliers risquaient d'être dépourvus pour fin 2015 de la présence de pédiatres tant au niveau des urgences que des services de la maternité. Une des conséquences aurait pu être la fermeture des maternités au CHdN et au CHEM.

Dans le contexte de la gestion de la crise qui en découlait, des solutions plus ou moins créatives et variées ont été discutées et recherchées pour contribuer à une solution qui peut être résumée comme suit :

1. Concentration de la pédiatrie hospitalière et création d'une maison médicale pédiatrique au Centre hospitalier de Luxembourg
2. Participation des pédiatres du Nord et du Sud au fonctionnement des maternités du CHEM et du CHdN
3. Création de structures pédiatriques couvrant certaines plages d'urgences plus ou moins rattachées au CHEM et au CHdN

Le premier souci de la CNS portait sur le fonctionnement des maternités au CHEM et au CHdN. A cette fin, elle a pris l'initiative d'élaborer une proposition de rémunération de la disponibilité des médecins pédiatres dans les services de maternité du CHEM et du CHdN. Au Luxembourg, il n'y a pas de modèle de rémunération de la disponibilité de la médecine hospitalière. Il est ainsi sous-entendu que la rémunération de l'activité médicale à l'hôpital couvre la disponibilité des médecins. Le nombre croissant de spécialités médicales et la nécessité de garder des services hospitaliers à taille insuffisante peuvent entraîner l'apparition de situations financières insatisfaisantes pour certaines spécialités médicales. Tel est le cas de la pédiatrie dans les services de maternité du CHEM et du CHdN.

Le CHEM compte entre 1.100 et 1.200 naissances par an, le CHdN entre 800 et 900. En admettant une durée de séjour de 4 jours et un taux d'occupation des deux services de 75 %, la taille nécessaire de ces services se situe à 18 lits pour le CHEM et à 13 lits pour le CHdN. Une norme française exige pour toute nouvelle unité d'obstétrique un mini-

mum de 15 lits. Les deux services de maternité visés sont proches du seuil minimum. Il était néanmoins exclu de fermer les services de maternité du CHEM et du CHdN, étant donné que les deux services restants à Luxembourg-Ville n'ont pas la capacité pour accueillir 2.000 naissances en plus.

Il est de rigueur que dans chaque service de maternité un pédiatre soit appelable. En France, le pédiatre doit être présent sur le site de l'établissement ou en astreinte opérationnelle, pouvant intervenir en urgence tous les jours de l'année, 24h sur 24, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité. Au Luxembourg, il n'existe pas de norme hospitalière comparable. En effet, le règlement modifié du 29 août 1979 établissant les normes auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers qui participent au service d'urgence ne prévoit plus de disponibilité immédiate sur appel d'un médecin-spécialiste en pédiatrie dans les hôpitaux de garde depuis le 1er janvier 2015.

Par contre, le projet de plan hospitalier, dans l'annexe 5, exigeait qu'une maternité assurant moins de 1.500 accouchements par an dispose d'un médecin spécialiste en pédiatrie pour la prise en charge du nouveau-né. Une maternité assurant 1.500 accouchements ou plus doit disposer de la disponibilité, dans des délais compatibles avec l'exigence de sécurité, d'un médecin spécialiste en pédiatrie pour la prise en charge du nouveau-né. L'obligation pour les maternités du CHEM et du CHdN se limiterait donc à une simple disponibilité sans que cette disponibilité doive s'effectuer dans des délais compatibles avec l'exigence de sécurité. Une telle solution n'est imaginable que si les grossesses à risque sont systématiquement transférées vers des maternités assurant au moins 1.500 accouchements et si le SAMU néonatal du CHL se trouve en disponibilité permanente. Aussi longtemps que cette organisation ne se trouve pas en place, le degré de disponibilité pour le médecin spécialiste en pédiatrie ne peut différer entre les 4 maternités du pays.

Il y a lieu de constater qu'actuellement il n'y a pas de norme hospitalière en vigueur exigeant la disponibilité d'un médecin spécialiste en pédiatrie dans un service de maternité. Il est vivement recommandé de combler cette lacune. Comme il ne peut y avoir de doute par rapport à la nécessité pour l'hôpital d'organiser une disponibilité d'un médecin spécialiste en pédiatrie pour son service de maternité officiellement reconnu, la CNS pouvait se déclarer d'accord pour incorporer dans les indemnités de garde des urgentistes un montant supplémentaire destiné à couvrir l'astreinte opérationnelle des médecins spécialistes en pédiatrie dans les services assurant moins de 1.500 accouchements. Ce montant fait partie de l'enveloppe budgétaire globale telle que définie à l'article 5 de la convention CNS-FHL, et a été fixé après discussions à 300 euros par jour pour le CHdN et à 500 euros par jour pour le CHEM.

Les ministres de la Santé et de la Sécurité sociale ont également essayé de répondre à la mise en place du cadre requis au resp. par le CHL. Dans ce contexte, il a également été retenu de mettre à disposition du CHL les moyens financiers nécessaires pour combler le déficit structurel isolé de plus d'un million d'euros par an de l'activité médicale des pédiatres sous contrat.

En date du 29 juillet 2015, les ministres de la Santé et de la Sécurité sociale ont, en application de l'article 65, alinéa 12 du Code de la sécurité sociale, saisi la Commission de nomenclature d'une demande de revalorisation et de création d'actes. Les actes figurant dans la saisine et les coefficients y relatifs se basent sur une liste établie par le Centre hospitalier de Luxembourg. Les services de la CNS ont procédé à une évaluation de

l'impact financier et à des contrôles de faisabilité technique et informatique de la demande.

Il était entendu que cette démarche devait s'accompagner de conditions à intégrer au niveau du projet de règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier national. Le retard pris au niveau de l'adoption dudit règlement grand-ducal suite à l'avis négatif du Conseil d'État du 19 mai 2015 rend le ciblage sur le seul CHL difficile voire discutable d'un point de vue juridique. D'abord les services auxquels sont dédiés les actes figurant dans la saisine n'existent pas au niveau du règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national, règlement grand-ducal actuellement en vigueur, ensuite les trois autres centres hospitaliers continuent de bénéficier d'un service hospitalier pédiatrique correspondant même si, à l'instar des autres services hospitaliers, ils ne disposent pas d'une autorisation valide pour leur exploitation.

L'avis de la CEM avait été remis en date du 10 novembre 2015, et la Commission de nomenclature devrait, à la demande des deux ministres, en principe rapidement arriver à émettre une recommandation circonstanciée correspondante, pour des raisons tant politiques (pression du CHL par rapport aux promesses faites), que légales (article 65, alinéa 13 CSS, 1ère phrase : La modification du coefficient d'un acte ou service figurant dans la nomenclature doit intervenir avant le 1er décembre et ne prend effet que le 1er janvier de l'exercice suivant.) et pratiques (publication du Livre bleu au 1er janvier 2016).

La revalorisation d'actes accompagnée, le cas échéant, d'un doublement et de l'adaptation de libellés d'actes existants génère en principe l'application du mécanisme dit « vase communicant » prévu à l'article 65, alinéa 13 du CSS. Afin de voir clarifiée la question de l'applicabilité de ce mécanisme au cas de figure spécifique des actes de pédiatrie, le président de la CNS a en date du 13 octobre 2015 adressé un courrier correspondant à l'Inspection générale de la sécurité sociale. En date du 13 novembre 2015 l'IGSS a confirmé le principe de l'application du vase communicant, en ligne avec des saisines correspondantes en 2012 par rapport au médecin référent et à un projet d'adaptation de certains tarifs orthodontiques. Dès lors la modification de la nomenclature suivant les desiderata du CHL et entérinée par la saisine des ministres aurait pu être considérée comme étant contraire à la loi, si elle n'était pas accompagnée d'une neutralisation correspondante de la valeur de la lettre-clé.

Néanmoins la loi budgétaire pour l'année 2016 inscrit dans son article 34 le maintien du gel de la lettre-clé des médecins avec une formulation explicite de la valeur correspondante. Il pouvait ainsi être considéré que par la fixation explicite de la lettre-clé, le législateur suspende ou contourne le mécanisme du vase communicant, de sorte qu'une augmentation des coefficients suivant la demande sous rubrique reviendrait de fait à une atténuation des mesures d'économies inscrites dans la loi budgétaire.

La CNS avait une position réservée par rapport à l'approche de répondre à une demande purement financière d'un prestataire isolé, démarche difficilement justifiable, créant un précédent et risquant de servir de justification possible à d'autres actions. La CNS se voyait dans l'obligation de veiller au respect de certains principes de cohérence, comme le ciblage envisagé sur exclusivement le service de pédiatrie du CHL ou encore certains aspects techniques liés aux nomenclatures. La CNS n'a néanmoins pas fait d'analyse par rapport au cadre juridique dans lequel s'applique ce ciblage sur un établissement hospitalier unique, en particulier par rapport au seul repère inscrit dans le cadre du CSS (article 65,

alinéa 3 CSS : Dans la nomenclature des médecins les spécialités médicales et des normes de compétences spécifiques et d'expériences professionnelles sont détaillées. La nomenclature peut en outre prévoir une orientation prioritaire ou exclusive de la dispensation de certains actes vers des services et centres de compétences hospitaliers tels que définis dans la loi sur les établissements hospitaliers.)

La CNS tenait encore à formuler des remarques par rapport aux risques et opportunités de la demande sous rubrique : d'un côté il est risqué que ce cas d'espèces fasse école, d'un autre côté, et face à l'incapacité manifeste du Ministère de la Santé de procéder à une révision du plan hospitalier et de mettre en œuvre un paysage hospitalier structuré et spécialisé, p. ex. via les services nationaux et les centres de compétence, un ciblage et une priorisation via la nomenclature se révèlent risqués. Néanmoins, la solution globale improvisée et finalement entrée en vigueur au 1er janvier 2016 doit encore faire ses preuves dans la pratique, étant donné que p. ex. la solution convenue pour le CHEM ne semble actuellement pas être définitivement acquise. En outre, les changements tarifaires ciblant spécifiquement la pédiatrie du CHL semblent être contestés par d'autres acteurs hospitaliers. L'avant-projet de loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière prévoit encore toujours un seul service pour le CHL, mais il est également déjà prévu que les autres hôpitaux puissent bénéficier de structures pédiatriques plus ou moins légères, de sorte que la définition de services pédiatriques se verra dans la pratique contournée par des solutions « pragmatiques » correspondantes.

9. Autres aspects en relation avec les prestataires de soins

Au niveau des conventions, et en dehors du dossier de la convention avec l'AMMD ainsi que de la révision des dispositions en relation avec le Médecin référent (cf. ci-avant), les travaux ont porté sur la révision de la convention des laboratoires d'analyses médicales, qui a été signée en date du 10 juin 2015 et qui est entrée en vigueur au 1er janvier 2016. Les points de changements majeurs portent sur

- la révision des procédures et des modes de transfert de documents, axés sur l'échange électronique et une simplification administrative,
- la précision des modalités de facturation p. ex. en cas d'actes non prévus par la nomenclature ou en cas de sous-traitance avec d'autres laboratoires,
- l'engagement des laboratoires dans une démarche de mise en conformité des processus, procédures et méthodes de fonctionnement sur base de la norme ISO 15189,
- la transmission régulière des documents financiers de laboratoires à la CNS.

Par la loi du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute (Mem. A 136) a été instaurée une règlementation de la profession du psychothérapeute ainsi qu'une inscription de prestations correspondantes dans l'article 17 du CSS (Art. 17 (1) « les psychothérapies visant le traitement d'un trouble mental »). La loi ouvre l'exercice de la profession de psychothérapeute aux psychologues et aux médecins, ayant effectué des formations thérapeutiques reconnues. Pourtant certaines questions restent ouvertes, comme celle des psychothérapeutes ayant originalement ou à l'étranger effectué des formations de base ou thérapeutiques pas reconnues au Luxembourg.

Le Comité directeur de la CNS a à plusieurs reprises traité ce dossier, par rap-

port auquel un avis avait également été formulé en date du 13 juillet 2012. D'un côté, la CNS accueille favorablement la règlementation de cette profession et voit aussi l'opportunité de la couverture par l'assurance maladie-maternité, notamment dans le cadre des maladies psychiques de longue durée, d'alternative à des traitements stationnaires. D'un autre côté, la CNS prévoit aussi un cadrage clair de cette activité, ciblant p. ex. la prescription des prestations correspondantes par des médecins ou des médecins-psychiatres et une délimitation claire par rapport au secteur social et notamment de l'enfance. À ce stade, la CNS attend la déclaration d'un organisme représentatif correspondant afin de pouvoir élaborer et négocier avec ce partenaire d'abord une base conventionnelle puis la nomenclature et les tarifs correspondants.

Suite aux travaux effectués en Commission de nomenclature, la CNS et le groupement représentatif des kinésithérapeutes ont entamé les différents travaux de révision de la convention, ciblant notamment une modernisation de leurs échanges, une révision de certaines normes de qualité et aussi de traçabilité, une simplification administrative visant à remédier aux retards de traitements récurrents. Ces travaux doivent être continués en 2016 afin que les différentes positions tarifaires, conventionnelles et statutaires puissent entrer en vigueur le 01.01.2017.

Au cours de l'année 2017, tant des retards administratifs que des contrôles effectués par le Contrôle médical de la sécurité sociale ont démontré le besoin d'une révision des mécanismes en relation avec les prestations de psychomotricité. Ces travaux devraient également se concrétiser au cours de l'année 2016.

Il y a d'autres sujets d'actualité en cours de discussion ce qui concerne :

- la réglementation des professions de santé des podologues et des kinésithérapeutes, toujours en cours au niveau du Ministère de la Santé ;
- les négociations avec la Croix-Rouge luxembourgeoise au sujet de la prise en charge des cures de convalescence du Centre de Colpach ont échoué et devraient être portées devant le médiateur ; à noter également que le projet d'une budgétisation partielle de ce centre a dû être abandonné en raison de l'échec du projet de plan hospitalier ;
- les négociations tarifaires en relation avec la psychiatrie extrahospitalière ont également échoué et feront l'objet d'une médiation au cours de l'année 2016 ;
- une cure d'obésité ambulatoire a été introduite pour le Centre thermal et de santé à Mondorf par des dispositions tarifaires, conventionnelles et statutaires ; dans ce cadre la nomenclature applicable aux cures offertes par le centre a été révisée et la nécessité d'une révision de la convention au cours de l'année 2016 s'est avérée ;
- après plusieurs années sans négociations, la nécessité d'une renégociation de la prise en charge de la transfusion sanguine est devenue nécessaire afin de répondre à des exigences de qualité et traçabilité. Ces discussions ont abouti au début de l'année 2016 ;
- le statut du LNS par rapport aux tests d'anatomo-pathologie ainsi que des tests génétiques devrait être adapté mais pourra seulement évoluer après l'adoption de certaines mesures légales, notamment dans le cadre de la nouvelle loi hospitalière.

Il faut également tenir compte que les dispositions en relation avec le tiers payant social, élaborées en commun avec le corps médical, les Ministères de la Famille et de la Santé et les offices so-

ciaux, et décidées fin 2012 par le Comité directeur de la CNS, ont été continuées sans rencontrer de problème majeur.

La loi budgétaire pour l'exercice 2015 avait, dans le cadre des mesures d'économies retenues par le Gouvernement, prévu un gel des lettres-clés des différentes professions de santé pour la période 2015-2016. Dès lors, les seuls changements intervenus au cours de l'année 2015 concernent la fin des rattrapages en relation avec la période de négociation 2013-2014. Les prochaines négociations des lettres-clés sont prévues au 2e semestre 2016 pour la période 2017-2018.

Pour les médecins et les médecins dentistes, les négociations des lettres-clés pour la période 2013-2014, tout comme les médiations y afférentes avaient échoué, de sorte que les litiges ont dû être tranchés en dernière instance par des sentences arbitrales prononcées par le Conseil supérieur de la sécurité sociale en date du 9 et du 23 janvier 2014. Ils avaient eu droit à des augmentations de 1,04 % resp. de 0,65 %, qui furent transposées par des protocoles d'accord signés en date du 11 février 2014. Néanmoins, en date du 28 mai 2014, l'AMMD a formulé pour la sentence arbitrale concernant les médecins-dentistes un recours en annulation auprès du Tribunal administratif visant tant la procédure prévue par le Code de la sécurité sociale (Art 70. (1) « Le Conseil supérieur de la sécurité sociale rend une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucun recours. »), les motivations de l'instance juridictionnelle à la base de la sentence rendue ainsi que la publication des nouveaux tarifs pourtant découlant d'un protocole d'accord signé par l'AMMD. Le Tribunal administratif devrait rendre son jugement au cours de l'année 2016.

Au 1er janvier 2015, la réduction de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique de 20 % a pris ses effets. Néanmoins, cette mesure d'économie indiquée notamment en raison des évolutions technologiques, d'une suroffre certaine et de marges bénéficiaires injustifiées et injustifiables, devrait être accompagnée d'une révision inévitable de la nomenclature correspondante, allant de pair avec un mécanisme transitoire de

cadrage des dépenses afférentes. Les travaux en relation avec la nouvelle nomenclature ont commencé en automne 2015, après que la Cellule d'expertise médicale ait constaté la complexité de la tâche impliquant un effort de tous les acteurs concernés et l'instauration d'un groupe de travail correspondant par le Ministre de la Sécurité sociale. Ces travaux devraient aboutir avant l'été 2016 afin qu'une entrée en vigueur au 1er janvier 2017 puisse être possible.

10. Commission de nomenclature

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

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

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

Sur initiative du Président de la Commission de nomenclature, une proposition de révision du règlement grand-ducal du 30 juillet 2011 relatif au fonctionnement de la Commission de nomenclature avait été élaborée au sein de cet organe, votée à l'unanimité des membres et transmise au Ministre de la Sécurité sociale fin 2014. Au dernier trimestre 2015, les présidents de la CNS et de la Commission de nomenclature ont pu et dû réagir à une nouvelle mouture du texte. Néanmoins, le projet de règlement grand-ducal devrait seulement entrer en procédure après un changement mineur d'une référence légale dans le Code de la sécurité sociale prévu pour fin 2016. Ainsi la situation insatisfaisante et inefficace actuelle devrait persister au moins jusqu'en 2017, de sorte qu'aucun changement majeur dans le fonctionnement de la Commission de nomenclature puisse être attendu avant 2018.

Un dossier majeur ayant marqué l'année 2015 consiste dans la saisine des ministres de la Santé et de la Sécurité sociale pour revaloriser les actes de médecine pédiatrique ciblant plus spécialement les services pédiatriques du Centre hospitalier de Luxembourg. (cf. sous 8.).

La Commission de Nomenclature a également dû traiter dans l'urgence la révision des actes en relation avec le dispo-

sitif du médecin référent (cf. sous 7.).

La nouvelle nomenclature des kinésithérapeutes a été adoptée par la Commission de nomenclature le 18.11.2015. Néanmoins elle devrait seulement entrer en vigueur au 1er janvier 2017, étant donné que la révision envisagée impactera également la convention et la chaîne de facturation correspondante.

La révision de la nomenclature des infirmiers et l'élaboration de la nouvelle nomenclature en matière de soins palliatifs ont bien progressé en 2015. Néanmoins, les travaux n'ont pas pu être finalisés de sorte que les travaux doivent être continués au cours de l'année 2016 pour une entrée en vigueur probable au 1er janvier 2017, de pair avec une nouvelle fixation des lettres-clés correspondantes.

La révision de la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique a également été entamée. Ce dossier relève d'une certaine importance, étant donné que suite à la baisse de la lettre-clé à hauteur de 20 % à partir du 1er janvier 2015, il est primordial de revoir le catalogue tarifaire par rapport à sa structure, aux montants et aux règles de facturation. Néanmoins, la Cellule d'expertise médicale a déclaré en date du (date retour CEM le 17.07.2015) se voir dans l'impossibilité d'exprimer un avis sans une collaboration étroite avec tous les acteurs concernés. Dès lors, le Ministre de la Sécurité sociale a chargé un groupe de travail correspondant d'élaborer une proposition pour une nouvelle nomenclature jusqu'à la fin du 1er semestre 2016. Cette démarche devrait être accompagnée d'une nouvelle fixation de la lettre-clé et, si possible d'un cadrage de l'évolution des dépenses liées à cette nomenclature sur plusieurs années.

Pendant l'année 2015, la Commission de nomenclature a encore traité les dossiers suivants dans le cadre de la nomenclature médicale :

- introduction d'une nouvelle inscription dans le cadre du pied diabétique dans la nomenclature des orthopédistes-bandagistes-cordonniers ;
- introduction d'une cure d'obésité ambulatoire au Centre thermal et de santé de Mondorf et des actes de suivi médical correspondants ;
- discussion de l'avis de la CEM en relation avec l'activité spécialisée en médecine génétique ; le dossier a été finalisé au début de l'année 2016 ;
- discussion de l'avis de la CEM en relation avec une proposition du CMSS de révision de l'activité arthroscopique dans la deuxième partie de la nomenclature des actes et des services des médecins ;
- réception de l'avis de la CEM en relation avec l'inscription d'actes d'algologie ;
- discussion de l'avis de la CEM en relation avec l'introduction de forfaits techniques pour examens numériques et pour radiographies numériques et vote d'une recommandation circonstanciée négative par rapport à une telle introduction ;
- transfert de certaines positions du chapitre 5 vers le chapitre 3 de la nomenclature des orthopédistes-bandagistes-cordonniers ;
- discussion de l'avis de la CEM par rapport à la révision des actes de réadaptation physique ;
- discussion de l'avis de la CEM par rapport à la révision des actes de gériatrie ;
- transmission à la CEM de la saisine par le CMSS par rapport à l'abolition de l'APCM dans le cadre des actes d'amniocentèses ;

- transmission à la CEM de la saisine par le CMSS par rapport à des précisions en matière de l'accumulation des actes relatifs à la tomodensitométrie ;
- transmission à la CEM de la saisine par le CMSS par rapport à l'abolition de l'APCM dans le cadre du cyberknife ;
- transmission à la CEM de la saisine par le CMSS par rapport aux modifications des coefficients des locations d'appareils pour ECG ;
- dans le cadre de la révision du dispositif du médecin référent, il a été procédé à des adaptations et régularisations par rapport à des examens à visée préventive pré- et périnataux, ainsi qu'à l'abrogation de l'acte en relation avec l'examen prénuptial.

11. Secteur hospitalier

Les travaux par rapport à la conclusion de contrats d'objectifs et de moyens (COM) relatifs à l'organisation nationale de certaines matières prévus au niveau de la convention conclue entre la FHL n'ont que légèrement progressé au cours de l'année 2015. Ainsi, en date du 1er avril 2016 a été signé le COM en relation avec la physique médicale, qui représente néanmoins en large mesure uniquement une formalisation de dispositions déjà mises en œuvre avec la FHL et avec les hôpitaux dans le cadre des budgets hospitaliers.

Les travaux ont également porté sur un COM dans le domaine informatique, qui a finalement été adopté par le Comité directeur de la CNS en date du 17 février 2016. Ce COM formalise aussi d'abord différentes missions informatiques déjà assurées depuis longtemps par la FHL pour le compte des hôpitaux et repris depuis un certain temps par le GIE LuxITH créé par les hôpitaux. En outre, ce COM crée le cadre pour la mutualisation de l'archivage électronique de l'imagerie médicale. Ce projet, qui se base d'abord sur la publication d'un marché public correspondant, a été en préparation depuis de longues années et représente un élément important pour le fonctionnement du DSP futur.

En ce qui concerne l'élaboration d'un contrat d'objectifs et de moyens en matière d'extension de l'achat en commun, les travaux ne se sont pas concrétisés. Aussi les initiatives prises par le Ministère de la Sécurité sociale d'avancer avec le support d'un consultant externe n'ont finalement pas abouti, de sorte que le constat du statu quo a été fait lors de la Quadripartite du 21 octobre 2015. La CNS essayera d'avancer au cours de l'année 2016 et a notamment transmis à la FHL sa vue concernant la politique d'achat à savoir définition d'une segmentation des articles concernés, fixation d'objectifs de volume d'achats en commun et définition d'une politique d'achat adaptée pour chaque segment.

Le même constat s'impose en matière d'organisation nationale des laboratoires hospitaliers, où les établissements ne sont toujours pas parvenus à une approche commune. La réduction de 20 % de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique a aussi fortement impacté les établissements hospitaliers, qui ne bénéficient pas des mêmes marges bénéficiaires que les laboratoires privés, en raison notamment d'une moindre industrialisation et d'un taux d'activité extrahospitalier en régression depuis de longues années. Ainsi, les Hôpitaux Robert Schuman ont décidé de renoncer à une activité extrahospitalière sur base de la nomenclature applicable et l'ont cédée à un laboratoire privé. Cette situation confirme la vue de la CNS, que les laboratoires hospitaliers n'ont pas à temps pu ou voulu développer une stratégie commune par rapport au développement fulgurant des laboratoires privés.

Étant donné que les travaux en relation avec l'élaboration d'un nouveau plan hospitalier n'avaient pas pu aboutir au cours de l'année 2013, le ministère de la Santé avait soumis une nouvelle version du projet pour avis à la Commission permanente pour le secteur hospitalier. En date du 13 novembre 2014, le Comité directeur de la CNS avait formulé le constat majeur que le projet de plan hospitalier illustre que la législation sur laquelle il doit se baser est insuffisante. L'avis du Conseil d'État du 19 mai 2015 par rapport au règlement grand-ducal établissant le plan hospitalier a soulevé des questions fondamentales par rapport aux mécanismes de pilotage du système hospitalier et notamment par rapport à une politique restrictive d'autorisation d'établissements et de services dans un cadre européen. Les critiques fortes du Conseil d'État ont mené la Ministre de la Santé à renoncer à revoir le projet de règlement grand-ducal en relation avec le plan hospitalier et d'élaborer un avant-projet de loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Cet avant-projet de loi est entré en phase consultative au début de l'année 2016 et la CNS a communiqué son avis à la ministre en date du 17 mars 2016.

Le Gouvernement a arrêté en date du 19 septembre 2014 des taux de 4% et 3,5 % pour l'enveloppe budgétaire globale pour les années 2015 et 2016. Cette décision devait poser un cadre financier plus contraignant pour le secteur hospitalier, qui devrait en principe mener à une meilleure collaboration entre les établissements et une mutualisation de différentes activités, et devrait en principe être accompagné par un cadrage et un pilotage améliorés via le nouveau plan hospitalier. La transposition déférée de la réforme de la fonction publique dans le secteur hospitalier, qui incombe aux partenaires sociaux et pour laquelle il existe un engagement politique, ainsi que les reports successifs des tranches indiciaires impliquent que l'enveloppe budgétaire globale pour ces exercices devrait pouvoir être respectée.

À noter que le litige avec l'Hôpital du Kirchberg concernant l'acquisition du robot Da Vinci n'a pas pu être tranché au cours de l'année 2015 et sera probablement traité au moment du décompte de fin d'exercice.

En matière de décomptes hospitaliers, les travaux se sont concentrés sur l'élaboration des décomptes des exercices 2013 à 2014 ainsi qu'au rattrapage des retards de décomptes des années précédentes restés encore en suspens. Ainsi, il a pu être constaté que les enveloppes budgétaires pour les exercices 2011/12 et 2013/14 ont été respectées avec une marge suffisante.

Les travaux relatifs à la comptabilité analytique des hôpitaux ont été continués au cours de l'année 2015. Les établissements hospitaliers ont commencé à imputer aux patients un certain nombre d'articles coûteux et la CNS a fait des réflexions pour définir la démarche selon laquelle pourraient être calculés les frais de personnel à imputer aux actes et séjours hospitaliers.

En commission des normes les travaux ont porté essentiellement sur l'élaboration d'une norme pour la dotation des kinésithérapeutes et de la pharmacie hospitalière, ces travaux devraient aboutir en 2016. Suite à la publication du règlement grand-ducal relatif à l'introduction de la fonction du médecin coordinateur, la commission des normes a élaboré une norme de dotation pour cette fonction.

12. Documentation hospitalière

Les travaux en relation avec la documentation hospitalière ont également été continués dans le cadre d'un pilotage assuré par l'IGSS et avec l'implication d'une commission consultative instaurée par voie de règlement grand-ducal. La phase test déployée au cours du premier semestre 2014 a été évaluée et a mené aux constats suivants :

- forte implication du CHL, mais plus faible pour les autres centres hospitaliers ;
- difficulté d'accès à l'information médicale ;
- faible implication des médecins traitants.

La documentation hospitalière apparaît toujours comme déficiente et reste la priorité absolue du système de soins de santé. La CNS estime dès lors qu'il s'agit d'un outil absolument nécessaire à une gouvernance publique sérieuse et demande à ce qu'un caractère d'application strict en relation avec le caractère obligatoire de la documentation tant pour le médecin hospitalier que pour l'établissement hospitalier soit mis en œuvre.

Une différence de vue persistait par rapport aux référentiels de documentation à employer. Si le choix de la dernière version de la CIM–10 à 4 positions est incontesté pour la documentation des

diagnostics, la CNS promeut le choix de l'ICD–10 PCS apparentée pour la documentation des procédures, contrairement à la CCAM française actuellement inscrite dans le règlement grand-ducal sur le fonctionnement de la Commission consultative de la documentation hospitalière. La préférence de la CNS porte sur l'ICD–10 PCS comme référentiel de documentation des procédures médicales, qui a fait l'objet de discussions au niveau des conventions la liant aux médecins et aux hôpitaux. En dehors d'arguments d'ordre technique (langues, diffusion, acceptation par le corps médical, etc.), le choix de l'ICD–10 PCS permettrait à la CNS d'effectuer des analyses de fonctionnement et du financement poussées de l'activité hospitalière, en comparaison avec un nombre large d'autres pays (surtout la Belgique, mais aussi la Suisse, l'Allemagne etc.), alors que l'utilisation de la CCAM se limite à la France avec un système d'organisation et de financement substantiellement différent.

De pair avec la comptabilité analytique, la documentation hospitalière devrait en principe servir à terme à la détermination du coût moyen d'un traitement par patient, voire à la préparation d'une tarification à l'activité applicable au milieu hospitalier. La CNS tient à utiliser les données recueillies par les médecins hospitaliers et les établissements hospitaliers afin premièrement d'instaurer de pair avec la comptabilité analytique mise en place, une transparence des coûts de l'activité hospitalière, et deuxièmement une efficience des coûts en pouvant comparer les structures des coûts entre hôpitaux et avec l'étranger, principalement la Belgique. L'introduction d'une tarification à l'activité a été malencontreusement inscrite dans le programme gouvernemental et a causé des remous parmi les acteurs concernés suite à la publication d'un rapport d'experts commandité par le Ministère de la Sécurité sociale. Le financement des hôpitaux suivant un système de tarification à l'activité (ou de DRG) ne pourra pas être déployé tel quel au Luxembourg, et même l'intégration de certains éléments d'un tel financement ne pourra, pour de multiples raisons, pas se faire avant au moins six ans.

13. Médicaments

Le dispositif de substitution avec une base de remboursement a été introduit en octobre 2014 pour deux groupes de médicaments, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et les inhibiteurs de la HMG-CoA réductase (statines).

La CNS a procédé, fin de l'année 2015, à une évaluation de ce système. L'analyse des différents indicateurs étudiés a montré l'impact du système BR (base de remboursement) sur le marché luxembourgeois des médicaments pour les deux groupes concernés. Pour ces groupes, la CNS a constaté une redistribution des parts de marchés des médicaments génériques aux dépens des médicaments princeps, une baisse des dépenses de l'assurance maladie-maternité, une adaptation dans la pratique de délivrance par le pharmacien et un changement dans la prescription du médecin.

Il n'est actuellement pas prévu d'élargir le dispositif de la base de remboursement à d'autres classes de médicaments.

La CNS a constaté que les dépenses des médicaments classés par le ministère de la Santé comme étant "à délivrance hospitalière" ont fortement augmenté sur les dernières années.

Le Ministère de la Santé prend la décision concernant le mode de délivrance d'un médicament qui est propre à une autorisation de mise sur le marché. Le mode de délivrance se justifie par les caractéristiques pharmacologiques et le degré d'innovation du médicament ou par un autre motif de santé publique.

La loi budgétaire pour l'exercice 2016 a introduit une disposition pour inscrire ce type de médicament dans la liste positive. Ceci permettra l'instauration au niveau statutaire de conditions de prise en charge visant à utiliser ces médicaments de façon plus efficiente afin de mieux contrôler l'évolution de leurs dépenses.

14. Lutte abus et fraude

La lutte contre les abus et la fraude, dont la finalité et le bien-fondé n'ont pas besoin d'être développés en profondeur, est un chantier resté en construction depuis la création de la CNS. Même si on ne peut pas dire que rien n'ait été fait, le constat reste néanmoins, et en dehors de différentes actions isolées et d'initiatives plus ou moins ciblées, qu'un concept structuré et une approche systématique faisaient toujours défaut. Les raisons sont multiples, comme le manque de ressources dédiées ou l'absence de coordination forte. Néanmoins, ce constat, tout comme de probables failles au niveau du cadre juridique, ne peut pas servir d'excuse pour renier l'importance de la lutte contre les abus et la fraude et le besoin d'action à ce niveau. En fait, le sentiment tant en interne qu'en externe que « la CNS ne fait rien » est inacceptable et risque tôt ou tard d'être débattu sur la place publique.

La stratégie en matière de lutte contre les abus et la fraude a été actée par le Comité directeur dans sa réunion du 13 mai 2015 et s'oriente vers les axes suivants :

Un point de contact central réceptionne les suspicions de fraude et d'abus détectées en interne (principalement par les départements métiers) ou portées à la connaissance de la CNS par des sources externes (CMSS, Collège médical, courriers, Ministères, Syndicats, Patientenvertriedung, ...).

Le point de contact assure l'enregistrement et la documentation de ces faits et procède à une catégorisation et à une priorisation. Il organise et coordonne le suivi des différents dossiers et assure le retour vers les déclarants des suspicions.

Des déviances dans la pratique de facturation ou de prescription des différents prestataires sont systématiquement suivies par le biais de recherches, d'études ou d'analyses, tant internes qu'externes, au besoin avec le CMSS ou d'autres acteurs. A ce niveau, le recours à des outils spécialisés (tels qu'utilisés p. ex. par d'autres caisses de maladies étrangères) ou la programmation d'algorithmes spécifiques est à intégrer dans les processus de traitement des données.

En utilisant les compétences métier, statistiques et juridiques confirmées, et le cas échéant avec l'expertise du CMSS, des dossiers spécifiques relevant d'une importance particulière sont analysés et préparés.

En fonction de ce qui précède et tout en précisant que des choix devront être faits par rapport à la priorité et à la faisabilité des dossiers, un suivi spécifique est assuré pouvant comprendre :

- information, communication et prévention vis-à-vis des prestataires concernés: p.ex. que la CNS change son approche par rapport à une pratique courante;
- suivi et contrôles réguliers au niveau des départements métiers: p.ex. p.r. à l'évolution de certaines pratiques en relation avec un ou plusieurs prestataires;
- intégration de contrôles systématiques: p.ex. au niveau des chaînes ou des tableaux de bord;
- action au niveau des instruments juridiques: p.ex. modification des statuts, des conventions, des nomenclatures;
- approche active au niveau des juridictions: p.ex. en transférant des dossiers aux ministères compétents, au Collège médical, à la Commission de surveillance, aux juridictions de sécurité sociale (CASS, CSSS), au civil ou au pénal.

Il s'agit de donner une visibilité interne et externe à la lutte contre les abus et la fraude et d'assurer un monitoring des actions entreprises. A ce niveau se situe aussi l'organisation des réunions de coordination interne et de la Commission lutte contre les abus et la fraude instaurée par le Comité directeur.

