



 **CNS**
d'Gesondheetskeess

 **CNS**
d'Gesondheetskeess

RAPPORT
ANNUEL | 2016

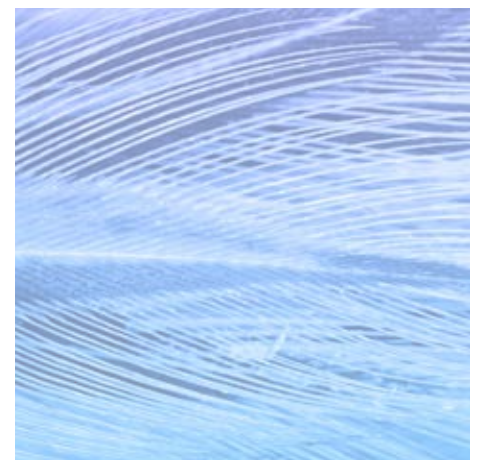


Sommaire

Le mot du président	6
Quelques chiffres pour l'année 2016	8

A. La CNS et son fonctionnement 12

I. Les missions de la CNS	12
II. Les axes stratégiques	13
III. Le Comité directeur	14
IV. L'organisation interne	16
V. L'organigramme de la CNS au 01.03.2017	21
VI. Les ressources humaines	22



B. Les activités de la CNS 30

I. Les éléments marquants de 2016	30
II. La planification stratégique - la gestion par objectifs	58
III. Le travail quotidien de la CNS	64
1. Les indemnités pécuniaires de maladie et de maternité	64
2. Le remboursement des soins de santé	71
3. Le paiement complémentaire	79
4. Les agences	79
5. La coassurance et la signalétique	80
6. Les autorisations nationales	81
7. Les soins de kinésithérapie, de psychomotricité et d'orthophonie	83
8. Les enquêtes et contrôles administratifs	84
9. Les formulaires et décomptes internationaux	84
10. Le transfert à l'étranger	87
11. L'enregistrement des médecins et autres professionnels de santé	87
12. Les médicaments et dispositifs médicaux	90
13. L'assurance dépendance	93
14. Les établissements hospitaliers	95
15. Le contentieux et les affaires juridiques	101
16. La coordination juridique	106
17. Le courrier	109
18. La communication	110
19. Le support administratif	113
20. La maîtrise d'ouvrage et le support informatique	114
21. La comptabilité et les finances	115



C. Les finances et chiffres-clés de la CNS

124

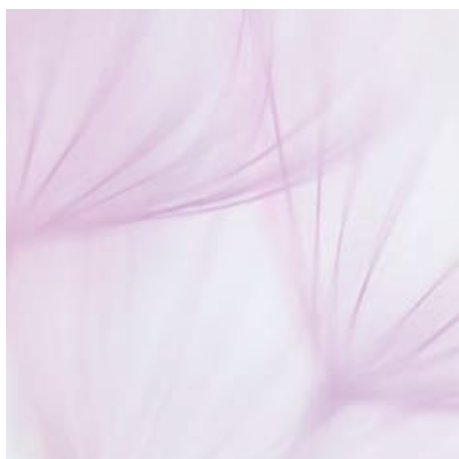
I. L'assurance maladie-maternité	124
II. L'assurance dépendance	136
III. Analyse de l'évolution des dépenses pour soins de santé et prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité entre 2010 et 2016	142



D. Les statistiques par thème

174

I. Les médecins	174
II. Les médecins-dentistes	176
III. Les laboratoires	178
IV. Les infirmiers	180
V. Les masseurs-kinésithérapeutes	182
VI. Les médicaments	184
VII. Commentaire des statistiques	186
VIII. Transfert à l'étranger: Statistiques	188
IX. Agences CNS: Statistiques des activités	193



E. Les annexes

200

I. Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance maladie-maternité	200
II. Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance dépendance	203
III. Modifications statutaires entrées en vigueur en 2016	205
IV. Les dépliants de la CNS	206
V. Les communiqués de presse de 2016	208
Glossaire	208



Le mot
du président

Chères lectrices, chers lecteurs,

L'année 2016 fut une année de transition à de multiples égards. À mi-temps d'une période législative, elle fut remarquée aussi dans le domaine de l'assurance maladie par la fin d'une politique de rigueur et d'économies instaurée depuis la crise financière surgie à partir de 2008. Au moins à partir de l'année 2010 et de la réforme du système de soins de santé, divers mécanismes de contenance de l'offre, de limitation de la progression des tarifs et des budgets, de vérification des prestations et des participations furent maintenus. Les mesures permirent de pair avec la sortie de crise et l'amélioration de la situation économique globale du pays, notamment de l'emploi et des cotisations sociales collectées, un redressement des situations financières des assurances maladie-maternité et dépendance. Si on peut aussi tirer un bilan globalement positif de cette politique déterminée et volontariste, il y a néanmoins lieu de soulever objectivement ses limites.

Ainsi, et sachant que lors de la réforme de 2010, le principal effort financier avait été porté par les assurés (taux de cotisation et participations) et que depuis lors l'évolution des prestations et de la prise en charge avait été très ciblée, il était logique d'ouvrir le chemin de certaines améliorations, comme dans les domaines de la médecine dentaire et des aides visuelles.

Je me réjouis que la gouvernance tripartite de la CNS, se composant de l'État, du patronat et du salariat, ait pu fixer une approche cohérente et responsable par rapport à cette bonne situation financière. Notamment dans le cadre de la préparation du budget 2017, il a été possible d'arrêter un cadre commun englobant amélioration ciblée des prestations, maintien d'un taux de réserve élevé et maintien du taux de cotisation. Je suis persuadé que cette ligne de conduite puisse aussi être suivie pour les exercices budgétaires à venir.

Aussi dans les relations avec les prestataires, la politique d'économies est probablement arrivée à ses limites. Ainsi pour l'assurance dépendance, les mesures dites du budget de nouvelle génération ou les gels des valeurs monétaires ont contribué, de pair avec des défaillances de gestion, à mettre certains prestataires en difficultés. Dans le domaine des prestations en nature de l'assurance maladie, les tarifs, budgets et revenus des prestataires furent fermement encadrés. Ces arguments en faveur de cette approche pouvaient seulement difficilement et ponctuellement être maintenus, aussi face à la transposition des accords de la fonction publique au niveau des conventions collectives de travail du secteur hospitalier et du secteur social et des soins.



Pour la CNS, l'année 2016 fut aussi caractérisée par un marathon de négociations comportant les lettres-clés, les valeurs monétaires, l'enveloppe budgétaire et les budgets hospitaliers ainsi que la convention avec les kinésithérapeutes et les nomenclatures médicales, les infirmiers, les soins palliatifs, ...

L'année 2016 fut aussi une année de transition pour les réformes structurelles, somme toute laissées en friche depuis de longues années. Il y a plus particulièrement à soulever les deux réformes majeures prévues dans les domaines de la loi hospitalière et de la dépendance. Ainsi la CNS a essayé de diffuser ses constats et de promouvoir ses propositions et demandes. Les choix politiques entérinés et les décisions acquises dans le cadre du processus législatif viennent d'être intégrées dans le nouveau cadre légal applicable à partir du 1^{er} janvier 2018. Il faudra certainement voir dans le cadre de la transposition administrative des nouvelles dispositions si les objectifs affichés pourront être atteints.

En matière de conformité et compliance l'année 2016 fut aussi une année de transition. Il y a effectivement lieu de constater que l'application conforme des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires, assorti de plus en plus d'une couche communautaire, dans un environnement fonctionnel complexe est une tâche difficile. Pour la CNS, la maîtrise des risques y liés est d'une importance primordiale. Elle s'y est attaché par différents axes d'action :

- La modernisation informatique comprenant la dématérialisation des flux, l'automatisation et la simplification des processus, la modernisation de chaîne d'autorisation et de facturation, l'intégration d'un moteur de règles, ...
- La révision des nomenclatures majeures, notamment médicales, mais aussi p.ex. des laboratoires d'analyses, l'instauration d'équipes dédiées au développement et la

maintenance des nomenclatures et subsidiairement aux dispositions statutaires y dédiés.

- Le développement d'une approche structurée de lutte contre les abus et la fraude, s'orientant suivant des axes de détection, d'information et de sensibilisation, puis naturellement aussi de poursuite suivant les moyens juridiques à disposition de la CNS.

Plus particulièrement ce dernier point a trouvé un consensus au niveau du Comité directeur de la CNS. Il est vrai que le chantier de la lutte contre les abus et la fraude est trop longtemps resté en friche au sein de la CNS. Néanmoins le Comité directeur de la CNS a retenu en 2015 sa stratégie dans ce domaine et depuis lors les ressources correspondantes y ont été affectés tant au niveau juridique qu'au niveau informatique ou administratif, et des collaborations internes et externes, notamment avec le Contrôle médical de la sécurité sociale, ont été mises en place. Après une année d'un développement soutenu et de suivi de dossiers divers, les priorités ont été définies et les actions ciblées.

L'utilisation efficiente et responsable des ressources, l'application du principe de l'utile et du nécessaire et encore l'égalité de traitement et la solidarité sont des valeurs essentielles de la sécurité sociale, qui devront continuellement servir d'orientation à la CNS.



Paul Schmit

Président du Comité directeur
de la CNS

Quelques chiffres pour l'année 2016

12.892

AUTORISATIONS DE
TRANSFERT À L'ÉTRANGER

1.289 en suspens (ou Accord Directive) / 1.956 refus



Nombre d'autorisations S2
par pays frontaliers (2016)

7.250 – **Allemagne**

3.295 – **Belgique**

1.856 – **France**

669.160

CERTIFICATS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

pour maladie et accident ont été saisis par la CNS,
par rapport à 650.555 en 2015



199

MÉDECINS

sont déclarés **médecins
référent** (décembre 2016),
contre 192 en 2015

224.063

CHÈQUES ONT ÉTÉ ÉMIS EN 2016

par les agences de la CNS (220.061 en 2015)

16

AGENCES
DE LA CNS
sont à votre service



4.500

MOYENNE DES APPELS
QUOTIDIENS
tout numéro confondu,
contre 3.700 en 2015

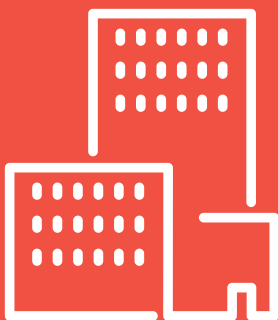


813.124

ASSURÉS AFFILIÉS À L'ASSURANCE
MALADIE-MATERNITÉ
en progression de 2,5 % par rapport à 2015

276.701

ASSURÉS NE RÉSIDENT
PAS AU LUXEMBOURG
en augmentation de 3,8 % par rapport à 2015



441,5

EFFECTIF
DE LA CNS

(par rapport à 421,5 au 31.12.2015)

33.116
FACTURES

saisies dans le cadre du tiers
payant social (TPS),
en comparaison à 24.677
factures en 2015



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 plusieurs 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 de l'État et les salariés de l'État.

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

La CNS 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 et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

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 internationales, la CNS est membre de l'Associa-



tion 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

- | | |
|---|--|
| <p>A. La CNS documente, révisé et maintient activement ses processus métier et de support.</p> <p>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.</p> <p>C. La CNS met en place une politique active de gestion des ressources humaines et de développement des compétences de son personnel.</p> <p>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.</p> | <p>E. La CNS revoit ses relations avec les assurés et modernise et étend ses services d'information et d'assistance aux assurés.</p> <p>F. La CNS met en place une analyse statistique et financière complétée.</p> <p>G. La CNS agit activement en matière de lutte contre les abus et la fraude (LAF).</p> <p>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.</p> <p>I. La CNS adopte une gouvernance visant l'optimisation de son fonctionnement interne et établissant une prise de décision transparente.</p> |
|---|--|

Vous trouverez de plus amples informations au sujet de la planification stratégique sous « B.II. La planification stratégique – la gestion par objectifs » à la page 58.





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). Il lui appartient notamment:

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

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

La composition du Comité directeur au 31.12.2016

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 Pizzaferrri	Alain Back
Christophe Knebelier	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	Christelle Cervelatti
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**, Premier 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 en nature maladie-maternité
- Département Médicaments, dispositifs médicaux et médecine préventive

Mme **Denise SEYWERT**, Premier Conseiller de direction, ayant comme missions centrales le développement organisationnel et des ressources humaines et le développement de l'accueil, des services et de l'information aux assurés et comme missions transversales et projets principaux:

- Mise en place au sein de la CNS de la réforme dans la fonction publique notamment en ce qui concerne la gestion par objectifs (organigramme, description de poste), le développement professionnel (plan de travail

individuel et entretien individuel, système d'appréciation) et la formation spécifique et continue

- Élaboration et mise en œuvre de la charte d'accueil
- Modernisation des échanges administratifs avec les assurés, notamment guichet.lu
- Modernisation des agences de la CNS

Départements lui rapportant:

- Département Prestations en espèces maladie-maternité
- Département International
- Département Relation assurés
- Département Ressources humaines et organisation

M. **José BALANZATEGUI**, Premier 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**, Premier 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 juridiques: statuts et conventions, avis et contributions règlements et lois
- Questions d'interprétations des dispositions statutaires, conventionnelles et réglementaires 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
- Département Coordination juridique

M. **Nicolas KREMER**, Premier Conseiller de direction, 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

Département lui rapportant:

- Département Maîtrise d'ouvrage, support informatique et analyse décisionnelle et procédurale

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 et protection des données
- 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

Fin 2016, avec une mise en vigueur au 1^{er} mars 2017, l'organigramme de la CNS a été revu. Cette révision a impacté la dénomination des certains départements et l'attribution de leurs missions.

Les prises en charge par l'assurance maladie soumises à une autorisation notamment du Contrôle médical de la sécurité sociale et les remboursements y relatifs sont regroupés dans un même département dénommé Prestations en nature maladie – maternité. Le service Enquêtes et contrôles administratifs est intégré dans le département Prestations en espèces.



Les activités de la CNS sont regroupées en 13 départements.

Ci-après les 13 départements au 1 mars 2017 avec un bref descriptif de leurs principales missions.

1. Prestations en espèces maladie-maternité

Le département Prestations en espèces maladie-maternité 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. Il exerce aussi le contrôle administratif des personnes portées incapables de travailler.

Chef de département:
Michel GOERGEN

Chef de département adjoint:
Gilles KREMER

2. 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

3. Relation assurés

Le département Relation assurés a pour mission principale le remboursement aux assurés des soins délivrés au Luxembourg et à l'étranger et la gestion des coassurances.