15. L'assurance dépendance

Au cours de l'année 2015, des collaborateurs du département assurance dépendance de la CNS étaient impliqués dans les analyses en relation avec la réforme annoncée de l'assurance dépendance en fournissant des statistiques concernant la situation et l'évolution financière tant de l'assurance dépendance elle-même que des prestataires d'aides et de soins, ainsi qu'au niveau de études de faisabilité technique des mesures envisagées.

Au mois de juillet le ministère de la sécurité sociale a organisé une réunion d'information afin de dévoiler les lignes directrices de la réforme.

Dans ce cadre le département de l'assurance dépendance a également tenu cinq réunions de travail avec des membres du Comité directeur de la CNS afin de thématiser certains aspects qui pourraient être impactés par la réforme. Le projet de loi en relation avec la réforme de l'assurance dépendance a été adopté par le Conseil de gouvernement fin juin 2016.

Les mesures dites «budget nouvelle génération» se sont traduites dans le secteur de l'assurance dépendance par des standards de détermination plus restrictifs appliqués par la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO). Au courant de l'exercice 2015 il s'est avéré que les mesures appliquées par la CEO étaient plus restrictives qu'initialement prévu de manière à ce que certains prestataires d'aides et de soins ont vu leur chiffre d'affaire baisser considérablement. Ces prestataires ont demandé des entrevues auprès du ministre de la sécurité sociale qui leur ont été accordées. Des collaborateurs de la CNS ont assisté à certaines de ces réunions afin de mettre à disposition leur expertise en ce qui concerne la facturation et le financement des prestations d'aides et de soins.

La CNS a également été impliquée dans l'élaboration d'un mécanisme de crédits-tampons qui vise à éviter des licenciements pour raisons économiques auprès des prestataires. Les modalités concernant l'application de ce mécanisme pourront être précisées conventionnellement lorsqu'une base légale aura été créée pour la mise en vigueur de ce mécanisme.

À noter encore que la loi budgétaire pour l'année 2016 a entériné une hausse des valeurs monétaires des

prestataires d'aide et de soins de 2,2 %, de sorte que les négociations y relatives n'ont pas eu lieu.

16. Agence eSanté

Au cours de l'année 2015, les travaux de Agence eSanté, créée dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de 2010 et remplissant les missions d'une Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé (CSS article 60ter) se sont concentrés sur :

- Le déploiement à partir de juin 2015, du Dossier de Soins Partagé (DSP) en phase pilote avec l'ouverture de quelque 22.000 DSP pour les patients adhérant au dispositif du « médecin référent » et ceci après que le Conseil de Gérance de l'Agence eSanté ait donné son accord y afférent en date du 30 avril 2015, accord soutenu et officiellement annoncé par les deux ministres de tutelle de l'Agence eSanté, la Ministre de la Santé Lydia Mutsch, et le Ministre de la Sécurité sociale Romain Schneider lors d'une conférence de presse en date du 11 mai 2015. Ce démarrage du DSP pilote a été préalablement préparé par l'Agence qui a monté un dossier complet sur la protection des données à caractère personnel, en étroite collaboration avec la Commission Nationale de la Protection des Données (CNPD). Depuis octobre 2015, l'Agence eSanté propose également un programme complémentaire d'adhésion de patients volontaires à toute personne souhaitant ouvrir un DSP, encadré par un accord avec la CNPD et le Conseil de Gérance de l'Agence eSanté.
- La signature d'une dizaine de conventions de partenariat avec des prestataires et autres intervenants du milieu de la Santé, afin de rendre leurs dispositifs et applications informatiques compatibles aux exigences d'accès de la plateforme eSanté, et plus particulièrement en ce qui concerne la mise en place de dispositifs techniques, de sécurité et de protection ;
- La mise en place d'un help desk joignable par téléphone et par courriel,

ainsi que l'ouverture d'un guichet physique dans le bâtiment des Assurances sociales aux fins d'apporter le meilleur service possible aux diverses demandes d'information et de support émanant de patients et/ou de professionnels de santé;

En outre, l'année 2015 a été marquée pour l'Agence eSanté par deux autres réalisations:

- l'organisation du «IHE-Europe Connectathon» au Luxembourg durant une semaine entière. Il s'agit de l'événement européen de référence organisé autour des tests d'interopérabilité dans le domaine des TIC (Techniques d'information communicative) de la santé, qui a rassemblé plus de 300 informaticiens d'éditeurs de systèmes d'information de santé pour tester la conformité de leurs produits par rapport aux profils d'intégration IHE;
- l'obtention de deux prix au concours «Healthcare Awards 2015», ainsi la plateforme eSanté s'est vue accorder le premier prix dans la catégorie «Opérations» et le DSP s'est vu décerner le premier prix dans la catégorie «Innovation».

Afin de pouvoir assurer l'amplitude de ces missions, l'équipe de l'Agence eSanté a été élargie pour atteindre, à la fin de l'année 2015, 15 personnes.

La rétrospective des activités 2015 de l'Agence eSanté étant sommairement effectuée, les priorités pour l'année 2016 ont été déterminées comme suit:

- la mise à jour du Schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) pour la période 2016-2018;
- l'amélioration et la création de nouvelles fonctionnalités de services eSanté existants, ainsi que le déploiement de nouveaux services au travers de la Plateforme eSanté, à l'instar de l'ePrescription et de l'eFacturation;
- l'extension des échanges transfrontaliers surtout au niveau de la Grande-Région;
- l'implémentation d'une application de pseudonymisation des identités de patients afin que les données de santé les concernant puissent être utilisées par la suite, à des fins répondant à l'intérêt commun de santé publique;
- les travaux d'élaboration du règlement grand-ducal devant apporter la généralisation du déploiement du DSP au niveau du Grand-Duché, tel que prévu à l'article 60 quater du Code de la sécurité sociale;
- le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'État, la CNS et l'Agence en date du 17 septembre 2013 pour la phase de démarrage de 2013 à 2015, a été renouvelé pour la période 2016 à 2018;

- le nouveau contrat devra ainsi cibler un cadre financier stable pour le déploiement des services de l'Agence et intégrer les attentes des parties prenantes, notamment de l'État et de la CNS, envers l'Agence.

Pour rappel, les intérêts prioritaires de la CNS sont constamment respectés dans le déploiement de l'Agence, à savoir une gestion ciblée et responsable des ressources disponibles, une collaboration constructive de l'Agence avec les services de la CNS et du CISS et surtout une synergie entre les projets de la CNS prévus dans son approche eCNS et les projets réalisés par l'Agence eSanté. À cette fin, force est de constater que les services électroniques à instaurer avec les prestataires de soins, et notamment avec les médecins, s'effectueront en étroite collaboration avec l'Agence. Ainsi, les premiers services concerneront l'intégration au niveau des outils de prescription (e-Prescription) de l'établissement des certificats d'incapacité de travail ou encore la communication électronique des ordonnances et des mémoires d'honoraires (e-Facturation). Les services électroniques à l'égard de l'assuré, déployés essentiellement avec le CISS dans le cadre du portail guichet.lu, se concentreront dans une première phase sur une accessibilité du détail de remboursement, ainsi que du relevé tiers payant respectivement du relevé des prestations.

17. Programmes de médecine préventive

Au cours de l'année 2015 deux conventions conclues entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé portant institution de programmes de médecine préventive sur base de l'article 17, alinéa 3 du CSS, ont été renégociées et amendées.

- Programme de médecine préventive pour la vaccination contre "Human Papilloma Virus" : Les modifications majeures étant l'adaptation des conditions d'âge donnant accès au programme et le choix du vaccin pris en charge.

- Programme permanent de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie : La procédure a été revue en prenant en considération les changements d'ordre technique notamment le passage à une technologie entièrement numérique pour la réalisation des mammographies.

En outre, le programme de prévention en matière de soins dentaires au profit des enfants, garantissant une prise en charge à 100 % des prestations fournies à charge du budget de l'État a été continué et les travaux préparatoires par rapport à un programme de prévention en relation avec le cancer colorectal ont été effectués (cf. ci-après)

18. Le Plan National Cancer

En 2015, la CNS a participé à différents groupes de travail dans le cadre du plan national cancer notamment :

- Groupe de travail - Prévention et Dépistage organisé du cancer colorectal (GT-PDOCCR) : Ce groupe avait pour mission de proposer à la Plateforme Nationale Cancer un programme de dépistage organisé du cancer colorectal, comprenant les objectifs à atteindre, la population ciblée, la méthode de dépistage proposée, le processus d'organisation, les données à collecter, le système d'assurance qualité, les ressources matérielles et humaines nécessaires, les normes d'agrément des centres et professionnels qui participeront au programme de dépistage, le modèle de financement et les étapes d'implémentation. Les travaux ont été clôturés au début du 1er trimestre 2016, de sorte que la convention de prévention correspon-

dante a pu être adoptée 16.03.2016 et que le programme peut être déployé en septembre 2016.

- Groupe de travail - Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (GT-RCP) : la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) est un élément majeur du processus décisionnel et de structuration de la prise en charge des patients atteints du cancer, grâce à une approche pluri- et interdisciplinaire. Elle a pour mission de proposer à toute personne atteinte d'un cancer, sur base des données cliniques, des acquis de la science et des choix personnels éventuels exprimés, une proposition diagnostique et/ou thérapeutique concertée entre des professionnels ayant une expertise dans le domaine concerné, adaptée aux besoins de la personne, basée sur les données référencées des bonnes pratiques cliniques.

Dans ce groupe est élaboré un concept national pour les réunions de concertation pluridisciplinaire en Cancérologie. Ce concept décrit les objectifs de la RCP, le modèle d'organisation et de fonctionnement à mettre en place pour contribuer efficacement aux objectifs du Plan National Cancer, les phases d'implémentation proposées, le modèle de financement ainsi que les impacts légaux ou conventionnels.

Plan Cancer Lux

II. La planification stratégique et annuelle

2015 constitue une année charnière pour la CNS dans le domaine de la planification stratégique.

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.

Certaines sont déjà d'application: on parle ici de la réforme de la Fonction publique: votée le 24 mars 2015, elle est entrée en vigueur le 1er octobre 2015.

D'autres sont en passe de le devenir prochainement et les orientations qu'elles privilégient sont clairement exposées dans un avant-projet de loi ayant trait à la gouvernance des institutions de sécurité sociale (ISS). Cet avant-projet a fait l'objet d'échanges approfondis entre les ISS sous l'égide de l'IGSS dès le mois de mai 2015, et la CNS, forte de son expérience acquise par la pratique du sujet sur son propre terrain, s'est particulièrement investie dans toutes les discussions et travaux préparatoires. Le Conseil de Gouvernement a maintenant validé les orientations retenues dans cet avant-projet en adoptant le 24 mai 2016 un nouveau projet de loi modifiant le Code de la sécurité sociale. Ce projet a pour objet de poursuivre la modernisation de la gestion et l'amélioration de la gouvernance des institutions de sécurité sociale initiées par la loi portant introduction d'un statut unique.

En quoi ces avancées impactent-elles la planification stratégique de la CNS?

» Intéressons-nous tout d'abord à la réforme de la Fonction publique entrée en vigueur en 2015.

Un volet essentiel de la réforme 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. Concrètement, ce système est mis en œuvre 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 qui structure l'administration en unités organisationnelles pour adresser et répondre à toutes ses missions
- La description de poste
- L'entretien individuel de l'agent avec son supérieur hiérarchique
- Le plan de travail individuel pour chaque agent, qui vise explicitement le développement des compétences des agents de l'État.

Face à l'obligation d'établir son programme de travail pour 2016, la CNS a directement pu s'appuyer sur sa planification pluriannuelle 2016-2017.

- Le 9 décembre 2015, le Comité directeur de la CNS a approuvé la Planification pluriannuelle 2016-2017 et le Programme de travail 2016 de la CNS.

En contraste avec cette apparente facilité de mise en œuvre, il est toutefois réaliste et opportun d'indiquer qu'avec l'établissement de son programme de travail 2016, la CNS a fait seulement le premier pas sur un chemin encore long avant qu'elle voit se profiler la destination finale visée par la réforme.

Et bien que la réforme ait jalonné le parcours d'étapes clairement établies avec

les éléments énoncés ci-avant, la CNS s'attend à ce que le chemin à venir reste difficile. C'est pourquoi, dès le vote de la réforme en mai 2015, la CNS n'a pas tardé à entamer des réflexions approfondies pour donner corps aux étapes à mettre en œuvre.

- Avec 13 départements, il y a lieu de décliner le programme de travail de l'administration en programmes de travail par unité, mais aussi d'envisager la même déclinaison en programmes de travail par thème stratégique, par exemple pour la lutte contre les abus et la fraude (LAF), ou pour la documentation des processus, deux axes stratégiques bien présents dans la planification pluriannuelle.

- La description de poste va devoir s'enrichir de la description des activités et des compétences liées à l'établissement et au suivi des programmes de travail et de la planification pluriannuelle. Cela est particulièrement vrai pour les postes d'encadrement.

- Établi sur base de la description du ou des postes qu'il occupe, le plan de travail individuel de chaque agent va, par conséquent, voir son contenu impacté également.

De plus, en visant explicitement le développement des compétences des agents, le plan de travail individuel doit directement exprimer ses effets dans les plans de formation établis par l'administration, plans qui devront, autant que possible, adresser les besoins de formation déterminés pour chaque agent au vu des compétences requises pour le(s) poste(s) dont il doit remplir les obligations.

Plusieurs de ces étapes se retrouvent bien évidemment dans les axes et objectifs stratégiques de la planification pluriannuelle 2016-2017 de la CNS.

Elles sont donc inscrites de diverses façons dans le calendrier et les plans d'action qui en découlent pour les prochains mois et années. Elles apparaissent ainsi : soit directement au travers d'actions spécifiques à la gestion des ressources humaines, soit indirectement au travers d'une évaluation continue et de la nécessaire gestion de l'impact que vont avoir ces changements et le développement professionnel des agents dans leurs pratiques de travail et donc sur tous les résultats de la CNS, qu'ils soient du quotidien ou visés par chacun de ses objectifs stratégiques.

Dans ces conditions, la CNS a pleinement conscience des risques substantiels qu'il va lui falloir adresser avec beaucoup de précaution ! Car c'est un véritable défi de mettre en œuvre les étapes prévues par la réforme au sein d'une administration qui compte près de 500 collaborateurs, répartis au sein de 13 départements et occupés dans autant de domaines d'activités, diversifiés, complexes, et qui ne cessent d'évoluer depuis la naissance - le 1er janvier 2009 - d'une CNS qui n'a pas eu le temps de se construire une identité et une appartenance communes après la fusion des 7 organismes à son origine. Depuis sa création, la CNS a également vécu un certain nombre de changements internes, entre autres organisationnels ou managériaux. Dans la même période, elle n'a cessé de voir croître son volume de travail, comme illustré par l'évolution de certaines statistiques présentées dans d'autres sections de ce rapport annuel.

Mettant l'administration et surtout ses collaborateurs sous une pression continue et permanente, il n'est pas étonnant que l'ensemble de ces changements se

sont régulièrement révélés délicats et compliqués à traverser.

Et pourtant, ils sont quasi sans commune mesure avec ce qui est annoncé comme une évolution culturelle majeure et profonde de la fonction publique luxembourgeoise.

Dans tout ce contexte et à partir de ce constat simplement objectif, la CNS n'a aucune possibilité de contourner ou de minimiser l'impact de cette nouvelle évolution et des changements qu'elle impose.

Mettre en œuvre les étapes fixées exigera une énergie et des efforts considérables de la part de tous les collaborateurs. Et plus encore, cela nécessitera une formidable force de conviction pour traverser petit à petit chaque étape en emportant l'adhésion du plus grand nombre de collaborateurs et en organisant simultanément le développement progressif des nouvelles compétences ad hoc, utiles et nécessaires, pour mener ou adopter ces changements.

Et ces deux conditions sont sine qua non pour que le défi majeur de cette réforme ambitieuse puisse être relevé.

La CNS n'a donc pas d'autre choix, entièrement stratégique, que de transformer ces contraintes en une opportunité à saisir tous ensemble pour progresser de façon durable, lentement mais sûrement. La CNS se donne ainsi comme priorité de maintenir la qualité de ses prestations en veillant à préserver ses collaborateurs qui sont à la base de cette qualité. Le seul moyen pour ce faire: mettre en œuvre la réforme de façon raisonnée et progressive, mais aussi et surtout en étant particulièrement attentive à gérer pleinement et concrètement les craintes et les préoccupations qu'elle engendre auprès des collaborateurs.

» Intéressons-nous maintenant au projet de loi « Gouvernance des institutions de sécurité sociale (ISS) ».

La planification pluriannuelle y est cette fois référencée explicitement.

En même temps que le projet reformule les missions de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) afin de les adapter à l'évolution des politiques sociales, le projet introduit également pour les ISS l'obligation d'établir une planification triennale à communiquer à l'IGSS, qui doit s'assurer que les objectifs sont réalisables et cohérents avec les moyens prévus.

Avec les travaux préparatoires liés à l'avant-projet, cette obligation a été au cœur des débats en 2015: l'avant-projet tend, pour chaque ISS, à améliorer le lien entre le résultat à atteindre et les moyens à mettre en œuvre.

Initiées distinctement par la loi portant introduction d'un statut unique entrée en vigueur le 1er janvier 2009, la gestion transparente des processus, la gestion des risques et l'assurance qualité, sont autant de bonnes pratiques de gestion visant ce même objectif et diversement déployées au sein des ISS au travers d'initiatives quelques fois communes et concertées mais souvent aussi distinctes, respectant en cela l'autonomie de chaque ISS.

Après plus de cinq ans, le constat démontrait qu'il était temps de faire évoluer ces démarches de bonne gestion vers une approche plus intégrée moyennant une planification stratégique basée sur les objectifs à atteindre et les actions à mettre en œuvre de manière responsable et efficiente.

Cette intégration est tout ce qu'a recherché la CNS depuis l'entame de sa démarche de planification pluriannuelle. Les axes et objectifs stratégiques identifiés dans la planification sont déterminés et principalement retenus en raison de leur caractère transversal, de la nécessité de coordonner leur avancement ainsi que les efforts et les moyens nécessaires pour les atteindre en gérant les priorités

d'action sur base des échéances contraignantes de résultat.

L'expérience acquise durant ces quatre dernières années montre l'importance de l'intégration apportée par l'exercice de planification stratégique. En même temps, elle en démontre aussi les limites, en particulier quand les objectifs fixés par une ISS dépendent de la contribution d'autres ISS ou d'autres parties prenantes externes à l'ISS.

Dans ce cas, la CNS a vu l'avancement de ses plans d'actions tributaire d'autres choix stratégiques que les siens, ceux posés par ses partenaires, en toute légitimité également.

C'est le plus grand défi auquel la mise en œuvre du nouveau projet de loi devra répondre : réussir à établir le dialogue indispensable qui permettra d'aligner et de coordonner les Programmes de travail des ISS entre elles puisque certains de leurs résultats dépendent les unes des autres ! Pour être optimale, la question à vérifier ne concerne pas seulement l'adéquation entre les moyens à mettre en œuvre et les résultats à atteindre, mais aussi la mise en œuvre coordonnée et synchronisée de ces moyens quand les résultats à atteindre dépendent des plans d'actions respectifs d'une autre ISS.

D'autant que rien n'est plus frustrant voire générateur de conflit, que de voir des efforts durement consentis ne pas donner les résultats escomptés parce que l'intervention d'autres parties prenantes se fait attendre ou ne fournit pas les contributions nécessaires à la conclusion positive des efforts investis dans un délai raisonnable.

À quoi ressemble aujourd'hui la planification pluriannuelle 2016-2017 de la CNS ?

À côté de tous ces travaux, 2015 était encore prévue comme une année d'évaluation et d'ajustement de la démarche de planification stratégique menée au sein de la CNS depuis 2012.

Une 1ère réunion d'évaluation a eu lieu en mars 2015 et certaines actions immédiates ont pu être décidées. En l'occurrence, il s'agit principalement de la simplification de la définition des objectifs stratégiques associés aux axes stratégiques en vue de rendre la planification pluriannuelle plus lisible et de faciliter son appropriation.

Pour chaque axe stratégique, les paragraphes suivants font état de cette simplification et présentent les objectifs stratégiques qui lui sont restés associés au bout d'une réflexion approfondie visant à cibler mieux encore les priorités d'actions, en fonction des moyens d'actions disponibles ou contraignants.

Si pertinent, quelques informations complémentaires y sont ajoutées concernant l'avancement ou d'autres points stratégiques, mais pour éviter des redites, il est directement fait référence à la section des « Éléments marquants de 2015 » de ce rapport quand les dossiers concernés y ont fait l'objet d'explications et d'un point d'avancement détaillés.

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

Trois objectifs stratégiques sont retenus pour cet axe :

- Produire une cartographie des processus en documentant les connaissances métier et assurer la maintenance en intégrant l'évolution du cadre légal et réglementaire, du contrôle interne et de la simplification administrative
- Refondre et harmoniser les processus d'autorisation et de facturation
- Documenter et adapter les processus de pilotage et de support

En 2015, la documentation des proces-

sus métier existant s'est poursuivie grâce à la contribution active de ressources internes de plusieurs services, et avec le support des ressources externes commanditées pour aider à l'avancement de la documentation des processus de la CNS.

En 2016, l'objectif de « Refondre et harmoniser les processus d'autorisation et de facturation» va être tout particulièrement adressé avec l'entame de la documentation des processus futurs, harmonisés et optimisés.

Cette documentation est planifiée en parallèle et en accord avec la modernisation des chaînes de facturation, très vaste chantier technique dont les travaux d'analyse et de développement ont démarré en 2015.

Force est de constater que la progression de la démarche de documentation est lente et a parfois du mal à montrer ses bénéfices par rapport aux attentes ou aux besoins des collaborateurs.

Néanmoins, il faut relativiser ce constat en le contextualisant. D'une part, le chantier de la documentation des processus de la CNS est particulièrement vaste : le nombre, la diversité et la complexité de ses processus sont extrêmement élevés. D'autre part, les mêmes caractéristiques de diversité et de multiplicité s'appliquent aux objectifs potentiels visés par la documentation, et aux publics qu'elle peut servir.

Des priorités ont donc dû être posées au départ de la démarche. La conséquence en est évidemment que la documentation disponible à ce jour, même si elle est déjà considérable, ne bénéficie pas encore à tous les publics auxquels elle pourrait effectivement s'adresser. C'est d'ailleurs pourquoi, une évaluation de la démarche et des efforts constants de ces dernières années est une des principales actions planifiée pour le 2nd semestre 2016 dans le plan d'action associé au 1er objectif stratégique de cet axe de développement. Anticipant cette logique, un renforcement des effectifs internes en charge de la démarche a d'ores et déjà été envisagé et se verra concrétisé en 2016, suivant d'ailleurs en cela les recommandations budgétaires de l'IGSS.

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

Trois objectifs stratégiques sont retenus pour cet axe :

- Définir et mettre en œuvre les moyens techniques d'échange électronique
- Moderniser les chaînes de facturation prestataires
- Développer la conformité technologique et la mutualisation inter-ISS des ressources et de l'infrastructure

En parcourant la section des « Éléments marquants de 2015 » de ce rapport, à plusieurs reprises, il est fait état des avancées techniques concrétisées dans le cadre des différents dossiers qui ont progressé en 2015.

Il est encourageant de constater la collaboration fructueuse qui s'est encore développée en 2015 avec l'Agence eSanté, ainsi que les progrès significatifs acquis avec la Commission nationale pour la protection des données autour de problématiques souvent complexes.

Par ailleurs, touchant au cœur du métier de la CNS, l'objectif de « Moderniser les chaînes de facturation prestataires » a considérablement sollicité ses ressources internes et celles du Centre Informatique de la Sécurité Sociale depuis le démarrage fin 2014 du programme-cadre correspondant. Il faut reconnaître que l'attente des nouvelles chaînes de traitement des prestations qui seront progressivement développées et déployées jusqu'en 2020, n'est pas simple

à gérer au vu des contraintes ou des limites actuelles de certains systèmes techniques qui réduisent trop souvent et de plus en plus fréquemment l'efficacité du travail au quotidien.

Des propositions ont donc été demandées et sont attendues courant 2016 pour trouver un juste équilibre entre l'ambition de la modernisation des chaînes dans un nouveau système et le fonctionnement suffisant des systèmes actuels nécessaires au travail opérationnel aujourd'hui.

Là aussi, force est de constater que les tensions sont fortes et impactent considérablement les conditions de travail de la majorité de nos collaborateurs, à qui on demande pourtant toujours une plus grande capacité de traitement étant donné l'augmentation du volume des demandes à traiter !

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

Quatre objectifs stratégiques sont retenus pour cet axe :

- Définir et mettre en œuvre une gestion des dotations en fonction des besoins effectifs selon la charge de travail
- Définir et mettre en œuvre une stratégie de développement des ressources humaines
- Arrêter les descriptions des rôles et responsabilités du personnel
- Développer la formation et le transfert de compétences

De la même façon que 2015 a été une année charnière pour la planification pluriannuelle de la CNS, elle l'a été peut-être encore même plus pour la gestion de ses ressources humaines avec la confirmation de l'introduction du système de gestion par objectifs et l'ambition de servir au mieux le développement professionnel des agents. Au début de cette section, nous avons déjà longuement évoqué le défi que représente la réforme de la fonction publique et les risques que sa mise en œuvre fait peser au niveau des collaborateurs si la CNS ne parvient pas à concrétiser le développement professionnel de chaque agent et à en faire une vraie opportunité d'évolution positive au bénéfice de tous. Pour relever ce défi, la CNS a donc décidé de démarrer la mise en œuvre de ce système avec une vaste initiative « Zesummen Eng CNS – Notre façon de travailler ensemble » qui a vu le jour fin 2015 et s'adresse à tous ses agents, quel que soit leur niveau et leur poste.

Il est évident que les résultats attendus de cette initiative vont fortement influer sur tous les plans d'actions associés aux objectifs stratégiques retenus pour cet axe, par exemple en ce qui concerne les plans de formation. L'impact se fera également sentir sur les plans d'actions associés à d'autres objectifs stratégiques, notamment le premier objectif de l'axe I qui vise à « Faire évoluer la gouvernance interne dans une approche d'amélioration continue et de gestion des risques ».

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

Trois objectifs stratégiques sont retenus pour cet axe :

- Revoir par étapes les conventions avec les prestataires de soins
- Procéder par étapes à une révision de fond des nomenclatures majeures
- Mener une analyse critique de l'allocation des ressources financières aux différents types de prestations de santé

Pour plus de détails concernant les actions menées en 2015 en relation avec ces objectifs stratégiques, il est plus précis de se référer à la section des « Éléments marquants de 2015 » qui présentent les différents dossiers y rattachés tels qu'ils ont progressé en 2015 et avec les perspectives envisagées pour 2016.

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

Trois objectifs stratégiques sont retenus pour cet axe :

- Définir et mettre en œuvre une stratégie de service au client/assuré
- Revoir la conception des agences
- Définir et mettre en œuvre la stratégie de communication avec les assurés

Pour les objectifs stratégiques de cet axe, il est également plus précis de se référer à la section des « Éléments marquants de 2015 » pour voir le détail des actions menées en 2015 en relation avec les différents dossiers y rattachés tels qu'ils ont progressé en 2015 et avec les perspectives envisagées pour 2016.

Axe F. La CNS met en place une analyse statistique et financière complété

Deux objectifs stratégiques sont retenus pour cet axe :

- Développer le volet des analyses financières
- Développer les pratiques et les moyens de reporting et d'analyse de l'information

En 2015, les objectifs stratégiques font la place à des analyses visant par exemple à développer plus spécifiquement divers scénarios des dépenses ou à approfondir l'étude en matière de définition et d'application de différentes méthodes d'estimation.

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

Deux objectifs stratégiques sont retenus pour cet axe :

- Définir et mettre en œuvre la stratégie de lutte contre les abus et la fraude
- Assurer un suivi systématique des suspicions de fraude et d'abus

2015 a vu des changements organisationnels se mettre en place pour structurer et renforcer son action en matière de lutte contre les abus et les fraudes. D'autres précisions sont également apportées à ce sujet à la section dédiée des « Éléments marquants de 2015 ».

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

Sept objectifs stratégiques sont retenus pour cet axe :

- Transposer la directive de soins transfrontaliers
- Mettre en œuvre la réforme des Prestations en espèces
- Développer une approche pour les Soins primaires
- Suivre activement l'évolution des dossiers relatifs au secteur pharmaceutique
- Suivre activement l'évolution des dossiers relatifs au secteur hospitalier
- Développer la position CNS en vue de la réforme Assurance Dépendance
- Développer la position CNS en matière de stratégie de santé

Pour plus de détails concernant les actions menées en 2015 en relation avec

ces objectifs stratégiques, il est plus précis de se référer à la section des « Éléments marquants de 2015 » qui présentent les différents dossiers y rattachés tels qu'ils ont progressé en 2015 et avec les perspectives envisagées pour 2016.

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

Quatre objectifs stratégiques sont retenus pour cet axe :

- Faire évoluer la gouvernance interne dans une approche d'amélioration continue et de gestion des risques
- Améliorer la coordination métier et l'alignement stratégique tant au sein de la CNS qu'avec le CISS et l'Agence eSanté, et avec le CMSS
- Définir et mettre en œuvre la stratégie de gestion du patrimoine
- Révision des démarches de négociation avec les prestataires

Associée au 1er de ces objectifs stratégiques, la démarche de planification stratégique a été au cœur des réflexions et des débats tout au long de l'année 2015. Comme mentionné précédemment dans cette section, 2015 était une année d'évaluation et d'ajustement de la démarche de planification stratégique menée au sein de la CNS depuis 2012. Cette évaluation était planifiée dans le plan d'action associé à ce premier objectif de l'axe stratégique de gouvernance. Toutefois, il faut reconnaître qu'il ne serait pas exact de dire que le bilan a été mené à terme. Le temps et certaines ressources ont manqué de disponibilité pour approfondir des facteurs importants pour le bon déploiement de la démarche et de son appropriation. Par ailleurs, il est évident et logique d'intégrer à cette évaluation les orientations privilégiées par le nouveau projet de loi évoqué ci-avant, ainsi que d'apprécier l'impact de la réforme de la fonction publique détaillé précédemment. Finaliser l'évaluation et les ajustements nécessaires de la démarche de planification stratégique reste donc au calendrier de ce plan d'action de la CNS.

En guise de conclusion?

Faut-il encore le répéter ? 2015 a été une année charnière... Alors qu'en sera-t-il de 2016 ?

Sans aucun doute, 2016 s'annonce au moins aussi intense et peut-être même encore plus risquée dès lors qu'il s'agit maintenant de mettre en œuvre toutes les évolutions annoncées !

Muriel Chandelon
Département Ressources Humaines et Organisation

III. Le travail quotidien de la CNS

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

1. Les indemnités pécuniaires de maladie et de maternité

Département Prestations Espèces Maladie

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

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

- Saisie et gestion des certificats d'incapacité de travail en relation avec les maladies et accidents de travail, pendant et après la période des obligations patronales en application de l'article L.121-6 du Code du travail;
- suivi des déclarations tardives et des constatations rétroactives des périodes d'incapacité de travail;
- calcul et liquidation des indemnités pécuniaires de maladie et d'accident ainsi que la gestion des dossiers, y compris les correspondances, l'organisation des contrôles médicaux auprès de CMSS et le contact téléphonique avec assurés et employeurs;
- calcul et liquidation des dispenses de travail, congé de maternité, transferts de poste, congés d'accueil, congés pour raisons familiales et congés d'accompagnement de personnes en fin de vie.