Chef de département:
Martha MAAR

4. Prestations en nature maladie-maternité

Le département Prestations en nature maladie-maternité 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 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:
Joël KIRTZ

Chefs de département adjoints:
Jacques MICHELS et Christian KIEFFER

5. Médicaments, dispositifs médicaux et médecine préventive

Le département Médicaments, dispositifs médicaux 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. Établissements hospitaliers

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

Chef de département:
Frank BISENIUS

Chef de département adjoint:
Francis PALLMER



7. Assurance dépendance

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

Chef de département:
Jeannick PERROTTE

8. Ressources humaines et organisation

Le département Ressources humaines et organisation a pour mission principale le recrutement de candidats qualifiés et motivés ainsi que leur intégration réussie, l'encadrement du 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 (courrier, logistique, matériel du bureau) au fonctionnement journalier de la CNS.

Chef de département:
Torsten KLAAS

9. 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

10. Maîtrise d'ouvrage, support informatique, analyse décisionnelle et procédurale

Le département Maîtrise d'ouvrage, support informatique, analyse décisionnelle et procédurale coordonne et planifie les projets de la CNS ayant une forte implication informatique et une forte inter-

section 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

11. 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 campagnes d'information aux assurés et aux prestataires de soins.

Chef de département:
Caroline DE HOOG

12. Coordination juridique

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

Chef de département:
Sonja TRIERWEILER

Chef de département adjoint:
Sarah Esposito

13. 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



V. L'organigramme de la CNS au 01.03.2017

Comité directeur

Président

Secrétariat général

Bureau exécutif

Département Prestations en espèces maladie-maternité

Service Gestion des indemnités pécuniaires | Service Ordonnancement PE |
Service Contrôle et gestion des certificats d'incapacité de travail (CIT)

Département International

Service Inscriptions | Service Transfert à l'étranger | Service Décomptes

Département Relation assurés

Service Agences | Service Coassurance et signalétique

Département Prestations en nature maladie-maternité

Service Remboursements nationaux | Service Remboursements internationaux | Service Autorisations médicales et médico-dentaires |
Service Tiers payant médecins | Service Tiers payant laboratoires, infirmiers, sage-femmes et soins palliatifs |
Service Autorisations et liquidation kinésithérapie, psychomotricité et orthophonie

Département Médicaments, dispositifs médicaux et médecine préventive

Service Autorisations et liquidation transport des malades | Service Autorisations et liquidation médicaments et dispositifs médicaux |
Service Autorisations orthopédie

Département Établissements hospitaliers

Service Budgets | Service Autorisations et liquidation

Département Assurance dépendance

Service Gestion des demandes | Service Liquidation

Département Ressources humaines et organisation

Service Gestion du personnel | Service Support administratif | Service Recrutement et dépannage commun | Service Courrier

Département Communication

Service Médias et publications | Service Accueil et information

Département Finances

Service Comptabilité | Service Budget | Service Paiements PN et recouvrement

Département MOA, support informatique, analyse décisionnelle et procédurale

Service Maîtrise d'ouvrage | Service Analyses décisionnelles et statistiques | Service Analyse et gestion des processus |
Service Support informatique

Département Contentieux et affaires juridiques

Service Recours contre tiers | Service Contentieux assurés

Département Coordination juridique

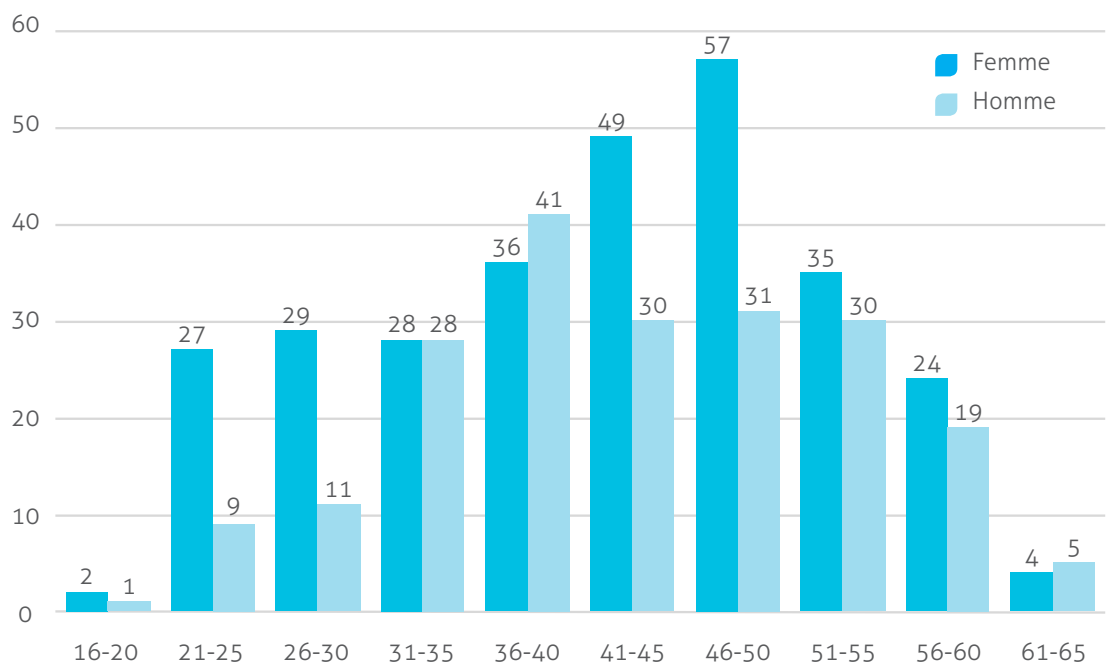
Service Support instruments juridiques | Service Lutte contre les abus et la fraude

VI. Les ressources humaines

Effectif de la CNS (au 31 décembre de l'année)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Président	1	1	1	1	1	1	1
Pharmacien	1	1	1	1	1	1	2
1 ^{er} Conseiller de direction	4	3	4	4	4	4	5
Attaché administratif	14,25	14	16	19,25	18	15,75	14,50
Rédacteur	167	164	161,25	166,25	165,5	172	173,75
Expéditionnaire	115	118,25	114,75	121	126,75	122	122,50
Infirmier/ Laborantin	0	1	1	1	1	0	0
Agent de salle	1	1	1	1	1	1	0
Non-statutaires	117,25	112,5	112,5	109,5	99,75	104,75	122,75
Total	420,5	415,75	412,5	424,0	418,0	421,50	441,50

Pyramide des âges 2016 (au 31 décembre)



Âge moyen des employés

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Âge moyen	42,50	42,80	43,40	43,50	43,40	43,10	42,70

Mouvement employés (au 31 décembre de l'année)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Maternité	10	11	16	13	6	10	4
Congé parental plein-temps	7	9	3	7	4	5	3
Congé parental mi-temps	9	5	8	14	10	10	3
Tâche partielle 50 %	48	47	49	47	55	53	15
Tâche partielle 75 %	24	29	32	30	34	34	8
Étudiants	86	64	88	119	85	91	84
Stagiaires (enseignement secondaire technique)	1	/	4	2	1	/	/

Formations

Formation spéciale 2016	
	18 + 29,50 = 47,50 hrs
Printemps	5 participants
Automne	48 participants
Formation continue 2016	
Jours	1.534,7
Cours	679
Formation générale 2016	
	16 participants
Formation de début de carrière 2016	
	2 participants
Formation préparation carrière ouverte	
	2 participants

Examens

Examens de fin de stage							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de participations							
SA1AT	1	1	1	2	4	0	0
SB1RE	3	7	7	6	12	5	18
SC1EX	0	5	8	4	7	7	12
Nombre de réussites							
SA1AT	1	1	1	2	3	0	0
SB1RE	2	5	7	4	6	4	14
SC1EX	0	3	7	2	6	7	7
Examens de promotion							
Nombre de participations							
SB1RE	3	14	3	2	2	4	4
SC1EX	6	7	4	0	1	1	3
Nombre de réussites							
SB1RE	3	8	2	2	2	3	3
SC1EX	4	3	2	0	0	1	3
Examens de carrière et épreuves de qualification							
Nombre de participations							
Examens de carrière	3	4	3	1	1	0	0
Epreuves de qualification	1	2	3	0	1	0	0
Nombre de réussites							
Examens de carrière	3	2	1	0	1	0	0
Epreuves de qualification	1	1	2	0	0	0	0
Carrière ouverte							
Nombre de participations	2	4	3	1	3	4	0
Nombre de réussites	1	0	1	1	1	2	0

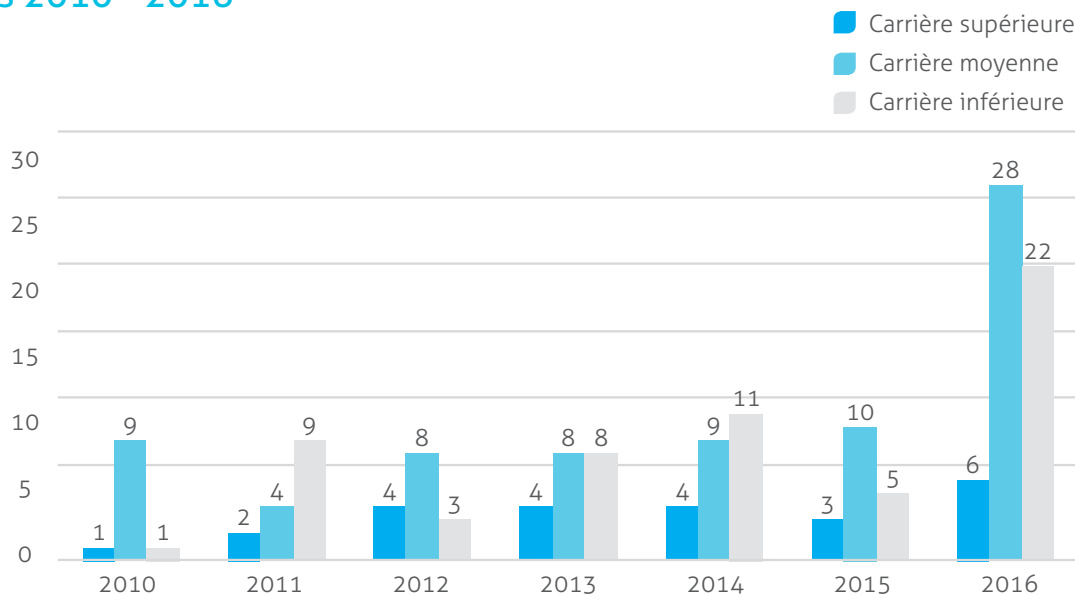
SA1AT: employé statutaire, groupe de traitement A1, carrière de l'attaché de direction

SB1RE: employé statutaire, groupe de traitement B1, carrière du rédacteur

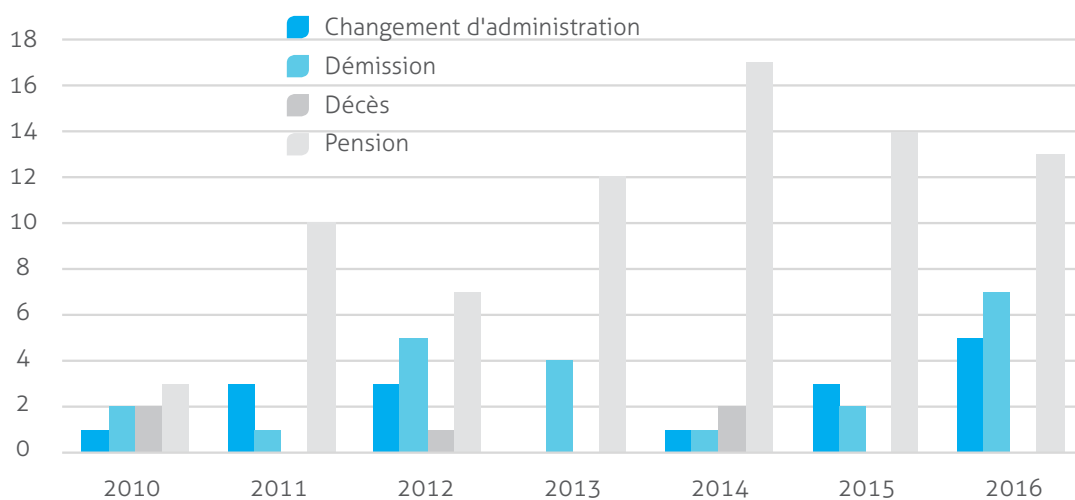
SC1EX: employé statutaire, groupe de traitement C1, carrière de l'expéditionnaire



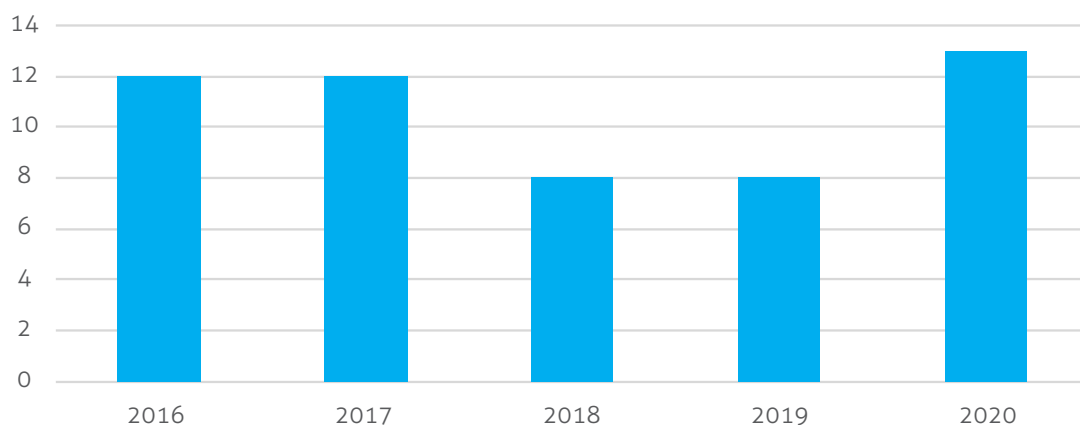
Recrutements 2010 - 2016



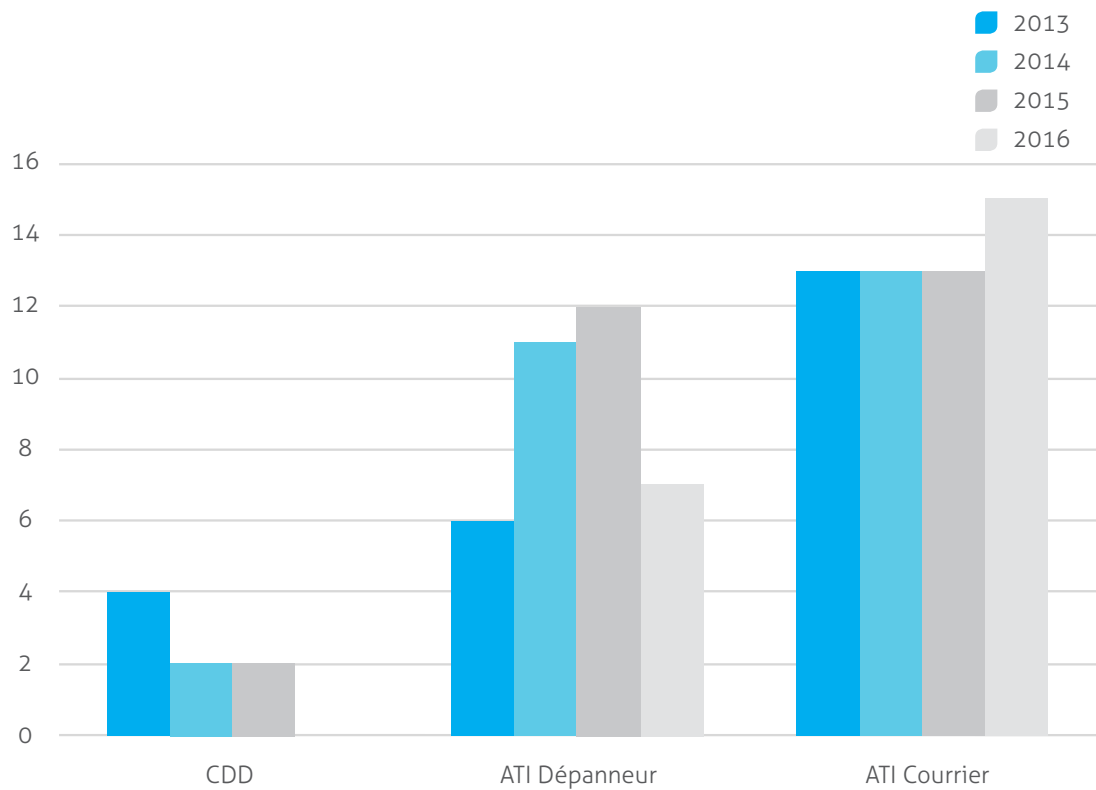
Départs 2010 - 2016



Éligibilité pension - Nombre de salariés atteignant l'âge de 60 ans



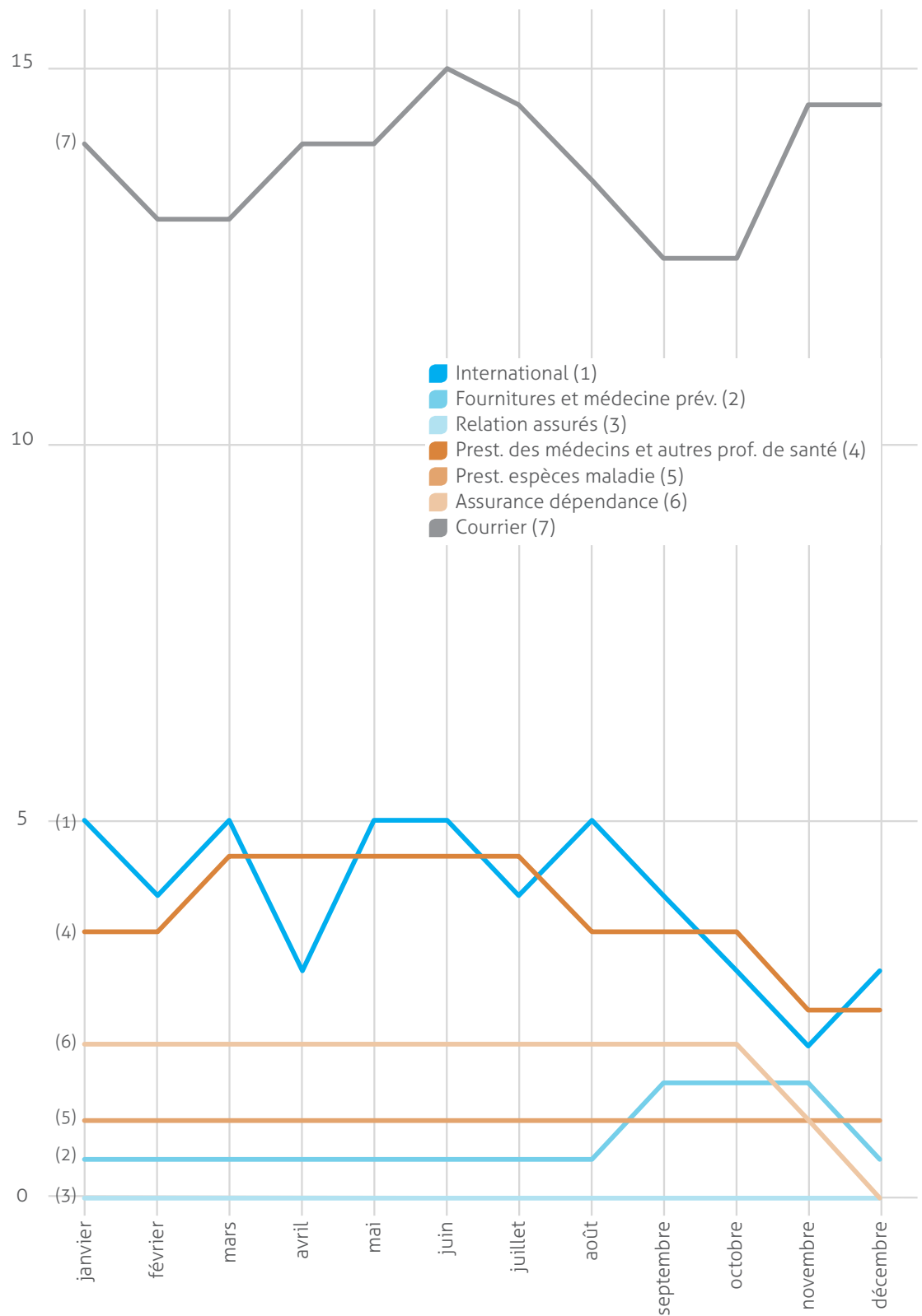
Nombre de dépanneurs (au 31 décembre)



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 2016





Les activités de la CNS

B. Les activités de la CNS

I. Les éléments marquants de 2016

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. Prestations en espèces

Suite à l'entrée en vigueur de la loi du 7 août 2015, précisant e.a. les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) dans le cadre de la prise en charge « patron », i.e. pendant les 77 premiers jours de l'incapacité de travail et modifiant certaines dispositions des codes de la sécurité sociale et du travail, la CNS a lancé les travaux ciblant la révision des dispositions statutaires régissant la gestion des prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité.

Dans le cadre d'un groupe de travail réunissant les partenaires sociaux, le CMSS et les services concernés de la CNS, il est envisagé de revoir et d'adapter les diverses procédures, notamment dans le cadre des incapacités de travail de courte durée. Le CMSS a en effet fait des efforts considérables pour mettre en place un contrôle médical efficace des incapacités de travail pendant la période de prise en charge de la CNS, contribuant par ce moyen à une maîtrise de l'absentéisme et des dépenses correspondantes de l'assurance maladie-maternité. Néanmoins, il n'a jusqu'à présent pour diverses raisons pas été possible de mettre en place des mécanismes de contrôle performants pendant la phase

où la charge incombe à l'employeur. L'objectif est de compléter voire de remplacer l'actuel contrôle purement administratif par un contrôle à visée médicale efficace. L'objectif de toutes les parties est de faire aboutir les travaux en cours jusqu'au milieu de l'année 2017.

Les vrais effets de la loi devraient seulement se faire ressentir à partir de l'année 2018, 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. À ce moment-là, la CNS évaluera aussi l'agencement entre le contrôle administratif actuel et le nouveau mécanisme de contrôle médical.

D'autres sujets en relation avec les prestations en espèces sont :

- Les effets des entrées en vigueur parallèles de la loi précitée et de la loi du 23 juillet 2015 concernant le dispositif du reclassement interne et externe restent un sujet ouvert, notamment en ce qui concerne la coordination des interventions et des compétences entre Médecine du travail et CMSS.
- Suite à une demande du Ministre de la Sécurité sociale, la CNS a entamé la préparation d'une révision des dispositions en relation avec le congé thérapeutique à mi-temps, actuellement seulement sommairement décrit dans les statuts de la CNS. Il ne semble néanmoins guère possible de répondre aux objectifs d'une flexibilisation du dispositif, tout en précisant son agencement avec les autres





dispositions régissant les incapacités de travail, et ceci notamment pour des raisons d'absence de base juridique fiable ou de réserves d'ordre procédural exprimées par les acteurs impliqués.

- Dans le même ordre d'idées et dans le cadre de la même démarche, la CNS a également tenté encore une fois de relancer les négociations en vue de rendre possible dans des cas exceptionnels et bien déterminés un dépassement cadré de la limite des 52 semaines. L'objectif poursuivi est le même comme pour le congé thérapeutique à mi-temps. À noter qu'une initiative correspondante avait déjà échoué en 2015.
- La CNS a encore procédé aux travaux préparatifs en vue de la transposition

des mesures la concernant dans le cadre des réformes des prestations familiales (notamment congé parental et congé pour raisons familiales).

2. Transfert à l'étranger

Après les années 2015 et 2016 d'application des nouvelles dispositions en matière de transfert à l'étranger, engendrées 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 du 17 juin 2014 et par le vote du Comité directeur de la CNS en date du 9 juillet 2014 des modifications des statuts correspondants, le bilan se résume comme suit:

- L'impact de la directive est difficile-

ment 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 davantage les demandes de la population résidente d'opter pour des soins à l'étranger.

Considérant les difficultés d'application des nouvelles dispositions statutaires, surtout en ce qui concerne la motivation médicale et le constat du traitement possible au Luxembourg, les procédures pratiques d'application administrative ont été revues. Ainsi, la CNS a mis en place un suivi adapté des dossiers, prévoyant moins de retours d'informations entre les différents acteurs et garantissant un respect adapté des délais d'accord ou de refus. De même, la vérification des dispositions statutaires administratives a été pratiquée avec rigueur.

En outre, l'administration a orienté les assurés pour les traitements ambulatoires, notamment les consultations, davantage sur la voie de la Directive de soins de santé transfrontaliers, pour lesquels une autorisation préalable n'est pas requise. Considérant que cette voie présente pour l'assuré différents désavantages, tels que p.ex. l'absence de garanties par rapport aux tarifs appliqués, le Comité directeur de la CNS a demandé à l'administration de proposer des alternatives.

De son côté, le CMSS a dans le cadre des évaluations des demandes d'avis mis l'accent prioritairement sur les aspects en relation avec la qualité des prestations prévues dans le cadre des traitements à l'étranger.

Somme toute, les discussions en matière de transferts à l'étranger se situent toujours entre les deux pôles :

- une approche libérale, se basant sur le libre choix et la libre circulation des assurés et l'accès à des offres de soins actuellement non prévus dans le système luxembourgeois.
- une approche protectrice se basant sur un certain protectionnisme et les droits des assurés et des spécificités du système luxembourgeois.

La CNS a mené ce débat au cours de l'année 2016 tant en interne avec les partenaires sociaux et le CMSS, qu'avec les ministres et ministères en charge. Néanmoins, il est difficile de s'accorder sur une solution de compromis équilibrée et applicable, sachant qu'il n'est probablement guère possible de concilier les deux vues. Face à ce constat, la CNS a proposé sur base du bilan de l'année 2016, des modifications statutaires intégrant dans les textes les pratiques administratives progressivement mises en œuvre par la CNS et le CMSS au cours de l'année 2016.

3. Mesures statutaires

Sont entrées en vigueur, en date du 1^{er} avril 2016, 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 1^{er} octobre 2016, la suppression d'un groupe de dispositifs médicaux du fichier B1, à savoir les solutions à base d'acide hyaluronique.

Lors de la réunion du 9 novembre 2016, le Comité directeur a adopté des modifications statutaires en rapport avec les « Prestations de soins de santé transfrontaliers » (article 30 des statuts), en rapport avec les « Règles particulières pour l'obtention et la prise en charge



des différentes catégories de prestations de soins et de fournitures» notamment au niveau des programmes de médecine préventive (article 35), des anesthésies locales ou régionales (article 40), de la prise en charge des frais de déplacement des prestataires autres qu'infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et laboratoires d'analyses au domicile des personnes protégées (articles 45 et 50) ainsi qu'au niveau des «Soins de kinésithérapie» (articles 54, 55, 56, 57 et 58), des «Soins palliatifs» (article 71), des «Prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques et thérapeutiques» (articles 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 91bis, 91ter, 91quarter et 91quinques), des transports de malades (articles 132, 133, 136 et 137), de la prise en charge des épithèses (articles 152bis et 154) et des «Dispositions administratives» (article 158bis). En ce qui concerne les annexes aux statuts de la Caisse nationale de santé, les annexes A, C et G ont été modifiées et une nouvelle annexe M a été introduite. Toutes les modifications sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

La situation financière de l'assurance maladie-maternité affichant une évolution positive, il a été retenu de procéder à l'adoption de mesures pour une amélioration des prises en charge des soins de santé au bénéfice des patients.

Concernant les divers postes, il s'agit :

- de la médecine dentaire où un deuxième détartrage annuel est pris en charge et une anesthésie locale est remboursée également dans le cas d'une obturation;
- des aides visuelles où les verres organiques sont pris en charge pour tous les assurés et ceci sans ordonnance, où le délai de renouvellement des lentilles de contact est baissé de 4 à 3 ans et où le remboursement de lentilles se fait désormais à partir de la dioptrie 6;

- du transport en taxi et en ambulance où à partir du 1.1.2017 le forfait du prix kilométrique est levé à 1,60 euros pour le transport en taxi avec un montant forfaitaire de 6,40 euros par déplacement et où le montant forfaitaire s'élève à 38 euros et le prix au kilomètre à 1,25 euros pour le transport en ambulance;
- des prothèses qui ont vu l'introduction des chaussures thérapeutiques pour le pied diabétique.