Nombres de certificats d'incapacité de travail

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
PE Maladie	479.915	481.150	510.135	542.762	579.466	557.369	607.483
PE Accident	37.169	42.630	43.889	43.257	42.419	41.005	43.360
PE Maternité							
nombre de certificats congé de maternité proprement dit	6.530	6.162	5.963	6.213	6.642	6.666	6.766

Nombres de certificats d'incapacité de travail							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
nombre de certificats dispense	3.030	2.427	2.364	2.525	2.634	2.654	2.733
transferts de poste de travail de nuit	17	30	38	38	24	31	24
PE Accueil	37	45	26	23	24	29	25
PE Congé pour raisons familiales	23.951	26.048	31.232	33.615	36.695	37.698	42.469
PE Congé accompagnement fin de vie	86	177	237	243	296	350	366

Déclarations tardives (en application de l'article 172 des statuts CNS)					
	2011	2012	2013	2014	2015
Envoi informations					
janvier	/	951	964	839	785
février	/	969	870	724	919
mars	/	900	1.190	990	1.137
avril	/	1.361	1.192	788	1.282
mai	/	1.544	775	579	817
juin	92	948	807	564	847
juillet	779	892	709	440	750
août	1.105	774	695	860	655
septembre	1.117	750	1407	764	767
octobre	901	819	623	603	792
novembre	858	921	598	743	923
décembre	917	825	786	760	970
Total	**5.769**	**11.654**	**10.616**	**8.654**	**10.644**
Demandes de motivation					
janvier	/	69	162	113	123
février	/	83	132	80	137

Déclarations tardives (en application de l'article 172 des statuts CNS)					
	2011	2012	2013	2014	2015
mars	/	87	125	119	158
avril	/	190	154	85	162
mai	/	277	108	73	148
juin	0	138	120	91	151
juillet	16	143	81	43	154
août	55	112	96	132	101
septembre	75	131	90	105	123
octobre	61	171	100	76	133
novembre	74	160	85	103	169
décembre	63	160	101	119	175
Total	**344**	**1.721**	**1.354**	**1.139**	**1.734**
Prises de position acceptées					
janvier	/	157	139	107	109
février	/	94	153	80	49
mars	/	96	124	128	224
avril	/	164	151	106	216
mai	/	181	87	76	77
juin	0	164	83	38	57
juillet	1	182	108	98	56
août	46	138	102	102	86
septembre	113	98	98	72	28
octobre	74	128	97	100	52
novembre	83	146	84	56	39
décembre	52	86	87	65	87
Total	**369**	**1.634**	**1.313**	**1.028**	**1.080**

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

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

Prises de position acceptées: cas pour lesquels les explications ont été jugées suffisantes pour éviter une amende d'ordre

Déclarations rétroactives 2015 (en application de l'article 170 des statuts CNS)

Total déclarations rétroactives

	2015
janvier	355
février	344
mars	507
avril	374
mai	277
juin	288
juillet	306
août	226
septembre	247
octobre	244
novembre	270
décembre	251
Total	**3.689**

Mainlevées d'office

	total	hospitali-sation	duplicata	ITT 1-2 jours	couverture par ITT précédente	divers
janvier	337	47,50%	12,50%	22,50%	8,00%	9,50%
février	297	52,50%	12,50%	17,00%	13,00%	5,00%
mars	468	50,50%	15,00%	15,00%	11,50%	8,50%
avril	352	55,50%	11,50%	11,50%	13,50%	8,00%
mai	267	56,00%	13,00%	13,50%	9,50%	8,00%
juin	270	57,50%	15,00%	9,50%	9,50%	8,50%
juillet	286	53,50%	17,50%	17,00%	6,50%	5,50%
août	215	60,00%	10,00%	18,00%	6,50%	5,50%
septembre	238	56,50%	17,00%	10,00%	8,00%	8,50%
octobre	238	59,00%	15,00%	10,00%	11,50%	4,50%
novembre	256	56,00%	13,00%	14,00%	12,50%	4,50%
décembre	243	54,00%	11,50%	14,00%	13,50%	7,00%
Total	**3.467**					

Déclarations rétroactives 2015 (en application de l'article 170 des statuts CNS)

Mainlevées suite aux explications

	total	hospitalisation	duplicata	ITT manquante	divers
janvier	8	0,00 %	0,00 %	50,00 %	50,00 %
février	13	15,00 %	10,00 %	60,00 %	20,00 %
mars	19	10,00 %	35,00 %	20,00 %	35,00 %
avril	13	8,00 %	60,00 %	16,00 %	16,00 %
mai	4	25,00 %	0,00 %	0,00 %	75,00 %
juin	10	30,00 %	20,00 %	20,00 %	30,00 %
juillet	5	40,00 %	20,00 %	20,00 %	20,00 %
août	4	25,00 %	25,00 %	0,00 %	50,00 %
septembre	3	0,00 %	0,00 %	33,00 %	66,00 %
octobre	1	0,00 %	100,00 %	0,00 %	0,00 %
novembre	4	50,00 %	0,00 %	50,00 %	0,00 %
décembre	1	100,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Total	**85**				

Total déclarations rétroactives: nombre total de certificats avec effet rétroactif reçus par la CNS

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

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

Nombre de décisions "apte au travail" prises par le CMSS

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
janvier	183	70	22	28	279	140
février	171	58	14	69	229	114
mars	176	58	16	143	175	197
avril	138	34	9	167	151	185
mai	110	30	8	187	139	159
juin	159	19	18	250	117	205
juillet	196	34	8	272	159	213
août	126	14	6	159	116	172

Nombre de décisions "apte au travail" prises par le CMSS						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
septembre	120	22	11	158	200	219
octobre	198	9	7	164	192	219
novembre	132	10	16	206	195	163
décembre	129	16	13	197	181	223
Total	**1.838**	**374**	**148**	**2.000**	**2.133**	**2.209**

Nombre de convocations au CMSS (par département CNS/PE)						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
janvier	1.407	1.481	1.282	1.103	1.588	1.365
février	1.337	1.213	1.014	1.059	1.388	1.325
mars	1.575	1.523	1.242	1.333	1.383	1.670
avril	1.329	1.269	877	1.324	1.275	1.517
mai	1.232	1.453	717	1.354	1.381	1.411
juin	1.597	1.121	963	1.371	1.242	1.808
juillet	1.225	1.064	912	1.457	1.575	1.798
août	1.046	954	678	1.091	847	1.530
septembre	1.239	1.105	749	1.220	1.535	1.650
octobre	1.528	1.280	1.100	1.583	1.450	1.897
novembre	1.260	1.313	1.106	1.473	1.440	1.847
décembre	1.217	1.090	953	1.175	1.270	1.986
Total	**15.992**	**14.866**	**11.593**	**15.543**	**16.374**	**19.804**

Finances - 1ère partie (en €)				
	2009 n.i. 699,44	2010 n.i. 711,07	2011 n.i. 724,34	2012 n.i. 742,44
PE Maladie				
coût financier (sans période d'essai)	89.404.797,90	82.948.312,89	97.260.327,84	112.792.726,31
coût financier (avec période d'essai)	95.183.557,22	89.843.824,46	105.502.687,84	121.286.644,20
dont période d'essai	5.778.759,32	685.511,57	8.242.360,00	8.493.917,89

Finances - 1ère partie (en €)				
	2009 n.i. 699,44	2010 n.i. 711,07	2011 n.i. 724,34	2012 n.i. 742,44
PE Accident				
coût financier	8.157.406,06	7.640.659,57	8.877.741,96	non disponible
PE Maternité				
coût financier	95.473.150,44	101.791.170,86	98.946.114,40	106.540.961,26
PE Accueil				
coût financier	295.080,66	329.008,80	229.821,99	193.075,74
PE Congé raisons familiales				
coût financier	5.752.200,08	5.895.152,22	7.254.690,00	7.581.086,27
PE Congé accomp. fin de vie				
coût financier	30.753,04	65.340,04	82.840,79	99.063,80

Finances - 2ème partie (en €)			
	2013 n.i. 760,99	2014	2015
PE Maladie			
coût financier (sans période d'essai)	118.004.633,19	117.244.078,71	121.778.456,00
coût financier (avec période d'essai)	126.167.932,86	125.050.289,00	131.462.985,00
dont période d'essai	8.163.299,66	7.806.210,29	9.684.528,00
PE Accident			
coût financier	non disponible	non disponible	non disponible
PE Maternité			
coût financier	112.086.928,43	116.957.984,82	119.078.562,00
PE Accueil			
coût financier	264.029,65	245.100,80	194.086,00
PE Congé raisons familiales			
coût financier	8.678.689,36	8.205.132,66	9.997.908,00
PE Congé accomp. fin de vie			
coût financier	140.018,51	143.276,06	non disponible

2. Le remboursement des soins de santé

- Service Virements
- Service Agences

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

Service Virements :

- rembourser aux assurés par virement des prestations de soins délivrées au Luxembourg et / ou à l'étranger ;
- vérifier les données personnelles de l'assuré, l'affiliation, les coordonnées ;
- verser en cas de décès d'un affilié une indemnité funéraire à la personne qui a fait l'avance des frais funéraires et verser une indemnité de naissance pour produits diététiques qui est allouée à toute femme ayant accouché dans un hôpital luxembourgeois ;
- procéder au paiement direct aux fournisseurs de soins dans les cas où le paiement d'une prestation ou d'une fourniture représente pour la personne protégée une charge insurmontable ;
- assurer la prise en charge directe des prestations en nature des personnes en situation d'indigence (tiers payant social) ;
- être à l'écoute des affiliés, fournir des informations générales sur l'assurance maladie, expliquer les remboursements ou rediriger les assurés vers d'autres services voire d'autres administrations.

Service Agences :

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

Factures saisies et lettres d'information

	2012	2013	2014	2015
Factures saisies manuellement par Service Virements	2.701.277	2.816.245	2.926.814	3.040.334
dont article 162 statuts CNS (assistance exceptionnelle	15.763	2.354	420	206
– dont Tiers payant social (article 24 CSS)	-	10.207	17.136	24.819
– dont Virement international (prestations à l'étranger)	109.012	121.947	117.686	123.669
Saisie-Virements des agences	944.098	952.613	955.927	880.608
Saisie-Virements agences + Service Virements	3.645.375	3.768.858	3.882.741	3.920.942
Lettres d'information aux assurés	120.340	128.720	140.254	150.849

Saisie Virements - Nombre de factures saisies (exercice 2015) - 1ère partie

	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet
Bettembourg	3.742	4.717	4.996	5.472	4.360	5.026	5.240
Clervaux	5.134	4.628	4.705	4.595	3.445	3.872	4.939
Diekirch	4.640	5.182	5.474	4.881	4.096	5.102	5.371
Differdange	11.969	6.040	8.641	7.618	9.243	8.407	6.632
Dudelange	6.418	5.573	3.655	3.128	1.122	468	1.041
Echternach	4.376	4.821	4.161	4.988	4.058	4.685	5.398
Esch / Centre	4.034	4.847	4.206	3.603	2.512	3.630	3.248
Ettelbruck	6.348	6.808	7.132	5.887	5.716	6.370	2.672
Grevenmacher	3.817	4.255	2.704	4.341	3.171	2.020	4.224
Hollerich	4.204	4.436	5.076	4.529	3.717	4.008	4.746
Ville	3.385	5.097	4.699	4.545	3.669	5.578	5.556
Mersch	5.847	6.609	6.528	6.780	5.400	5.944	7.332

Saisie Virements - Nombre de factures saisies (exercice 2015) - 1ère partie

	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet
Redange	4.588	4.683	5.679	4.763	4.307	4.934	5.531
Remich	4.165	3.876	2.495	3.480	2.280	3.154	3.029
Rumelange	4.186	4.423	4.633	4.404	3.627	4.268	4.776
Wiltz	2.854	3.695	2.822	3.728	3.240	3.907	4.024
Total Agences	**79.707**	**79.690**	**77.606**	**76.742**	**63.963**	**71.373**	**73.759**
Service Virements	240.574	244.845	245.951	278.609	212.619	266.307	298.949

Saisie Virements - Nombre de factures saisies (exercice 2015) - 2ème partie

	août	septembre	octobre	novembre	décembre	Total 2015
Bettembourg	4.540	3.900	4.066	6.405	3.417	**55.881**
Clervaux	3.989	3.243	3.860	6.122	4.534	**53.066**
Diekirch	4.000	4.541	4.812	6.272	4.228	**58.599**
Differdange	9.606	7.226	11.577	15.060	8.874	**110.893**
Dudelange	325	1.387	1.269	3.456	1.246	**29.088**
Echternach	3.829	4.543	4.515	6.289	3.698	**55.361**
Esch / Centre	3.474	3.494	4.654	5.942	2.609	**46.253**
Ettelbruck	4.809	5.067	4.774	8.417	5.571	**69.571**
Grevenmacher	2.330	3.494	2.785	4.568	2.509	**40.218**
Hollerich	2.290	3.970	3.731	5.395	4.202	**50.304**
Ville	3.488	4.005	4.445	5.834	4.181	**54.482**
Mersch	5.345	5.712	6.111	8.184	5.178	**74.970**
Redange	3.515	3.567	3.884	4.275	3.208	**52.934**
Remich	3.136	3.731	3.946	4.478	3.363	**41.133**
Rumelange	3.353	3.043	3.962	5.739	3.530	**49.944**

Saisie Virements - Nombre de factures saisies (exercice 2015) - 2ème partie

	août	septembre	octobre	novembre	décembre	Total 2015
Wiltz	3.057	3.072	3.217	5.277	1.436	**40.329**
Total Agences	**61.086**	**63.995**	**71.608**	**101.713**	**61.784**	**883.026**
Service Virements	248.675	230.642	240.042	324.541	190.230	**3.021.984**

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

Saisie comptant et virement des Agences (exercice 2015) - 1ère partie

	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet
Bettembourg	1.027	1.131	1.292	1.325	918	1.172	1.124
Clervaux	1.310	1.522	1.718	1.495	1.130	1.589	1.431
Diekirch	2.538	2.704	3.545	2.791	2.366	2.692	2.798
Differdange	8.511	9.695	10.724	9.437	7.317	8.894	9.855
Dudelange	2.887	3.615	4.157	3.693	3.067	3.563	4.012
Echternach	1.126	1.242	1.511	1.574	1.267	1.372	1.568
Esch / Centre	7.551	8.203	10.061	9.095	7.401	8.471	9.782
Ettelbruck	2.750	3.324	3.731	3.138	2.773	3.046	3.544
Grevenmacher	1.430	1.695	2.220	1.630	1.567	1.503	1.892
Hollerich	9.104	10.772	12.278	11.351	9.017	10.521	11.681
Ville	3.076	3.462	3.836	3.383	2.584	3.337	3.740
Mersch	2.256	2.631	2.992	2.723	2.220	2.608	2.874
Redange	1.408	1.590	1.796	1.605	1.304	1.453	1.720
Remich	1.378	1.587	1.914	1.747	1.342	1.682	1.717
Rumelange	1.692	2.068	2.410	2.142	1.585	2.049	2.235
Wiltz	1.952	2.176	2.550	2.245	1.880	2.374	2.408

Saisie comptant et virement des Agences (exercice 2015) - 1ère partie

	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet
Total comptant	**49.996**	**57.417**	**66.735**	**59.374**	**47.738**	**56.326**	**62.381**
Virements par mois	79.707	79.690	77.606	76.742	63.963	71.373	73.759
Total général	**129.703**	**137.107**	**144.341**	**136.116**	**111.701**	**127.699**	**136.140**

Saisie comptant et virement des Agences (exercice 2015) - 2ème partie

	août	septembre	octobre	novembre	décembre	Total 2015
Bettembourg	814	1.045	1.034	1.488	959	**13.329**
Clervaux	1.049	1.391	1.447	1.863	1.023	**16.968**
Diekirch	1.978	2.521	2.581	3.690	2.225	**32.429**
Differdange	5.527	8.049	8.042	11.277	6.407	**103.735**
Dudelange	2.237	3.441	3.583	5.137	2.684	**42.076**
Echternach	1.127	1.281	1.356	1.926	1.103	**16.453**
Esch / Centre	5.442	8.064	8.134	11.755	6.345	**100.304**
Ettelbruck	2.391	2.912	2.804	4.149	2.153	**36.715**
Grevenmacher	1.245	1.518	1.570	2.039	1.161	**19.470**
Hollerich	7.352	9.203	9.808	13.561	8.140	**122.788**
Ville	2.304	2.826	3.018	4.375	2.509	**38.450**
Mersch	2.105	2.408	2.441	3.625	2.209	**31.092**
Redange	1.322	1.333	1.494	1.431	879	**17.335**
Remich	1.283	1.376	1.445	2.334	1.293	**19.098**
Rumelange	1.327	1.988	2.023	2.642	1.554	**23.715**
Wiltz	1.699	1.912	2.002	2.858	1.706	**25.762**
Total comptant	**39.202**	**51.268**	**52.782**	**74.150**	**42.350**	**659.719**

Saisie comptant et virement des Agences (exercice 2015) - 2ème partie

	août	septembre	octobre	novembre	décembre	Total 2015
Virements par mois	61.086	63.995	71.608	101.713	61.784	**883.026**
Total général	**100.288**	**115.263**	**124.390**	**175.863**	**104.134**	**1.542.745**

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

Montant net liquidé - comptant (chèques) - 1ère partie

	2009	2010	2011
Nombre de chèques émis	177.753	187.628	191.827
Nombre de chèques encaissés	/	/	/
Montant moyen par chèque	259,31	257,36	246,01
Montant net liquidé (€)	46.093.634,21	48.287.730,06	47.191.544,84

Montant net liquidé - comptant (chèques) - 2ème partie

	2012	2013	2014	2015
Nombre de chèques émis	197.458	209.853	222.894	220.061
Nombre de chèques encaissés	197.222	209.773	222.777	219.975
Montant moyen par chèque	245,18	245,33	246,56	243,90
Montant net liquidé (€)	48.412.733,94	51.483.088,18	54.956.855,96	53.673.655,36

Émission annuelle de chèques par agence

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bettembourg	5.042	4.709	4.600	4.441	4.796	4.694	4.365
Clervaux	4.781	5.296	5.319	4.744	4.840	5.087	4.782

Émission annuelle de chèques par agence

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Diekirch	8.585	9.013	8.975	9.054	9.639	9.986	9.822
Differdange	26.821	29.640	31.062	33.396	35.093	36.863	34.972
Dudelange	10.954	11.802	11.791	11.548	11.676	12.884	14.076
Echternach	5.940	5.054	5.005	5.228	5.635	5.766	5.789
Esch / Centre	20.132	26.566	28.511	30.102	31.865	35.197	36.016
Ettelbrück	12.300	12.444	11.651	11.320	12.548	12.979	12.312
Grevenmacher	6.067	5.755	5.546	5.662	6.111	6.445	6.089
Hollerich	29.394	32.274	34.001	36.845	39.968	42.005	41.035
Ville	9.146	9.542	10.326	11.402	12.563	13.147	13.238
Mersch	7.492	7.968	7.612	8.048	9.059	10.143	10.324
Redange	4.713	4.182	3.836	4.584	4.905	5.399	4.913
Remich	4.636	5.126	5.328	5.350	5.781	5.916	6.075
Rumelange	7.216	7.242	7.335	7.343	7.673	8.086	7.936
Steinfort	2.656	2.623	2.563	999	/	/	/
Wiltz	8.448	8.392	8.366	7.392	7.701	8.297	8.317
Esch-Schlassgoart	3.430	/	/	/	/	/	/
Total comptant	**177.753**	**187.628**	**191.827**	**197.458**	**209.853**	**222.894**	**220.061**

Assistance exceptionnelle à la personne protégée (en application de l'article 162 des statuts CNS)

	2013		2014		2015	
	Factures	Montant liquidé (€)	Fac-tures	Montant liquidé (€)	Fac-tures	Montant liquidé (€)
janvier	1.144	81.834,39	36	10.029,94	23	8.169,02
février	359	34.405,62	18	5.908,10	20	5.323,63
mars	251	19.539,56	31	6.999,90	0	0,00
avril	223	17.867,69	45	12.101,58	27	5.799,28
mai	96	9.379,73	75	14.107,72	27	7.338,76
juin	60	11.206,53	14	3.433,12	26	12.004,21
juillet	52	13.360,00	29	11.700,53	36	8.269,82

Assistance exceptionnelle à la personne protégée (en application de l'article 162 des statuts CNS)						
	2013		2014		2015	
août	29	8.188,48	24	7.619,75	13	4.810,05
septembre	52	5.651,55	32	10.243,76	21	7.668,44
octobre	20	4.680,74	57	13.057,01	0	0,00
novembre	57	9.939,01	27	7.157,49	13	4.436,54
décembre	11	1.963,42	32	8.659,01	0	0,00
Total	**2.354**	**218.016,72**	**420**	**111.017,91**	**206**	**63.819,75**

Tiers payant social (TPS)						
	2013		2014		2015	
	Factures	Montant liquidé (€)	Fac-tures	Montant liquidé (€)	Fac-tures	Montant liquidé (€)
janvier	10	628,01	1.341	85.368,69	1.714	101.757,73
février	181	9.142,09	1.279	79.462,11	1.817	113.640,64
mars	440	23.013,01	1.279	98.994,28	1.799	119.748,94
avril	643	36.392,47	1.126	75.321,92	2.435	156.881,09
mai	904	55.276,90	1.828	123.930,63	1.241	76.722,09
juin	1.016	60.996,30	1.081	71.211,63	2.518	164.536,55
juillet	1.034	65.051,48	1.723	118.033,94	2.446	156.963,55
août	1.211	78.347,67	1.240	83.738,58	1.765	110.561,23
septembre	909	53.489,38	1.156	72.086,29	1.423	92.732,37
octobre	1.584	95.547,01	1.778	109.139,84	2.621	163.955,17
novembre	1.045	67.014,50	1.494	101.092,81	2.164	134.812,67
décembre	1.230	81.683,56	1.610	100.328,48	2.876	182.487,54
Total	**10.207**	**626.582,38**	**17.136**	**1.118.709,20**	**24.819**	**1.574.799,57**

3. Le paiement complémentaire

- Service Paiements PN et Recouvrement

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

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

Paiements complémentaires

	2012	2013	2014	2015
Demandes introduites	2.647	3.432	3.699	6.458
Nombre de demandes d'assurés ayant droit	1.214	1.414	1.555	1.920
Montants liquidés (€)	522.775,55	613.479,48	670.608,20	810.313,76

4. Les agences

- Service Agences

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

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

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

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

Documents émis par les agences

	2014	2015
Correspondances	40.191	41.640
Certificats d'affiliation (pour pensionnés et bénéficiaires RMG)	1.177	1.046
Certificats de coassurance	5.160	5.430
Formulaires conventions (Cap-Vert, Tunésie, Turquie etc.)	4.730	3.763
E104	497	536
Prestation en espèces - Gestion de certificats d'incapacité de travail	829	786

5. La coassurance et la signalétique

- Service Coassurance et Signalétique Nationaux

- Gérer les coassurances des résidents et des non-résidents ;
- gérer les demandes de coassurance des personnes dépassant la limite d'âge de trente ans (CNS et autres caisses) ;
- tenir à jour les coordonnées des personnes protégées (changements d'état civil, adresses, comptes bancaires, partenariats) ;

- émettre sur demande les documents suivants : cartes européennes d'assurance maladie, certificats provisoires de remplacement, formulaires pour séjour temporaire à l'étranger (conventions bilatérales), certificats de coassurance, certificats pour les bénéficiaires du RMG et de pension ;
- établir des certificats provisoires de remplacement ou des copies de cartes EHIC pour assurer une prise en charge par les institutions étrangères dans certains cas d'hospitalisation d'urgence à l'étranger ;
- être en contact permanent avec les agences, les services internes et d'autres administrations (CTIE, CNAP, CCSS, etc.).

Émission de documents*		
	2014	2015
Correspondance via templates	10.608	13.218
Certificats pour obtention visa (Cuba, Russie...)	251	257
Certificats de coassurance (demandes via internet incluses)	5.037	5.397

* il est impossible de chiffrer les demandes de documents reçues en dehors du site internet CNS

Demandes reçues via internet		
	2014	2015
Changement d'adresses	9.674	10.334
Changement de comptes	6.356	5.070
Cartes EHIC / certificat provisoire de remplacement	2.905	2.751
Info affiliation dans le cadre du TPS	311	235
Formulaires de vacances	1.874	1.944
Certificats de coassurance	781	1.400

6. Les autorisations nationales

- Service Autorisations Nationales Hors Tiers Payant

Certaines prestations sont soumises à une autorisation préalable de la part de la CNS, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. Le service en question gère ces demandes et y apporte la réponse adéquate.

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

Service Autorisations Nationales Hors Tiers Payant

	2012	2013	2014	2015
Devis prothétique dentaire	39.548	40.981	43.301	43.475
Devis orthodontie	7.094	6.943	7.426	7.610
Surveillance traitement orthodontie en cours (nombre d'enfants vus par le CMSS)	470	456	458	368
Autres APCM (amniocentèses, stérilisations, chirurgie bariatrique, chirurgie «esthétique»)	2.562	2.101	1.638	1.007
Décisions présidentielles en matière d'APCM	705	356	389	103
Décisions présidentielles en matière dentaire	13	15	26	33
Total des dossiers traités	**50.392**	**50.852**	**53.238**	**52.596**

Détail des dossiers APCM traités en 2015

Actes nomenclature	Accords	Refus
2S73 - Reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire après opération antérieure, 2S74 - Implantation ou échange d'une prothèse mammaire, 2S75 - Plastie d'augmentation d'un sein par prothèse en cas d'aplasie ou d'hypoplasie unilatérale avec asymétrie importante	44	19
2G36 à 2G38 - Lipectomies	52	31

Détail des dossiers APCM traités en 2015

Actes nomenclature	Accords	Refus
3N48 - Rhinoplastie reconstructrice de la pyramide nasale	45	6
2A62 - Gastroplastie pour obésité pathologique	155	5
6A82 et 83 - Amniocentèses	251	4
6G91 et 92 - Stérilisations	87	48
1C38 - Enregistrement continu de la tension artérielle pendant 24 heures par enregistreur portable (APCM pour répétition de cet examen dans les 6 mois)	104	3
1N60 - Psychothérapie de soutien par médecin non psychiatre, durée minimum 15 minutes (APCM pour plus de 6 séances par an)	116	0
Divers	27	10

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

- Service Kinésithérapie, Psychomotricité, Orthophonie

- Gérer, en collaboration avec le CMSS, les demandes d'autorisations et de titres de prise en charge des prestations de kinésithérapie, psychomotricité et orthophonie ;
- gérer la tarification et liquidation par la voie du tiers payant des prestations de kinésithérapie, psychomotricité et orthophonie.

Nombre de titres de prise en charge émis en cours d'année

	2011	2012	2013	2014	2015
Kinésithérapie	194.082	208.416	221.203	241.066	252.023
Psychomotricité*	/	/	/	950	2.844
Orthophonie	2.434	2.756	2.920	3.310	3.874

* L'autorisation des prestations de psychomotricité n'est réalisée par le biais d'un titre de prise en charge que depuis août 2014

8. Les enquêtes et contrôles administratifs

- Service Enquêtes et Contrôles Administratifs

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

Contrôles administratifs

		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Employeurs	présent	1.230	1.390	1.537	1 392	1.375	1.541	1.510
	absent	761	760	754	702	826	882	815
	valablement excusé	334	411	325	326	380	412	430
	non-excusé	427	349	429	376	446	470	385
	Total	**1.991**	**2.150**	**2.291**	**2.094**	**2.201**	**2.423**	**2.325**
CNS	présent	4.398	5.737	6.375	5.230	4.469	7.677	6.946
	absent	1.456	1.400	1.594	1.293	1.440	2.634	2.290
	valablement excusé	674	764	782	686	711	1.350	1.261
	non-excusé	782	636	812	607	729	1.284	1.029
	Total	**5.854**	**7.137**	**7.969**	**6.523**	**5.909**	**10.311**	**9.236**
Total des exercices		**7.845**	**9.287**	**10.260**	***8.617**	***8.110**	**12.734**	**11.561**

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

9. Les formulaires et décomptes internationaux

- Service International
- Service Décomptes Internationaux

Service International :

- gérer l'ensemble des formulaires internationaux en rapport avec des affiliés luxembourgeois qui résident à l'étranger, qu'il s'agisse de frontaliers en activité, d'anciens travailleurs frontaliers, de bénéficiaires de pension ou de membres de famille résidant dans un autre pays que l'assuré principal et ce pour l'Union européenne, l'EEE, la Suisse et les pays avec lesquels le Luxembourg a conclu un accord bi- ou multilatéral en matière de sécurité sociale ;
- émettre sur demande les cartes européennes d'assurance maladie, les certificats de remplacement de la carte européenne, des formulaires pour séjour temporaire en présence d'une convention bilatérale en matière de sécurité sociale ;
- gérer l'ensemble des inscriptions à l'assurance maladie-maternité au Luxembourg d'assurés étrangers. En cas de résidence ou de séjour au Luxembourg d'assurés étrangers, enregistrer des formulaires édités par les organismes étrangers et permettre ainsi la prise en charge des soins au Luxembourg pour ces assurés étrangers suivant les taux et tarifs luxembourgeois.

Service Décomptes Internationaux :

- gérer les décomptes entre le Luxembourg et les États membres de l'Union européenne, les pays EEE, la Suisse et les pays avec lesquels le Luxembourg a conclu une convention bi- ou multilatérale. Ces décomptes concernent tant les créances que les dettes luxembourgeoises, c'est-à-dire les décomptes luxembourgeois, les demandes de remboursement pour des soins qui ont été dispensés au Luxembourg à des assurés étrangers ainsi que les décomptes étrangers, les demandes de remboursement de soins dispensés à l'étranger à des assurés luxembourgeois (résidence, séjour temporaire, soins programmés) ;
- rembourser les décomptes accident étrangers à l'organisme compétent étranger au nom de l'assurance accident luxembourgeoise ;
- gérer le tiers payant à l'étranger, c.-à-d. effectuer dans certains cas le remboursement direct de factures à des établissements étrangers ;
- effectuer à cadence mensuelle la saisie, le contrôle et le règlement financier des décomptes directs avec différents établissements hospitaliers allemands ;
- effectuer le remboursement à certains établissements de soins étrangers pour des patients en traitement psychosomatique suite à des transferts à l'étranger dûment autorisés par le CMSS ;
- gérer le remboursement complémentaire aux travailleurs frontaliers et anciens travailleurs frontaliers belges ainsi qu'à leurs membres de famille ;
- gérer le payement de l'indemnité funéraire concernant les bénéficiaires de pension luxembourgeoise inscrit à l'étranger.

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

	2012	2013	2014	2015
S1 - actif (E106)	125.480	128.152	133.885	138.254
S1 - membre de famille d'actif (E109)	1.362	1.418	1.388	1.391

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

	2012	2013	2014	2015
S1 - pensionné et membre de famille (E121)	9.110	10.148	11.486	12.796
BL1 - actif belge	40.967	41.899	42.941	44.114
BL2 / BL3 - pensionné belge	5.837	6.160	6.535	6.844

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

	2012	2013	2014	2015
EHIC ou certificat remplacement	5.715	3.808	3.759	3.357
S3	149	165	203	177
S2	1.293	1.180	1.191	1.044
BL1	119	163	160	151
BL2	15	15	9	10
S1 pensionné	573	575	803	632
S1 MF (E109)	58	84	63	70
S1 actif	861	935	1.058	1.106

Dépenses relatives aux conventions internationales suivant la date de prestation

en millions d'euros	2012	2013	2014	2015
Séjour temporaire	12,6	14,5	15,4	15,4
Frontaliers	256,2	266,5	277,5	288,7
Traitement E112 / S2	37,2	37,7	38,6	39,3
Pensionnés Frais effectifs	28,3	30,2	31,1	32,2
Forfaits (pens. et mem. fam.)	2,2	1,9	1,9	2,0
Complément belgo-lux	6,1	6,2	6,2	6,4
Total	**342,5**	**356,9**	**370,7**	**384,0**

Source : décompte annuel global de l'assurance maladie-maternité, exercice 2015

10. Le transfert à l'étranger

- Service Transfert à l'Étranger

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

Transfert à l'étranger				
	2012	2013	2014	2015
Nombre de patients ayant bénéficié d'un transfert à l'étranger pendant l'année				
Consultations ou examens	5.235	5.184	4.673	4.338
Traitements ambulatoires	1.919	2.044	2.056	1.889
Traitements stationnaires	5.041	4.837	4.519	4.464
Cures	60	61	66	65
Analyses	115	9	5	8
Nombre de formulaires émis				
Accordé	17.867	17.620	16.040	15.285
Refusé	609	638	844	821
Demandé	486	602	855	1.191

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

- Service Gestion Fournisseurs, Gestion Tarifs et Relations Professionnels de Santé

Gestion Fournisseurs:

- gestion de l'enregistrement centralisé de tous les professionnels de santé et fournisseurs en relation avec les assurances maladie, accident et dépendance (enregistrement dans une banque de données, agréation, attribution d'un code prestataire, ...);
- fourniture aux professionnels de santé de toutes informations et documents utiles à l'exercice de leur profession en relation avec l'assurance maladie (relevé de leurs revenus enregistrés par la CNS, nomenclatures, conventions, cahiers des charges,...);
- coordination et paiement aux médecins et médecins-dentistes des indemnités pour les formules réalisées par leur propre moyen informatique.

Gestion Tarifs:

- analyse de l'impact informatique (pour la CNS et pour le CISS) 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;
- gestion de l'enregistrement centralisé de toutes les prestations en relation avec les assurances maladie, accident et dépendance hormis celles reprise dans la liste positive des médicaments et dans les listes statutaires B1, B2, B3, B4, B5 et B7 (enregistrement dans une banque de données des tarifs, des conditions et limitations quant à la mise en compte et la prise en charge, des codes de refus, ...);
- rédaction des lettres-circulaires, servant à informer le personnel de la CNS et des autres caisses de maladie quant aux changements au niveau des prestations;
- établissement de versions coordonnées actualisées des nomenclatures et tarifs en vue d'une publication au site Internet de la CNS et d'une publication périodique des brochures "livre bleu" et "livre vert" envoyées aux professionnels de santé.

Gestion des codes fournisseurs

Catégorie de fournisseurs	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de codes fournisseurs (actifs ou non) existant en fin d'année					
Médecins et médecins-dentistes	5.355	5.568	5.786	6.021	6.273
Médecins étrangers (codes uniquement utilisés pour facturation de rapports au CMSS)	6.530	7.119	7.553	8.259	8.583
Infirmiers et Sages-femmes	5.438	5.655	5.895	6.152	6.310
Kinésithérapie	1.540	1.647	1.748	1.861	1.958
Psychomotricité	59	62	68	77	85
Orthophonie	92	98	102	107	117
Laboratoires*	41	45	46	47	156
Autres	6.076	6.179	6.249	6.406	6.794
Total	**25.131**	**26.373**	**27.447**	**28.930**	**30.276**
Nombre de créations de codes fournisseurs en cours d'année					
Médecins et médecins-dentistes	167	213	218	235	252
Médecins étrangers (codes uniquement utilisés pour facturation de rapports au CMSS)	738	589	434	706	324
Infirmiers et Sages-femmes	262	217	240	257	158

Gestion des codes fournisseurs					
Catégorie de fournisseurs	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Kinésithérapie	93	107	101	113	97
Psychomotricité	5	3	6	9	8
Orthophonie	2	6	4	5	10
Laboratoires*	9	4	1	1	109
Autres	99	103	70	157	388
Total	**1.375**	**1.242**	**1.074**	**1.483**	**1.346**

* 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.

Gestion des codes tarifs					
Catégorie de prestation	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Nombre de codes tarifs (actif ou non) existant en fin d'année					
Médecins et médecins-dentistes (y compris les manipulations faites pour l'assurance accident)	2.314	2.316	2.316	2.323	2.396
Infirmiers et Sages-femmes	71	71	71	71	71
Kinésithérapie	75	75	75	75	75
Psychomotricité	15	15	15	15	15
Orthophonie	27	27	27	27	27
Laboratoires	1.587	1.587	1.587	1.587	1.587
Listes statutaires	2.994	3.082	3.301	3.671	3.784
Assurance dépendance	797	797	797	797	796
Autres (y compris les manipulations faites pour l'assurance accident)	6.288	6.289	6.292	6.333	6.370
Total	**14.168**	**14.259**	**14.481**	**14.899**	**15.121**
Nombre de créations ou modifications de codes tarifs en cours d'année					
Médecins et médecins-dentistes (y compris les manipulations faites pour l'assurance accident)	2.140	1.639	250	134	174

Gestion des codes tarifs					
Catégorie de prestation	2011	2012	2013	2014	2015
Infirmiers et Sages-femmes	47	0	0	0	2
Kinésithérapie	27	0	0	0	0
Psychomotricité	11	0	0	0	0
Orthophonie	18	0	0	0	0
Laboratoires	111	109	0	3	0
Listes statutaires	143	96	238	428	1.909
Assurance dépendance	68	0	0	2	0
Autres (y compris les manipulations faites pour l'assurance accident)	545	814	3.030	397	624
Total	**3.110**	**2.658**	**3.518**	**964**	**2.709**

12. Les médicaments et dispositifs médicaux

- Service Liste Positive et Tarifs Fournitures
- Service 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.

Service Liste Positive et Tarifs Fournitures:

- Gérer les demandes d'inscription provenant des firmes visant l'inscription de leurs médicaments dans la liste positive, afin que leurs médicaments soient pris en charge par l'assurance maladie;
- gérer les demandes d'inscription dans les fichiers B des statuts de la CNS;
- établir et publier les mises à jour mensuelles de la liste des médicaments commercialisés au Luxembourg, ainsi que les informations relatives aux médicaments publiés sur le site internet de la CNS;
- établir et publier les mises à jour annuelles de la liste positive des médicaments pour le Mémorial et la Commission Européenne;
- établir et publier les mises à jour mensuelles des listes des ajouts, des suppressions et des modifications relatifs aux dispositifs médicaux repris dans les fichiers statu-

taires (fichiers B) sur le site internet de la CNS;

- procéder au contrôle en continu des critères sur lesquels s'appuient l'inscription dans la liste positive, ainsi que de la concordance des prix publics belges avec ceux appliqués au Luxembourg en collaboration étroite avec le Ministère de la Sécurité Sociale compétent pour les prix des médicaments;
- publier mensuellement une circulaire destinée aux pharmacies ouvertes au public et aux pharmacies hospitalières. Cette circulaire renseigne sur d'éventuels changements statutaires ayant un impact sur la prise en charge de l'ensemble des prestations pouvant être délivrées en pharmacie. Y sont repris les médicaments nouvellement admis au remboursement ainsi que les mises à jour des fichiers statutaires relatifs aux dispositifs médicaux.

Service Médicaments et Dispositifs Médicaux:

Équipe Autorisations:

- gérer la réception des demandes et l'envoi des décisions relatives à la prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux;
- collaborer avec les médecins et pharmaciens du CMSS d'une part et les médecins prescripteurs, pharmaciens et assurés d'autre part;
- communiquer aux pharmaciens et aux personnes protégées les informations et explications nécessaires à une bonne compréhension et application des statuts de la CNS.

Équipe Facturation:

- gérer les décomptes informatiques en provenance des pharmacies ouvertes au public. Les médicaments soumis à une prise en charge conditionnelle sont contrôlés quant à leur concordance avec les statuts;
- gérer les décomptes en provenance des orthopédistes-bandagistes et magasins grossistes conventionnés respectivement agréés à délivrer des dispositifs médicaux inscrits dans les nomenclatures et les listes statutaires. Ces décomptes sont traités et saisis manuellement;
- gérer les acomptes versés mensuellement aux pharmacies et l'abattement accordé par les pharmaciens à l'assurance maladie;
- gérer le contrôle manuel après échantillonnage des délivrances de médicaments à prise en charge conditionnelle facturé à la CNS.