4. Médecins

Dans le cadre des négociations des lettres-clés pour les exercices 2017 et 2018, l'AMMD et la CNS ont décidé d'accorder à la profession médicale une augmentation de 1,01% de la lettre-clé, ce qui représente le maximum par rapport aux dispositions prévues à l'article 67, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale.

Si pour les médecins-dentistes cette augmentation est répercutée directement sur la lettre-clé, il a été convenu entre les deux parties pour les médecins, d'appliquer le principe du vase communicant prévu à l'article 65, alinéa 13 du Code de la sécurité sociale, en neutralisant l'augmentation prévue de la lettre-clé par une répartition correspondante de son effet sur des actes spécifiques de la nomenclature.

De même, ils se sont accordés d'intégrer dans cette démarche :

- a) La venue à terme des mesures d'économies instaurées par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé;
- b) La diminution de coefficients d'actes d'imagerie médicale et des locations d'appareils jugées disproportionnées.

Par ce mécanisme, il a été possible de procéder à une revalorisation sélective



des actes et services de la nomenclature médicale.

Les changements au niveau de la nomenclature des actes et services des médecins prenant leur effet au 1^{er} janvier 2017 sont nombreux. De prime abord, il y a naturellement lieu de citer les changements découlant du point précédent, qui s'orientent selon les axes suivants:

- Revalorisation d'actes techniques de certaines spécialités médicales (entre autres psychiatrie, dermatologie, rhumatologie);
- Rétablissement sélectif de coefficients antérieurs à la mesure d'économie précitée;
- Revalorisation des consultations et des visites en milieu hospitalier.

Cette mesure mène à une redéfinition d'une très grande partie des actes de la nomenclature médicale, entérinée sur base de l'avis de la Commission de nomenclature, sur base du règlement grand-ducal du 25 novembre 2016.

Sur base d'un mandat reçu par la Commission de nomenclature en juillet 2016, la CNS a élaboré avec l'AMMD et

la Société Luxembourgeoise d'Orthopédie et de Traumatologie (SLOT) de nouveaux actes pour la prise en charge de l'arthroscopie du genou. Après leur validation par la Commission de nomenclature, les modifications correspondantes sont entrées en vigueur le 1^{er} avril 2017.

La méthodologie appliquée aux nouveaux actes d'arthroscopie du genou a été développée d'un commun accord par les différentes parties impliquées. Elle a été développée sur base d'une étude englobant la prise en charge des actes 2K46, 2K63, 2K52 et 2K51 mis en compte soit de façon isolée soit de façon cumulée en lieu et en place des actes d'arthroscopie du genou faisant défaut dans la nomenclature. Les études ont montré pour l'année 2015 une prise en charge globale d'un nombre total des actes de 2.535. L'objectif partagé de façon commune a été de cibler un impact financier neutre.

Le nouveau concept proposé comporte deux types d'actes: 21 actes principaux et 10 actes complémentaires. Les associations d'actes en arthroscopie du genou ne pourront pas dépasser 2 actes. L'acte complémentaire ne doit pas se référer à un acte principal de même nature, c.-à-d. le contenu doit différer de celui

de l'acte principal qu'il complète. Les actes complémentaires ne peuvent pas être facturés de façon isolée et ne sont pris en charge que conjointement à un des actes principaux. Les actes d'arthrotomie de référence (2K46, 2K63, 2K52 et 2K51) sont complétés par un ajout stipulant que ces actes ne s'appliquent pas à une arthroscopie du genou.

L'activité arthroscopique du genou sera suivie et évaluée régulièrement pendant une période de deux ans, en cas de changement imprévu et incontrôlé, un réalignement devra être opéré.

En outre, les travaux avec l'AMMD ont porté sur divers sujets, dans certains sont traités plus en détail dans le présent rapport:

- Adaptation de la convention en vue de l'introduction de la documentation hospitalière;
- Mise en œuvre du nouveau dispositif du médecin référent;
- Promotion de l'échange électronique et dématérialisation des échanges;
- Organisation des urgences;
- etc.

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% respectivement de 0,65% qui furent transposés 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 a rendu son jugement en date du 11 juin 2016 et a confirmé la sentence arbitrale du CSSS. Après le recours de l'AMMD, la Cour administrative a en date du 16 février 2017 également confirmé la sentence arbitrale du CSSS.

5. Médecin référent

Sur base d'un rapport d'évaluation et d'un accord de principe trouvé lors de la réunion du Comité Quadripartite du 29 avril 2015, l'AMMD et la CNS ont renégocié les dispositions conventionnelles et des changements au niveau de la nomenclature au cours de l'été 2015. Au 1^{er} novembre 2015, le dispositif Médecin référent est entré dans la nouvelle phase avec la mise en vigueur de l'amendement de la convention CNS-AMMD du 13 décembre 1993.

Les changements majeurs concernent les conditions d'accès au dispositif:

- le patient doit être atteint d'au moins une affection de longue durée (ALD) telle que définie à l'annexe 1 de la convention et dont la gravité ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé ainsi qu'un besoin de coordination substantiel du fait de l'intervention de multiples prestataires de santé;
- le patient doit disposer d'un dossier de soins partagé (DSP) dûment activé.

Le médecin auquel s'adresse le patient ne peut accepter les missions du médecin référent que:



- s'il offre des soins primaires avec une approche holistique dans un milieu extrahospitalier et
- s'il relève des disciplines médicales de médecine générale ou de pédiatrie.

Vu le délai très restreint entre la signature de ladite convention et de sa mise en vigueur, l'implémentation du nouveau dispositif a été fragmentée en trois phases:

- Gestion administratives des formulaires (novembre 2015 – mars 2016);
- Facturation et transmission du relevé biennal des ALD (mai 2016 – octobre 2016);
- Finalisation de la phase transitoire (fin 2016)

Étant conscient que cette réforme du dispositif médecin référent implique un certain nombre de changements par rapport à la version initiale (présence obligatoire d'au moins une ALD, conditions de mise en compte, lien avec le DSP, etc.), son implémentation a été suivie moyennant des réunions régulières de la Commission d'accompagnement et de suivi ainsi que des réunions hebdomadaires entre la Caisse nationale de santé et l'Agence eSanté. Ces groupes de travail avaient comme mission entre autres la rédaction de lettres circulaires lors des phases-clés du dispositif, le suivi de l'avancement des travaux de programmation ainsi que l'identification d'éventuels soucis d'implémentation au niveau du corps médical.

Il importe d'attirer l'attention sur les modifications suivantes quant aux articles de la convention en question:

- le résumé des prestations sera versé annuellement dans le DSP du patient. Ainsi, le DSP sera alimenté à la date anniversaire de la prise d'effet de la relation médecin référent des prestations prises en charge de l'an-

née précédente (avec un maximum de trois ans).

- en raison de retards des travaux informatiques et afin d'éviter tout refus de prise en charge, les médecins ont été demandés de mettre en compte les tarifs MR02 jusqu'au 30 juin 2016 et de n'appliquer le basculement vers le nouveau MR03 qu'à partir du 1^{er} juillet 2016.
- sur demande de la Commission d'accompagnement et de suivi, la Caisse nationale de santé a accepté d'étendre le délai pour l'envoi du relevé biennal ALD au 30 septembre 2016.
- la Commission d'accompagnement et de suivi a également recommandé de renoncer à l'attestation papier lors de la remise du résumé patient jusqu'au 31 décembre 2016.
- le contrôle quant à l'établissement des relevés biennal ALD avant le 31 juillet d'une année paire a été étendu à toute l'année paire. Cette mesure limite le nombre de refus de prise en charge d'actes MR03 entre des années paires en cas de transmission tardive de la part du médecin référent.
- vu le nombre de médecins référents actuellement enrôlés au niveau de la plateforme, il a été décidé de maintenir l'envoi des versions papier des résumés des prestations jusqu'au 31 décembre 2016. Afin d'éviter la fermeture de l'ensemble des relations des médecins référents non encore enrôlés au 1^{er} juillet 2016, il a été décidé de prolonger cette date butoir au 31 décembre 2016.

- la transmission électronique du résumé patient dans le DSP a pu être mise en place avant le 1^{er} janvier 2017. Vu les priorités actuellement à gérer, la Commission d'accompagnement et de suivi a décidé de garder



la forme actuelle du résumé patient et de garantir une implémentation optimale du dispositif avant d'en proposer une révision intégrale.

En vertu des dispositions transitoires de l'article 9 de la convention, la Caisse nationale de santé a analysé finalement les relations médecin référent valides au 31 décembre 2016 et a procédé à la fermeture de celles ne respectant pas les critères d'admission tant au niveau de la personne protégée que du médecin référent avec effet au 1^{er} janvier 2017.

En ce qui concerne l'évolution de l'activité des médecins participant au dispositif, on peut noter que 78 médecins référents se sont enrôlés afin de pouvoir utiliser les outils de la plateforme (sur un total de 174 médecins enrôlés). Ceux-ci ont déposé 5 720 résumés patients dans le DSP et ont actualisé 8 113 déclarations d'ALD.

À un niveau global, on peut ainsi conclure que le nouveau dispositif du médecin référent a dans une large mesure été implémenté suivant les dispositions arrêtées en 2015, notamment avec une claire orientation sur les affectations de longue durée. Une implémentation définitive du dispositif pourra probablement se faire après généralisation du DSP, l'implémentation généralisée des fonctionnalités correspondantes au niveau des logiciels de gestion de cabinet médical et une extension de la responsabilisation des médecins référents dans le traitement des patients répondant aux critères des affectations de longue durée.

6. Autres prestataires de soins

En dehors des différentes initiatives prises au niveau des médecins et des hôpitaux, l'année 2016 a été marquée par de nombreuses démarches au niveau des prestataires de soins.

Étant donné que les travaux par rapport

à la révision de la nomenclature des infirmiers n'avaient pas pu être finalisés en 2015, cette réforme a été clôturée en début de l'année 2016 pour entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2017. La révision se base essentiellement sur un équilibre des différents coefficients d'actes, l'ajout de certains nouveaux actes et l'introduction d'un forfait pour les patients bénéficiaires de l'assurance dépendance en milieu ambulatoire, à l'instar de celui déjà appliqué en établissement d'aides et de soins. Certaines observations doivent encore être faites :

- L'introduction des forfaits implique aussi l'application de la disposition de la prestation obligatoire des soins infirmiers par le réseau d'aides et de soins tel qu'un principe déjà prévu par l'assurance dépendance. Ceci a entraîné des difficultés d'application vis-à-vis des infirmiers exerçant en libéral.
- Il n'a pas été possible de rectifier au niveau de la Commission de nomenclature une différence inappropriée entre les actes de prises de sang inscrits dans les nomenclatures infirmières et des laboratoires dont certains prestataires ont essayé de tirer profit.
- Le développement de l'hospitalisation à domicile reste un défi ouvert. Il n'a pas été possible d'intégrer des actes correspondants dans la nomenclature, notamment parce que la prestation d'actes correspondants ne peut être assurée par tous les acteurs couverts par la convention infirmière.

L'introduction de la nomenclature en relation avec les soins palliatifs a été traitée en parallèle au dossier de la nomenclature infirmière. Elle est donc entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017 et se base essentiellement sur des forfaits pour les patients en fin de vie.

Le dossier majeur traité en 2016 concerne les kinésithérapeutes. Après



l'élaboration d'une nouvelle nomenclature des kinésithérapeutes au cours de l'année 2015, les travaux se sont concentrés au cours de l'année 2016 sur la révision de la convention et de la transposition correspondante.

Un groupe de négociation s'est concerté afin d'élaborer des modifications au niveau de la convention des kinésithérapeutes portant prioritairement sur l'exercice de la profession en libéral et les conditions dans lesquelles les kinésithérapeutes peuvent exercer en tant que salariés, p.ex. dans le cadre de l'assurance dépendance et la révision des processus d'autorisation et de facturation.

La réforme des kinésithérapeutes est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017 impliquant la nouvelle convention, la nouvelle nomenclature, la fixation d'une nouvelle lettre-clé par la loi budgétaire 2017 et l'ordonnance standardisée à utiliser par le corps médical. La convention des kinésithérapeutes devrait servir de base pour d'autres professions de santé, notamment les psychothérapeutes, les psychomotriciens et les orthophonistes. Le volet le plus important concerne néanmoins le traitement informatique au niveau des processus de facturation, d'autorisation et de liquidation.

Les difficultés rencontrées en cette phase de transition sont:

- La volonté de souligner le caractère libéral de l'exercice de la profession est difficilement réalisable, se heurtant à des questions d'ordre juridique et à la situation existante tant au niveau des cabinets de kinésithérapie que des prestataires actifs dans le domaine de l'assurance dépendance.
- Le traitement informatique dans les différentes chaînes reste à être optimisé. Bien que des efforts considérables aient été faits tant au niveau du CISS que de la CNS, il se montre qu'il reste très difficile de mettre en place des réformes structurelles ci-

blant la simplification administrative et la dématérialisation des échanges. Une difficulté supplémentaire découle du nombre élevé de prestataires et des différents logiciels de facturation utilisés par eux.

- Certains ajustements devront probablement être réalisés au cours de l'année 2017, par exemple au niveau de l'ordonnance standardisée, de la convention ou en ce qui concerne l'exercice libéral ou encore au niveau des statuts et de certains cas de prise en charge.

Pour les psychomotriciens, des problèmes d'application des dispositions statutaires conventionnelles et tarifaires avaient été soulevés par le CMSS et aussi été discutés avec le groupement représentatif et le Ministère de l'Education nationale. Un raisonnement analogue peut être établi pour les orthophonistes.

Avant de pouvoir procéder aux révisions correspondantes, il faudra d'abord que la réforme des kinésithérapeutes puisse se stabiliser et que les conclusions correspondantes puissent avoir été tirées. À noter que l'assurance maladie-maternité rencontre dans ce contexte un problème de délimitation surtout vis-à-vis du secteur socio-éducatif (écoles, foyers, etc...) et dans une moindre mesure aussi vis-à-vis de l'assurance dépendance. Pour la CNS, une délimitation claire est recherchée tant pour des raisons financières et de prévention de situation abusives qu'en raison de la conviction d'éviter une médicalisation de cas d'enfants ou de jeunes en difficulté. Des raisonnements comparables s'appliquent aussi à d'autres professions recherchant une prise en charge par l'assurance maladie, tels que les ergothérapeutes et les psychothérapeutes.