Demandes d'inscription dans la liste positive des médicaments

	2012	2013	2014	2015
Demandes en cours au 1er janvier	206	227	243	258
Demandes entrées en cours d'année	332	396	378	203
Nombre de décisions prises	271	419	447	290
Total demandes traitées suivant date entrée de la demande	538	623	621	461
Nombre de médicaments inscrits dans la liste positive au 1er janvier de l'année	4.452	4.656	4.649	4.823

Demandes d'autorisations

	2012	2013	2014	2015
Médicament	14.138	14.883	15.103	16.093
B1	1.225	1.185	1.368	1.319
B5	575	465	588	627
B2	609	635	675	697
B4	101	177	137	160
B7	395	463	657	605

Dispositifs Médicaux : Dossiers de demandes

Type de décision	Type de fichier	2012	2013	2014	2015
Ajouts	B1	66	129	84	43
	B2	0	1	0	0
	B4	255	41	11	1
	B5	0	3	0	5
	B7	5	92	6	42
Modifications	B1	34	26	24	44
	B2	0	2	0	9
	B4	16	13	2	10
	B5	0	5	1	14
	B7	1	4	0	0
Suppressions	B1	0	0	155	44
	B4	0	0	0	2
	B5	0	0	1	1
Inscrits dans les listes statutaires au 31. décembre de l'année	B1	2.591	2.720	2.649	2.650
	B2	38	39	39	39
	B4	255	296	306	305
	B5	63	66	66	70
	B7	115	207	213	255
	Total	**3.062**	**3.328**	**3.272**	**3.272**

B1 : dispositifs médicaux consommables
B2 : dispositifs médicaux réutilisables et amortissables
B4 : dispositifs médicaux pour personnes laryngectomisées/trachéotomisées
B5 : produits d'alimentation médicale
B7 : dispositifs médicaux à délivrance hospitalière

13. L'assurance dépendance

- Service Gestion des Demandes
- Service Liquidation

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

Service Gestion des Demandes :

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

Service Liquidation :

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

Activités du Service Gestion des Demandes

	2012	2013	2014	2015
Premières demandes	4.374	4.470	4.188	4.360
Demandes de réévaluation	2.638	2.748	3.038	3.133
Changements de partage prestations en nature/prestations en espèces	2.569	2.505	2.391	2.700
Transcriptions d'un plan de prise en charge vers une autre structure de prise en charge	1.649	1.598	1.551	1.754
Demandes pour des adaptations de logement	257	296	306	253
Déclarations d'entrées/sorties	6.308	6.058	7.419	5.497

Activités du Service Gestion des Demandes

	2012	2013	2014	2015
Nombre de titres de prise en charge portant sur des aides techniques	19.426	17.267	18.898	17.864
Nombre de commandes passées pour des aides techniques	3.798	3.151	3.450	2.735

Activités du Service Liquidation

	2012	2013	2014	2015
Nombre de factures traitées émanant des prestataires d'aide et de soins	110.253	118.052	108.339	131.477
Nombre de factures en relation avec les aides techniques / adaptations voiture	4.936	7.611	2.794	5.005
Nombre de factures émises par l'ADAPTH	766	875	707	808
Nombre de factures en relation avec des adaptations logement	273	327	310	281
Nombre de mensualités versées au titre des prestations en espèces	89.900	92.873	95.333	95.047

Chiffres-clés

	2013	2014	2015
Nombre de personnes bénéficiant de l'allocation spéciale pour personne gravement handicapée	709	669	639
Nombre de personnes bénéficiant de l'allocation de soins	0	0	1
Nombre de bénéficiaires de prestations en nature dispensées par un réseau d'aides et soins	4.513	4.441	4.385,81
Nombre de bénéficiaires de prestations en nature dispensées par un établissement à séjour intermittent	574	583	562,35
Nombre de bénéficiaires de prestations en nature dispensées par un centre semi-stationnaire	878	819	802,06

Chiffres-clés	2013	2014	2015
Nombre de bénéficiaires de prestations en nature dispensées par un établissement à séjour continu	4.345	4.503	4.400,43
Nombre de bénéficiaires du forfait pour produits d'aides et soins	3.034	3.065	2.915
Nombre de bénéficiaires de prestations en espèces à domicile (au Luxembourg)	6.731	6.785	6.483
Nombre de bénéficiaires de prestations en espèces transférées à l'étranger	363	363	369
Nombre d'aides techniques en location	27.036	28.780	29.664
Nombre d'aides techniques prises en charge par voie d'acquisition	6.378	6.955	6.589
Nombre d'adaptations voiture	131	200	140
Nombre de bénéficiaires en établissement	4.253	4.387	4.475
Nombre de bénéficiaires à domicile avec réseau (situation au 31.12 pour l'exercice 2015 les bénéficiaires en évaluation par la CEO ne sont pas inclus)	7.223	7.249	6.878

14. Les établissements hospitaliers

- Service Autorisations et Liquidation
- Service Négociation

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

Service Autorisations et Liquidation :

- gérer les demandes de prises en charge et de prolongations pour des traitements ambulatoires et stationnaires auprès des différents établissements hospitaliers et prestataires ;
- gérer, contrôler et liquider les facturations de l'activité des différents établissements hospitaliers et prestataires ;

- enregistrer les codes de diagnostic de sortie des établissements hospitaliers;
- enregistrer et liquider les demandes de prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux délivrés par le secteur hospitalier.

Service Négociation:

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

Enveloppe budgétaire globale 2015 (en mio. €)	
Frais fixes (FF)	686,4
Frais variables (FV)	150,2
Total	**836,6**
Prime qualité (1,5 % du total des FF et FV)	12,6
Indemnités pour religieuses retraitées	0,5
Indemnités pour médecins de garde	0,5
Décomptes (0,5 % du total des FF et FV)	4,2
Total	**854,4**
Enveloppe	863,1
Écart	8,7

Évolution des frais pour soins hospitaliers (en mio. €)				
	FF (budget accordé rectifié)	FV (montant liquidé brut)	Total	Évolution
2006	478,2	127,5	605,75	/

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	6,9 %
2008	541,8	140,1	681,91	5,3 %
2009	570,7	141,8	712,56	4,5 %
2010	585,8	141,8	727,60	2,1 %
2011	605,5	143,4	748,91	2,9 %
2012	623,5	144,6	768,09	2,4 %
2013	646,7	143,4	790,10	2,9 %
2014	660,4	143,8	804,20	1,8 %
2015	675,6	147,8	823,40	2,4 %

Il s'agit d'une estimation au niveau des FV pour 2015

Nombre d'équivalents temps plein (ETP) accordés			
	Nombre d'equivalents temps pleins (ETP) accordés	Postes crées (abs)	Postes crées (en %age)
2006	5.736,86		
2007	5.877,67	140,81	2,5 %
2008	6.006,00	128,33	2,2 %
2009	6.114,44	108,44	1,8 %
2010	6.115,00	0,56	0,0 %
2011	6.197,52	82,52	1,3 %
2012	6.209,53	12,01	0,2 %
2013	6.226,31	16,78	0,3 %
2014	6.226,93	0,62	0,0 %
2015	6.256,51	29,58	0,5 %

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
2007	754.290	2.067	2.092	1,01
2008	759.499	2.075	2.125	1,02
2009	763.924	2.093	2.150	1,03
2010	751.847	2.060	2.156	1,05
2011	754.578	2.067	2.168	1,05
2012	755.763	2.065	2.164	1,05
2013	749.461	2.053	2.183	1,06
2014	745.634	2.043	2.171	1,06

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

	2011	2012	évo. 2012/ 2011	2013	évo. 2013/ 2012	2014	évo. 2014/ 2013
Salles opératoires	61.628	61.000	-1,0 %	63.145	3,5 %	64.753	2,5 %
Salles d'ac-couchement	5.364	5.509	2,7 %	5.658	2,7 %	5.781	2,2 %
Chirurgie cardiaque	828	886	7,0 %	787	-11,2 %	811	3,0 %
Cardiologie interventionnelle	3.360	3.354	-0,2 %	3.078	-8,2 %	3.016	-2,0 %
Laboratoires	1.129.935	1.085.756	-3,9 %	1.099.925	1,3 %	1.114.757	1,3 %
Imagerie médicale	501.859	519.124	3,4 %	522.797	0,7 %	527.260	0,9 %
IRM	45.020	44.765	-0,6 %	46.463	3,8 %	47.117	1,4 %
Radiothérapie	24.191	24.439	1,0 %	26.950	10,3 %	26.397	-2,1 %
Médecine nucléaire	16.266	16.122	-0,9 %	15.475	-4,0 %	16.546	6,9 %
PET Scan	2.300	2.409	4,7 %	2.484	3,1 %	2.573	3,6 %
Lithotritie extracorporelle	625	617	-1,3 %	696	12,8 %	810	16,4 %

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

	2011	2012	évo. 2012/ 2011	2013	évo. 2013/ 2012	2014	évo. 2014/ 2013
Caisson d'oxy-génothérapie hyperbare	756	648	-14,3 %	736	13,6 %	751	2,0 %
Hémodialyse	48.201	49.154	2,0 %	53.187	8,2 %	56.279	5,8 %
Kinési-thérapie	473.719	487.123	2,8 %	514.983	5,7 %	511.348	-0,7 %
Ergothérapie	175.750	191.008	8,7 %	193.851	1,5 %	197.627	1,9 %
Hydro-thérapie	17.933	18.990	5,9 %	20.266	6,7 %	20.409	0,7 %
Gymnase	19.033	19.733	3,7 %	22.690	15,0 %	21.606	-4,8 %
Appartements thérapeu-tiques	932	781	-16,2 %	865	10,8 %	872	0,8 %
Soins palliatifs patients hospitalisés	8.099	8.494	4,9 %	8.867	4,4 %	9.559	7,8 %
Policlinique	1.074.230	1.092.773	1,7 %	1.123.397	2,8 %	1.154.739	2,8 %
Places de surveillance patients ambulatoires	19.704	22.738	15,4 %	24.210	6,5 %	26.112	7,9 %
Hospitalisa-tion - soins normaux	700.234	700.193	0,0 %	695.011	-0,7 %	691.251	-0,5 %
Hospitalisa-tion - soins intensifs	46.248	47.076	1,8 %	45.583	-3,2 %	44.824	-1,7 %
Chimio-thérapie	21.353	22.084	3,4 %	21.514	-2,6 %	21.331	-0,9 %
Hôpital de jour psychiatrique	19.505	22.917	17,5 %	23.517	2,6 %	24.149	2,7 %
Fécondation in vitro (FIV)	354	388	9,6 %	412	6,2 %	482	17,0 %
Curiethérapie	15	21	40,0 %	10	-52,4 %	10	0,0 %

Nombre d'épisodes, nombre de journées et DMS par chapitre ICD-10 (exercice 2014)

	Nombre d'épisodes	Nombre de journées	En %age du total des journées	Durée moyenne de séjour (DMS)
Troubles mentaux et du comportement	6.251	168.089	19,3 %	26,89
Maladies de l'appareil circulatoire	12.749	99.165	11,4 %	7,78
Tumeurs	13.120	86.075	9,9 %	6,56
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	18.056	73.743	8,5 %	4,08
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	8.675	69.589	8,0 %	8,02
Maladies de l'appareil respiratoire	7.807	49.862	5,7 %	6,39
Maladies de l'appareil digestif	13.741	52.493	6,0 %	3,82
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	4.854	43.837	5,0 %	9,03
Grossesse, accouchement et puerpéralité	8.172	41.365	4,8 %	5,06
Maladies de l'appareil génito-urinaire	8.505	35.347	4,1 %	4,16
Maladies du système nerveux	6.891	28.742	3,3 %	4,17
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	3.951	21.173	2,4 %	5,36
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	2.216	16.746	1,9 %	7,56
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1.332	10.310	1,2 %	7,74
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	723	9.487	1,1 %	13,12
Maladies de l'oeil et de ses annexes	6.390	8.591	1,0 %	1,34
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1.607	5.255	0,6 %	3,27
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	1.207	4.498	0,5 %	3,73
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1.215	3.084	0,4 %	2,54
Causes externes de morbidité et de mortalité	395	4.066	0,5 %	10,29

Nombre d'épisodes, nombre de journées et DMS par chapitre ICD-10 (exercice 2014)

	Nombre d'épisodes	Nombre de journées	En %age du total des journées	Durée moyenne de séjour (DMS)
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	562	2.042	0,2 %	3,63
Diagnostic de sortie pas disponible	5.530	36.437	4,2 %	6,59
Total	**133.949**	**869.996**	**100,0 %**	**6,49**

15. L'aspect juridique

Département Contentieux et Affaires Juridiques :

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

Cellule Juristes :

- superviser une très large majorité des courriers ainsi que la totalité des décisions que le Service Contentieux Assurés prépare pour le Comité directeur ;
- assumer la gestion des dossiers litigieux avec les prestataires de soins de santé ;
- assumer toute une série de fonctions de support transversales au niveau de la Caisse nationale de santé.

Service Contentieux Assurés :

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

Service Recours Contre Tiers :

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

Service Réclamations et Litiges Non-Juridictionnels :

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

Service Assurance Dépendance :

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

Les chiffres qui suivent se rapportent à l'exercice 2015.

Dossiers médiateur	
Nombre total des dossiers soumis par médiateur	**25**
AM ; PN territoire national:	6
AM ; PN prest. étranger :	8
AM ; PE	9
AM ; affiliation	2
AD	0
1e réponse suffisante pour médiateure	23
2e réponse suffisante pour médiateure	1
3e réponse suffisante pour médiateure	1

Nombre total dossiers clôturés au 31.12	**25**

Perquisitions	
Nombre de perquisitions	17

Collège médical	
Nombre de dossiers dans lesquels le Collège médical a présenté une demande	2

Décisions du Comité directeur	
Nombre dossiers PE	494
Nombre dossiers consommation abusive	9
Nombre total dossiers PN	78
Nombre total doss. concernant prestations nat.	24
dont nombre de dossiers chirurgie esthétique et traitement obésité (national)	11
Nombre total doss. concernant traitement à l'étranger	54
Nombre dossiers AD	175
Nombre total des décisions préparées	**756**

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

Juridictions de sécurité sociale - Conseil arbitral de la sécurité sociale	
Total jugements pris par CASS	**141**
Nombre total gain de cause assuré	57
Nombre total gain de cause CNS	68
Nombre total partiellement gain de cause pour les deux parties	4
Nombre total affaires devenues sans objet ou rayées du rôle	5
Nombre total: irrecevable	7

Nombre total des jugements concernant PE	**86**
Nombre affaires PE gain de cause assuré	46
Nombre affaires PE gain de cause CNS	29
Nombre affaires PE partiellement gain de cause pour les 2 parties	4
Nombre affaires PE devenues sans objet ou rayées du rôle	3
Nombre affaires PE : irrecevable	4
Nombre total des jugements concernant PN	**31**
Nombre affaires PN gain de cause assuré	6
Nombre affaires PN gain de cause CNS	22
Nombre affaires PN devenues sans objet ou rayées du rôle	2
Nombre affaires PN : irrecevable	1
Nombre total des jugements concernant AD	**24**
Nombre affaires AD gain de cause assuré	5
Nombre affaires AD gain de cause CNS	17
Nombre affaires AD: irrecevable	2
Nombre total des recours introduits par les assurés	**295**
Affaires PE; Nombre total des recours introduits par les assurés	243
Affaires PN; Nombre total des recours introduits par les assurés	21
Affaires AD; Nombre total des recours introduits par les assurés	31

Juridictions de sécurité sociale - Conseil supérieur de la sécurité sociale	
Total arrêts pris par CSSS	**23**
Nombre total gain de cause assuré	8
Nombre total gain de cause CNS	14
Nombre total rayé du rôle/renonciation par l'assuré	1
Nombre d'appels introduits par les assurés	11
Nombre d'appels introduits par la CNS	10
Arrêts pris en matière PE sur appel de l'assuré	**4**
Nombre total gain de cause assuré	2
Nombre total gain de cause CNS	2
Arrêts pris en matière PE sur appel de la CNS	**9**
Nombre total gain de cause assuré	4
Nombre total gain de cause CNS	5

Arrêts pris en matière PN sur appel de l'assuré	**5**
Nombre total gain de cause assuré	2
Nombre total gain de cause CNS	3
Rayé du rôle/renonciation par l'assuré	0
Arrêts pris en matière PN sur appel de la CNS	**1**
Nombre total gain de cause assuré	0
Nombre total gain de cause CNS	1
Rayé du rôle/renonciation par l'assuré	0
Affaires AD ; Nombre d'appels introduits par les assurés	6
Affaires AD ; Nombre d'appels introduits par la CNS	0
Arrêts pris en matière AD sur appel de l'assuré	**4**
Nombre total gain de cause assuré	0
Nombre total gain de cause CNS	3
Rayé du rôle/renonciation par l'assuré	1

Juridictions pénales, civiles, cassation, etc.	
Tribunal d'arrondissement Diekirch ; matière correctionnelle ; Aff Dr THIBAUT	1

Recours contre tiers	
Nombre total des dossiers en cours au 31.12	**2.288**
Nombre de dossiers en cours contre assureurs nationaux	425
Nombre de dossiers en cours contre assureurs étrangers	233
Nombre de dossiers en cours dans lesquels la CNS se dirige contre des particuliers	1.283
Nombre affaires dans lesquelles la CNS est assistée par des avocats nationaux	161
Nombre affaires dans lesquelles la CNS est assistée par des avocats étrangers	186
Montant total récupéré	**5.998.243,10**
Montant récupéré pour la Mutualité des employeurs	306.380,52
Montant récupéré en relation avec les PE (charge CNS)	478.841,67
Montant récupéré en relation avec les PN	4.826.576,62
Montant récupéré en relation avec l'AD	386.444,29
Nombre total nouveaux dossiers ouverts au cours de l'exercice en question	916

16. Le courrier

- Service Courrier

- Réceptionner, dépouiller et distribuer le courrier entrant aux services destinataires. Ce courrier comprend les courriers standards et les courriers recommandés fournis quotidiennement par la « Post », ceux déposés à la boîte-aux-lettres du siège de la CNS ainsi que les fax reçus au Service Courrier ;
- traiter le courrier sortant, standard et recommandé, émis et provenant des services internes à la CNS.

Service Courrier - Chiffres-clés

	2012	2013	2014	2015
Total ETP	/	/	/	11.719
Total "boîte OAS"	753	850	885	931
Total caisses "entrant"	10.736	12.186	12.916	12.652
Caisses à tirer et ouvrir	3.452	4.052	4.086,5	4.124
Dont à Virement	4.150	3.672	3.444,5	3.791
Dont CIT	936	1.142	1.104	1.269,5
Dont autre Glesener	746	860	749	522,5
Caisses pour Affiliation	444	502,5	473,5	275,5
Caisses pour International	213,5	257,5	213,5	349,0

Total ETP = Total caisses Post
CIT = certificats d'incapacité de travail
Glesener = Département Prestations Espèces Maladie (installé à la rue Glesener)

17. La communication

- Département Communication

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

Nombres de visites mensuelles du site internet de 2011 à 2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Janvier	59.162	65.022	76.269	87.121	204.696
Février	52.947	59.656	75.626	85.086	239.412
Mars	58.246	63.486	75.756	95.219	288.752
Avril	48.769	55.149	72.331	84.169	266.911
Mai	55.257	58.483	69.158	82.083	269.055
Juin	53.365	61.551	67.673	79.042	219.455
Juillet	57.425	63.587	71.744	91.021	168.175
Août	53.396	59.663	65.170	78.034	162.662

Nombres de visites mensuelles du site internet de 2011 à 2015					
	2011	2012	2013	2014	2015
Septembre	52.743	62.732	75.225	91.237	163.410
Octobre	56.584	72.325	83.370	102.460	164.111
Novembre	58.717	76.424	76.232	102.146	144.928
Décembre	55.454	59.434	69.615	146.721	133.154
Total	**662.065**	**757.512**	**878.169**	**1.124.339**	**2.424.721**

Nombre d'utilisations des services en ligne sur internet de 2010 à 2014					
	2011	2012	2013	2014	2015
Formulaires	12.253	11.165	12.008	13.699	14.646
Formulaires de remplacement	3.608	3.646	3.671	1.967	2.164
Changement d'adresse	8.775	10.062	11.397	12.909	13.214
Changement de compte bancaire	4.424	5.000	5.382	7.399	5.119
Contrôle administratif	3.014	2.821	3.959	6.362	6.722
Certificat de coassurance	/	/	1.105	4.307	3.566

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

Nombre de mails entrants (adresse cns@secu.lu) de 2012 à 2015				
	2012	2013	2014	2015
Janvier	1.658	1.881	2.537	2.615
Février	1.639	1.953	2.311	2.338
Mars	1.440	1.965	2.309	2.943
Avril	1.701	1.905	2.180	2.524
Mai	1.495	1.938	2.104	2.275
Juin	1.523	1.723	2.245	2.744
Juillet	1.374	1.979	2.797	2.765
Août	1.412	1.740	2.267	2.380
Septembre	1.439	1.879	2.549	2.908
Octobre	1.596	2.191	2.741	2.896

Nombre de mails entrants (adresse cns@secu.lu) de 2012 à 2015				
	2012	2013	2014	2015
Novembre	1.595	2.074	2.572	3.230
Décembre	1.215	1.744	2.210	2.887
Total	**18.087**	**22.972**	**28.822**	**32.505**

À noter que ces chiffres contiennent également les échanges internes par rapport à un mail.

18. Le support administratif

- Service Support Administratif

- Gérer les locaux, équipements et mobilier bureautiques ainsi que le parc automobile (Leasing);
- gérer les fonctions et tâches incombant à la fonction de "délégué à la sécurité;
- gérer la logistique (archivage, transports, déménagements, bureaux, ...);
- gérer les achats y relatifs (négociation et gestion des contrats, gestion des stocks et du matériel, ...);
- gérer et aménager les agences (du point de vue localité et/ou mobilier);
- négocier et gérer les contrats d'entretien des agences.

Service Support Administratif - Chiffres-clés 2015	
Mobilier	82.838.36 €
Matériel de bureau	82.850,74 €
Déménagement	18.228,14 €
Entretien fax	4.816,82 €
Téléphonie siège	14.802,87 €
Courrier entrant 2015	1.005.778,68 €

Service Support Administratif - Chiffres-clés 2015	
Courrier sortant 2015	885.303,64 €
Participation aux frais d'affranchissement CCSS (détail de remboursement)	1.554.694,18 €
Total Affranchissement	3.445.776,50 €

19. La maîtrise d'ouvrage et le support informatique

Département MOA et Support Informatique:

- Service Maîtrise d'Ouvrage
- Service Support Informatique
- Service Analyses Décisionnelles et Statistiques

Service Maîtrise d'Ouvrage:

- coordination et planification des projets prioritaires de la CNS, avec une prépondérance des projets ayant une forte implication informatique et une forte intersection avec le CISS (le MOA-Board est d'abord un organe de coordination CNS / CISS);
- suivi des projets au niveau des priorités, des ressources disponibles tant en interne CNS que surtout au niveau du CISS (PMO – Project management office);
- collecte de nouvelles idées de projet (PMO et MOA Board);
- garantie de la cohérence et la pérennité des majeurs outils informatiques de la CNS;
- garantie de la bonne utilisation des ressources et des compétences du département MOA;
- conduite des projets MOA en définissant le périmètre et les objectifs;
- mise en oeuvre des actions d'appropriation;
- gestion des équipes projet;
- analyse des besoins métier (fonctionnelle et procédurale);
- rédaction des cahiers des charges.

Service Support Informatique:

- gestion des incidents du Help-Desk;
- administration des applications;
- formation des utilisateurs (appropriation);

- support au DPO (Data Protection Officer, délégué à la protection des données) dans la gestion des accès;
- gestion de la conception, du développement et du support à tous les départements de la CNS pour la mise à disposition de fonctionnalités dans les environnements bureautique et / ou applicatif interne.

Service Analyses Décisionnelles et Statistiques:

- centralisation du reporting et des informations issues des applications métier de la CNS;
- mise à disposition d'une source de données commune et fiable aux départements et à la direction leur permettant de se concentrer sur l'analyse décisionnelle;
- création de rapports à valeur ajoutée sur base de cette source pour le compte des départements ou de la direction;
- conception et maintenance d'un modèle des données;
- conception et maintenance des flux de transformation;
- conception et maintenance des rapports;
- gestion du processus de visualisation;
- assistance aux utilisateurs;
- création de rapports prédictifs.

20. La comptabilité et les finances

Département Finances:

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

Département Finances:

Outre les tâches des quatre services qui le composent, les missions suivantes sont assurées par le Département Finances:

- gestion de la commission d'analyse financière et statistique qui a été introduite en 2014 et qui se compose de 8 membres. En particulier, il s'agit de 4 membres du Comité directeur dont 2 membres du salariat et 2 membres du patronat ainsi que de 4 membres provenant de l'administration. Les réunions de ladite commission sont organisées et présidées par le chef du Département Finances. Au cours des réunions de commission d'analyse financière et statistique, il s'agit de répondre aux questions des membres du Comité directeur en relation avec les finances de l'assurance maladie-maternité et ceci par exemple par le moyen d'analyses financières supplé-

mentaires et par l'organisation d'interventions des responsables métiers concernés qui fournissent davantage d'explications et d'informations. La commission a en outre pour but de préparer certains points à l'ordre du jour du Comité directeur ;

- gestion et suivi du rapport de mission de contrôle de l'IGSS : le département représente le point de contact pour l'IGSS pour toutes leurs actions en relation avec leurs missions de contrôle ;
- présentation de la situation financière de l'assurance maladie-maternité lors des réunions du comité quadripartite d'automne et de printemps. En particulier, en automne l'IGSS doit établir un rapport d'expert sur la situation financière de l'assurance maladie-maternité et le présenter lors de la réunion du comité quadripartite. Or le volet de la présentation des prévisions de la situation financière de l'assurance maladie-maternité lors de la Quadripartite est donc assuré par le Département Finances de la CNS qui assure également un support à l'IGSS lors de l'établissement de leur rapport d'experts, en leur transmettant par exemple les estimations actualisées et en fournissant les explications relatives aux différentes évolutions de dépenses ;
- participation à un groupe de travail en charge de l'élaboration de nouveaux modèles de prévision des dépenses de l'assurance maladie-maternité. Les membres de ce groupe de travail sont deux représentants du Département MOA, le président adjoint de la CNS et le chef du Département Finances ;
- donneur d'ordre du projet Recouvrement ayant pour objet le développement, par le CISS, de l'outil informatique relatif au recouvrement de créances et ceci en vue des activités du nouveau Service Paiements PN et Recouvrement ;
- responsable du volet financier dans le cadre des décisions relatives au patrimoine immobilier de la CNS, ceci en étroite collaboration avec le Secrétariat Général ;
- représentation de la délégation luxembourgeoise à la commission des comptes de la CE, ceci en collaboration avec un agent du Département International. Dans ce contexte, le Service Budget Global du Département Finances établit chaque année le calcul du coût moyen et une note explicative y relative ;
- tenue d'un cours en matière de finances de l'assurance maladie-maternité dans le cadre du programme de formation de la CNS en vue des examens de fin de stage et des examens de promotion.

Service Budget Administratif :

- participation à l'établissement des analyses financières relatives au patrimoine immobilier de la CNS, ensemble avec le chef du Département Finances et ceci en étroite coordination avec le Secrétariat Général (nouvelle tâche depuis 2015) ;
- support administratif au chef de département dans le cadre de l'organisation des réunions du département et de la préparation de présentations à faire par le chef du département ;
- gestion du budget administratif (BA) de la CNS. En particulier, toute étape depuis l'établissement du BA, à la justification des propositions budgétaires lors des débats contradictoires avec l'IGSS et la présentation de celles-ci au Comité directeur est gérée par ledit service ;
- suivi de l'exécution rigoureuse du BA, l'ordonnancement de dépenses et l'établissement du décompte des frais administratifs ;
- organisation du remboursement annuel concernant le congé pour mandat social et le remboursement des jetons de présence des membres du Comité directeur ;

- gestion des contrats de la CNS en relation avec le budget administratif;
- établissement d'un tableau de bord relatif aux frais d'experts et études; tableau permettant une planification et le suivi du poste budgétaire « frais d'experts et études »;
- organisation des réunions de la Commission "Analyse financière et statistique" et établissement des comptes-rendus desdites réunions;
- participation à l'établissement des analyses financières relatives au patrimoine immobilier de la CNS.

Service Budget Global:

- établissement des estimations financières de l'assurance maladie-maternité et de l'assurance dépendance;
- établissement et présentation des principaux documents financiers, tels que le budget global, le décompte annuel global, la programmation pluriannuelle, le tableau de bord et les crédits respectifs du budget de l'État. Dans le cadre des présentations relatives au budget et au décompte, le service établit les communiqués de presse en collaboration avec le Département Communication;
- établissement de statistiques à destination de l'IGSS, de l'IGF, du STATEC;
- dans le cadre de la représentation de la délégation luxembourgeoise à la commission des comptes de la CE, le Service Budget Global établit chaque année le « Calcul coût moyen » et la note y relative à destination de la commission des comptes;

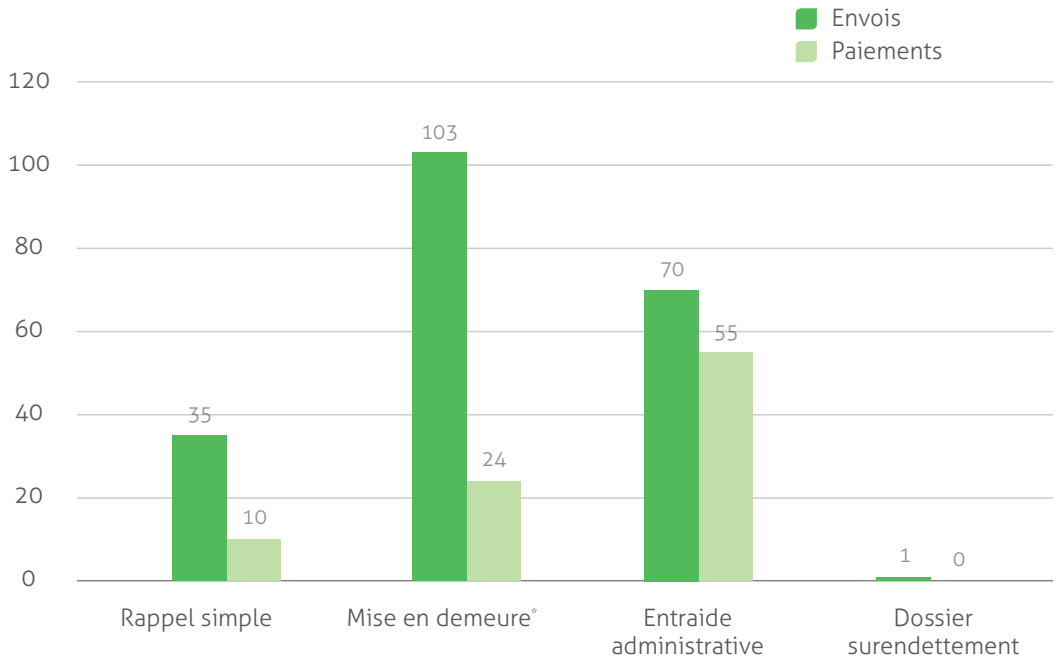
Service Comptabilité Générale:

- comptabilisation des écritures de l'assurance maladie-maternité et de l'assurance dépendance; il s'agit de comptabiliser et de contrôler toute pièce comptable émanant de la CNS et des trois caisses du secteur public;
- saisie des retours de virements;
- gestion des paiements, du contrôle budgétaire des frais administratifs de la CNS et des 3 caisses du secteur public;
- pointage et lettrage des comptes sous la responsabilité du SCG;
- comptabilisation des écritures de fin d'année, entre autres les dotations et prélèvements aux provisions et diverses régularisations;
- établissement du bilan fin d'année et de ses commentaires;
- établissement des différentes déclarations de créance envers l'État et les autres ISS à transmettre mensuellement, trimestriellement, semestriellement et annuellement;
- accès à Multiline via Luxtrust et la gestion des droits y relatifs;
- calculs et les comptabilisations des écritures d'amortissements en rapport avec le patrimoine, établissement du tableau d'amortissement, les calculs et comptabilisations des écritures de ventes, des plus- ou moins-values;
- support du Secrétariat Général dans le domaine du patrimoine, p. ex. dans le domaine des imputations, recettes, dépenses, ouvertures des comptes, décomptes des loyers etc...

Service Paiements PN et Recouvrement:

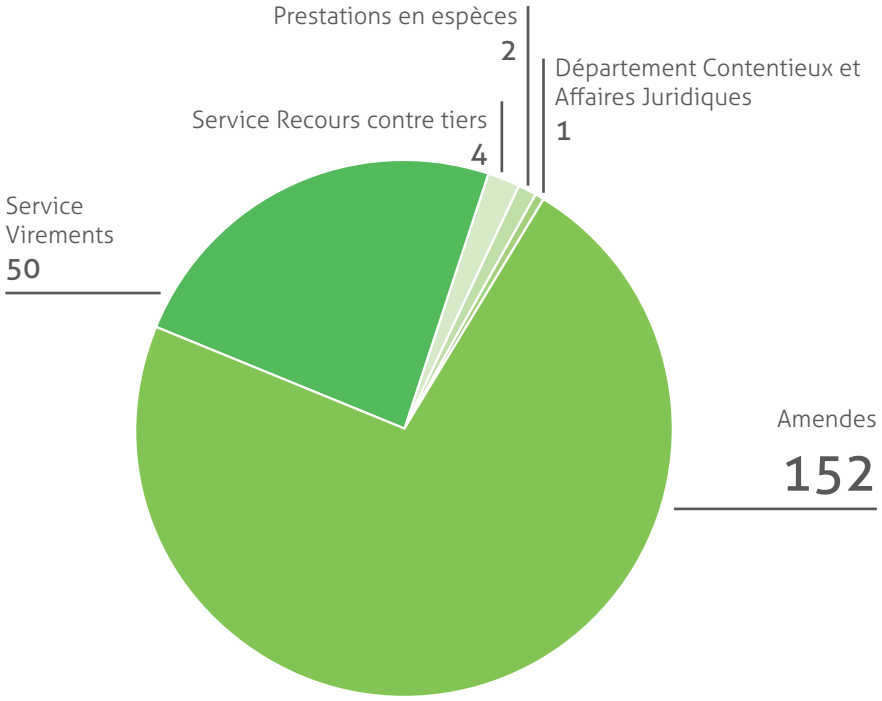
- établir des ordonnances d'imputation des liquidations PEN2 pour l'AM et pour l'AD;
- participer au projet de développement de l'outil informatique CCRSC;
- traiter et gérer les retours-virements du Service Virements et du Département International;
- traiter et gérer les demandes de paiement complémentaire (art. 154*bis* des statuts de la CNS);
- établir des pièces comptables pour certaines cotisations;
- traiter et gérer les demandes de remboursement de cotisations (art. 43, al. 1 du CSS);
- gérer les dossiers de recouvrement AM et AD qui n'ont pas abouti après la procédure normale;
- coordonner et suivre les dossiers d'entraide administrative nationale et internationale;
- pointage de divers comptes du plan comptable général dans l'outil Integrix;
- supporter les utilisateurs pour toute question relative à la liquidation PEN2 et au traitement des dossiers de recouvrement.

Mode de recouvrement des 209 dossiers du Service Paiements PN et Recouvrement

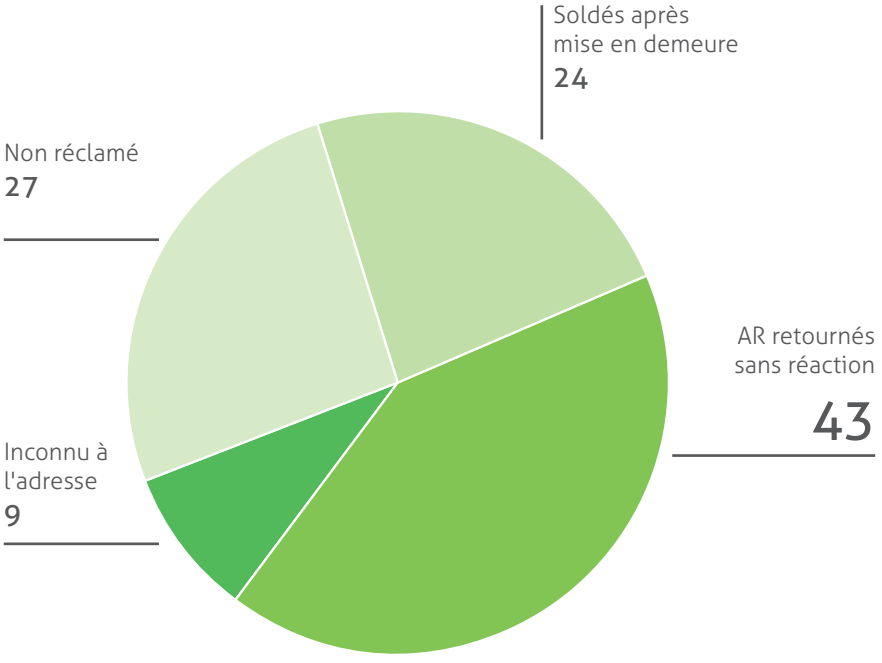


* Pour 41 dossiers des 79 mises en demeure non encore soldées, une procédure de saisie-arrêt est en cours

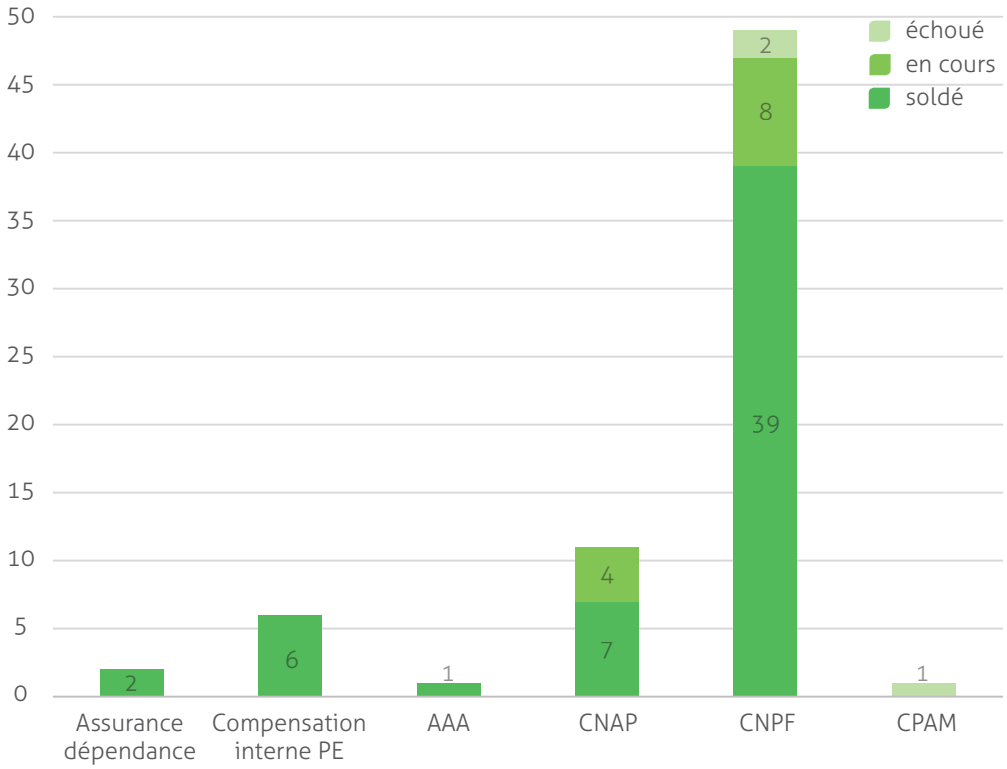
Provenance des dossiers du Service Paiements PN et Recouvrement



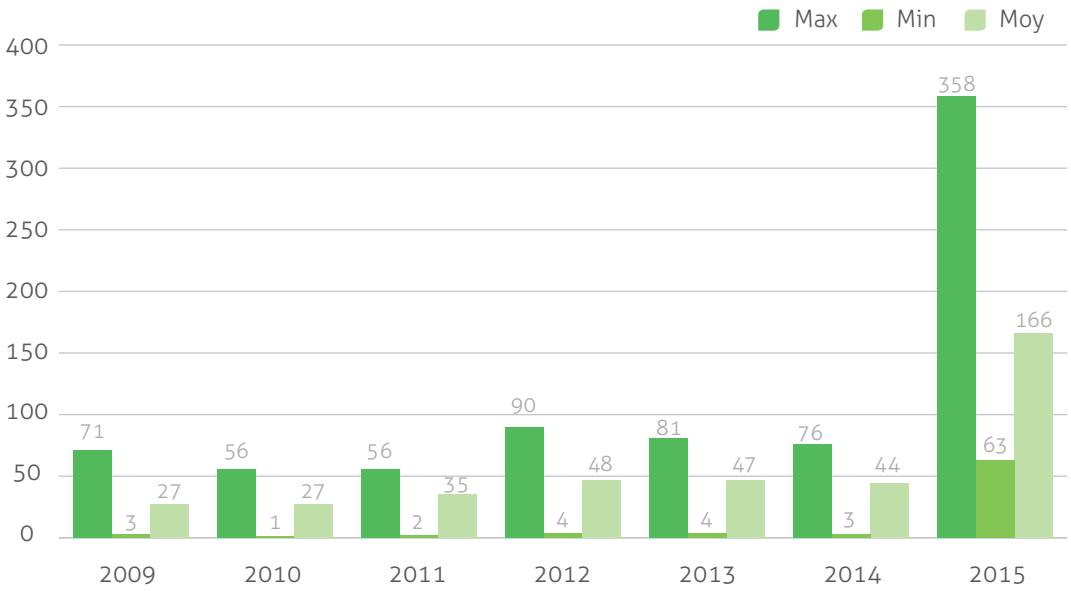
Détail des 103 mises en demeure du Service Paiements PN et Recouvrement



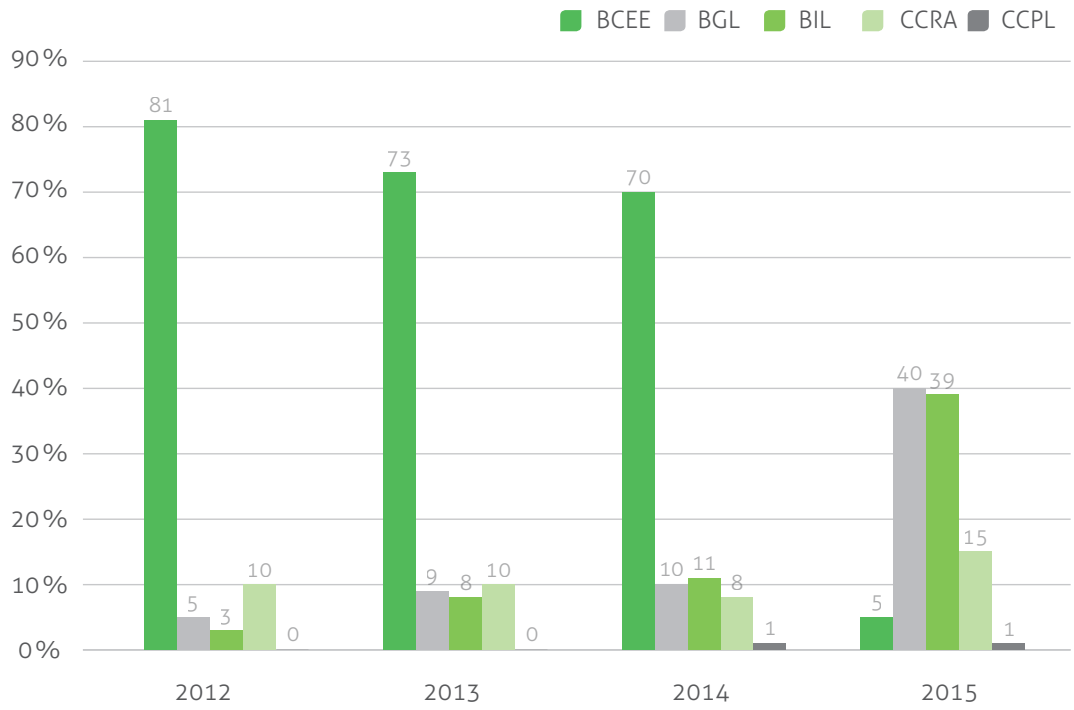
Détail des 70 cas d'entraide administrative du Service Paiements PN et Recouvrement



Durée des placements financiers



Répartition de la liquidité entre les établissements financiers

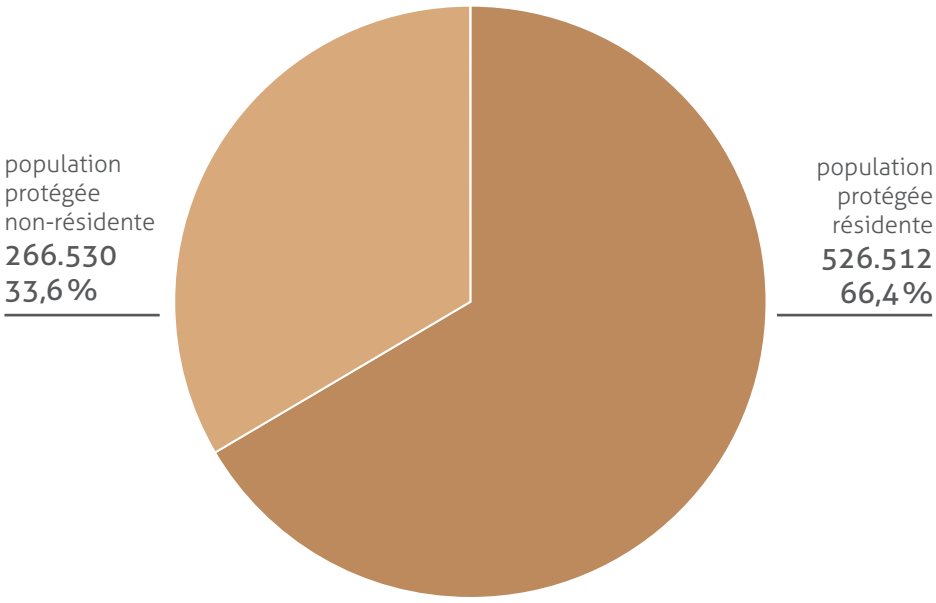


Les finances et chiffres-clés de la CNS

C. Les finances et chiffres-clés de la CNS

I. L'assurance maladie-maternité

Contexte démographique



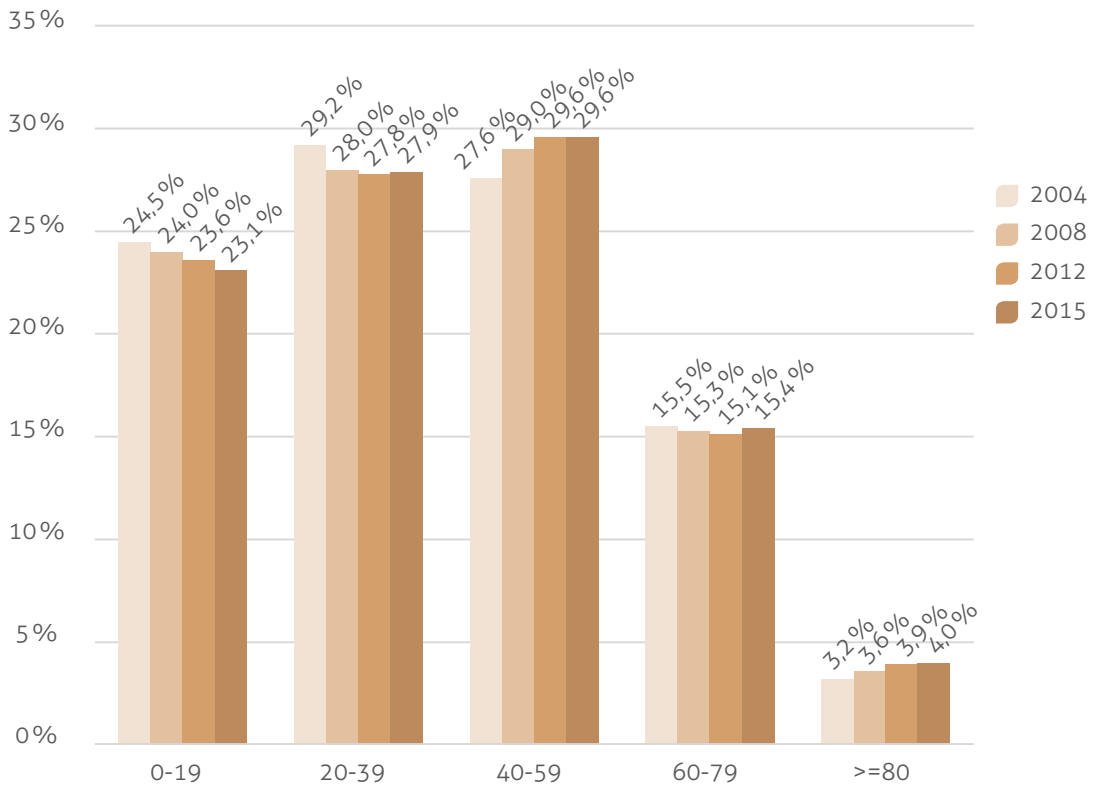
En 2015, la population protégée résidente atteint 526.512 personnes en moyenne annuelle et est en progression de 1,6 % par rapport à 2014 (variation 2014/2013: 1,9 %).

La population protégée non résidente a connu en 2015 une augmentation de 4,6 %, contre 3,0 % en 2014.

En 2015, la population protégée totale atteint 793.042 personnes en moyenne annuelle et est en progression de 2,6 % par rapport à 2014 (variation 2014/2013 : +2,2 %).

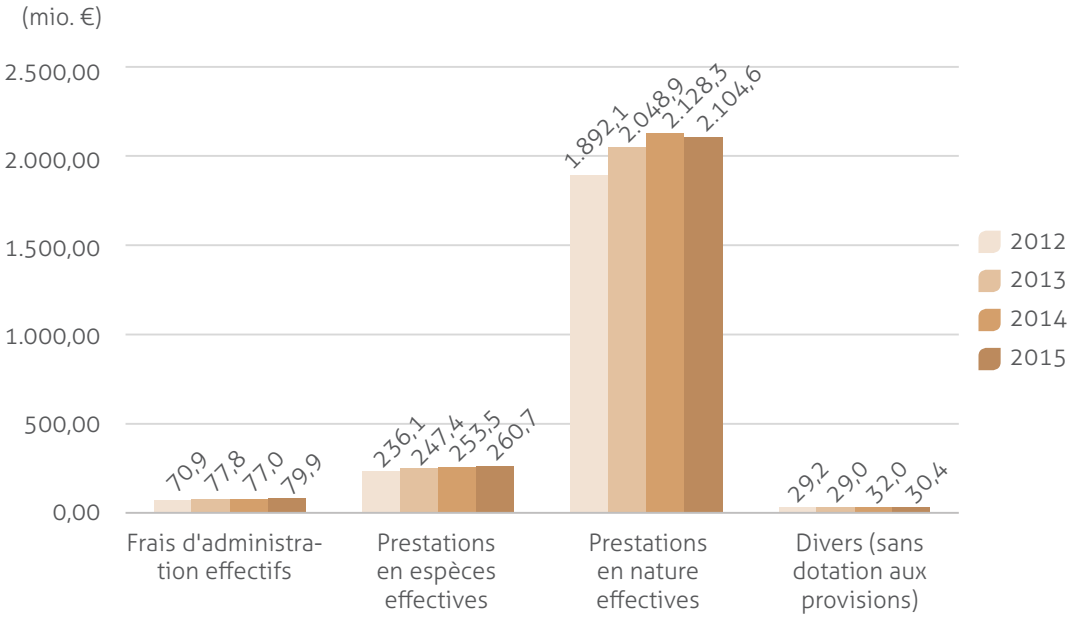
Le taux de croissance de la population protégée non-résidente (4,6 %) dépasse le taux de croissance de la population protégée résidente (1,6 %), de sorte que la population protégée totale se caractérise par une croissance de 2,6 % en 2015. La population protégée non-résidente représente 33,6 % de la population protégée totale (33,0 % en 2014). La part de la population protégée non-résidente continue donc à augmenter alors que la part de la population protégée résidente diminue en passant de 67,0 % en 2014 à 66,4 % en 2015.

Structure d'âge de la population protégée résidente



Ce tableau reprend la structure d'âge de la population protégée résidente au 31 décembre. Comme en 2014, la part du groupe d'âge des personnes âgées entre 60 et 79 ans augmente légèrement en 2015, à savoir de 15,3 % à 15,4 %. La part des personnes âgées de 80 ans et plus a augmenté continuellement depuis 2002 pour s'établir à partir de 2013 à 4,0 %. La part du groupe d'âge des 20 à 39 ans reste stable (27,9 % en 2014 et 2015) tout comme celle du groupe d'âge des 40 à 59 ans (29,6 % en 2014 et 2015).

Dépenses effectives



En 2015, les dépenses effectives de l'assurance maladie-maternité s'élèvent à 2.475,6 millions d'euros, contre 2.490,7 millions d'euros en 2014, soit une baisse en valeur absolue de 15,1 millions d'euros. La baisse en valeur nominale s'élève à 0,6 %, contre une baisse réelle de 0,6 % également au nombre indice 100 du coût de la vie. Le montant des dépenses effectives est obtenu en déduisant du montant des dépenses courantes le montant du prélèvement aux provisions de 359,8 millions d'euros.

Tout d'abord, les frais administratifs s'élèvent en 2015 à 79,9 millions d'euros. Ce montant se décompose en des frais administratifs comptabilisés de 78,3 millions d'euros, en une dotation aux provisions de 4,2 millions d'euros à comptabiliser en 2016 et en un prélèvement aux provisions de 2,6 millions d'euros réalisé en 2014. Ces provisions concernent des frais administratifs à verser aux mutualités belges relatifs aux compléments.

Par rapport à 2014, les frais administratifs effectifs augmentent ainsi de 3,8 % (+2,9 millions d'euros). En particulier, les frais de personnel ont augmenté de 4,4 % (+2,1 millions d'euros) en 2015. D'une part, il y a lieu de remarquer que les traitements et salaires des actifs ont augmenté de 2,6 % par rapport à 2014 (2014/2013 : +2,7 %) et d'autre part, on constate que la tendance des fortes croissances observées pendant les années 2011 à 2014 (2011 : +11,8 %; 2012: +13,2 %; 2013: +7,2 %; 2014: +7,1 %) au niveau du personnel retraité subsiste, à savoir +13,9 % (+1,0 million d'euros en valeur absolue). En particulier, le nombre de pensionnés s'est accru de 16 personnes en 2015.

En ce qui concerne les prestations en espèces de maladie, il y a lieu de noter que la mise en oeuvre par le Contrôle médical de la sécurité sociale de mesures de contrôle et d'appréciation réaffirmées notamment en matière d'absences ma-

ladie de longue durée ont permis de freiner l'évolution des indemnités pécuniaires de maladie en passant de très fortes hausses enregistrées au cours des années 2011 (+17,4%) et 2012 (+15,0%) à des évolutions de 4,0% en 2013, de 0,6% en 2014 et de 3,6% en 2015. Le montant de la dépense s'élève à 131,5 millions d'euros, contre 126,9 millions d'euros en 2014. Suivant la statistique relative à la date prestation pour les années 2014 et 2015, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 4,4%, la durée moyenne par bénéficiaire a diminué de 2,7%, alors que l'indemnité moyenne brute accordée a augmenté de 0,8%. En particulier, le nombre de bénéficiaires en dessous de 35 ans a augmenté moins rapidement (+2,3%) que celui au-dessus de 35 ans (+ 4,8%). La durée moyenne par cas a augmenté pour les bénéficiaires en dessous de 35 ans (+2,3%) et diminué pour ceux au-dessus de 35 ans (-3,0%).

Concernant les prestations en espèces de maternité, celles-ci affichent un taux de croissance de 2,1%, contre une augmentation de 4,5% en 2014. Suivant la statistique relative à la date prestation (y non compris le congé pour raisons familiales), le nombre de bénéficiaires et l'indemnité moyenne accordée se sont accrus de 1,2% respectivement de 0,6% entre 2014 et 2015, alors que la durée moyenne par bénéficiaire a diminué de 0,5% entre 2014 et 2015.

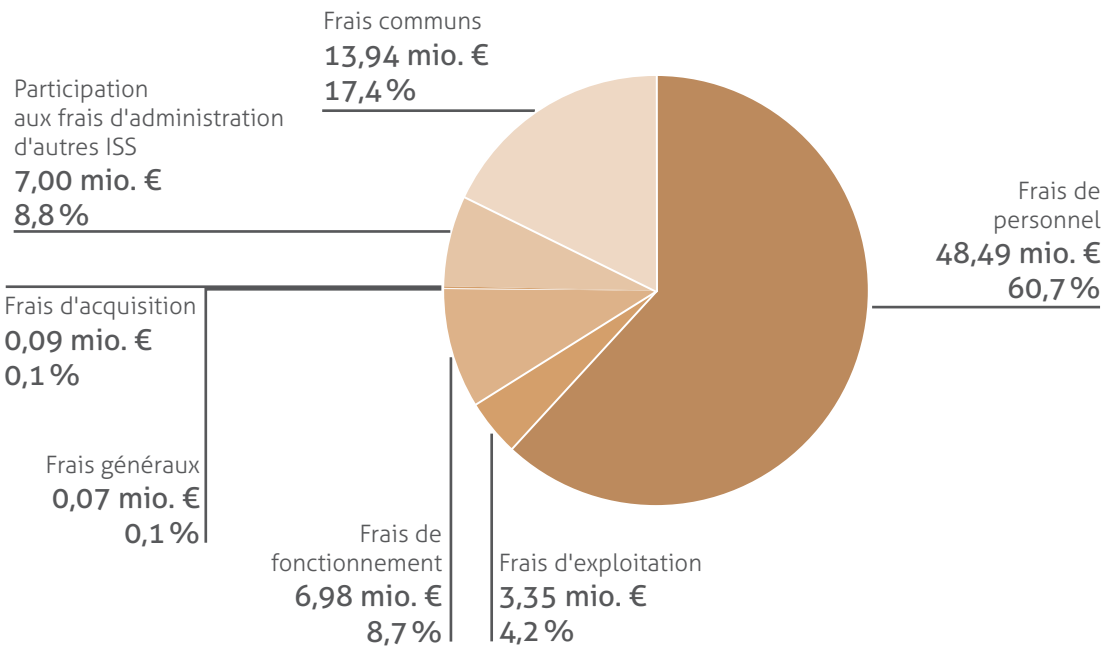
Les dépenses pour prestations en nature diminuent de 1,1% en 2015, contre +3,9% en 2014. Cette réduction correspond à une moins-value de dépenses de 23,7 millions d'euros.

Parmi les dépenses pour prestations en nature, il faut souligner que les dépenses pour soins au Luxembourg augmentent de 2,7% en 2015 (+43,1 millions d'euros), contre -0,6% en 2014.

En faisant abstraction des opérations de reports (nouvellement introduites en 2013 et tenant compte de toutes les prestations à prévoir pour l'exercice de prestation en cause), les dépenses effectives pour prestations en nature au Luxembourg auraient évolué de +2,4% en 2015 (+38,6 mio d'euros), contre +3,1% en 2014. Cette évolution des prestations en nature s'explique aussi par l'absence d'une tranche indiciaire en 2015.

Les prestations en nature à l'étranger s'élèvent à 434,2 millions d'euros en 2015. Ceci en tenant compte d'une provision de 35,6 mio d'euros, d'un prélèvement aux provisions de 88,8 mio d'euros, (d'un montant régularisé de 135,3 mio d'euros et d'un prélèvement aux régularisations de 172,2 mio d'euros). Par ailleurs, le montant de 434,2 mio d'euros renferme la deuxième tranche des reports pour les prestations étrangères à hauteur de 40,0 millions d'euros. A rappeler que la 1ère tranche des reports pour prestations étrangères à hauteur de 160,0 millions d'euros a été comptabilisée en 2014.

Frais administratifs

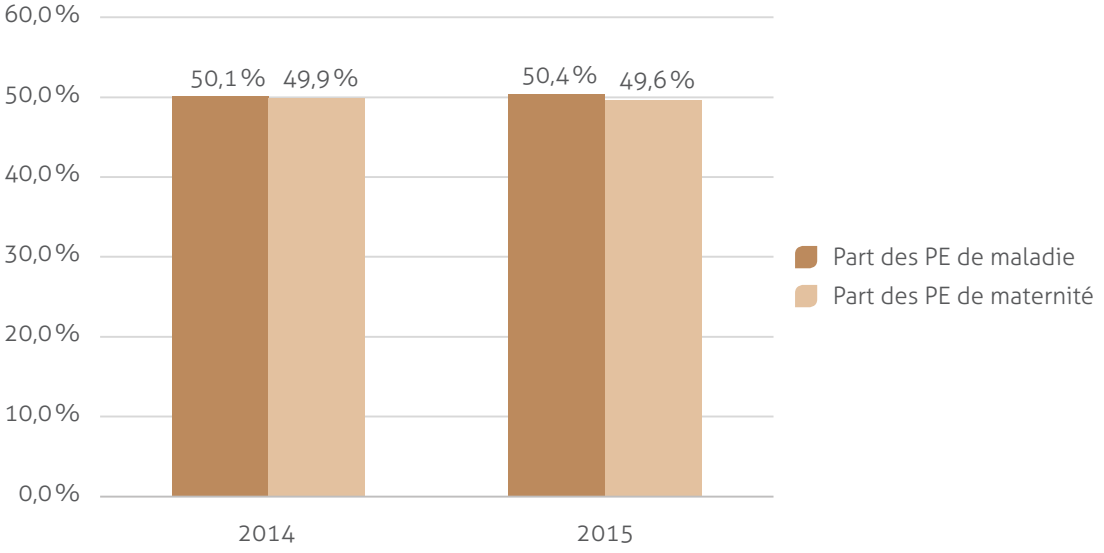


On constate que les frais de personnel représentent 60,7 % du total des frais d'administration, contre 17,4 % pour les frais communs (participation aux frais du Centre commun de la sécurité sociale). En calculant la part totale des deux postes dans l'ensemble des frais administratifs, on constate que leur part représente 78,1 % de l'ensemble des frais administratifs.

Ceci signifie que les frais de fonctionnement, les frais d'acquisition, la participation aux frais d'administration d'autres ISS et les frais d'exploitation ne représentent plus que 21,5 % des frais administratifs. En particulier, ces quatre postes s'élèvent à 17,4 millions d'euros, contre 62,4 millions d'euros pour les frais de personnels et les frais communs.

Enfin, il est utile de préciser que la marge de manoeuvre de la CNS au niveau des postes « frais de personnel », « frais communs » et « participation aux frais d'administration d'autres ISS » est relativement limitée. Ces trois postes représentent, finalement, en 2015 une part de 86,9 % (69,4 millions d'euros) de l'ensemble des frais administratifs.

Prestations en espèces



(en millions d'euros)	2014	2015	Var. en %
Prestations en espèces de maladie	126,91	131,46	3,6 %
Prestations en espèces de maternité	126,64	129,27	2,1 %
TOTAL	253,54	260,73	2,8 %

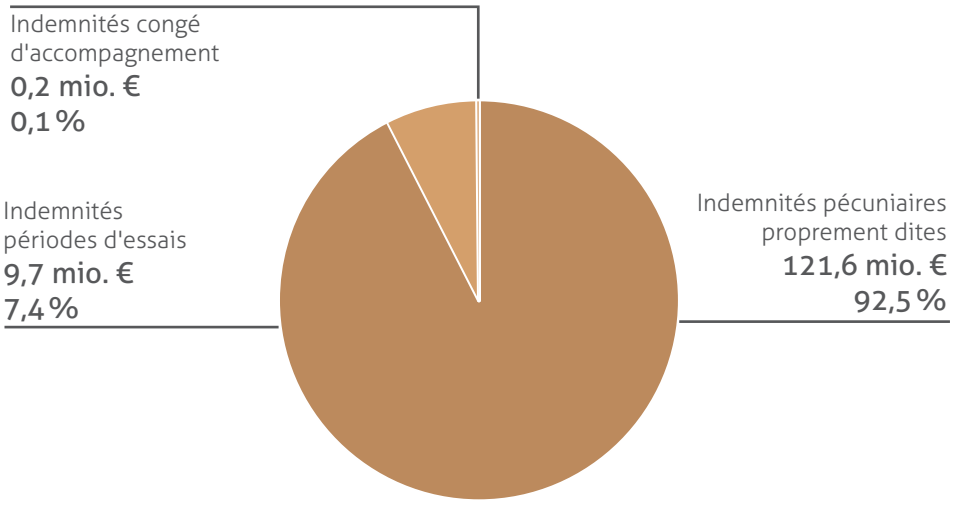
Les prestations en espèces sont les prestations destinées à remplacer les revenus en cas de maladie ou de maternité. Elles sont divisées en 2 catégories :

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

En 2014, les indemnités pécuniaires de maladie représentent 50,1 % du total des indemnités pécuniaires, contre 49,9 % pour les indemnités pécuniaires de maternité.

L'écart entre les deux a augmenté en 2015, avec 50,4 % pour les indemnités pécuniaires de maladie, tandis que les indemnités pécuniaires de maternité représentent 49,6 % de l'ensemble des indemnités pécuniaires en 2015.

Prestations en espèces de maladie



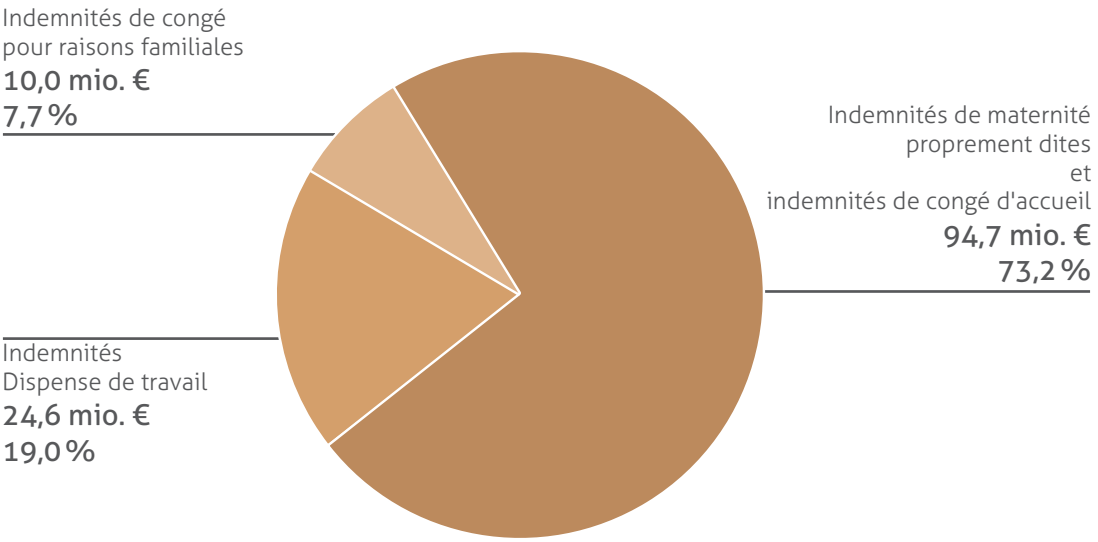
Après une augmentation modérée en 2013 (+4,0%) et un ralentissement de la croissance en 2014 (+0,6%) les dépenses pour indemnités pécuniaires de maladie accusent en 2015 une hausse de 3,6%. Elles s'élèvent à 131,5 millions d'euros, contre 126,9 millions d'euros en 2014.

Une remarque importante s'impose: les tableaux et commentaires du présent document relatifs aux prestations en espèces de maladie se limitent aux dépenses à charge de la CNS et ne prennent pas en compte les indemnités à charge de la Mutualité des employeurs.

Le montant de 131,5 millions d'euros du poste des indemnités pécuniaires de maladie comprend les indemnités pécuniaires de maladie proprement dites pour un montant de 121,6 millions d'euros (+3,1%), les indemnités pour périodes d'essai pour un montant de 9,7 millions d'euros (+10,3%) et les indemnités de congé d'accompagnement pour un montant de 0,2 million d'euros (+23,0%).

Le nombre d'assurés cotisants pour les prestations en espèces a évolué de +2,8%. En 2015, il n'y a pas eu de variation de l'échelle mobile des salaires. En se basant sur les dépenses selon la date de prestation, on constate que les indemnités payées mensuellement (+ période d'essai + congé d'accompagnement) ont varié en 2015 entre 10,1 millions et 11,5 millions d'euros. Alors que l'évolution des indemnités pécuniaires au cours du premier semestre 2015 présente une hausse de 3,7% par rapport à la même période de 2014, la croissance pour le second semestre de 2015 atteint un niveau de +2,0% par rapport à la même période de 2014.

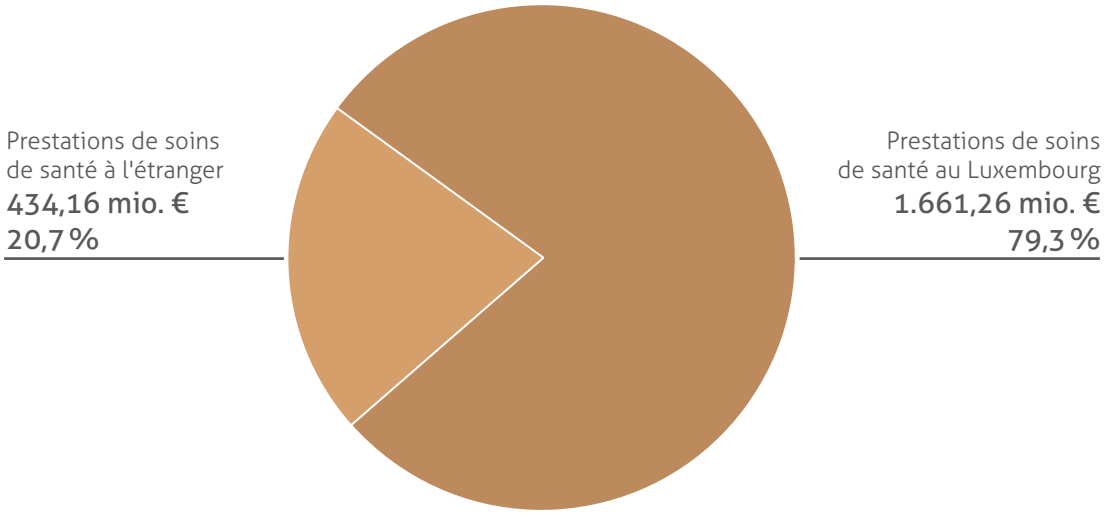
Prestations en espèces de maternité



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

Après une croissance de 5,5 % en 2013 et de 4,5 % en 2014, les indemnités pécuniaires de maternité évoluent moins fortement en 2015, à savoir de +2,1 %. Elles s'établissent à 129,3 millions, contre 126,6 millions d'euros en 2014.