Par la loi du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute (Mem. A 136) a été instaurée une réglementation de la profession du psy-





chothérapeute 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. Le Comité directeur de la CNS a à plusieurs reprises traité ce dossier, par rapport auquel un avis avait également été formulé en date du 13 juillet 2012. D'un côté, la CNS accueille favorablement la réglementation 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. Au cours de l'année 2016, la CNS attendait la constitution 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. Une demande de négociation est parvenue à la CNS au cours du premier semestre 2017.

Au 1^{er} janvier 2016 est également entrée en vigueur la nouvelle convention avec les laboratoires d'analyses médicales et de biologie chimique, qui avait été signée en date du 10 juin 2015. Les points 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.

L'évolution des dispositions correspondantes pourra seulement se faire au cours du deuxième semestre 2017. Ceci va aller de pair avec l'introduction de la nouvelle nomenclature. Les travaux en relation avec l'élaboration de cette nomenclature se sont étalés sur toute l'année 2016 et devraient seulement se terminer en mi-2017, pour repasser à la Commission de nomenclature et pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018. À noter que cette réforme requiert aussi une transposition administrative et informatique, une refixation de la lettre-clé par la loi budgétaire et une ordonnance standardisée à convenir avec le corps médical.

Le secteur des laboratoires d'analyses médicales relève d'une importance primordiale pour la CNS, étant donné qu'il n'a été que difficilement possible de cadrer l'évolution par des mesures très volontaristes. La réforme en cours doit permettre d'assurer un meilleur cadrage de son évolution, pouvant surtout garantir une prévisibilité financière tant pour les prestataires concernés que pour la CNS, ainsi qu'une nomenclature adaptée et régulièrement tenue à jour, mais répondant aussi au principe de l'utile et du nécessaire.

D'autres défis pour le secteur ont été et resteront:

- Les examens effectués en milieu hospitalier et pour les patients relevant de l'extrahospitalier sachant que la révision de la loi hospitalière envisage une adaptation des dispositions actuelles, que les établissements hospitaliers ont de fait renoncés à leur projet de mutualisation et que certains d'entre eux ont déjà cédé cette activité à des laboratoires privés;
- La question des analyses d'anatomopathologie et de médecine génétique pour lesquelles le projet de loi hospitalière prévoit une exclusivité au LNS et un financement correspondant par voie de budgétisation;
- Le fait que les laboratoires privés se voient confrontés à des changements importants au niveau de leur gouvernance, notamment en ce qui concerne des reprises d'activité, respectivement des changements d'actionariat et de direction, engendrant des interrogations par rapport à de prises d'influence diverses.



La CNS a surveillé ces évolutions et est restée en contact avec les ministères compétents pour leur faire parvenir les informations pertinentes.

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 été finalisées dans le cadre d'une médiation en attendant le projet d'une budgétisation partielle de ce centre dans le cadre de la révision de la loi hospitalière;
- les négociations tarifaires en relation avec la psychiatrie extrahospitalière ont également pu être résolues dans le cadre d'une médiation au cours de l'année 2016;
- suite à l'introduction d'une cure d'obésité ambulatoire offerte par le Centre thermal et de santé à Mondorf les négociations d'une révision de la convention ont été entamées au cours de l'année 2016 pour être menées à terme au cours du 1^{er} semestre 2017;
- suite à la conclusion des travaux au niveau de la Commission de nomenclature, la mise en œuvre conventionnelle de l'introduction des dispositions en relation avec le pied diabétique a été finalisée avec les orthopédistes-bandagistes-cordonniers pour entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2017;
- en matière de transport des malades, un nouvel agrément statutaire a été élaboré pour les entreprises de taxi; à noter également que des contacts avec des transporteurs de malades

ont eu lieu en vue de l'élaboration d'une convention spécifique pour ce secteur.

L'année 2016 a aussi été marquée par la négociation des lettres-clés des différents prestataires de soins. Étant donné qu'en application des dispositions de l'art. 67, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, l'adaptation des lettres-clés pour la période 2017-2018 a été limitée par la variation du revenu moyen cotisable à 1,01% et sachant que les mesures d'économie instaurées et maintenues depuis 2010 sont venues à terme, la plupart des négociations ont mené à un résultat accordant le maximum aux prestataires de soins concernés. Il y a néanmoins lieu de considérer :

- Pour les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, le gel de la lettre-clé a été maintenu, étant donné que les révisions précitées devaient d'abord être menées à terme.
- Pour les orthophonistes, l'accord a porté sur une augmentation de 0,51%.
- Pour les kinésithérapeutes, la refixation de la lettre-clé a été opérée par voie de la loi budgétaire, sachant que le Code de la sécurité sociale ne prévoit pas de mécanismes pour une réforme structurelle de la nomenclature et que par conséquent un nouveau point de départ de la lettre-clé a dû être opéré par voie législative.

7. Commission de nomenclature

La Commission de nomenclature a traité au cours de l'année 2016 des dossiers importants, notamment au niveau de la révision structurelle des différentes nomenclatures des prestataires d'aides et de soins. Après la révision de la nomenclature des kinésithérapeutes en 2015 et la finalisation des travaux déjà bien



avancés en relation avec les infirmiers et les soins palliatifs, la nomenclature des laboratoires d'analyses médicale et de biologie chimique relève d'une importance particulière, et ceci pour diverses raisons, notamment la complexité de la matière, le caractère quasi industriel de la diliraison des prestataires, l'enjeu financier et les risques d'abus, les difficultés constantes de cadrage et de pilotage, les relations complexes avec les prestataires, etc... La Cellule d'expertise médicale (CEM) a en date du 17 juillet 2015 délivré son avis par rapport à la saisine correspondante, qui se résume en fait au constat qu'il est en raison de la criticité et de la complexité de la matière indiqué de procéder à l'élaboration d'une nouvelle nomenclature dans un cadre de travail conceptuel avec les experts du secteur et aussi les prestataires concernés. La Commission de nomenclature a sur cette base renvoyé l'initiative à l'État et à la CNS. Le Ministre de la Sécurité sociale a chargé un groupe de travail correspondant d'élaborer une nouvelle nomenclature. Cette démarche s'est étalée sur toute l'année 2016 et devrait aboutir pour mi-2017. Elle devrait alors 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.

En ce qui concerne la nomenclature médicale, trois dossiers significatifs ont marqué l'année 2016 :

- Suite à l'introduction d'un programme de prévention du cancer colorectal, la Commission de nomenclature a adapté les actes correspondants, accompagnés de discussions et irritations découlant des travaux préparatifs des organes pilotant le Plan Cancer;
- Sur base d'une saisine du CMSS, la Commission de nomenclature a été amenée à revoir les actes en relation avec la chirurgie arthroscopique du genou; étant donné qu'il n'a pas

été possible de s'accorder entre les parties sur une approche commune, la CNS et l'AMMD ont été chargées d'élaborer une proposition qui fut finalement adoptée au 1^{er} février 2017 pour entrer en vigueur au 1^{er} avril 2017;

- Sur base du résultat de la négociation de la lettre-clé des médecins, et en englobant également la venue à terme de différentes mesures d'économies et une réduction de coefficients de certains actes surfaits, notamment par rapport à l'imagerie médicale et aux locations d'appareils, la CNS et l'AMMD ont convenu d'une revalorisation sélective de certains actes sur base de l'utilisation du mécanisme du vase communicant.

Tous les dossiers montrent l'importance d'une gouvernance appropriée au niveau de la Commission de nomenclature et mènent à différents constats :

- Surtout pour les nomenclatures complexes, notamment des médecins et des laboratoires, il y a lieu de mettre en place des mécanismes de pilotage permanents englobant la révision structurelle, la mise à jour constante en fonction de l'évolution de l'art de la profession et des pratiques des prestataires.
- De telles démarches nécessitent un cadre de travail d'experts divers de l'État (Ministères, CMSS, CEM, etc...), de la CNS, des prestataires concernés, réunissant compétences médicales, statistiques, économiques et juridiques. Ces travaux doivent avoir lieu en parallèle des discussions de la Commission de nomenclature qui doit fixer le cadre et les orientations et ensuite prendre les décisions sur les recommandations circonstanciées.
- Le cadre légal, puis aussi les relations complexes avec les prestataires de soins, rendent quasiment impossible



les tentatives unilatérales d'imposer des nomenclatures.

Au niveau organisationnel, il y a lieu de soulever les changements au niveau des représentants de l'État au sein de la Commission de nomenclature et de la présidence. La CNS a revu l'organisation du secrétariat de la Commission de nomenclature. Reste encore à observer que la révision du règlement grand-ducal en relation avec le fonctionnement de la Commission de nomenclature est toujours en suspens, en attendant une adaptation d'une disposition légale.

Pendant l'année 2016, la Commission de nomenclature a encore traité les dossiers suivants:

- Continuation des travaux en relation avec la révision de la nomenclature des infirmiers et vote de la recommandation circonstanciée correspondante, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017
- Continuation des travaux en relation avec l'élaboration de la nouvelle nomenclature en matière de soins palliatifs et vote de la recommandation circonstanciée correspondante, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017
- Discussion et vote des nouvelles inscriptions et modifications en relation avec les actes de la gériatrie, qui sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017
- Discussion et vote des nouvelles inscriptions et modifications en relation avec les actes de la médecine physique et de réadaptation, qui sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017
- Discussion de l'avis de la CEM se rapportant à l'inscription d'actes d'algorithmie
- Entrée en vigueur de l'activité spécialisée en médecine génétique au 1^{er} juillet 2016
- Réception de l'avis de la CEM en relation avec la deuxième partie de la nomenclature des actes et services des médecins, transposant notamment le résultat de la négociation de la lettre-clé
- Discussion de l'avis de la CEM par rapport à l'introduction de l'activité arthroscopique dans la deuxième partie de la nomenclature des actes et services des médecins
- Entrée en vigueur de l'abolition de l'APCM dans le cadre des actes 6A82 et 6A83 au 1^{er} juin 2016
- Réception de l'avis de la CEM se rapportant à des précisions en matière du cumul des actes relatifs à la tomodynamométrie
- Réception de l'avis de la CEM en relation avec l'abolition de l'APCM dans le cadre du dispositif Cyberknife
- Elaboration des nouveaux actes médicaux dans le cadre du programme de prévention du cancer colorectal, avec discussion de l'avis de la CEM et l'élaboration de la recommandation circonstanciée correspondante avec une entrée en vigueur au 1^{er} novembre 2016
- Modification de l'article 7 de la nomenclature par rapport à la prestation d'actes de pédiatrie en milieu hospitalier

8. Secteur hospitalier

Le dossier majeur concernant le secteur hospitalier au cours de l'année 2016 fut le projet de loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière (dossier parlementaire 7056). En date du 25 janvier 2016, Madame la Ministre de la Santé demanda l'avis de la CNS par rapport à l'avant-projet de loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Le Comité directeur de la CNS rendit son avis



détaillé en date du 16 mars 2016, qui fut joint à la documentation exhaustive et à l'ensemble des premières prises de position accompagnant le texte du projet de loi déposé à la Chambre des députés.

Avec son avis du 12 novembre 2014 en relation avec le projet de règlement grand-ducal modifiant le plan hospitalier, celui du 16 mars 2016 en relation avec l'avant-projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et celui du 11 novembre 2016 en relation avec le projet de loi tel qu'il fut déposé à la Chambre des députés, la CNS a décrit en détail ses revendications et attentes majeures par rapport au cadre de gouvernance, de pilotage et de planification du secteur hospitalier, qui comprennent notamment:

- l'amélioration de la gouvernance et de la pilotabilité par la mise en place opérationnelle d'un cadre normatif de planification et d'autorisation, la supervision du secteur hospitalier et du corps médical y agréé, ainsi qu'une revue du contenu des contrats d'agrément;
- le développement de la gestion de la qualité dans l'intérêt du patient portant notamment sur une information transparente et normée, le respect des dispositions légales et l'introduction de mesures de contrôle efficaces avec des sanctions financières appropriées ainsi que le renforcement des moyens et des compétences dans la lutte contre les erreurs, les abus et les fraudes;
- la transparence des prestations effectuées à travers la mise en place d'une documentation hospitalière obligatoire, ainsi que la comparaison entre établissements hospitaliers et avec les systèmes étrangers;
- la maîtrise des risques financiers sur base d'analyses approfondies de l'impact financier des différentes mesures proposées, et l'inscription du

principe d'une neutralité financière, notamment par des efforts de mutualisation et des gains d'efficience.

Le projet initial d'une révision délimitée du plan hospitalier a dû être révisé suite aux constats du Conseil d'État et des acteurs concernés. Le projet de loi prévoit la fusion des cadres légaux et réglementaires actuels en une loi unique. Il tend davantage à s'adapter et à se conformer aux réalités et aux développements du secteur hospitalier actuel que de lui imposer un cadre de gouvernance et de fonctionnement contraignant. Le but est de doter les administrations concernées d'un cadre pragmatique et applicable d'autorisation des établissements et des services pour pallier rapidement aux lacunes actuelles. Toutefois, il faudra rester attentif à ce que les mécanismes d'autorisations, de contrôle et de pilotage soient appliqués dans la pratique afin que certaines dispositions ne restent pas lettre morte.

L'année 2016 a aussi été marquée par la détermination de l'enveloppe budgétaire globale 2017 – 2018 et la négociation des budgets afférents. Dans un contexte de prévisions budgétaires assez favorables, les taux arrêtés de 6,45% et 2,66% avec une dotation supplémentaire spécifique pour les urgences hospitalières sont supérieurs aux taux de 4% et 3% pour les années 2015 et 2016.

Il faut néanmoins considérer l'impact important pour 2017 et 2018 de l'évolution de la convention collective respectivement des frais de personnel sur les dépenses du secteur hospitalier. Cet impact comporte notamment une estimation de la transposition de la réforme de la fonction publique et de la revalorisation de certaines carrières professionnelles au niveau du secteur hospitalier et des accords salariaux de la fonction publique applicables aux années en question.





Les négociations en relation avec les budgets hospitaliers ont été très difficiles en raison des demandes formulées par les établissements hospitaliers et des contraintes précitées. Bien que des litiges aient pu être évités au cours des dernières négociations lors du premier trimestre 2017, il est probable que l'enveloppe budgétaire globale pour l'exercice 2017 ne puisse être respectée, en ce qui concerne l'impact réel des négociations de la convention collective de travail et les implications découlant des accords salariaux précités à prendre en compte.