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



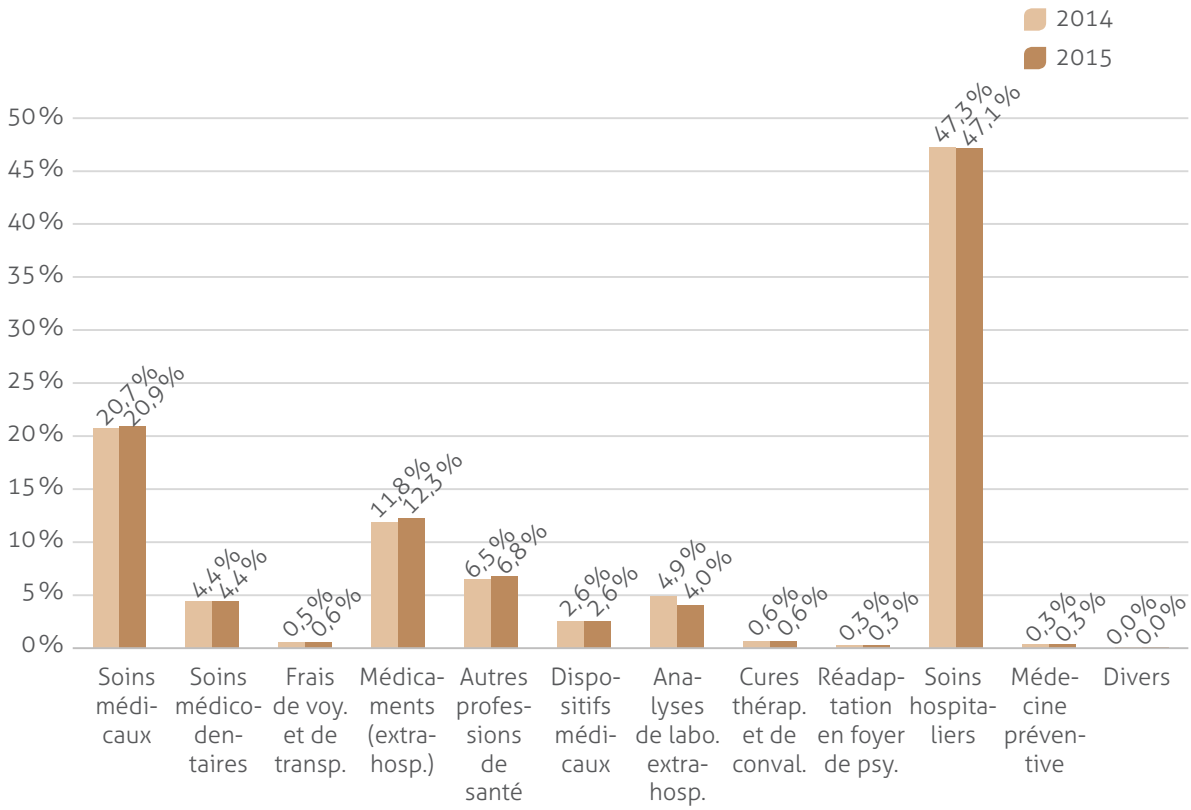
* sans indemnités funéraires (2015 : 3,7 mio. €) et sans PN Maternité (2015 : 5,5 mio. €) au niveau des honoraires médicaux et des sages-femmes

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

En tenant compte des corrections relatives aux provisions pour les prestations de soins au Luxembourg, on constate que ces prestations ont progressé de 2,7 % en 2015, contre -0,6 % en 2014.

Les prestations de soins de santé à l'étranger (après opérations sur provisions et après régularisations de fin d'exercice) diminuent fortement en 2015, à savoir de -13,3 % pour se chiffrer à 434,2 millions d'euros (var. 2014/2013 : +21,6 %). Chaque année on constate que l'introduction différée des factures en provenance de l'étranger est à l'origine de grandes variations annuelles.

Postes de prestations en nature au Luxembourg



* données suivant l'exercice de prestation

Le graphique ci-dessus révèle que les poids des différents postes des prestations en nature au Luxembourg ne varient guère de 2014 à 2015. Le poste le plus important est celui des soins hospitaliers, aussi bien en 2014 qu'en 2015 avec respectivement 47,3 % et 47,1 % de l'ensemble des prestations en nature au Luxembourg.

Les soins médicaux représentent le deuxième poste le plus important, avec 20,7 % en 2014 et 20,9 % en 2015.

En troisième lieu figurent les médicaments extra-hospitaliers, dont 12,3 % de la totalité des prestations en nature au Luxembourg leur sont attribués en 2015 (11,8 % en 2014).

Suivent par ordre décroissant les postes suivants pour l'année 2015 :

– Autres professions de santé : 6,8 %

– Soins médico-dentaires : 4,4 %

– Analyses de laboratoires extra-hospitaliers : 4,0 %

– Dispositifs médicaux : 2,6 %

– Cures thérapeutiques et de convalescence : 0,6 %

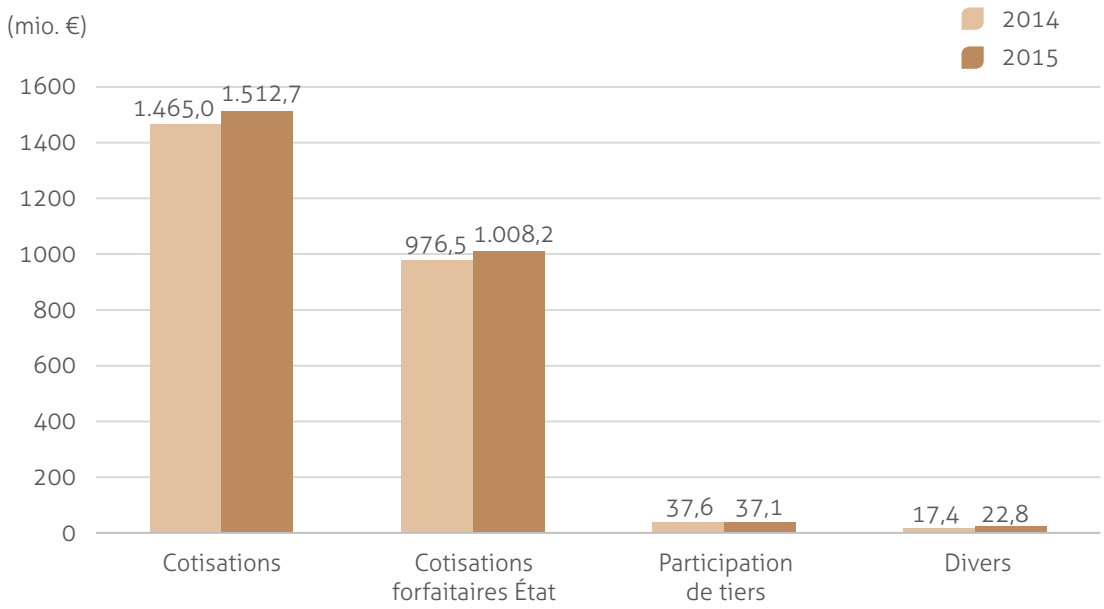
– Frais de voyage et de transport : 0,6 %

– Médecine préventive : 0,3 %

– Réadaptation en foyer de psychiatrie : 0,3 %

– Divers : 0,0 %

Part des postes dans les recettes



En 2015, les recettes courantes atteignent 2.940,5 millions d'euros. Ceci correspond à une hausse de 10,8 % par rapport à 2014. Elles sont supérieures de 105,1 millions d'euros aux dépenses courantes qui s'élèvent à 2.835,4 millions d'euros.

En déduisant le montant des prélèvements aux provisions de 158,5 millions d'euros en 2014 et de 359,8 millions d'euros en 2015, on obtient une hausse des recettes effectives de 3,4 %. Ceci contre une baisse des dépenses effectives de 0,6 %. Abstraction faite de la comptabilisation de la 2e tranche des reports au niveau international de 40,0 millions d'euros (les reports au niveau national n'ont pas d'influence en 2014 et 2015), les dépenses effectives auraient diminué de 2,2 %.

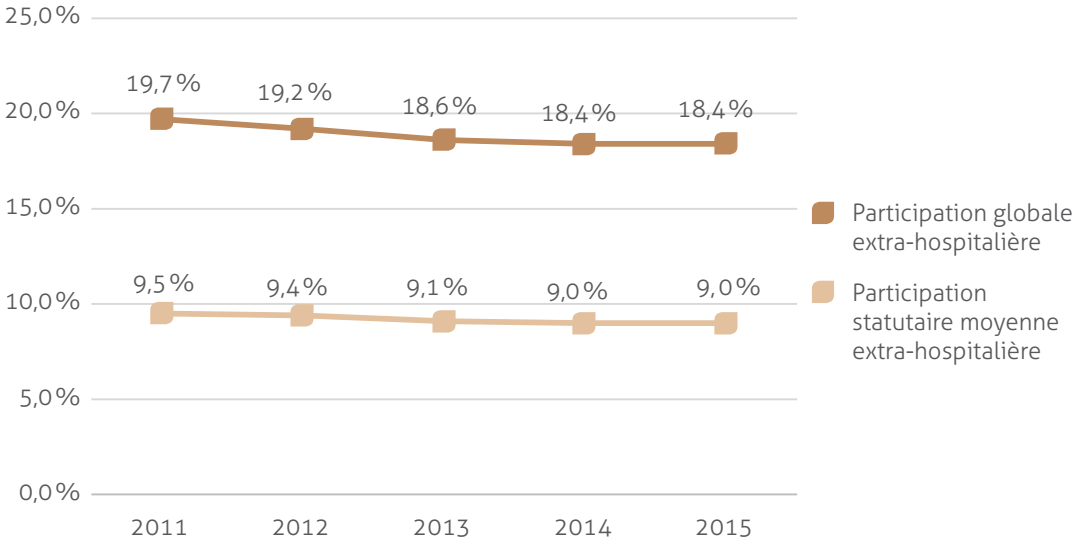
En 2015, les recettes en cotisations enregistrent une hausse de 3,3 %, contre une hausse de 4,9 % en 2014.

En particulier, l'année 2015 se caractérise par une croissance du nombre d'assurés actifs et volontaires cotisants pour prestations en nature de 2,4 %, contre +2,2 % en 2014. En 2015, il y a eu une revalorisation du salaire social minimum et des minima et maxima cotisables de 0,1 %. Par contre, les pensions du régime général et des régimes spéciaux n'ont pas bénéficié d'un ajustement en 2015. Par ailleurs, il y a lieu de remarquer qu'il n'y a pas eu d'adaptation de l'échelle mobile des salaires en 2015.

Le poste « Participation de tiers » a connu une évolution négative de 1,3 % (-0,5 mio d'euros), baisse principalement due à la diminution des frais d'administration remboursés par l'assurance dépendance de 2,7 % ou de 0,4 million d'euros.

La croissance des recettes diverses de l'ordre de 5,4 millions d'euros résulte essentiellement d'une hausse des produits financiers (+5,0 millions d'euros) et des pensions cédées par divers organismes de pension (+1,1 million d'euros). S'y ajoute la baisse des produits divers de 1,1 million d'euros.

Participation moyenne des personnes protégées pour les prestations extra-hospitalières



Les statuts de la CNS définissent non seulement les prestations prises en charge par l'assurance maladie-maternité, mais également leur taux de prise en charge. La participation statutaire du patient correspond à la différence entre le montant que le prestataire de soins est habilité à facturer selon les conventions et nomenclatures en vigueur et le montant remboursé par la CNS.

Le taux de la participation statutaire moyenne en 2015 se caractérise tout comme depuis 2011 par les mesures d'économie décidées au niveau des participations des assurés entrées en vigueur en date du 1er janvier 2011.

La participation statutaire moyenne de l'assuré pour les prestations extra-hospitalières s'établit à 9,0% en 2015, tout comme en 2014.

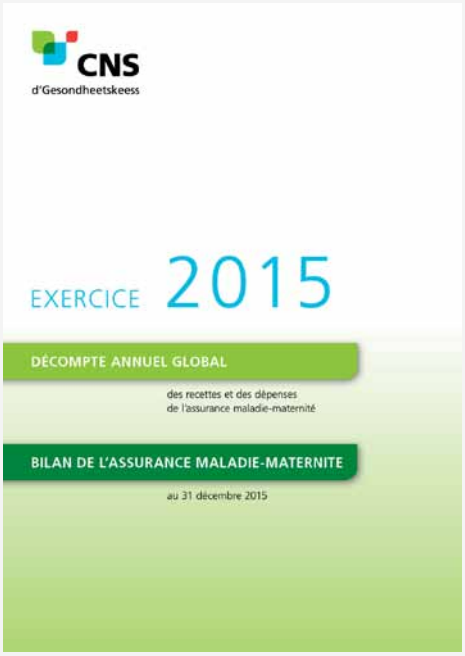
À noter que la participation hospitalière se situe à 1,2% en 2015, tout comme en 2014. Par conséquent, la participation statutaire (hospitalière et extra-hospitalière) s'élève à 5,3%.

Il y a lieu de noter que les tarifs de l'assurance maladie-maternité ne représentent pas l'intégralité de la dépense de l'assuré, ceci en raison des dépassements possibles de certains tarifs pour convenance personnelle (supplément pour chambre individuelle, dépassement sur devis pour prestations dentaires, dépassements pour montures et verres de lunettes, etc.).

La courbe «participation globale» du graphique représente une estimation du taux de participation globale des assurés pour les prestations extra-hospitalières par rapport aux prix facturés, ceci sur la base du montant brut des factures communiquées à la CNS. Cette participation se situe à 18,4% en 2015 (en dehors des frais d'hospitalisation), contre 18,4% également en 2014.

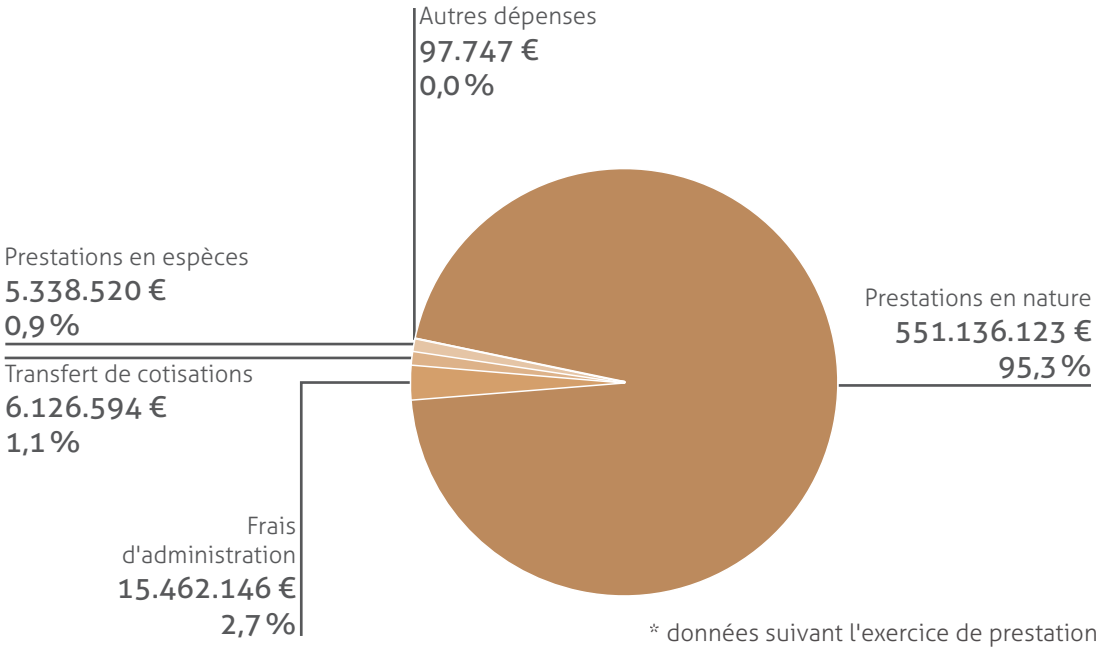
En date du 13 juillet 2016, le Comité directeur de la CNS a approuvé les comptes annuels et le bilan de clôture de l'année 2015 de l'assurance maladie-maternité.

Le document « Décompte des recettes et dépenses de 2015 de l'assurance maladie-maternité » commenté peut être consulté intégralement sur le site internet de la CNS www.cns.lu sous « Publications ».



II. L'assurance dépendance

Postes de dépenses en 2015



Ce graphique illustre le poids des différents postes de dépenses par rapport à l'ensemble des dépenses de l'assurance dépendance (y compris les dotations et prélèvements aux provisions).

Pour l'exercice 2015, les prestations en nature comptabilisées s'élèvent à 551,1 millions d'euros, contre 549,7 millions en 2014, soit une croissance de 0,3 %. Or, ces montants ne correspondent pas aux montants pour prestations effectives de ces exercices.

Fin 2015, il subsiste des retards au niveau de la facturation des prestations en nature (48,6 millions d'euros), qui entraînent des retards au niveau de la liquidation des prestations en espèces dont le montant se chiffre à 3,1 millions d'euros. S'y ajoute des décomptes non introduits de la part des institutions d'assurance maladie étrangères de l'ordre de 8,1 millions d'euros. Par ailleurs, le présent décompte prévoit une provision relative à l'exercice prestation 2015 de l'ordre de 13,4 millions d'euros destinée à venir en aide aux prestataires d'aides et de soins en difficulté suite aux différentes mesures d'économies mises en œuvre en dehors des attributions de la CNS. Il est à noter que la mise en place d'un tel mécanisme nécessite la création d'une base légale, inexistante au moment de la clôture des présents comptes. Ainsi une dotation aux provisions pour prestations échues mais non liquidées de 73,20 millions d'euros a été comptabilisée en 2015.

En ajoutant les montants des 73,2 millions d'euros aux prestations en nature comptabilisées et en retranchant le montant pensionné en 2014 de 89,4 millions d'euros, la dépense effective pour prestations en nature s'élève à 551, millions d'euros.

En ce qui concerne le poste transfert de cotisations, l'assurance dépendance prend en charge les cotisations pour l'assurance pension d'une personne qui assure avant l'âge de 65 ans des aides et des soins à la personne dépendante à son domicile en dehors d'un réseau d'aides et de soins. Les cotisations sont calculées sur la base du salaire social minimum prévu pour un travailleur non qualifié âgé de 18 ans au moins.

En 2015, un montant de 6,1 millions d'euros (+20,5 %) a été comptabilisé, contre 5,1 millions d'euros en 2014 (-14,4 %). Fin 2015, 1.492 personnes (+3,0 %) contre 1.448 personnes en 2014 (-5,4 %) étaient affiliées auprès du Centre commun de la sécurité sociale au titre de l'article 355 du CSS .

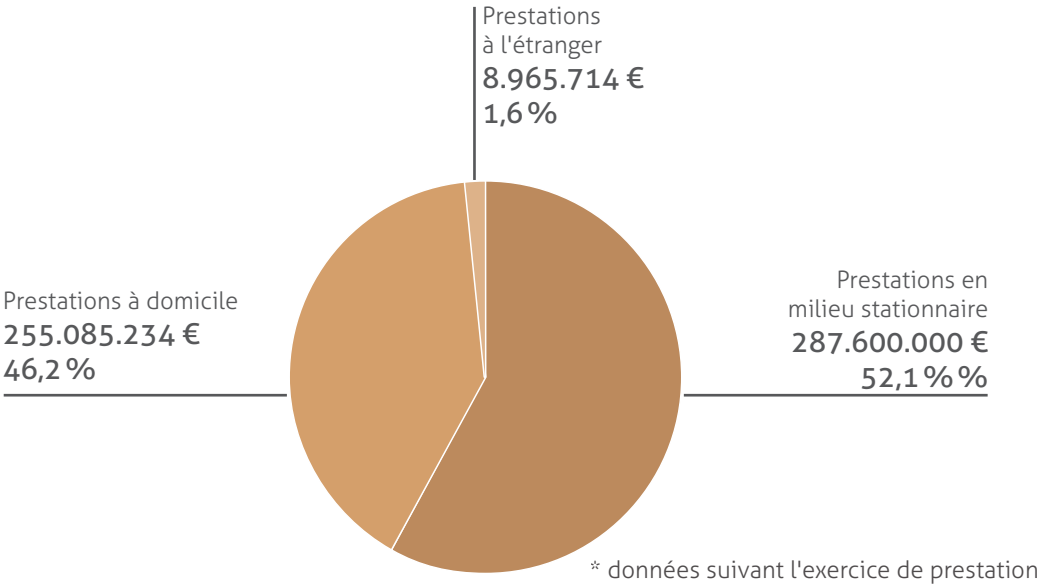
Pour les prestations en espèces, il faut faire la différence entre les prestations en espèces proprement dites et les prestations en espèces subsidiaires. Les prestations en espèces proprement dites (1,0 % du total des dépenses) correspondent aux allocations spéciales pour personnes gravement handicapées et aux allocations de soins. Les prestations en nature peuvent sous certaines conditions être remplacées par une prestation en espèces : il s'agit des prestations en espèces subsidiaires, qui ne sont pas reprises séparément dans l'illustration ci-contre mais qui font partie des prestations en nature.

Les bénéficiaires d'une allocation pour personnes gravement handicapées ou d'une allocation de soins maintiennent ce droit aussi longtemps que leur demande de prestations au titre de l'assurance dépendance pour la même période ne leur aura pas été accordée. Le montant de ces prestations s'élève mensuellement par cas à 89,24 euros au nombre cent de l'indice du coût de la vie, soit 691,76 euros à l'indice courant en 2015 (en moyenne annuelle). La Caisse nationale de santé, en tant que gestionnaire de l'assurance dépendance, rembourse mensuellement les prestations pour personnes gravement handicapées au Fonds national de solidarité et assure le paiement des allocations de soins ordonnancées par le ministre de la Famille.

Quant aux frais d'administration, et suivant l'article 384 du CSS, les frais d'administration propres à la Caisse nationale de santé sont répartis entre l'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance au prorata de leurs prestations respectives au cours du pénultième exercice. Les frais d'administration à rembourser par l'assurance dépendance s'élèvent à 15,5 millions d'euros en 2015, contre 15,9 millions en 2014 (-2,7 %).

Le poste « autres dépenses » s'élève à 97.747 euros en 2015 et renferme les décharges et extournes (91.539 euros) et les dépenses diverses (6.207 euros).

Prestations en nature en 2015



* données suivant l'exercice de prestation

En 2015, les prestations en milieu stationnaire représentent 52,1 % de l'ensemble des prestations en nature (52,0 % en 2014). Les prestations en milieu stationnaire concernent les établissements à séjour continu (maisons de soins et centres intégrés pour personnes âgées).

En deuxième position figurent les prestations à domicile, lesquelles représentent en 2015 46,2 % du total des dépenses en matière de prestations en nature (46,4 % en 2014). Pour des besoins d'analyses dans le cadre du décompte de l'assurance dépendance, les trois types d'intervenants pour les soins à domicile pris en considération sont les réseaux d'aides et de soins, les établissements à séjour intermittent et les centres semi-stationnaires.

Les dépenses en relation avec les prestations à l'étranger représentent 1,6 % du total des dépenses relatives aux prestations en nature. Parmi ces prestations, on distingue les prestations en espèces transférées à l'étranger et les prestations à payer aux institutions de sécurité sociale étrangères conformément aux conventions internationales.

Bénéficiaires des prestations en nature en 2015

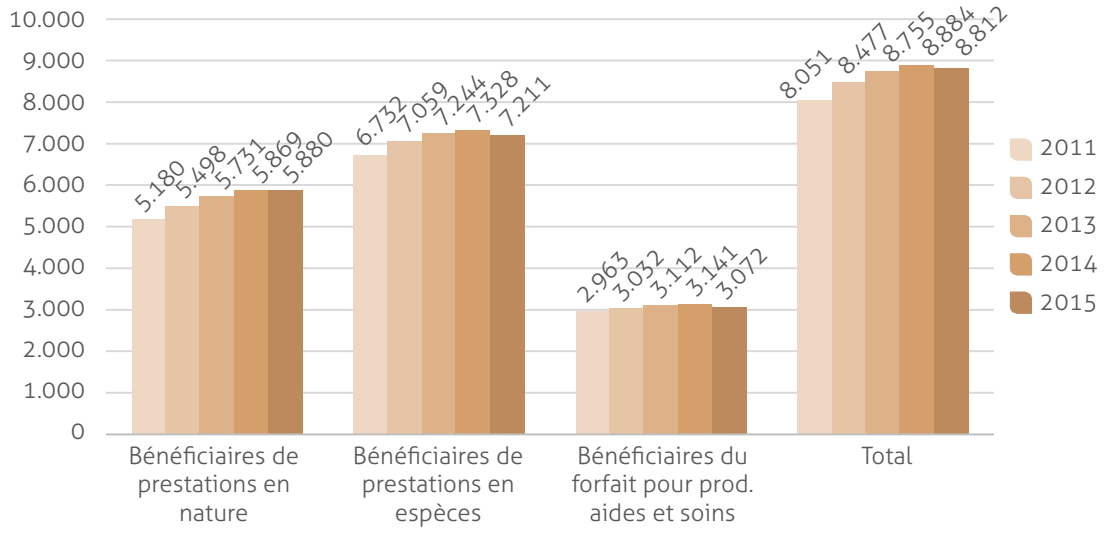
Bénéficiaires de prestations en nature au Luxembourg : **13.443** (-0,3 %)

- Prestations à domicile* : **8.812** (-0,8 %)
- Prestations en milieu stationnaire : **4.631** (+0,7 %)

Données suivant la date prestation

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

Nombre moyen de bénéficiaires de prestations à domicile



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

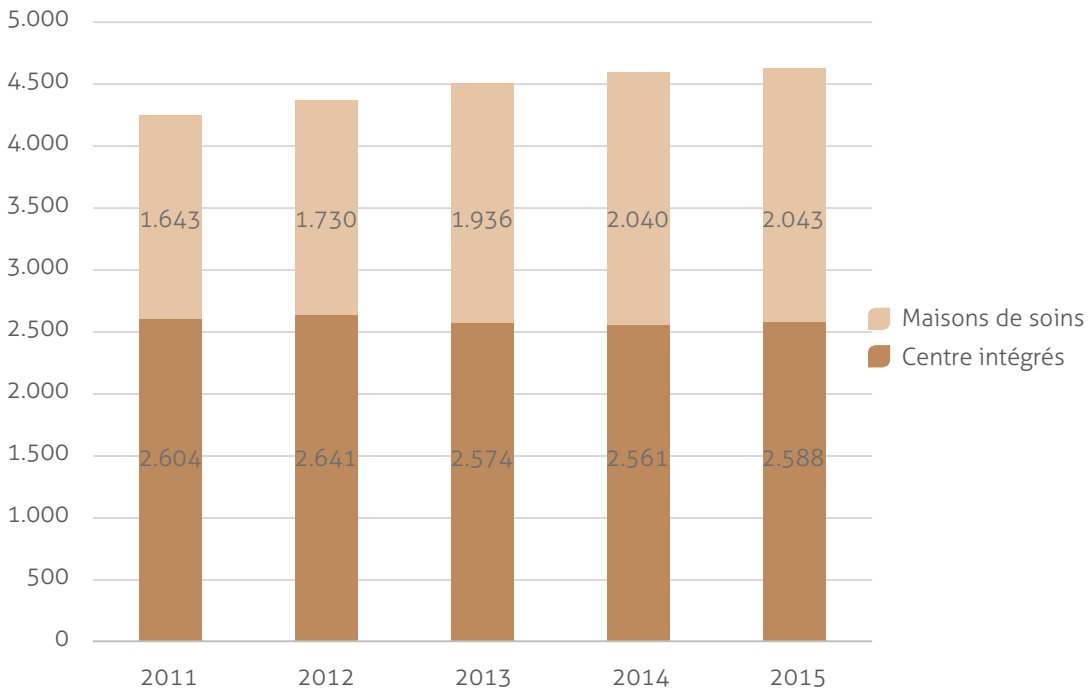
Pour 2015, le nombre moyen mensuel de bénéficiaires de prestations à domicile s'établit à 8.812 personnes (-0,8%) contre 8.884 personnes en 2014. C'est la première année depuis l'introduction de l'assurance dépendance que les bénéficiaires à domicile ont diminué. Depuis 2005, le nombre de bénéficiaires s'est accru de 45,7%. Le taux de croissance annuel moyen s'établit à 3,8% entre 2005 et 2015. Pour la période 2010 à 2015, le taux de croissance annuel moyen s'élève à 3,0%.

Parmi les bénéficiaires de prestations à domicile, 66,7% (5.880 personnes) touchent des prestations fournies par un réseau d'aides et de soins, un centre semi-stationnaire ou un établissement à séjour intermittent.

En 2015, 7.211 personnes en moyenne ont bénéficié de prestations en espèces (subsidiaires), ce qui correspond à 81,8% des bénéficiaires de prestations à domicile.

À partir du 1er janvier 2007 , un montant forfaitaire de 14,32 euros par mois au nombre indice 100 est accordé en cas d'utilisation de produits nécessaires aux aides et soins. En 2015, ce montant forfaitaire mensuel s'est établi à 111,00 euros en moyenne à l'indice courant égal à 775,17. En 2015, environ 34,9% des personnes touchant des prestations à domicile ont bénéficié de ce forfait (35,4% en 2014).

Nombre moyen de bénéficiaires de prestations en établissements à séjour continu



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

Au niveau du décompte de l'assurance dépendance, les prestations délivrées par les établissements à séjour intermittent figurent sous les prestations à domicile.

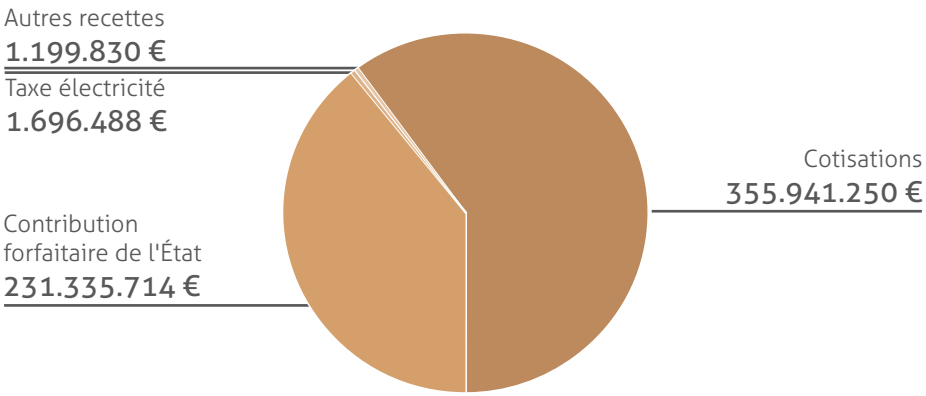
Les établissements d'aides et de soins à séjour continu hébergent de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant, dans le cadre de l'établissement, l'intégralité des aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance.

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

Pour l'exercice 2015, le nombre moyen de personnes dans les établissements d'aides et de soins se chiffre à 4.631 personnes (+0,7 %), dont 2.588 personnes pour les centres intégrés (+1,1 %) et 2.043 personnes pour les maisons de soins (+0,1 %).

Depuis 2005, le nombre moyen de personnes a augmenté de 38,2 %, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 3,3 %. Depuis 2010, le taux de croissance annuel moyen s'élève à 2,6 %.

Postes de recettes en 2015



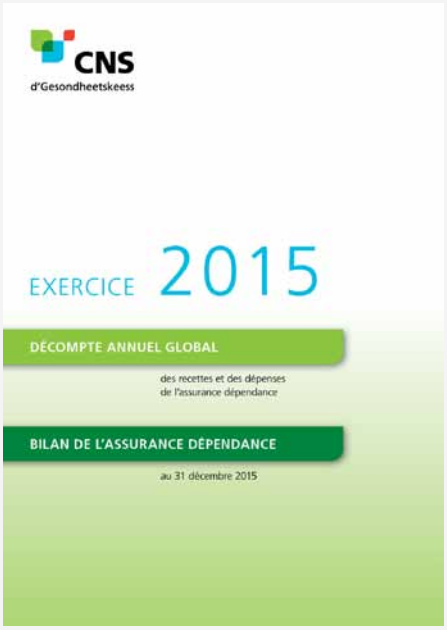
Le montant total des cotisations de l'assurance dépendance s'élève en 2015 à 355,9 millions d'euros, contre 344,2 millions d'euros en 2014, soit une croissance de 3,4% (+5,2% en 2014). Ce taux n'est pas influencé par l'adaptation de l'échelle mobile des salaires en raison de l'absence de l'échéance d'une tranche indiciaire en 2015. Le taux de croissance réel s'élève ainsi à 3,4% également, contre +3,3% en 2014.

Depuis 2013, la participation de l'État est fixée à 40% des dépenses totales, y compris la dotation à la réserve. Le montant versé par l'État en 2015 s'élève à 231,3 millions d'euros, ce qui correspond à une baisse de 0,2%. Ce recul de la participation de l'État en 2015 s'explique par le recul des bénéficiaires à domicile, une croissance très modérée des bénéficiaires en établissements et par les différentes mesures d'économies mises en œuvre en dehors des attributions de la CNS.

La contribution spéciale en faveur de l'assurance dépendance consiste dans le produit de la taxe « électricité » imputable aux clients affichant une consommation annuelle supérieure à 25.000 kWh. Le produit de cette redevance destiné à l'assurance dépendance atteint 1,7 million d'euros en 2015 (+2,6%), contre 1,7 million d'euros également en 2014 (-20,7%).

En date du 27 juillet 2016, le Comité directeur de la CNS a approuvé les comptes annuels et le bilan de clôture de l'année 2015 de l'assurance dépendance.

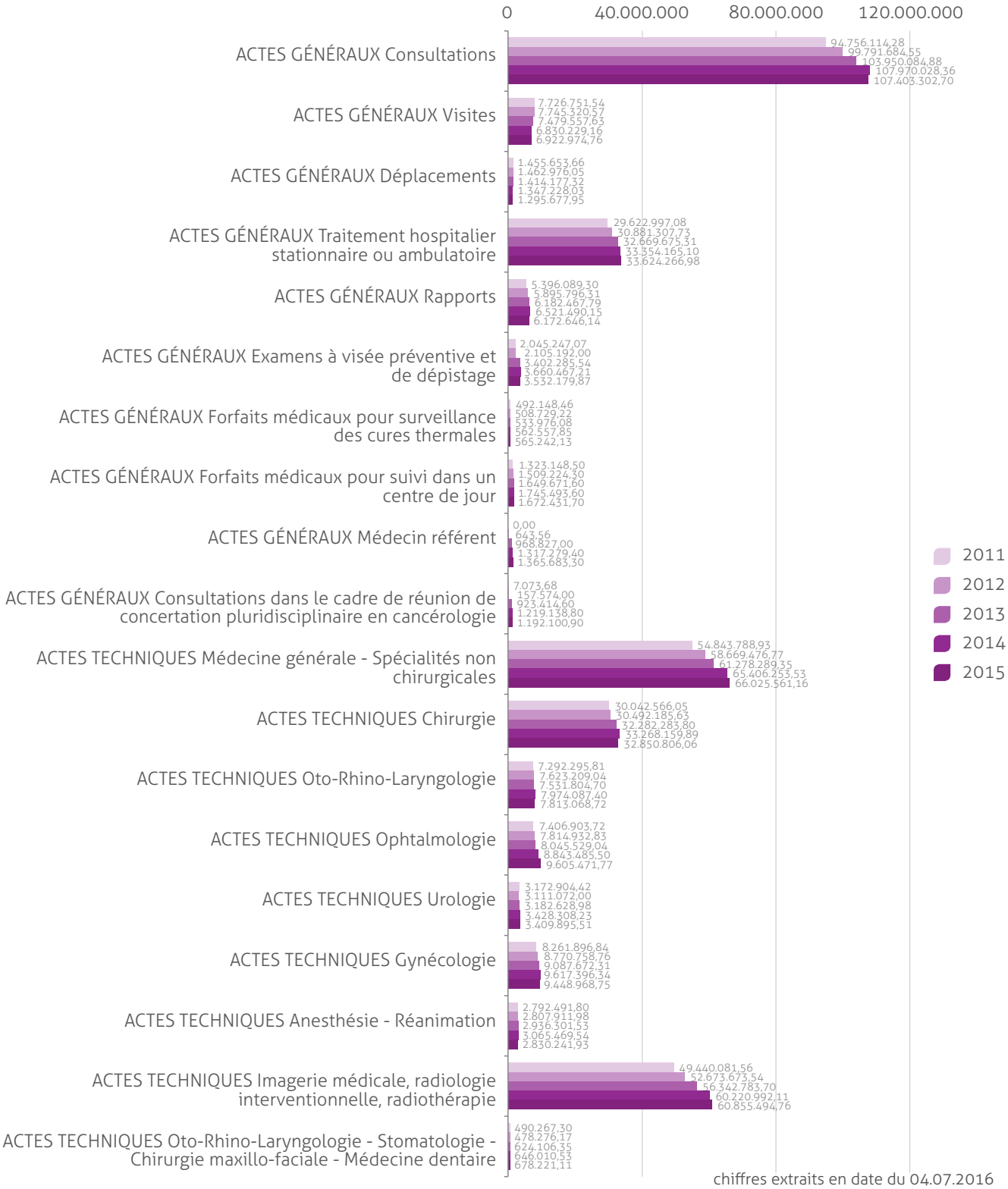
Le document « Décompte des recettes et dépenses de 2015 de l'assurance dépendance » commenté peut être consulté intégralement sur le site internet de la CNS www.cns.lu sous « Publications ».



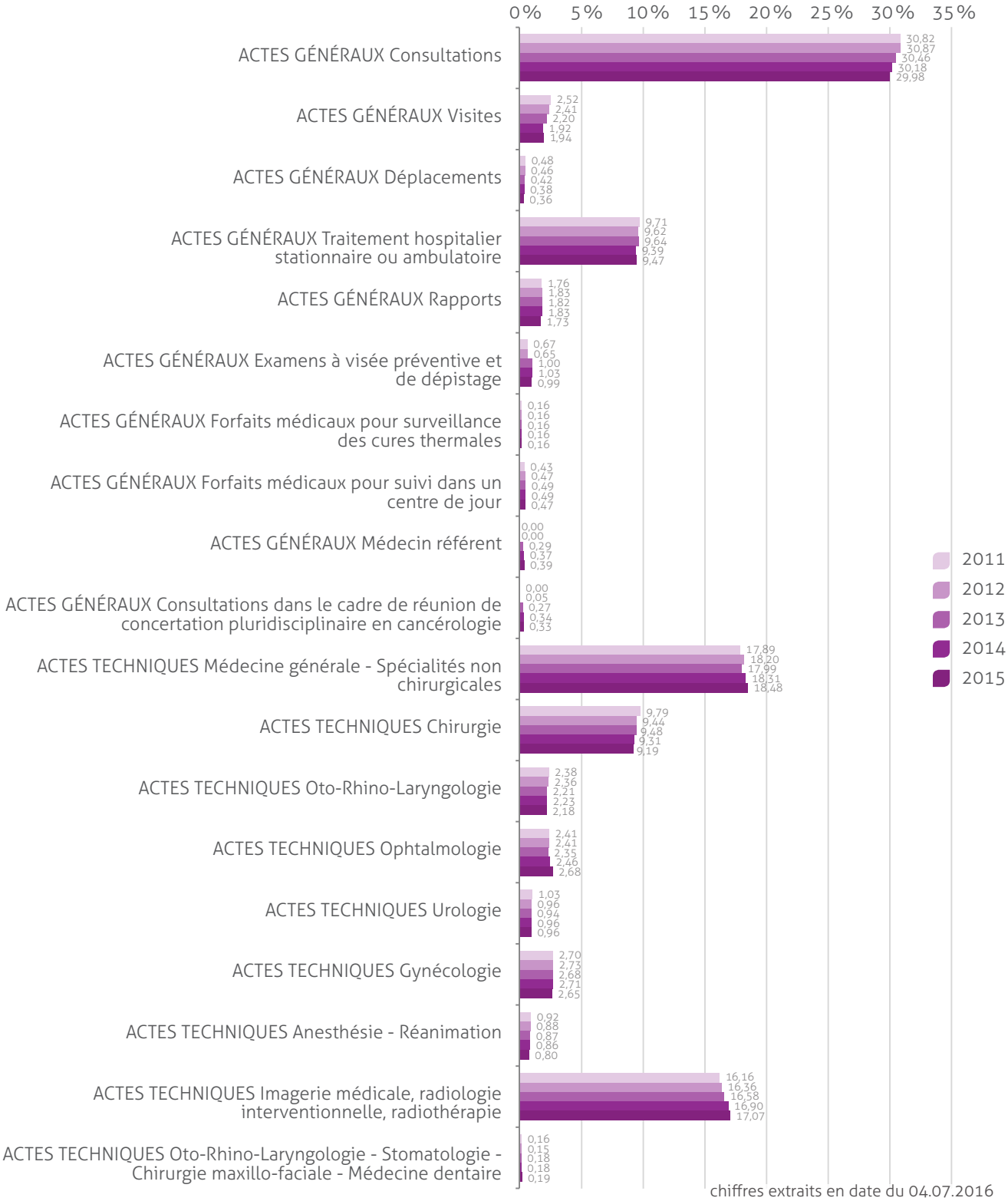
Les statistiques par thème

D. Les statistiques par thème

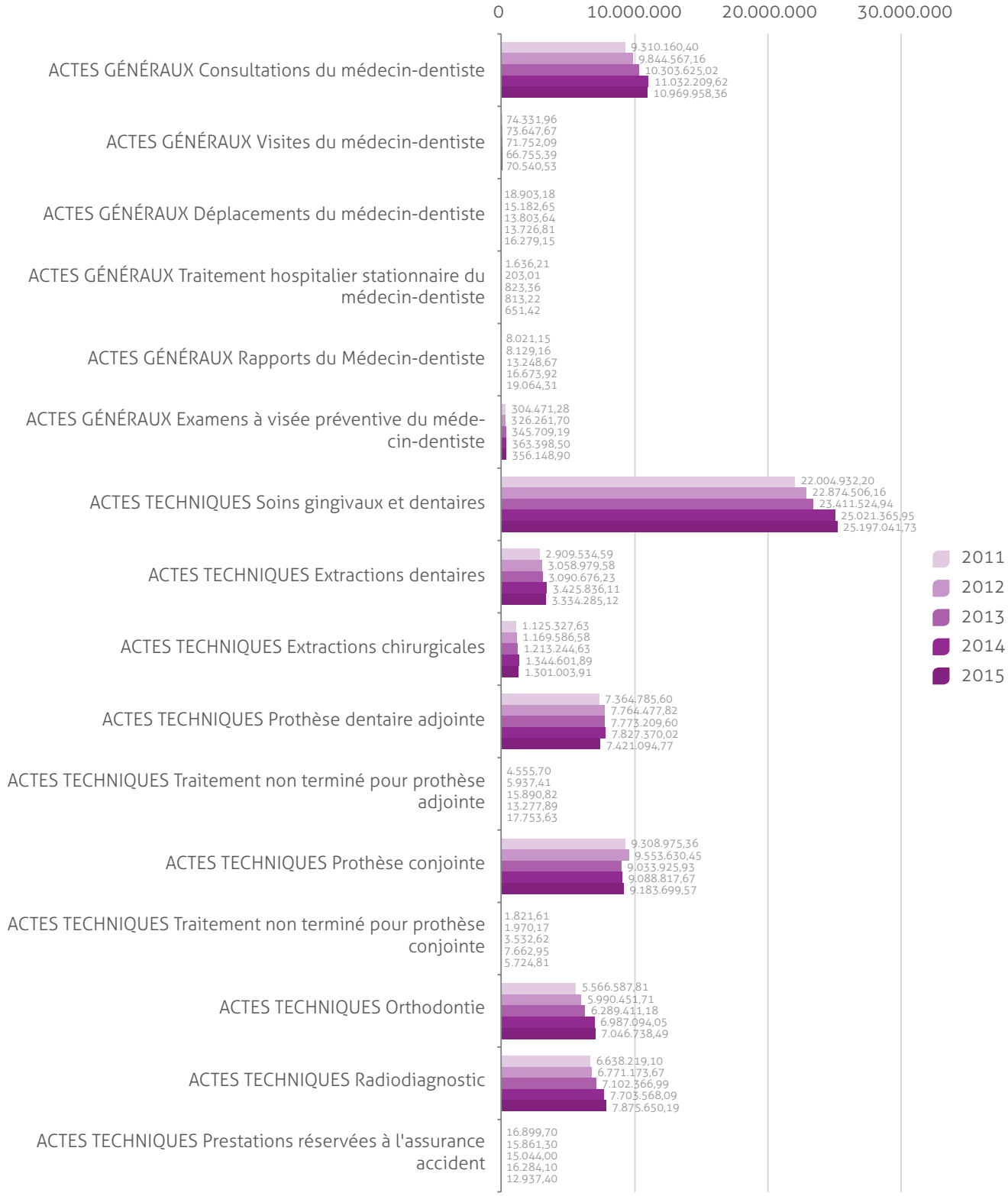
Les médecins - Part du net (en €) par chapitre de la nomenclature des actes et services des médecins



Les médecins - Part du net (en %) par chapitre de la nomenclature des actes et services des médecins

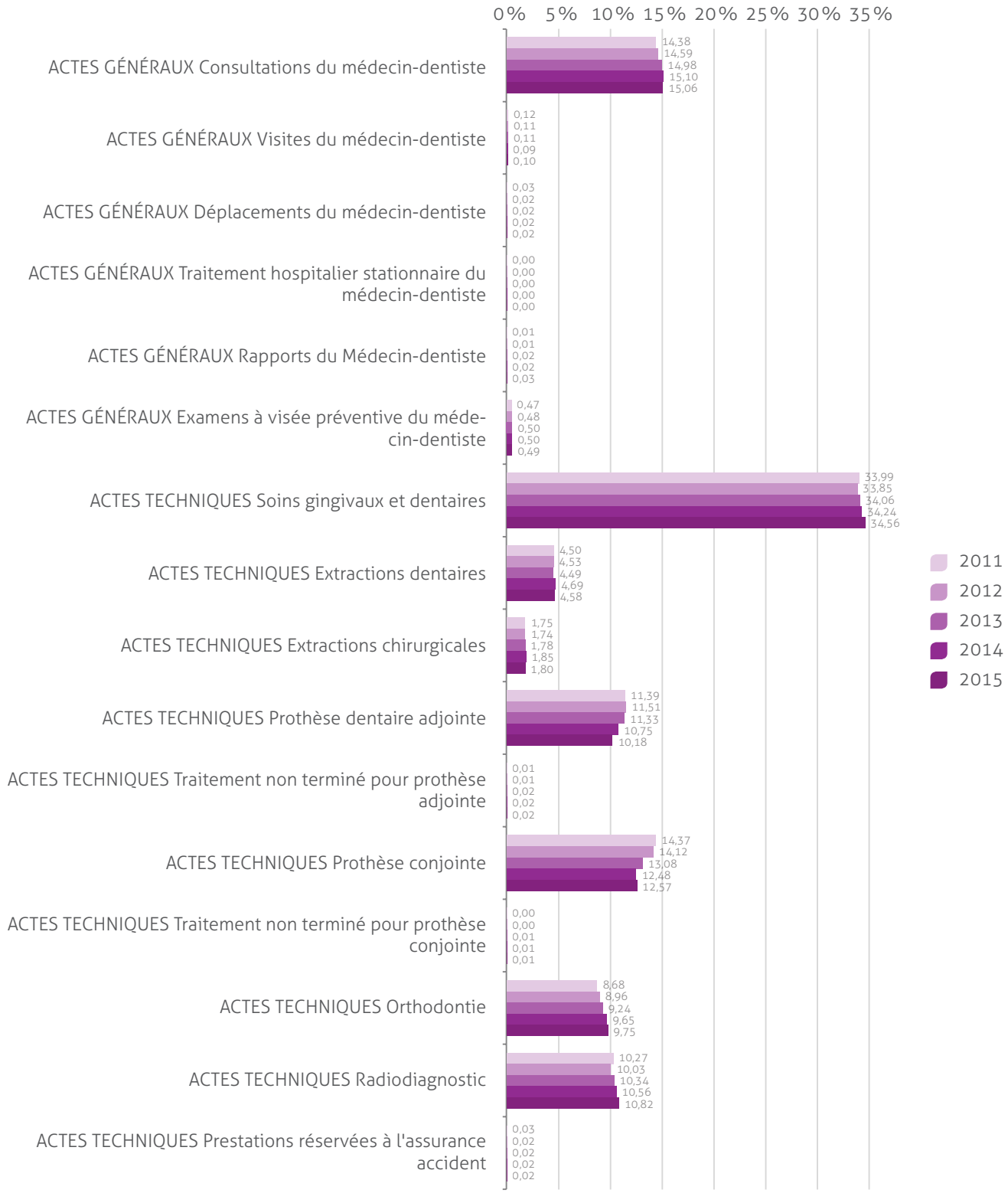


Les médecins-dentistes - Part du net (en €) par chapitre de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes



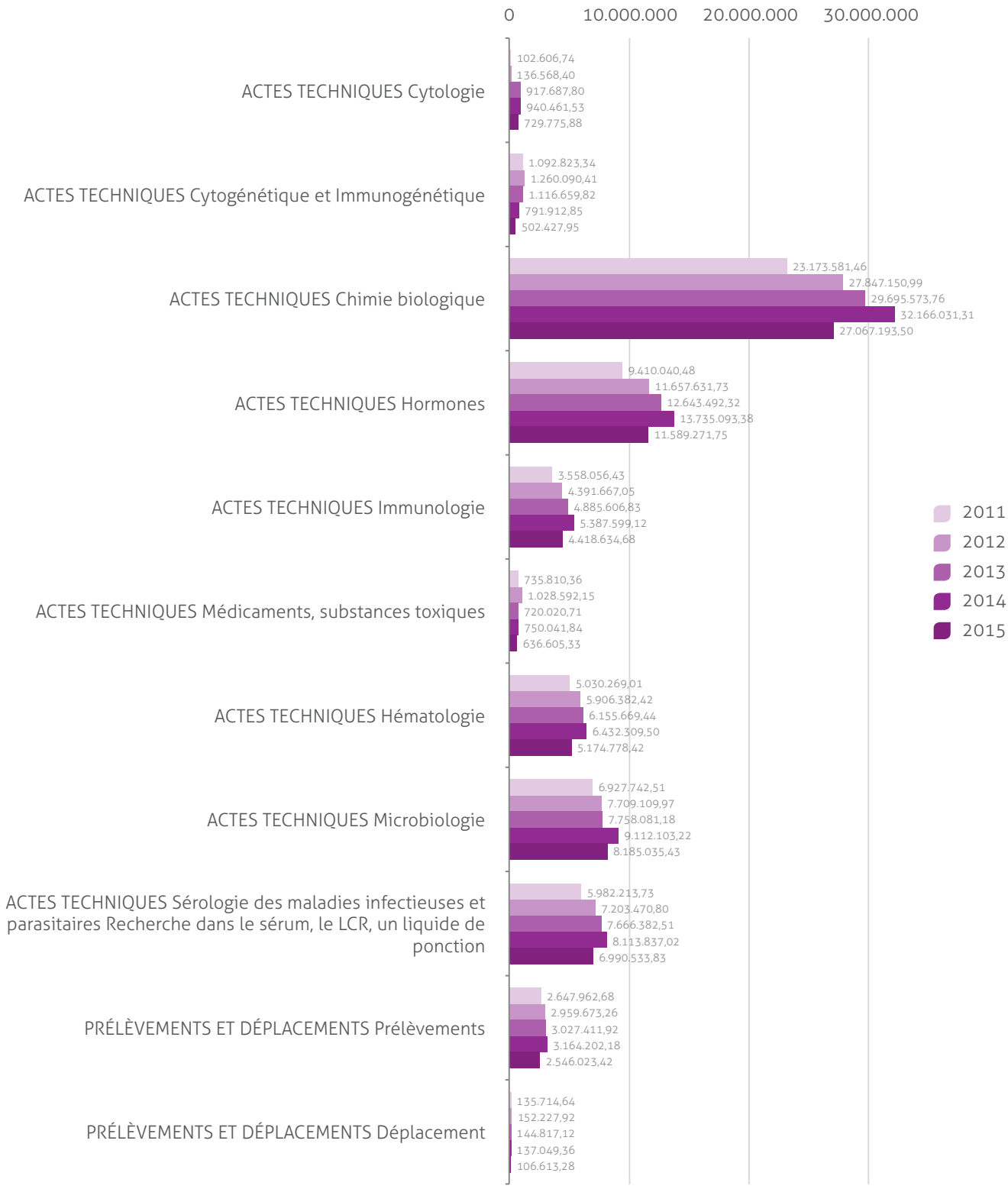
chiffres extraits en date du 04.07.2016

Les médecins-dentistes - Part du net (en %) par chapitre de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes



chiffres extraits en date du 04.07.2016

Les laboratoires - Part du net (en €) par chapitre de la nomenclature des actes et services des laboratoires



chiffres extraits en date du 04.07.2016

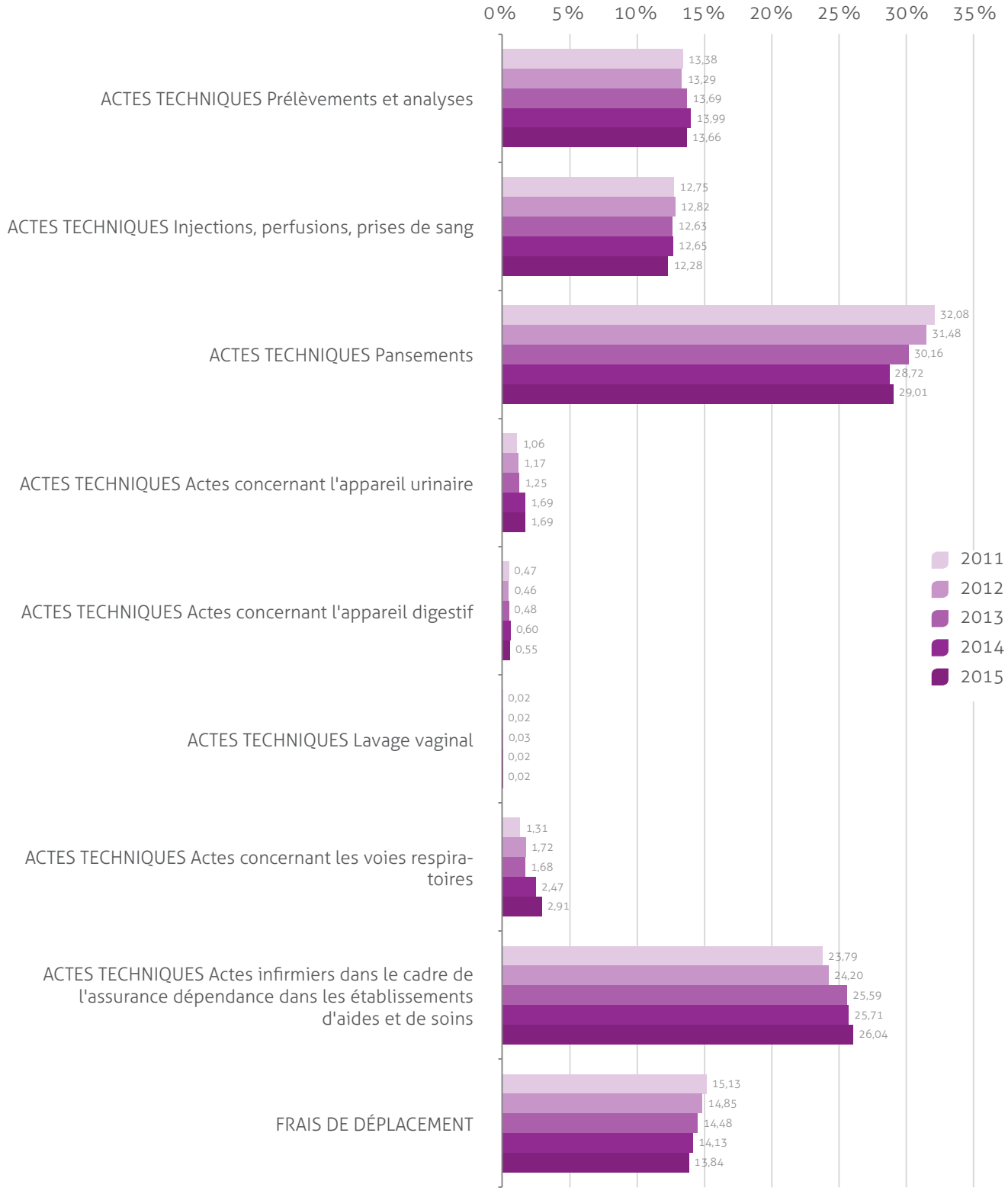
Les laboratoires - Part du net (en %) par chapitre de la nomenclature des actes et services des laboratoires

chiffres extraits en date du 04.07.2016

Les infirmiers - Part du net (en €) par chapitre de la nomenclature des actes et services des infirmiers

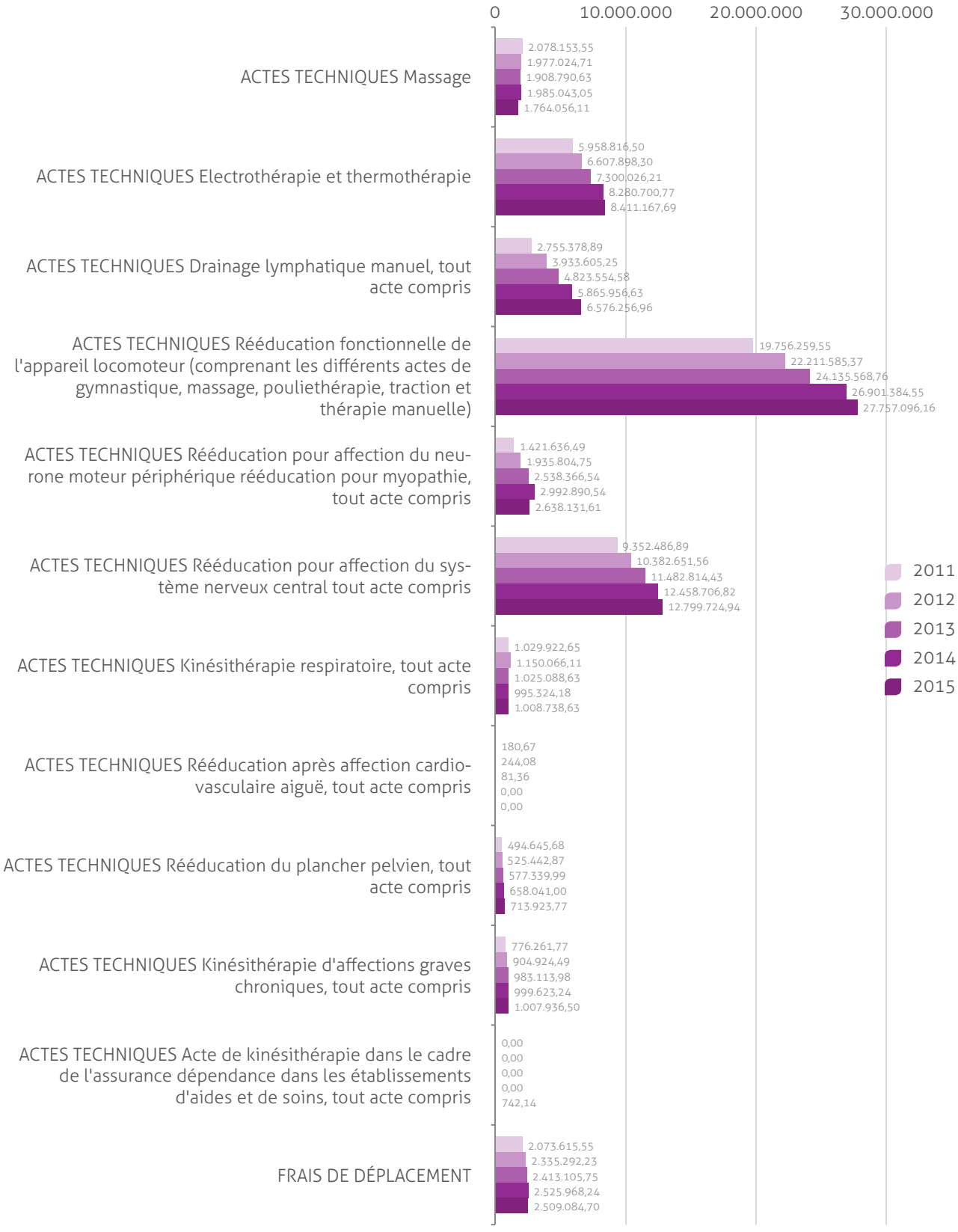
chiffres extraits en date du 04.07.2016

Les infirmiers - Part du net (en %) par chapitre de la nomenclature des actes et services des infirmiers



chiffres extraits en date du 04.07.2016

Les kinésithérapeutes - Part du net (en €) par chapitre de la nomenclature des actes et services des kinésithérapeutes

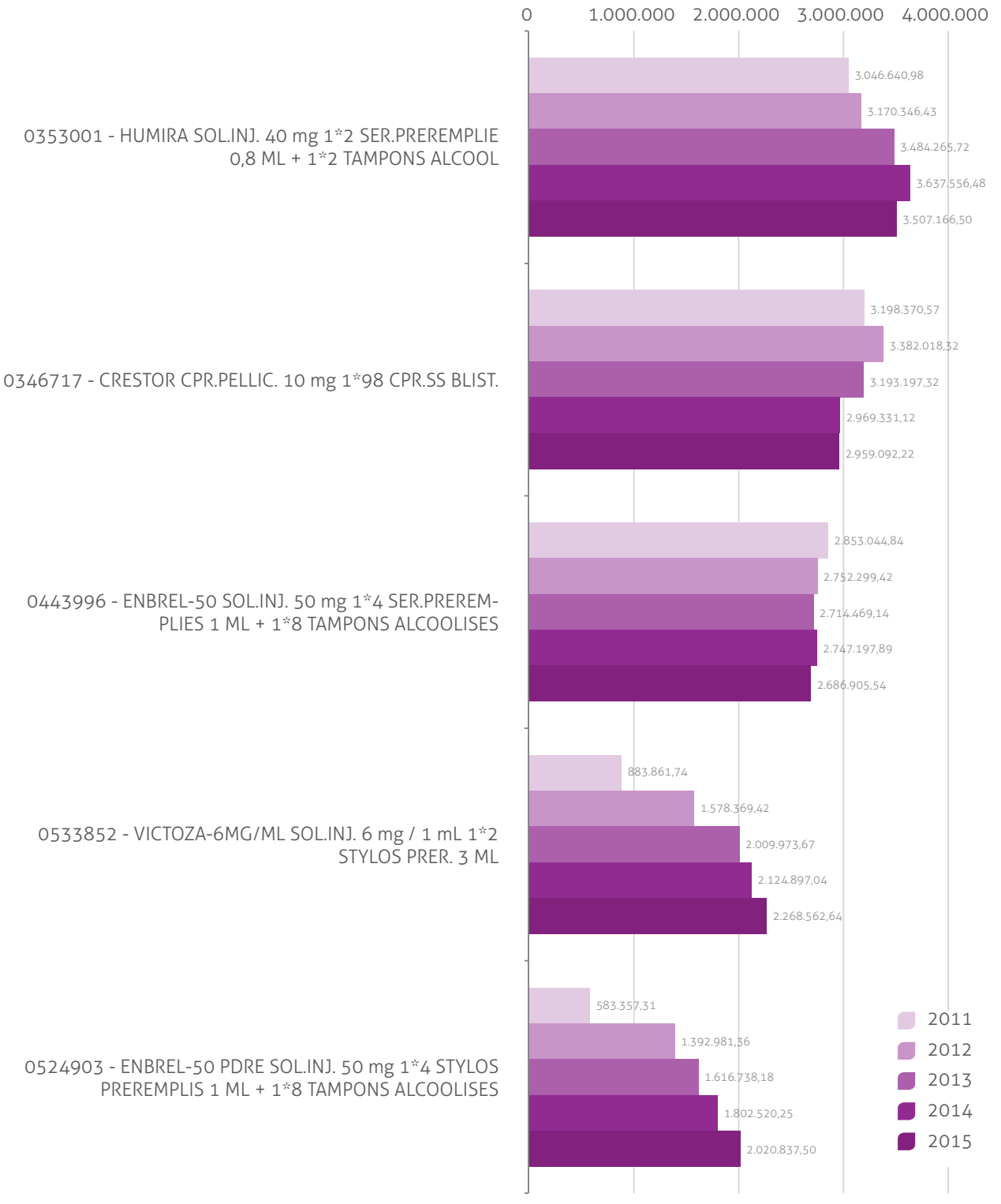


chiffres extraits en date du 04.07.2016

Les kinésithérapeutes - Part du net (en %) par chapitre de la nomenclature des actes et services des kinésithérapeutes

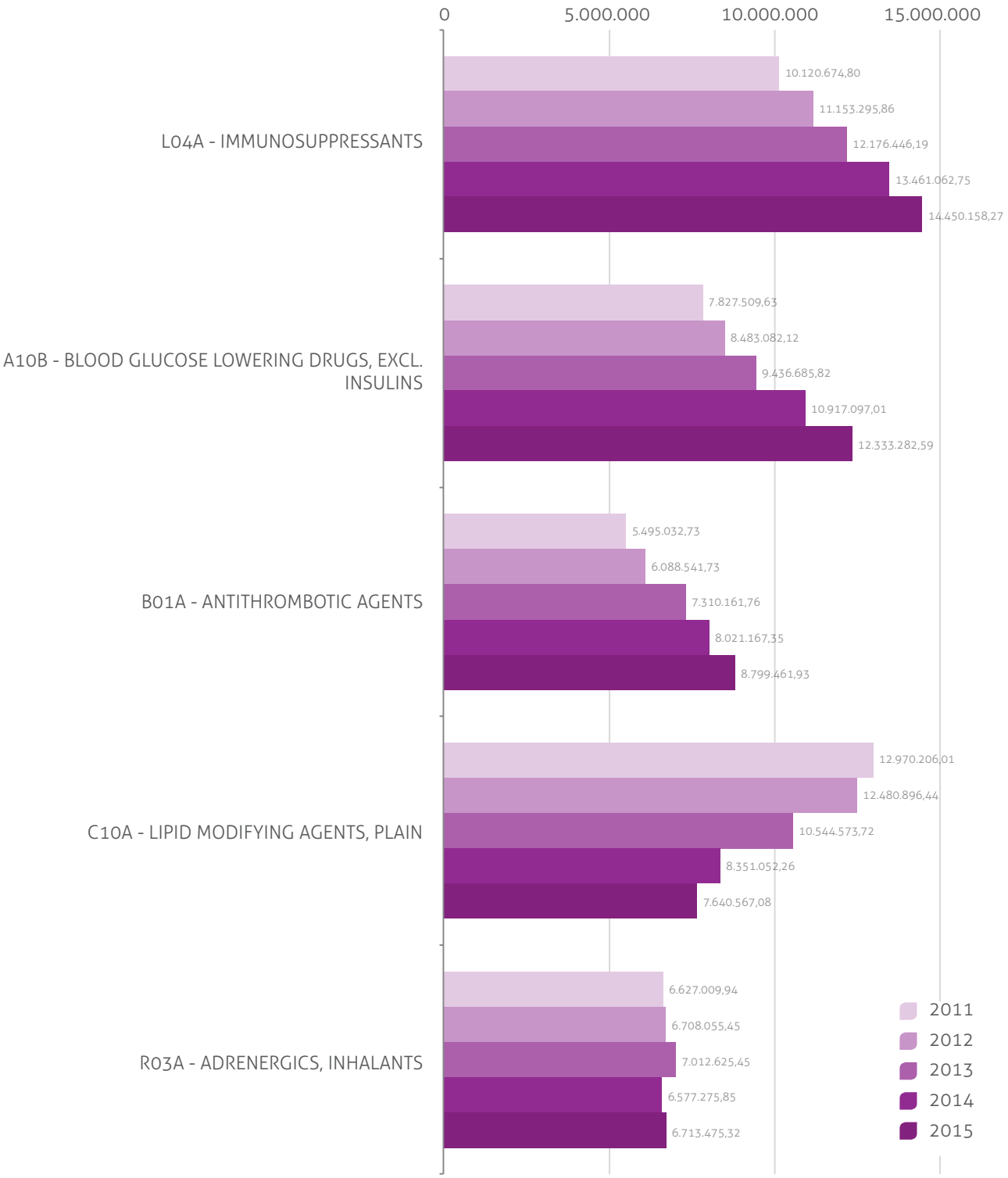
chiffres extraits en date du 04.07.2016

Les médicaments - Net annuel (en €) des médicaments les plus remboursés



chiffres extraits en date du 04.07.2016

Les médicaments - Net annuel (en €) des ATC les plus remboursés



chiffres extraits en date du 04.07.2016

Les annexes

E. Les annexes

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

Décompte des dépenses

		Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
	Année	2015	2014	2015 / 2014
	Nombre indice	775,17	775,17	0.0%
60	**FRAIS D'ADMINISTRATION**	**78.309.027,63**	**75.896.111,69**	**3,2 %**
	Frais de personnel	48.485.688,29	46.433.221,11	4,4 %
	Frais d'exploitation	3.347.783,54	2.986.984,77	12,1 %
	Frais de fonctionnement	6.983.052,11	6.716.395,85	4,0 %
	Frais généraux	67.005,66	44.112,88	51,9 %
	Frais d'acquisitions	93.418,81	83.298,15	12,1 %
	Participation aux frais d'adm. d'autres ISS	5.396.122,38	6.002.510,34	-10,1 %
	Frais communs	13.935.956,84	13.629.588,59	2,2 %
61	**PRESTATIONS EN ESPÈCES**	**260.733.541,34**	**253.540.176,99**	**2,8 %**
	ASSURANCE MALADIE	131.462.984,87	126.905.094,25	3,6 %
	ASSURANCE MATERNITÉ	129.270.556,47	126.635.082,74	2,1 %
62	**PRESTATIONS EN NATURE**	**2.099.786.444,62**	**1.928.025.041,71**	**8,9 %**
	PRESTATIONS ASSURANCE MALADIE	2.090.648.229,37	1.918.924.760,87	8,9 %
	Prestations de soins de santé au Luxembourg	**1.643.291.191,31**	**1.651.681.085,32**	**-0,5 %**
	Soins médicaux	344.627.509,09	343.263.908,32	0,4 %
	Soins médico-dent., prothèses, trait. ortho.	74.335.459,22	70.874.353,51	4,9 %
	Frais de voyage et de transport	9.194.722,81	8.928.011,24	3,0 %
	Médicaments (extra-hospitalier)	196.135.374,72	190.967.082,40	2,7 %
	Soins des autres professions de santé	111.045.174,09	100.247.548,99	10,8 %
	Dispositifs médicaux	42.516.689,35	40.792.938,15	4,2 %
	Analyses de laboratoires extra-hospitalier	69.687.868,77	81.235.125,09	-14,2 %
	Cures thérapeutiques et de convalescence	10.032.367,22	11.587.906,60	-13,4 %
	Réadaptation en foyers de psychiatrie	5.475.823,54	5.325.670,42	2,8 %
	Soins hospitaliers	773.830.878,75	792.505.363,59	-2,4 %
	Médecine préventive	5.600.654,15	5.290.654,65	5,9 %
	Prestations diverses	808.669,60	662.522,36	22,1 %