Il n'appartient pas à la CNS de commenter l'engagement politique pris par le Gouvernement dans le cadre de l'accord bipartite conclu avec les syndicats en date du 28 novembre 2014, ni de s'immiscer dans les négociations au sujet des conventions collectives de travail du secteur hospitalier et du secteur de la dépendance. En tant qu'organisme gestionnaire des assurances maladie-maternité et dépendance, la CNS se doit pourtant d'évoquer les implications substantielles, directes et indirectes, à court et à long terme, sur les dépenses salariales dans tout le secteur hospitalier et dans

le secteur des aides et soins, voire aussi sur toutes les professions actives dans notre système de soins de santé ou dans d'autres secteurs assimilés. Pour la CNS le mécanisme de l'enveloppe budgétaire globale a certainement fait ses preuves, mais il possède aussi ses limites. Aussi, il a toujours été évoqué que ce mécanisme de pilotage devait être accompagné par une gouvernance déterminée du secteur hospitalier.

Au cours de l'année 2016, différentes dispositions avaient été arrêtées pour assurer le fonctionnement de la pédiatrie hospitalière, comprenant notamment une adaptation de la nomenclature médicale destinée à améliorer le financement des différents services pédiatriques regroupés au sein du Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) et la permanence des médecins pédiatres au sein des centres hospitaliers d'Esch/Alzette (CHEM) et d'Ettelbrück (CHdN), plus particulièrement en ce qui concerne les maternités y localisées. Ces mesures se sont avérées nécessaires suite à différentes réorganisations prévues au sein de la révision du plan hospitalier et avec une concentration de la pédiatrie hospitalière au CHL. La CNS fera au cours de

l'année 2017 une évaluation des changements effectués au 01.01.2016 pour voir s'ils ont effectivement atteint leur objectif respectivement pour déterminer si les fonds supplémentaires alloués ont été utilisés aux fins prévues. Dans le cadre de la révision de la planification hospitalière, il était notamment prévu de ne plus prévoir de services pédiatriques au CHEM et au CHdN. Néanmoins, suite à différentes pressions et réflexions, il a toutefois été retenu de les doter de «structures» ou «pôles» pédiatriques, avant que les discussions autour du projet de loi relatif aux établissements hospitaliers aient mené à la disposition que les quatre centres hospitaliers soient dotés de services pédiatriques.

La problématique de la surcharge des urgences hospitalières se pose depuis un certain temps et a été thématifiée à plusieurs reprises, notamment lors des réunions du Comité quadripartite. Une objectivation du débat avec un fact-finding adéquat représente une étape importante et indispensable avant de procéder à une adaptation des normes de personnel réservées aux urgences. Les mécanismes de négociation et de décision arrêtés au niveau du Code de la sécurité sociale et de la convention entre la CNS et la FHL, notamment en ce qui concerne les budgets hospitaliers et la gestion de l'enveloppe budgétaire globale, devront être respectés et mèneront certainement aux conclusions indiquées.

En général, la CNS ne croit pas que les dotations de soins soient le problème essentiel de cette thématique. Le niveau élevé des ETP alloués directement aux urgences ou en général aux établissements hospitaliers, leur situation financière saine et la flexibilité du mécanisme de budgétisation peuvent certainement permettre de trouver des solutions adéquates, respectivement de remédier à des problèmes ou lacunes objectivement constatés. La présence médicale dans les urgences représente certaine-

ment le défi majeur, notamment en ce qui concerne les médecins présents au service d'urgences et les spécialités médicales requises. En dehors des questions des ressources médicales et soignantes effectives, de nombreux aspects restent également à être clarifiés: la typologie des patients accueillis et les conditions d'accès, les aspects de gestion administrative et organisationnelle, la différenciation entre urgences et policlinique, la coordination avec les maisons médicales voire leur double emploi, etc.

Les ministres de la Santé et de la Sécurité sociale ont instauré un groupe de travail regroupant toutes les parties prenantes concernées et assistés de différents experts reconnus d'élaborer des propositions concrètes pour le deuxième semestre 2017.

D'autres sujets en relation avec le secteur hospitalier, dont certains sont plus amplement traités dans le présent rapport ont été:

- la mise en œuvre de la documentation hospitalière au niveau de la convention avec la FHL et la continuation des travaux en relation avec la comptabilité analytique des hôpitaux;
- la continuation de la réalisation de contrats d'objectifs et de moyens, notamment en ce qui concerne l'informatique et l'achat en commun;
- l'évolution de l'activité des laboratoires hospitaliers, pour lesquels les Hôpitaux Robert Schuman (HRS) et le CHEM ont opté pour un outsourcing des activités extrahospitalières;
- les équipements d'IRM dans les différents hôpitaux;
- l'évacuation de certains retards en matière de décomptes des budgets hospitaliers, pour lesquels il y a lieu de noter que les objectifs n'ont pas pu être atteints en raison de la prio-



rité à donner à l'EBG et aux budgets 2017 – 2018;

- les discussions au sujet des chambres à un lit, souvent qualifiés de lits de 1^{ière} classe, notamment dans le contexte des extensions des HRS et des nouvelles constructions du CHEM et du CHL;
- la détermination des objectifs et les modalités de prise en charge au niveau des budgets hospitaliers du Dossier patient informatisé (DPI); la demande afférente, surtout promue par le CHL et le CHEM, a été adaptée à tous les établissements hospitaliers et la CNS a mis l'accent plus particulièrement sur l'interopérabilité, le lien avec le DSP et la documentation hospitalière, ainsi que sur l'optimisation des processus et flux hospitaliers et la dématérialisation correspondante.

9. Documentation hospitalière

La documentation hospitalière apparaît encore et toujours comme déficiente et reste une des priorités absolues de notre 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 a toujours demandé à ce qu'un cadre d'application obligatoire de la documentation hospitalière 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. Dans le cadre d'une démarche de négociation parallèle avec les représentants de l'AMMD et de la FHL un accord commun a été trouvé au 2^e semestre 2016 portant sur la CIM–10 pour la documentation des diagnostics et de l'ICD–10 PCS apparentée pour la documentation des procédures. En dehors d'arguments d'ordre technique (lan-

gues, diffusion, acceptation par le corps médical, etc.), le choix de ces référentiels devrait permettre 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.).

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 médicale hospitalière, et deuxièmement une efficacité des coûts en pouvant comparer les structures des coûts entre hôpitaux et avec l'étranger, principalement la Belgique.

Les amendements des conventions avec les médecins et les établissements hospitaliers ont été signés en date du 7 juin 2016 (AMMD) et du 10 juin 2016 (FHL) et sont en principe applicables à partir du 1^{er} janvier 2017. Néanmoins les travaux préparatoires d'implémentation sont en cours d'être réalisés et portent sur la mise à disposition des référentiels de documentation aux hôpitaux et sur l'installation des outils correspondants à utiliser par les médecins au sein de leurs établissements hospitaliers. En parallèle la CNS a accordé à ces derniers les ressources nécessaires pour la constitution de leurs services de documentation de l'information médicale (DIM), qui jouent un rôle central dans la démarche de déploiement au sein des hôpitaux, dans l'assistance et l'accompagnement des médecins, dans la coordination et de la standardisation de la pratique de documentation.

10. 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 marché 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. En analysant les données de 2016, la CNS constate que la redistribution des parts de marché reste stable.

Depuis l'année d'introduction du sys-

tème de base de remboursement les dépenses par DDD (dose d'entretien moyenne supposée, par jour, pour un médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte) ont diminué de 28% se traduisant par une baisse en valeur absolue de 2,0 Mio€ sur les dépenses totales de ces deux groupes. Il n'est actuellement pas prévu d'élargir le dispositif de la base de remboursement à d'autres classes de médicaments.

L'évolution du coût de médicaments à délivrance exclusivement hospitalière a connu une croissance substantielle au cours des 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.

En vue de mieux contrôler l'évolution de ces dépenses, il est prévu que la prise en charge des médicaments à délivrance exclusivement hospitalière soit soumise



au contrôle de l'assurance maladie-maternité via leur inscription dans la liste positive des médicaments pris en charge par la CNS.

La loi budgétaire pour l'exercice 2016 avait introduit une disposition pour inscrire ce type de médicaments dans la liste positive. Une modification réglementaire a été proposée dans ce cadre en 2016. L'avis du Conseil d'État était disponible en avril 2017.

11. 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, et 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.

Ainsi, une 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, Patientenvertriebung, ...).

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 déviations 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. À 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. par rapport 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. À 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.

Au cours de l'année 2016 le service LAF a réceptionné et enregistré 550 dossiers. Ces dossiers proviennent majoritairement de sources internes, notamment du département assurés (virement et agences). Les autres dossiers proviennent d'autres départements de la CNS, du Contrôle médical de la sécurité sociale, du Collège médical et d'autres sources externes.

En dehors du suivi des 91 dossiers réceptionnés et traités au cours du dernier trimestre 2015, date de début de l'activité du service LAF, l'instruction a pu être commencée pour 213 dossiers, que ce soit par une demande de prise de position ou une demande de statistiques.

Les actions entreprises en 2016 sont les suivantes :

- Lettres d'avertissements aux prestataires: 49
- Saisines de la Commission de surveillance: 16
- Plaintes au pénal: 13

En ce qui concerne les plaintes pénales déposées sur base des dossiers réceptionnés en 2016, elles concernaient notamment :

- falsification de mémoires d'honoraires et d'acquit;
- falsification d'ordonnances et usurpation d'identité;
- falsification de fiches de salaire et de preuves de paiement;
- usurpation d'identité;

- exercice illégal de la profession de médecin-dentiste;
- mise en compte de transports en ambulance alors que le transport a été effectué en taxi;
- exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute.

Pierre angulaire de la lutte contre les comportements fautifs et les abus des prestataires, la Commission de surveillance, prévue aux articles 72 et suivants du Code de la sécurité sociale, a dû faire face au nombre croissant d'affaires déposées auprès d'elle. Dans ce contexte le Ministère de la sécurité sociale a décidé d'attribuer plus de ressources à la gestion des dossiers de la Commission de surveillance.

Entre le 1^{er} octobre 2015 et le 31 décembre 2016, 35 affaires ont été déposées devant la Commission de surveillance. Dans 5 affaires la Commission de surveillance a décidé un renvoi au Conseil arbitral; dans 5 affaires la CNS a signé avec le prestataire une transaction; 25 affaires sont encore en suspens.

Pour l'année 2017, les priorités portent notamment sur une détection systématique et un suivi méthodique et conséquent de comportements de facturation anormaux et potentiellement abusifs ou frauduleux, notamment en ce qui concerne la tarification par analogie et l'application ou l'inapplication des règles de cumul ou de réduction, ou encore les assistances opératoires et les prestations à caractère esthétique.

12. L'assurance dépendance

Au cours de l'année 2016, la CNS continuait à être impliquée dans l'élaboration du projet de loi en relation avec la réforme de l'assurance dépendance. Son implication consistait essentiellement à fournir des statistiques concernant



l'évolution de la situation financière de l'assurance dépendance, à effectuer des projections financières ainsi que des études de faisabilité technique des mesures envisagées, à participer à l'élaboration de différentes dispositions du texte du projet de loi et de certains règlements grand-ducaux prévus et également à présenter diverses analyses demandées par son Comité directeur.

Le projet de loi N°7014 a été déposé à la Chambre des députés le 8 juillet 2016, et considérant la procédure législative, l'entrée en vigueur a été portée au 1^{er} janvier 2018.

Au cours du 2^e semestre, les négociations des 4 valeurs monétaires ont eu lieu suivant les dispositions normales du Code de la sécurité sociale. Sachant que les diverses mesures d'économie sont venues à terme, aucune intervention au niveau de la loi budgétaire n'a été nécessaire. À l'exception d'une adaptation plus structurelle au niveau des centres semi-stationnaires, l'évolution des valeurs monétaires arrêtées avec la COPAS est toutefois restée modérée, illustrant que les mesures prises depuis 2010 étaient, somme toute, bien ciblées.

Suite aux mesures dites «budget nouvelle génération» se traduisant dans le secteur de l'assurance dépendance par l'application de standards de détermination plus efficaces par la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO), la CNS a contribué à l'élaboration d'un mécanisme de compensation qui vise à atténuer l'effet des mesures précitées et qui devrait, le cas échéant aussi trouver son application dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme. La loi budgétaire pour l'exercice 2017 a créé la base juridique pour la mise en œuvre de ce mécanisme, dont les dépenses sont à charge du budget de l'État. La CNS, quant à elle, a arrêté les dispositions conventionnelles avec la COPAS, définissant la méthodologie de calcul. Ainsi afin de pouvoir bénéficier de ce



mécanisme de compensation un prestataire doit présenter un niveau de facturation 2015 inférieur à celui de 2014 corrigé de l'évolution de la clientèle. En 2016, 20 établissements à séjour continu, 7 réseaux d'aides et de soins, 11 établissements à séjour intermittent et 21 centres semi-stationnaires ont été identifiés comme étant éligibles au mécanisme pour un montant compensatoire total d'approximativement EUR 10 mio. Néanmoins les prestataires pouvant facturer une intervention dans un délai de 2 ans suivant la date de la prestation, un contrôle ex-post du niveau de facturation pour l'année 2015 sera effectué début 2018. Ce contrôle pourra potentiellement affecter le nombre de bénéficiaires ainsi que le montant de la compensation versée dans le cas où une facturation complémentaire pour 2015 viendrait diminuer l'écart par rapport au niveau de facturation constaté en 2014.

À noter encore que la CNS a également été continuellement saisie en relation avec la transposition de la réforme de la fonction publique aux accords salariaux applicables dans le secteur de l'assurance dépendance. Ce dossier fait tou-

jours l'objet de négociations intenses au niveau de la convention collective de travail du secteur dit «SAS» (social et aides et soins) et aura dans le futur un impact certain sur les valeurs monétaires et ainsi sur le budget de l'assurance dépendance.

13. Agence eSanté

Au cours de l'année 2016, les travaux de l'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 essentiellement concentrés sur:

- Sa contribution aux travaux d'élaboration du règlement grand-ducal devant apporter la généralisation du déploiement du DSP (Dossier de soins partagé) au niveau du Grand-Duché, tel que prévu à l'article 60 quater du Code de la sécurité sociale. À l'heure actuelle, le projet de règlement grand-ducal n'est pas finalisé et n'a malheureusement pas encore pu suivre son chemin institutionnel. Tout retard pris dans la publication de ce document-clé, risque d'entraîner un décalage de la mise en œuvre du déploiement généralisé du DSP pour les assurés, tel que prévu par le plan stratégique de l'Agence.
- La mise en production, dès juillet 2016, de l'application relative au nouveau dispositif du «Médecin référent» («MRO3»), découlant de la signature de la nouvelle convention MR entre l'AMMD et la CNS, le nombre de documents introduits par des professionnels de santé dans les DSP, à l'instar du résumé patient, est ainsi passé de près de 200 documents en janvier 2016 à plus de 9.500 documents fin novembre 2016. Le nombre de DSP est passé 22.000 unités fin 2016 à quelques

23.700 unités représentant 4,13 % de la population résidente. Si au début de l'année 2016, seulement 3 éditeurs de logiciels de cabinet de ville étaient déclarés conformes aux prérequis de sécurité pour la connexion à la Plateforme eSanté, fin de l'année 2016, on en comptait 6, représentant plus de 87% de parts de marché des logiciels de cabinet de ville;

- La continuation du lancement, à côté du dispositif «MRO3» dont question ci-dessus, du dispositif «patient volontaire», c'est-à-dire l'extension du dispositif à toute personne souhaitant ouvrir un DSP sur base volontaire et dont les conditions et critères d'ouverture ont été préalablement encadrés par un accord avec la CNPD et le Conseil de Gérance de l'Agence eSanté.

En outre, l'année 2016 a été marquée pour l'Agence eSanté par les événements importants suivants:

- La signature du deuxième Contrat d'objectifs et de moyens (COM II) pour la période allant de 2016 à 2018, définissant les objectifs de l'Agence à atteindre au terme de l'expiration dudit contrat, ainsi que les moyens financiers mis à sa disposition durant ladite période;
- L'élaboration et la publication du deuxième Schéma Directeur des Systèmes d'Information de santé (SDSI) pour la période de 2016 à 2018, suite à la venue à expiration du premier SDSI;
- L'obtention de la certification d'accréditation internationale ISO 27001 par l'Agence eSanté pour ce qui est des politiques et procédures mises en place en matière de sécurité des systèmes d'information qui ensuite a également aboutie à l'obtention du Prix luxembourgeois de la Qualité et de l'Excellence (PLQE) attribué par le





Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé

Mouvement de la Qualité et de l'Excellence;

- L'obtention de la certification pour accomplir des audits «HIMSS», permettant à l'Agence eSanté d'évaluer dorénavant la maturité des systèmes d'information mis en place par ses partenaires, dont notamment des structures hospitalières;
- La création et le pilotage actif d'un groupe de travail en charge de la modernisation du réseau Healthnet devant produire un cahier des charges détaillant avec précision, les nécessaires évolutions technologiques devant intervenir au réseau Healthnet, tant en termes de vitesse, de fiabilité que de sécurité;
- Une collaboration dans le domaine de l'oncologie, et plus spécifiquement pour ce qui est de l'application informatique permettant d'organiser des réunions de concertation pluridisciplinaire dans le domaine de l'oncologie au travers de l'application informatique IdeoRCP, à laquelle viendra s'ajouter également la solution d'intelligence artificielle, dénommée «Watson for oncology» de la société IBM et pour laquelle l'Agence s'est vu décerner ensemble avec ces partenaires, l'Institut National du Cancer et la société IBM, le prix du «Advanced Healthcare Solutions 2016»;
- La confirmation de participation à trois projets européens d'envergure, à savoir:
 - Connecting Europe Facility (CEF), couvrant tous les projets d'infrastructure numérique pour les

services de santé en ligne, afin de disposer à terme, d'une infrastructure uniforme facilitant de fait, l'échange d'information entre pays européens.

- Trillium Bridge II, reprenant les principes de base du projet CEF ci-dessus listé, mais au niveau international, dont notamment avec les États-Unis d'Amérique;
- EURO-CAS (EU eHealth Interoperability Conformity Assessment Scheme) consistant à développer, puis à maintenir des processus de test vérifiant l'interopérabilité de solutions informatiques vis-à-vis des standards et des profils, tels que définis par la Commission européenne.

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 2016, 18 personnes, avec notamment le recrutement d'un Directeur général adjoint.

La rétrospective des activités 2016 de l'Agence eSanté étant sommairement effectuée, les priorités fixées pour l'année 2017 sont les suivantes:

- Le déploiement généralisé du DSP à toutes les personnes protégées par la Sécurité sociale luxembourgeoise ou bénéficiant, respectivement ayant bénéficié de soins sur le territoire national, suite à l'entrée en vigueur du RGD devant apporter la généralisation du déploiement du DSP



- L'amélioration de fonctionnalités existantes et création de nouvelles fonctionnalités de services eSanté, à l'instar du:
 - Carnet électronique radiologique;
 - Carnet électronique de vaccination;
 - Système national de gestion des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP);
 - Définition du contenu structuré et standardisé du dossier patient en cancérologie;
 - L'implémentation d'une application de pseudonymisation des identités de patients.
- La poursuite des travaux relatifs au développement et à l'extension des échanges transfrontaliers.

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 CCSS (Centre commun de la sécurité sociale) et surtout une synergie entre les projets de la CNS prévus dans son approche eCNS et les projets réalisés par l'Agence. 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 CCSS 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.

14. Programmes de médecine préventive

Au cours de l'année 2016, la convention conclue entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé portant institution d'un programme de vaccination de certaines personnes à risque contre la grippe, a été renégociée. Les modifications majeures visaient d'étendre la population cible aux femmes enceintes et de redéfinir la répartition des charges du Ministère de la Santé.

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 le programme de prévention en relation avec le cancer colorectal a été mis en oeuvre (cf. ci-après)

15. Le Plan National Cancer

En 2016, 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.



La convention de prévention correspondante a pu être adoptée le 16.03.2016.

Le programme s'est traduit par l'inscription de nouveaux tarifs spécifiques dans la nomenclature des actes et services des médecins avec une prise d'effet au 1^{er} novembre 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 et le modèle de financement.

16. Sécurité de l'information – Protection des données

La CNS a formalisé sa politique et ses procédures en matière de sécurité de l'information. Avec le support d'un consultant, la méthodologie adoptée se base sur la norme internationale ISO 27799 «Gestion de la sécurité de l'information relative à la santé en utilisant l'ISO /CEI 27002». En effet, un établissement tel que la CNS utilisant, afin de remplir ses missions légales, quotidiennement de multiples données sous toutes les formes de support et majoritairement moyennant des applications informatiques se doit de traiter lesdites données selon le cadre normatif applicable. Lesdits travaux menés vont servir à la CNS de se conformer aux nouvelles exigences du Règlement européen n°2016/679 du

Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données qui entrera en vigueur fin mai 2018.

La CNS a procédé en août 2015 au recrutement d'un responsable de la protection des données. En 2016, le Président de la CNS a désigné le responsable de la protection des données comme chargé de la protection des données conformément à la loi du 2 août 2002 relative à la protection des données. La CNPD a confirmé son agrément et sa fonction est devenue effective à partir du 1^{er} octobre 2016.

La politique de la sécurité de l'information a pour objectif d'affirmer l'engagement de la CNS de s'acquitter de ses obligations à l'égard de la sécurité de l'information aussi bien en interne qu'à l'externe, de sorte à :

- assurer la conformité par rapport aux lois et à la réglementation applicables;



- assurer la confidentialité, l'intégrité, la disponibilité et la traçabilité de l'information;
 - confidentialité: le fait qu'une information ne soit pas accessible à une personne ou à une entité non autorisée;
 - intégrité: le fait qu'une information ne soit pas modifiée ou détruite de façon non autorisée ou accidentelle;
 - disponibilité: le fait qu'une information soit accessible au besoin;
 - traçabilité: le fait que toute consultation, modification ou destruction d'une information puisse être retracée (ex: logs).
- identifier, réduire et contrôler les risques pouvant porter atteinte aux informations;
- assurer le respect de la vie privée des personnes, notamment, la confidentialité des données à caractère nominatif relatives aux assurés, aux prestataires, à son personnel et à toute partie prenante provenant d'autres institutions, du secteur ou des relations d'affaires possibles;
- respecter les principes directeurs: le secret professionnel et la finalité professionnelle;
- atteindre le degré requis de sécurité de l'information par une compréhension commune et l'engagement de tous les intervenants de la CNS;
- diminuer les zones d'incertitude à travers l'adoption d'un catalogue de règles adapté aux besoins spécifiques de la CNS;
- renforcer la responsabilité collective et individuelle en construisant au sein de la CNS une culture de la sécurité de l'information;
 - la culture de la sécurité de l'information: les attitudes et valeurs véhiculées auprès de tous les intervenants de sorte à mettre en place progressivement un véritable état d'esprit commun autour de la matière. Ladite culture vise à ce que chaque intervenant contribue activement à l'assimilation et à l'amélioration continue de la sécurité de l'information en partageant et en faisant évoluer la politique et les règles dans un but de renforcer et construire plus en avant ladite culture.

II. La planification stratégique – la gestion par objectifs

Pendant l'année 2016, les évolutions annoncées en 2015 ont été mises en œuvre.

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

1. l'entrée en vigueur de la réforme de la fonction publique au 1^{er} octobre 2015
2. le dépôt du projet de loi N° 7004 modifiant le Code de la sécurité sociale et ayant trait entre autres à la gouvernance des institutions de sécurité sociale (ISS) en juin 2016.

■ L'impact du nouveau cadre légal

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

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

La première période de référence s'étale du 1^{er} octobre 2015 au 31 décembre 2018. Le projet de loi N° 7004 prévoit quant à lui, en vue d'une amélioration continue de la gouvernance des ISS, l'établissement d'une planification triennale définissant les objectifs stratégiques à atteindre. Il est entendu que la planification stratégique s'étalant sur une période de trois années est harmonisée avec la période de référence du programme de travail et qu'un seul document, à savoir le programme de travail, peut répondre à l'exigence d'établir une planification triennale.

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

Mi 2016, le point sur la planification a encore été fait avec l'instrument élaboré dès 2012 tout en débutant le processus de convergence de la planification pluriannuelle vers la planification stratégique et la gestion par objectifs en été 2016.

En s'appuyant sur la démarche débutée dès 2012 en matière de planification et sur le modèle mis à disposition par l'IGSS, la CNS a, pour la première fois, intégré son instrument de planification dans le cadre du programme de travail.

Le programme de travail a été établi sur le fondement des 13 programmes de travail établis par les chefs de départements qui ont rassemblé pour la période de référence visée aussi bien les activités opérationnelles que les activités stratégiques. Le programme de travail de la CNS rassemble l'ensemble des activités stratégiques des départements et a tenté de les présenter en tenant compte des 7 axes stratégiques définis et du caractère



transversal des différentes activités menées dont l'exécution impacte majoritairement plusieurs départements de la CNS et même d'autres institutions.

Le programme de travail modèle présente 7 axes stratégiques, à savoir

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

Ces axes stratégiques reprennent en partie les axes stratégiques définis par la CNS dès 2012. Afin de suivre le programme de travail modèle, la CNS a adopté ladite division tout en intégrant dans lesdites divisions les différents objectifs stratégiques qui ont été définis par la CNS fin 2015.

Le Comité directeur a approuvé, début 2017, le programme de travail de la CNS pour la première période de référence.

En même temps, l'adaptation de l'organigramme de la CNS, les descriptions de poste et l'établissement des premiers plans de travail individuels ont débuté.

■ Le point sur la planification

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 2016, la documentation des processus 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 même temps, l'objectif de « Refondre et harmoniser les processus d'autorisation et de facturation » a été débuté et les préparatifs tendant à ancrer dans l'organisation interne un service chargé de la gestion et de l'analyse des processus ont débuté. En 2017, le recours à des ressources externes sera clôturé et la démarche de la documentation sera définitivement intégrée dans les activités opérationnelles de la CNS.

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 2016» de ce rapport, à plusieurs reprises, il est fait état des avancées techniques concrétisées dans le cadre des différents dossiers qui ont progressé en 2016.

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.

Les travaux sur la chaîne de facturation des laboratoires ont été achevés en grande partie.

Le projet de structuration des chaînes de facturation, le référentiel, c.-à-d. le cadre qui permet la traçabilité entre le cadre juridique, statutaire et conventionnel, le cahier des charges standard relatif à une chaîne de facturation, la conception technique de définition d'une chaîne ainsi que la bibliothèque des modules techniques, a été construit.

Les chaînes de facturation et d'autorisation des kinésithérapeutes ont été complètement mises à neuf en s'appuyant sur ce référentiel et la méthode associée.

En 2017, les travaux relatifs à la chaîne de facturation des médecins vont débiter. Il s'agit de la chaîne de loin la plus complexe à traiter. Les travaux vont certainement se poursuivre pendant au moins deux années.

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

La CNS a décidé d'accompagner la mise en œuvre de la réforme de la fonction publique par l'initiative «Zesummen Eng CNS – Notre façon de travailler ensemble» qui a vu le jour fin 2015 et s'adresse à tous ses collaborateurs.

Pendant l'année 2016, de nombreux ateliers ont été tenus avec le management afin de développer et partager une référence commune autour des mots-clés «Responsabilité – Engagement – Communication – Qualité – Service». Ensuite différents groupes d'amélioration ont été proposés. Les thèmes abordés étaient de l'ordre de plans d'actions et priorités, description de postes/référentiel de compétences. En procédant à une analyse et à une priorisation des différents thèmes abordés, le département des ressources humaines et organisation va continuer à proposer des actions concrètes autour de la façon de travailler ensemble et de la formation correspondante. Parallèlement la démarche de la description de poste se poursuit, de même que l'établissement de profils de compétences, de plans de travail ainsi que le processus des entretiens individuels.



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 2016 en relation avec ces objectifs stratégiques, il est plus précis de se référer à la section des «Éléments marquants de 2016» qui présentent les différents dossiers y rattachés tels qu'ils ont progressé en 2016 et avec les perspectives envisagées pour 2017.

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

Dans le souci d'optimiser et de faciliter l'accès aux services offerts à ses assurés, la CNS, le CCSS et le CTIE, ont travaillé ensemble afin de mettre en place des démarches administratives en ligne à travers Myguichet, la plateforme interactive de Guichet.lu, le portail en ligne des démarches administratives de l'État luxembourgeois. Ainsi, l'assuré pourra réaliser

en ligne certaines démarches auprès de la CNS et des caisses du secteur public. Le lancement officiel de ces assistants MyGuichet est prévu pour la fin d'année 2017.