Décompte des dépenses

		Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
	Année	2015	2014	2015 / 2014
	Nombre indice	775,17	775,17	0.0 %
	Prestations de soins de santé à l'étranger	**447.357.038,06**	**267.243.675,55**	**67,4 %**
	Conventions internationales	437.062.080,10	257.882.779,67	69,5 %
	Autres prest. transférées à l'étranger	10.294.957,96	9.360.895,88	10,0 %
	INDEMNITÉS FUNÉRAIRES	3.660.756,19	3.485.778,28	5,0 %
	PRESTATIONS DE MATERNITÉ	5.477.459,06	5.614.502,56	-2,4 %
	Prestations de maternité au Luxembourg	4.672.631,78	4.442.023,01	5,2 %
	Prestations de maternité à l'étranger	804.827,28	1.172.479,55	-31,4 %
63	**TRANSFERTS DE COTISATIONS**	**24.988.869,91**	**24.396.808,20**	**2,4 %**
	Cotisations assurance maladie	7.087.572,28	6.916.024,75	2,5 %
	Cotisations assurance pension	17.901.297,63	17.480.783,45	2,4 %
64	**DÉCHARGES ET RESTITUTIONS COTISATIONS**	**1.712.077,63**	**7.011.721,46**	**-75,6 %**
	Cot. irrécouvrables et cotisation indues	1.705.111,51	7.011.721,46	-75,7 %
	dont État	210.587,77	212.832,16	-1,1 %
	Autres décharges	6.966,12	0,00	
65	**PATRIMOINE**	**409.708,31**	**319.432,58**	**28,3 %**
66	**CHARGES FINANCIÈRES**	**0,00**	**68,38**	**p.m.**
67	**DOTATIONS AUX PROVIS. ET AMORT.**	**366.360.736,47**	**360.018.327,12**	**1,8 %**
	Prestations à liquider	361.980.000,00	357.210.000,00	1,3 %
	Autres provisions	4.200.000,00	2.600.000,00	61,5 %
	Amortissements	180.736,47	208.327,12	-13,2 %
68	**QUOTE-PART ÉTAT DANS RÉCUPÉRATIONS**	**0,00**	**0,00**	
69	**DÉPENSES DIVERSES**	**3.122.814,77**	**14.901,71**	**p.m.**
	TOTAL DES DÉPENSES COURANTES	**2.835.423.220,68**	**2.649.222.589,84**	**7,0 %**
	Dotation au fonds de roulement	35.849.051,93	31.484.204,07	
	Dotation de l'excédent de l'exercice	69.260.483,66	0,00	
	TOTAL DES DÉPENSES	**2.940.532.756,27**	**2.680.706.793,91**	**9,7 %**

Décompte des recettes

		Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
	Année	2015	2014	2015 / 2014
	Nombre indice	775,17	775,17	0.0 %
70	**COTISATIONS**	**1.512.658.257,54**	**1.465.042.153,08**	**3,3 %**
	PRESTATIONS EN ESPÈCES	77.945.495,35	75.744.056,75	2,9 %
	Cotisations PE CNS	77.945.495,35	75.744.056,75	2,9 %
	dont FOA	187.464,57	194.754,72	-3,7 %
	SOINS DE SANTÉ	1.434.712.762,19	1.389.298.096,33	3,3 %
	Cotisations actifs et autres	1.172.223.044,13	1.136.851.705,71	3,1 %
	dont – État	293.885,47	264.273,68	11,2 %
	– FOA	2.102.106,77	2.183.301,02	-3,7 %
	Cotisations pensionnés	262.489.718,06	252.446.390,62	4,0 %
71	**COTISATIONS FORFAITAIRES ÉTAT**	**1.008.178.219,45**	**976.544.795,72**	**3,2 %**
72	**PARTICIPATION DE TIERS**	**37.107.313,98**	**37.598.800,32**	**-1,3 %**
	FRAIS D'ADMINISTRATION	17.019.186,74	17.510.189,55	-2,8 %
	Frais d'administration: charge État	43.550,22	19.460,38	123,8 %
	Employeurs, caisses d'entreprises + organismes	16.975.636,52	17.490.729,17	-2,9 %
	PARTICIPATION DANS PRESTATIONS (ÉTAT)	20.088.127,24	20.088.610,77	0,0 %
	Prestations en espèces - maternité	20.000.000,00	20.000.000,00	0,0 %
	Prestations en nature - maternité	0,00	0,00	
	Autres soins de santé	88.127,24	88.610,77	-0,5 %
73	**TRANSFERTS**	**6.635.692,43**	**4.883.210,30**	**35,9 %**
	Cotisations du régime contributif	843.672,35	219.240,06	p.m.
	Pensions cédées	5.792.020,08	4.663.970,24	24,2 %
	Restitution de cotisations	0,00	0,00	
	Remboursement congé pour mandat	0,00	0,00	
74	**REVENUS SUR IMMOBILISATIONS**	**199.031,72**	**508.352,07**	**-60,8 %**
75	**BÉNÉFICE DE RÉALISATION SUR IMMEUBLES**	**0,00**	**0,00**	
76	**PRODUITS DIVERS**	**9.699.284,18**	**10.800.764,23**	**-10,2 %**
77	**PRODUITS FINANCIERS**	**6.197.841,80**	**1.157.399,85**	**435,5 %**
78	**PRÉLÈVEMENTS AUX PROVISIONS**	**359.810.000,00**	**158.490.000,00**	**127,0 %**
	Prestations à liquider	357.210.000,00	156.960.000,00	127,6 %
	Autres provisions	2.600.000,00	1.530.000,00	69,9 %
79	**RECETTES DIVERSES**	**47.115,17**	**54.553,33**	**-13,6 %**
	Divers	47.115,17	54.553,33	-13,6 %
	TOTAL DES RECETTES COURANTES	**2.940.532.756,27**	**2.655.080.028,90**	**10,8 %**
	Prélèvement au fonds de roulement	0,00	0,00	
	Prélèvement découvert de l'exercice	0,00	25.626.765,01	
	TOTAL DES RECETTES	**2.940.532.756,27**	**2.680.706.793,91**	**9,7 %**

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

Décompte des dépenses

		Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
	Année	2015	2014	2015 / 2014
	Nombre indice	775,17	775,17	0.0 %
60	**FRAIS D'ADMINISTRATION**	**15.462.146,22**	**15.888.863,33**	**-2,7 %**
61	**PRESTATIONS EN ESPÈCES**	**5.388.519,85**	**5.659.015,28**	**-4,8 %**
	Allocation spéciale pour pers. grav. handicapées	5.380.421,05	5.641.957,32	-4,6 %
	Allocations de soins	8.098,80	17.057,96	-52,5 %
62	**PRESTATIONS EN NATURE**	**567.336.123,39**	**515.299.953,64**	**10,1 %**
	Prestations au Luxembourg	**557.788.101,61**	**507.323.059,97**	**9,9 %**
	- Prestations à domicile	227.343.732,06	195.148.236,77	16,5 %
	Aides et soins	151.330.206,29	117.705.907,92	28,6 %
	Réseau aides et soins (RAS)	130.780.412,43	100.846.520,76	29,7 %
	Centre semi-stationnaire (CSS)	20.549.793,86	16.859.387,16	21,9 %
	Prestations en espèces subsidiaires	57.108.358,49	58.677.369,61	-2,7 %
	Forfaits pour produits d'aides et de soins	3.842.598,00	3.940.335,00	-2,5 %
	Appareils	11.973.565,88	11.828.723,96	1,2 %
	Location.	5.494.142,05	5.616.199,15	-2,2 %
	Acquisition	6.479.423,83	6.212.524,81	4,3 %
	Adaptation logement	3.089.003,40	2.995.900,28	3,1 %
	- Prestations en milieu stationnaire	330.444.369,55	312.174.823,20	5,9 %
	Aides et soins	330.444.369,55	312.174.823,20	5,9 %
	Établissement à séjour continu (ESC)	290.253.222,11	276.809.406,60	4,9 %
	Étab. à séjour intermittent (ESI)	40.191.147,44	35.365.416,60	13,6 %
	Forfaits pour produits d'aides et de soins			
	Prestations étrangères	**9.548.021,78**	**7.976.893,67**	**19,7 %**
	Prestations en espèces transférées à l'étranger	3.692.598,21	3.934.825,33	-6,2 %
	Conventions internationales	5.855.423,57	4.042.068,34	44,9 %
	- Frontaliers	1.835.847,14	1.837.085,51	-0,1 %
	- Séjour temporaire			
	- Traitement E112/S2	4.127,00	18.234,02	-77,4 %
	- Pensionnés	3.859.910,48	2.260.378,26	70,8 %
	- Renonciation frais effectifs	155.538,95	-73.629,45	p.m.
	- Renonciation MF			
	- Excédent des dépenses: inscriptions pens.			p.m.

Décompte des dépenses

		Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
	Année	2015	2014	2015 / 2014
	Nombre indice	775,17	775,17	0.0 %
63	**TRANSFERTS DE COTISATIONS**	**6.126.594,30**	**5.085.901,80**	**20,5 %**
	Cotisations assurance pension (art. 355)	6.126.594,30	5.085.901,80	
64	**DÉCHARGES ET EXTOURNES**	**91.539,21**	**635.850,93**	**-85,6 %**
	Décharges	74.629,57	516.997,30	
	Extournes	16.909,64	118.853,63	
67	**DOTATION AUX PROV. ET AMORT.**	**73.200.000,00**	**89.400.000,00**	**-18,1 %**
	Prestations à liquider	73.200.000,00	89.400.000,00	
69	**DÉPENSES DIVERSES**	**6.207,44**	**0,00**	**p.m.**
	TOTAL DES DÉPENSES COURANTES	**667.611.130,41**	**631.969.584,98**	**5,6 %**
	Dotation au fonds de roulement	128.154,54	2.686.952,67	
	Dotation de l'excédent de l'exercice	11.833.996,22	0,00	
	TOTAL DES DÉPENSES	**679.573.281,17**	**634.656.537,65**	**7,1 %**

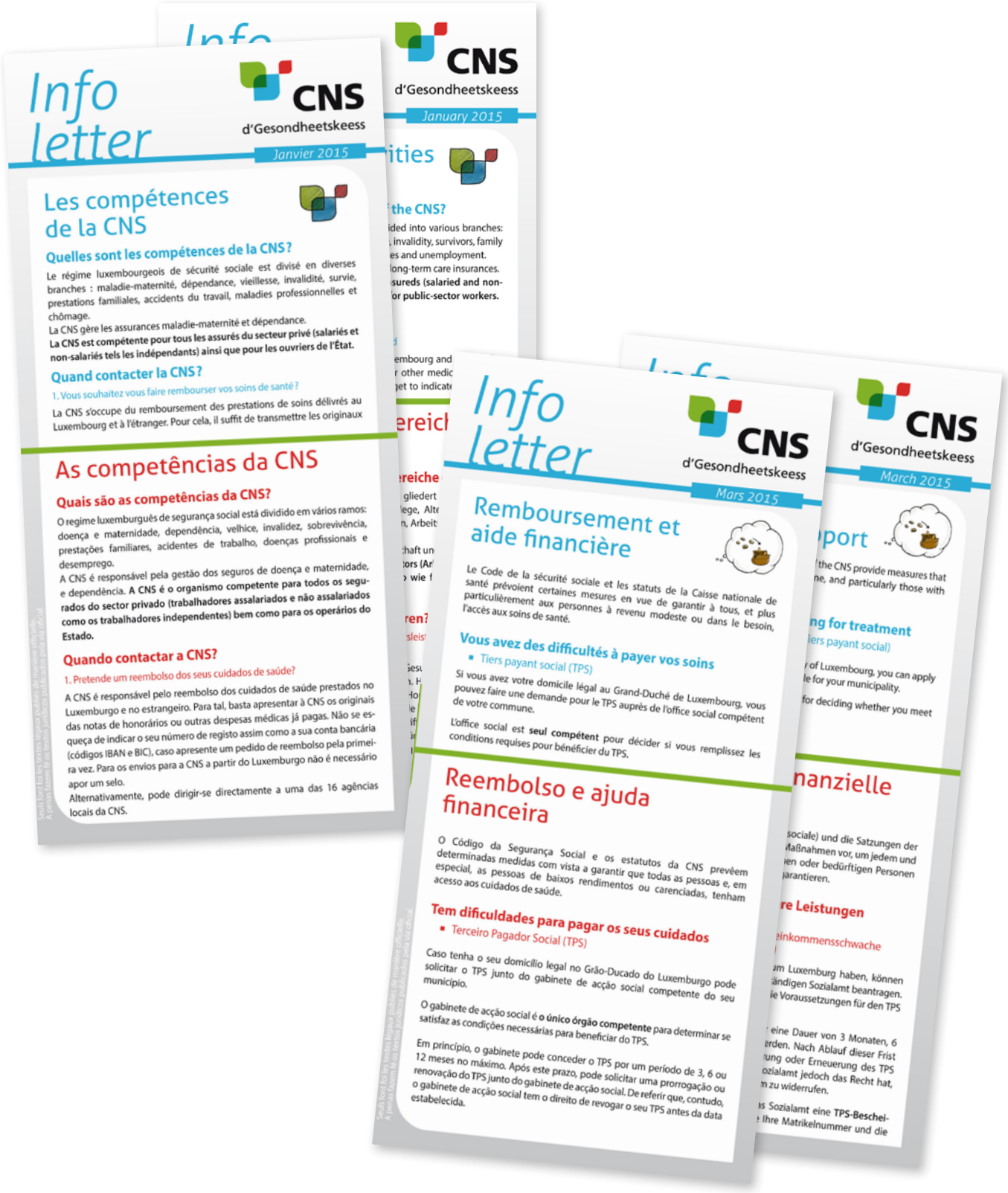
Décompte des recettes

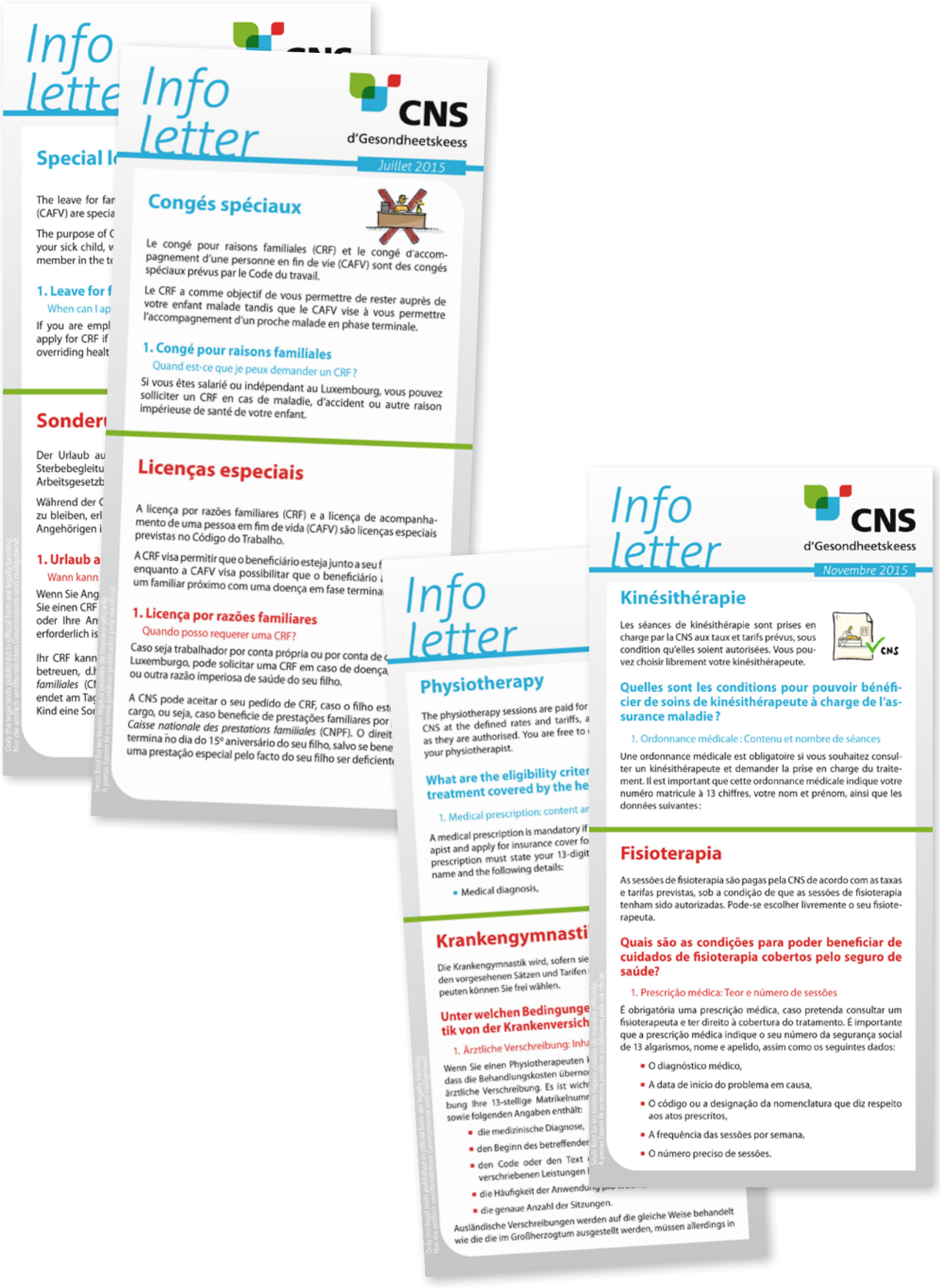
		Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
	Année	2015	2014	2015 / 2014
	Nombre indice	775,17	775,17	0.0 %
70	**COTISATIONS**	**355.941.250,11**	**344.211.787,16**	**3,4 %**
	Cotisations actifs et autres	287.234.209,69	278.317.727,05	3,2 %
	Cotisations pensionnés	49.825.252,74	48.140.057,82	3,5 %
	Cotisations sur patrimoine - art. 378	18.881.787,68	17.754.002,29	6,4 %
72	**PARTICIPATION DE TIERS**	233.206.978,22	233.663.443,56	-0.2 %
	Contribution forfaitaire État - AD (art. 375, sub 1)	231.335.713,98	231.846.615,06	-0.2 %
	Redevance AD du sect. de l'énergie (art. 375 sub 2)	1.696.487,53	1.653.407,54	2,6 %
	Organismes	84.885,96	73.453,65	15,6 %
	Participation État Outre-mer	89.890,75	89.967,31	-0,1 %
76	**PRODUITS DIVERS**	591.817,93	1.081.738,22	-45,3 %
77	**PRODUITS FINANCIERS**	139.958,20	117.892,81	18,7 %
78	**PRÉLÈVEMENTS AUX PROVISIONS**	89.400.000,00	55.040.000,00	62,4 %
79	**RECETTES DIVERSES**	293.276,71	112.937,37	p.m.
	TOTAL DES RECETTES COURANTES	**679.573.281,17**	**634.227.799,12**	**7,1 %**
	Prélèvement au fonds de roulement	0,00	0,00	
	Prélèvement découvert de l'exercice	0,00	428.738,53	
	TOTAL DES RECETTES	**679.573.281,17**	**634.656.537,65**	**7,1 %**

III. Modifications statutaires entrées en vigueur en 2015

Entrée en vigueur	Arrêté ministériel	Comité directeur	Mémorial	Modifications
01.01.2015	05.11.2014	15.10.2014	**A-210** du 12.11.2014 pages 4141-4149	Annexe A, fichiers B1, B3, B4 et B7 Annexe D, liste 9 Article 152
			A-3 du 08.01.2015 page 14	Rectificatif du Mémorial A n°194 (concernant la liste n°2 prévue à l'article 102)
01.01.2015	09.03.2015	25.02.2015	**A-48** du 13.03.2015 pages 1021-1023	Annexe A, fichier B2
01.02.2015	24.11.2014	12.11.2014	**A-216** du 01.12.2014 pages 4183-4189	Annexe A, fichiers B1, B4, B5 et B7
01.02.2015	28.01.2015	10.12.2014	**A-16** du 03.02.2015 pages 195-200	Annexe K
01.03.2015	28.01.2015	10.12.2014	**A-16** du 03.02.2015 pages 195-200	Annexe A, fichier B1 Articles 24, 39, 42, 43, 65 (abrogé), 130 et 154bis Annexe D, liste 6
01.03.2015	02.02.2015	14.01.2015	**A-22** du 11.02.2015 pages 241-282	Annexe A, fichier B3
01.04.2015	02.02.2015	14.01.2015	**A-22** du 11.02.2015 pages 241-282	Annexe D, liste 2
01.05.2015	24.03.2015	25.02.2015	**A-62** du 02.04.2015 pages 1284-1288	Annexe A, fichiers B1, B4 et B5 Annexe D, liste 6 Article 152, paragraphe 10 Annexe C, point 15
01.05.2015	27.04.2015	11.03.2015	**A-80** du 30.04.2015 page 1494	Annexe D, liste 2
01.07.2015	04.05.2015	22.04.2015	**A-86** du 11.05.2015 pages 1519-1522	Annexe A, fichiers B1 et B5
01.08.2015	08.06.2015	13.05.2015	**A-102** du 11.06.2015 pages 1744-1745	Annexe A, fichiers B1 et B4
01.09.2015	20.07.2015	10.06.2015	**A-139** du 22.07.2015 pages 2922-2932	Annexe A, fichiers B1, B3 et B5
01.10.2015	31.08.2015	29.07.2015	**A-188** du 01.10.2015 pages 4448-4450	Annexe A, fichier B1
01.12.2015	12.10.2015	16.09.2015	**A-196** du 16.10.2015 pages 4520-4521	Annexe A, fichiers B1, B5 et B7
01.12.2015	22.10.2015	30.09.2015	**A-207** du 30.10.2015 pages 4462-4465	Annexe D, listes 6 et 8 (protocole thérapeutique – Alzheimer)

IV. Les dépliants de la CNS




Info letter
CNS
d'Gesondheetskeess
Juillet 2015
Congés spéciaux
Le congé pour raisons familiales (CRF) et le congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie (CAFV) sont des congés spéciaux prévus par le Code du travail.
Le CRF a comme objectif de vous permettre de rester auprès de votre enfant malade tandis que le CAFV vise à vous permettre l'accompagnement d'un proche malade en phase terminale.
1. Congé pour raisons familiales
Quand est-ce que je peux demander un CRF ?
Si vous êtes salarié ou indépendant au Luxembourg, vous pouvez solliciter un CRF en cas de maladie, d'accident ou autre raison impérieuse de santé de votre enfant.
Licenças especiais
A licença por razões familiares (CRF) e a licença de acompanhamento de uma pessoa em fim de vida (CAFV) são licenças especiais previstas no Código do Trabalho.
A CRF visa permitir que o beneficiário esteja junto a seu f
enquanto a CAFV visa possibilitar que o beneficiário
um familiar próximo com uma doença em fase termina
1. Licença por razões familiares
Quando posso requerer uma CRF?
Caso seja trabalhador por conta própria ou por conta de
Luxemburgo, pode solicitar uma CRF em caso de doença,
ou outra razão imperiosa de saúde do seu filho.
A CNS pode aceitar o seu pedido de CRF, caso o filho est
cargo, ou seja, caso beneficie de prestações familiares por
Caisse nationale des prestations familiales (CNPF). O direit
termina no dia do 15º aniversário do seu filho, salvo se bene
uma prestação especial pelo facto do seu filho ser deficient
Physiotherapy
The physiotherapy sessions are paid for
CNS at the defined rates and tariffs, a
as they are authorised. You are free to
your physiotherapist.
What are the eligibility criter
treatment covered by the he
1. Medical prescription: content ar
A medical prescription is mandatory if
apist and apply for insurance cover fo
prescription must state your 13-digit
name and the following details:
Medical diagnosis,
Krankengymnasti
Die Krankengymnastik wird, sofern sie
den vorgesehenen Sätzen und Tarifen
peuten können Sie frei wählen.
Unter welchen Bedingunge
tik von der Krankenversich
1. Ärztliche Verschreibung: Inh
Wenn Sie einen Physiotherapeuten
dass die Behandlungskosten übern
ärztliche Verschreibung. Es ist wich
bung Ihre 13-stellige Matrikelnumm
sowie folgenden Angaben enthält:
die medizinische Diagnose,
den Beginn des betreffende
den Code oder den Text
verschriebenen Leistungen
die Häufigkeit der Anwendu
die genaue Anzahl der Sitzungen.
Ausländische Verschreibungen werden auf die gleiche Weise behandelt wie die die im Großherzogtum ausgestellt werden, müssen allerdings in
Info letter
CNS
d'Gesondheetskeess
Novembre 2015
Kinésithérapie
Les séances de kinésithérapie sont prises en charge par la CNS aux taux et tarifs prévus, sous condition qu'elles soient autorisées. Vous pouvez choisir librement votre kinésithérapeute.
Quelles sont les conditions pour pouvoir bénéficier de soins de kinésithérapeute à charge de l'assurance maladie ?
1. Ordonnance médicale : Contenu et nombre de séances
Une ordonnance médicale est obligatoire si vous souhaitez consulter un kinésithérapeute et demander la prise en charge du traitement. Il est important que cette ordonnance médicale indique votre numéro matricule à 13 chiffres, votre nom et prénom, ainsi que les données suivantes :
Fisioterapia
As sessões de fisioterapia são pagas pela CNS de acordo com as taxas e tarifas previstas, sob a condição de que as sessões de fisioterapia tenham sido autorizadas. Pode-se escolher livremente o seu fisioterapeuta.
Quais são as condições para poder beneficiar de cuidados de fisioterapia cobertos pelo seguro de saúde?
1. Prescrição médica: Teor e número de sessões
É obrigatória uma prescrição médica, caso pretenda consultar um fisioterapeuta e ter direito à cobertura do tratamento. É importante que a prescrição médica indique o seu número da segurança social de 13 algarismos, nome e apelido, assim como os seguintes dados:
O diagnóstico médico,
A data de início do problema em causa,
O código ou a designação da nomenclatura que diz respeito aos atos prescritos,
A frequência das sessões por semana,
O número preciso de sessões.

V. Les communiqués de presse de 2015

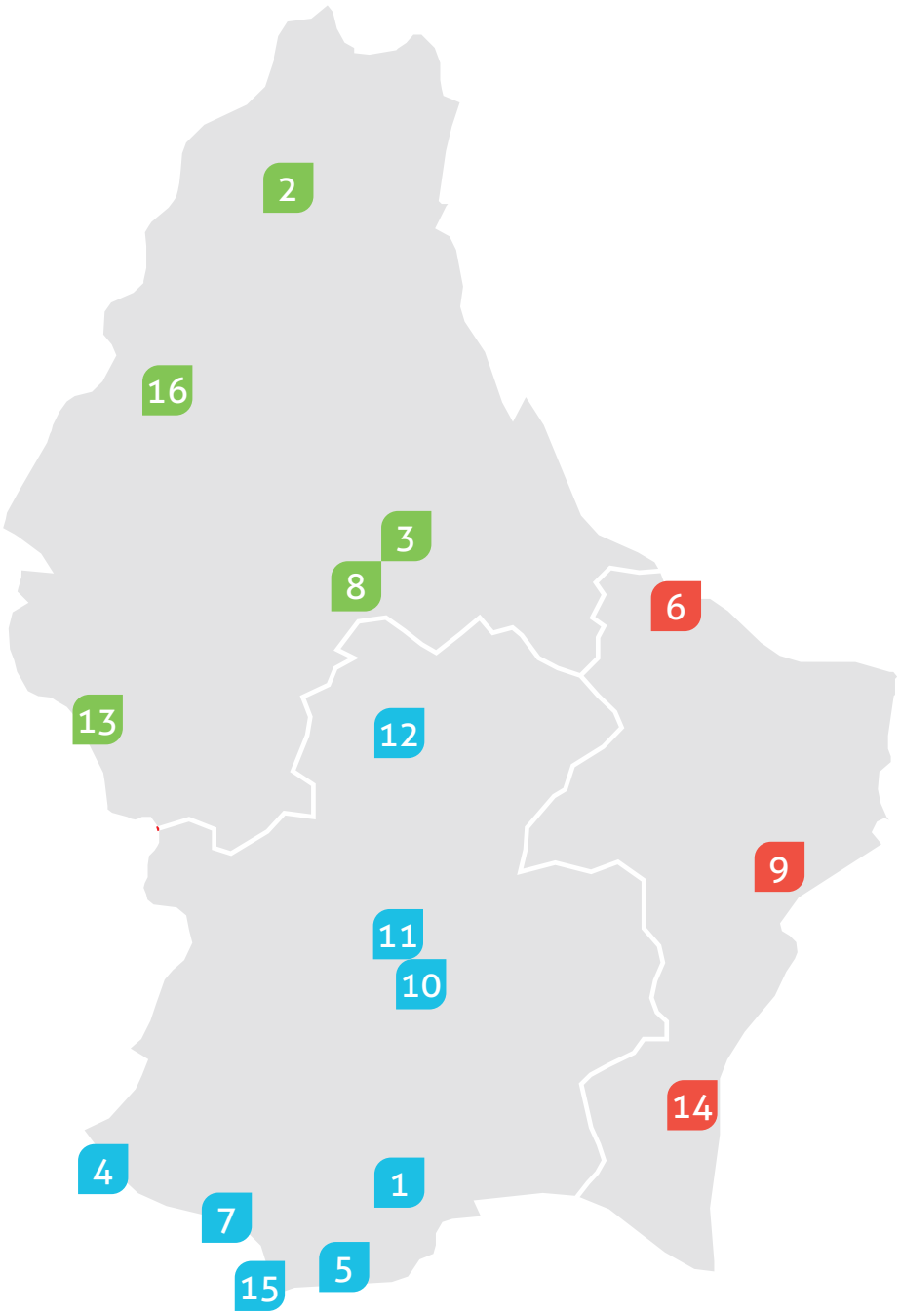
N°	Date	Sujet
1	17.12.2015	Budget annuel 2016 de l'assurance dépendance
2	10.12.2015	Nouveau dépliant au sujet de la kinésithérapie
3	18.11.2015	Budget annuel 2016 de l'assurance maladie-maternité
4	30.07.2015	Comptes annuels et bilan de clôture de l'année 2014 de l'assurance dépendance
5	17.07.2015	Comptes annuels et bilan de clôture de l'année 2014 de l'assurance maladie-maternité
6	14.07.2015	Nouveau dépliant au sujet des congés spéciaux
7	01.07.2015	Communiqué de presse concernant l'ouverture de la nouvelle agence à Dudelange
8	13.05.2015	Lancement en phase pilote du Dossier de Soins Partagé (DSP)
9	09.03.2015	Nouveau dépliant au sujet du remboursement et de l'aide financière

Glossaire

ACM	Autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale requise
AD	Assurance dépendance
ADAPTH	Association pour le Développement et la Propagation d'Aides Techniques pour Handicapé(e)s
AISS	Association internationale de la sécurité sociale
ALOSS	Association luxembourgeoise des organismes de sécurité sociale
AM	Assurance maladie
AMMD	Association des Médecins et Médecins-Dentistes
APCM	Autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale
CAF	Common Assessment Framework
CASS	Conseil arbitral de la sécurité sociale
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCSS	Centre commun de la sécurité sociale
CEM	Cellule d'expertise médicale
CIPFA	Chartered Institute of Public Finance and Accountancy
CISS	Centre informatique de la sécurité sociale
CIT	Certificats d'incapacité de travail
CMFEC	Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux
CMFEP	Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics
CMSS	Contrôle médical de la sécurité sociale
CNAP	Caisse nationale d'assurance pension
CNPD	Commission nationale pour la protection des données
CNS	Caisse nationale de santé
CPH	Commission permanente pour le secteur hospitalier
CPRF	Congé pour raisons familiales
CSS	Code de la sécurité sociale

CSSS	Conseil supérieur de la sécurité sociale
CTIE	Centre des technologies de l'information de l'État
CTMSP	Classification par Type en Milieux de Soins Prolongés (système canadien)
DSP	Dossier de soins partagé
EEE	Espace économique européen
EFQM	Modèle d'excellence de la Fondation européenne pour la gestion par la qualité
EGSP	Entente des gestionnaires des structures complémentaires et extra-hospitalières en psychiatrie a.s.b.l.
EHIC	European Health Insurance Card
EMCFL	Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois
EPT	Entreprise des Postes et Télécommunications
ESIP	European Social Insurance Platform
ETP	Équivalents temps plein
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
FIV	Fécondation in vitro
FLLAM	Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales
GIE	(Groupement d'intérêt économique)
IGSS	Inspection générale de la sécurité sociale
INAP	(Institut national d'administration publique)
ISS	Institution de sécurité sociale
MEDEV	Medicine Evaluation Committee
MOA	Maîtrise d'Ouvrage
NCIT	Nombre de certificats d'incapacité de travail
NSEA	Nombre de séances
OAS	Office des assurances sociales
OPM	Office for Public Management
PA	Plan annuel
PACS	Perspective de la mise en place d'un archivage national de l'imagerie médicale
PE	Prestations en espèces
PN	Prestations en nature
RCP	Réunions de concertation pluridisciplinaire
RMG	Revenu minimum garanti
NJIT	Nombre de jours d'incapacité de travail
TIC	Technologie de l'information et de la communication
TPS	Tiers payant social
UCM	Union des caisses de maladie
WHO/ OMS	World Health Organization/Organisation mondiale de la santé

SIÈGE DE LA CNS
125, route d'Esch ■ L-2980 Luxembourg
Tél. (+352) 27 57 – 1 ■ Fax (+352) 27 57
cns@secu.lu ■ www.cns.lu



1 Bettembourg
4, route de Mondorf L-3260
tél. 51 13 10 | f. 51 13 10 – 55

2 Clervaux
84, Grand Rue L-9711
tél. 92 11 01 | f. 92 11 01 – 55

3 Diekirch
16, rue Jean l'Aveugle L-9208
tél. 80 93 13 | f. 80 93 13 – 55

4 Differdange
11-15, rue Michel Rodange L-4660
tél. 58 80 04 | f. 58 80 04 – 55

5 Dudelange
57, place de l'Hôtel de Ville L-3590
tél. 51 18 43 | f. 51 18 43 – 55

6 Echternach
Porte St Willibrord L-6486
tél. 72 02 50 | f. 72 02 50 – 55

7 Esch/Alzette
Grand Rue/rue de l'Eglise L-4132
tél. 53 05 37 | f. 53 05 37 – 55

8 Ettelbruck
30, rue Prince Henri L-9047
tél. 81 01 62 | f. 81 01 62 – 55

9 Grevenmacher
9, rue du Centenaire L-6719
tél. 75 02 97 | f. 75 02 97 – 55

10 Luxembourg (Hollerich)
125, route d'Esch L-2980
tél. 27 57 1 | f. 27 57 27 – 58

11 Luxembourg (Ville)
8, Boulevard Royal L-2449
tél. 47 17 84 | f. 47 17 84 – 55

12 Mersch
Topaze Shopping Center L-7525
tél. 32 00 65 | f. 32 00 65 – 55

13 Redange/Attert
33, Grand Rue L-8510
tél. 23 62 10 62 | f. 23 62 10 62 – 55

14 Remich
6, avenue Lamort-Velter L-5574
tél. 23 66 90 09 | f. 23 66 90 09 – 55

15 Rumelange
Place G.-D. Charlotte L-3710
tél. 56 50 40 | f. 56 50 40 – 55

16 Wiltz
6, Grand Rue L-9530
tél. 95 80 37 | f. 95 80 37 – 55

Heures d'ouverture (du lundi au vendredi):

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

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

Guichet 14 (Traitements à l'étranger),

Guichets 15 + 16 (Convocations CNS - Contrôle médical (CMSS)):
08:00 à 11:30 et 13:15 à 16:00

WWW.CNS.LU