Depuis 5 ans, la CNS met en place une nouvelle politique de gestion et de modernisation de son patrimoine immobilier. Cette politique va de pair avec la rénovation de ses agences à travers le pays afin de pouvoir offrir un accueil adapté et moderne aux assurés.

Pendant l'année 2016, les agences à Echternach, Rumelange et au boulevard Royal à Luxembourg-Ville ont été refaites. Ces deux agences s'ajoutent à celles d'Ettelbruck, de Dudelange, de Grevenmacher et de Rédange, lesquelles ont déjà été rénovées entre 2014 et 2015. Parallèlement deux nouveaux locaux actuellement en construction ont été achetés à Esch-sur-Alzette et à Mondorf pour relocaliser les agences actuelles d'Esch-sur-Alzette et de Remich. Le transert de l'agence actuellement située à Clervaux vers Marnach est également en préparation.

Depuis janvier 2017, la CNS est présente sur internet avec un nouveau site beaucoup plus convivial et rapide que l'ancien site, qui a été construit en fonction des situations de vie dans lesquelles l'assuré peut se trouver et qui rassemble sur des pages thématiques toutes les informations utiles.

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

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 2016, la volonté de la CNS d'analyser et de comprendre son environnement, pour anticiper son comportement et ré-

pondre au mieux aux besoins de la collectivité l'a amené à développer le volet des analyses statistiques et financières. La finalité de cette démarche est de donner des informations objectives sur des sujets spécifiques, en complétant l'analyse économique traditionnelle - qui s'intéresse aux montants par grandes catégories de prestation et au nombre de personnes protégées - avec une étude approfondie qui peut descendre au niveau des actes et des patients.

D'autre part, l'année 2016 a aussi été marquée par le développement d'un modèle plus explicatif et analytique de projection des honoraires médicaux, visant notamment à simuler plus spécifiquement divers scénarii de dépenses et à séparer clairement l'impact des différents paramètres influant sur leur évolution.

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

En 2016, le service Lutte contre les abus et la fraude, mis en place fin 2015, a pu débiter ces travaux. Pour plus de précisions à ce sujet, il est renvoyé à la section dédiée des « Éléments marquants de 2016 ».

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 2016 en relation avec ces objectifs stratégiques, il est plus précis de se référer à la section des « Éléments marquants de 2016 » qui présentent les différents dossiers y rattachés.

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

Ces différents objectifs stratégiques ont été abordés plus haut ou dans la section des « Éléments marquants 2016 ».





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

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
PE Maladie	479.958	509.096	541.725	577.891	556.898	606.287	627.681
PE Accident	43.469	44.651	44.054	43.606	41.389	44.268	41.479
PE Maternité							
nombre de certificats congé de maternité proprement dit	6.103	5.938	6.295	6.615	6.662	6.741	6.555



Nombres de certificats d'incapacité de travail

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
nombre de certificats dispense	2.406	2.358	2.522	2.628	2.649	2.728	2.778
transferts de poste de travail de nuit	29	27	35	22	30	31	3
PE Accueil	45	26	23	25	29	21	21
PE Congé pour raisons familiales	26.001	31.153	33.560	36.562	37.687	42.342	48.916
PE Congé accompagnement fin de vie	164	230	267	318	350	380	418

Déclarations tardives (en application de l'article 172 des statuts CNS)

	2012	2013	2014	2015	2016
Envoi informations					
Janvier	951	964	839	785	794
Février	969	870	724	919	1.038
Mars	900	1.190	990	1.137	1.163
Avril	1.361	1.192	788	1.282	1.263
Mai	1.544	775	579	817	922
Juin	948	807	564	847	666
Juillet	892	709	440	750	787
Août	774	695	860	665	806
Septembre	750	1.407	764	767	773
Octobre	819	623	603	792	785
Novembre	921	598	743	923	953
Décembre	825	786	760	970	1.034
Total	11.654	10.616	8.654	10.654	10.984
Demandes de motivation					
Janvier	69	162	113	123	138
Février	83	132	80	137	177



Déclarations tardives (en application de l'article 172 des statuts CNS)

	2012	2013	2014	2015	2016
Mars	87	125	119	158	204
Avril	190	154	85	162	183
Mai	277	108	73	148	141
Juin	138	120	91	151	128
Juillet	143	81	43	154	187
Août	112	96	132	101	162
Septembre	131	90	105	123	162
Octobre	171	100	76	133	152
Novembre	160	86	103	169	163
Décembre	160	101	119	175	174
Total	1.721	1.355	1.139	1.734	1.971

Prises de position acceptées

Janvier	157	142	107	109	92
Février	94	158	80	49	110
Mars	96	127	128	224	156
Avril	164	155	106	216	135
Mai	181	89	76	77	93
Juin	164	93	38	57	128
Juillet	182	110	98	56	190
Août	138	103	102	86	132
Septembre	98	98	72	28	137
Octobre	128	101	100	52	206
Novembre	146	84	56	39	136
Décembre	86	94	65	87	83
Total	1.634	1.354	1.028	1.080	1.598

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

Total déclarations rétroactives

	2014	2015	2016
Janvier	288	343	267
Février	225	312	279
Mars	269	488	287
Avril	270	360	356
Mai	231	261	283
Juin	243	274	248
Juillet	254	289	247
Août	236	223	272
Septembre	227	237	250
Octobre	269	237	295
Novembre	196	259	341
Décembre	254	233	285
Total	2.962	3.516	3.410

Mainlevées d'office 2016

	Total	Hospitali- sation	Duplicatas/ rectificatifs	ITT 1-2 jours	Couverture par ITT précédente	Divers
Janvier	257	128	33	32	49	15
Février	273	122	43	38	45	25
Mars	283	156	34	31	48	14
Avril	367	158	54	57	83	15
Mai	288	139	42	32	54	21
Juin	244	128	38	25	36	17
Juillet	254	126	33	32	49	14
Août	277	134	51	24	40	28
Septembre	254	133	38	31	35	17
Octobre	301	150	50	32	47	22
Novembre	338	170	55	43	50	20
Décembre	174	98	33	22	18	3
Total	3.310	1.642	504	399	554	211



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

Mainlevées suite aux explications 2016

	Total	Hospitalisation	Duplicata/erreurs médecin	ITT manquante	Divers
Janvier	6	1	2	0	3
Février	4	0	2	0	2
Mars	7	0	5	1	1
Avril	3	0	1	0	2
Mai	1	0	1	0	0
Juin	3	1	0	0	2
Juillet	2	0	1	0	1
Août	0	0	0	0	0
Septembre	3	0	0	0	3
Octobre	1	0	0	0	1
Novembre	1	0	0	0	1
Décembre	0	0	0	0	0
Total	31	2	12	1	16

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

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Janvier	84	22	32	279	177	243
Février	75	16	81	229	128	204
Mars	64	17	147	175	215	228
Avril	38	11	168	151	229	291
Mai	34	9	202	139	193	387
Juin	21	19	259	117	226	349
Juillet	32	10	243	159	257	262
Août	18	11	167	116	184	275



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

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Septembre	23	11	173	200	347	269
Octobre	12	7	174	192	254	273
Novembre	12	16	212	195	211	281
Décembre	17	13	201	181	251	238
Total	430	162	2.059	2.133	2.672	3.300

Nombre de convocations au CMSS (par département CNS/PE)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Janvier	1.481	1.282	1.103	1.588	1.365	1.954
Février	1.213	1.014	1.059	1.388	1.325	2.115
Mars	1.523	1.242	1.333	1.383	1.670	2.063
Avril	1.269	877	1.324	1.275	1.517	2.141
Mai	1.453	717	1.354	1.381	1.411	2.137
Juin	1.121	963	1.371	1.242	1.808	2.504
Juillet	1.064	912	1.457	1.575	1.798	2.358
Août	954	678	1.091	847	1.530	1.938
Septembre	1.105	749	1.220	1.535	1.650	2.206
Octobre	1.280	1.100	1.583	1.450	1.897	2.329
Novembre	1.313	1.106	1.473	1.440	1.847	2.549
Décembre	1.090	953	1.175	1.270	1.986	2.502
Total	14.866	11.593	15.543	16.374	19.804	26.796

Finances - 1^{ère} partie (en €)

	2010 n.i. 711,07	2011 n.i. 724,34	2012 n.i. 742,44	2013 n.i. 760,99
PE Maladie				
coût financier (sans période d'essai)	82.948.312,89	97.260.327,84	112.792.726,31	117.913.557,98
coût financier (avec période d'essai)	89.843.824,46	105.502.687,84	121.286.644,20	126.041.793,07
dont période d'essai	685.511,57	8.242.360,00	8.493.917,89	8.128.235,09



Finances - 1^{ère} partie (en €)

	2010 n.i. 711,07	2011 n.i. 724,34	2012 n.i. 742,44	2013 n.i. 760,99
PE Accident				
coût financier	7.640.659,57	8.877.741,96	non disponible	non disponible
PE Maternité				
coût financier	101.791.170,86	98.946.114,40	106.540.961,26	112.191.993,71
PE Accueil				
coût financier	329.008,80	229.821,99	193.075,74	264.029,65
PE Congé raisons familiales				
coût financier	5.895.152,22	7.254.690,00	7.581.086,27	8.712.847,70
PE Congé accomp. fin de vie				
coût financier	65.340,04	82.840,79	99.063,80	148.153,11

Finances - 2^{ème} partie (en €)

	2014	2015	2016
PE Maladie			
coût financier (sans période d'essai)	117.975.593,38	121.590.776,53	115.692.473,94
coût financier (avec période d'essai)	126.752.509,69	131.275.304,93	126.901.334,39
dont période d'essai	8.776.916,31	9.684.528,40	11.208.860,45
PE Accident			
coût financier	non disponible	non disponible	non disponible
PE Maternité			
coût financier	117.150.577,98	119.078.562,24	116.945.921,01
PE Accueil			
coût financier	245.100,80	194.086,28	161.752,48
PE Congé raisons familiales			
coût financier	9.239.403,96	9.997.907,95	11.182.534,49
PE Congé accomp. fin de vie			
coût financier	152.584,56	187.679,94	195.388,18

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 (article 162 des statuts de la CNS);
- 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

	2013	2014	2015	2016
Factures saisies manuellement par le service Virements	2.816.245	2.885.259	2.992.487	2.960.347
– dont article 162 statuts CNS (assistance exceptionnelle)	2.354	420	206	260
– dont Tiers payant social (article 24 CSS)	10.207	17.136	24.819	25.212
– dont Virement international (prestations à l'étranger)	121.947	117.686	123.669	136.189
Saisie-Virements des agences	952.613	952.426	883.153	944.923
Saisie-Virements agences + Service Virements	3.768.858	3.882.741	3.920.942	3.905.270
Lettres d'information aux assurés	128.720	140.254	150.849	186.386

Saisie Virements - Nombre de factures saisies (exercice 2016) - 1^{ère} partie

données suivant date de liquidation (et non date de prestation)

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet
Bettembourg	4.262	5.505	5.738	5.378	3.806	4.969	5.748
Clervaux	4.267	4.757	4.509	4.317	4.427	5.072	4.566
Diekirch	5.256	5.356	5.445	4.788	5.035	5.335	5.436
Differdange	13.123	11.834	11.854	13.287	8.186	10.250	9.299
Dudelange	6.131	877	574	3.052	1.793	3.264	1.804
Echternach	5.184	4.748	5.110	4.870	4.892	3.344	3.434
Esch / Centre	4.911	4.711	4.249	5.272	4.934	5.092	4.355
Ettelbruck	7.175	6.878	7.738	6.835	7.050	5.063	5.853
Grevenmacher	1.330	3.430	3.114	3.700	3.550	3.692	3.884
Hollerich	4.264	4.491	4.707	4.155	4.144	4.125	4.604
Ville	4.838	4.931	5.465	5.056	4.328	3.937	4.672



Saisie Virements - Nombre de factures saisies (exercice 2016) - 1^{ère} partie

données suivant date de liquidation (et non date de prestation)

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet
Mersch	6.365	6.299	7.028	6.224	6.500	7.056	6.965
Redange	4.307	4.091	5.058	4.554	4.228	5.039	5.257
Remich	4.272	4.429	3.313	4.390	2.699	3.422	3.388
Rumelange	4.573	4.521	3.318	4.279	3.418	5.013	4.417
Wiltz	3.628	1.813	3.773	3.687	3.581	4.021	3.826
Total Agences	83.886	78.671	80.993	83.844	72.571	78.694	77.508
Service Virements	263.973	239.597	251.890	257.635	166.973	291.995	309.024

Saisie Virements - Nombre de factures saisies (exercice 2016) - 2^{ème} partie

données suivant date de liquidation (et non date de prestation)

	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 2016
Bettembourg	3.639	3.621	5.300	5.877	4.803	58.646
Clervaux	3.278	3.280	4.097	5.665	4.485	52.720
Diekirch	3.399	4.713	5.695	5.742	5.327	61.527
Differdange	9.286	9.764	13.890	15.108	10.108	135.989
Dudelange	3.077	948	864	2.532	1.370	26.286
Echternach	3.034	4.634	5.343	5.699	5.023	55.315
Esch / Centre	4.725	4.908	5.260	7.023	4.311	59.751
Ettelbruck	4.995	4.385	6.585	7.645	7.236	77.438
Grevenmacher	2.772	2.310	4.041	4.915	4.284	41.022
Hollerich	3.404	3.732	4.241	4.666	4.231	50.764
Ville	2.496	3.418	4.382	4.374	4.387	52.284
Mersch	4.761	5.958	7.293	7.585	7.297	79.331
Redange	3.502	4.218	5.649	5.770	4.971	56.644



Saisie Virements - Nombre de factures saisies (exercice 2016) - 2^{ème} partie

données suivant date de liquidation (et non date de prestation)

	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 2016
Remich	2.590	2.179	4.492	4.909	4.487	44.570
Rumelange	2.924	3.298	4.778	5.060	3.892	49.491
Wiltz	2.951	3.659	3.458	4.281	4.145	42.823
Total Agences	60.833	65.025	85.368	96.851	80.357	944.601
Service Virements	223.306	254.733	263.437	275.667	243.850	3.042.080

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 des Agences (exercice 2016) - 1^{ère} partie

données suivant date de liquidation (et non date de prestation)

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet
Bettembourg	1.009	1.079	1.284	1.047	1.114	1.302	1.329
Clervaux	1.384	1.299	1.662	1.230	1.312	1.520	1.441
Diekirch	2.988	2.760	3.188	2.810	2.723	3.040	3.056
Differdange	8.174	8.400	9.805	8.476	8.191	9.280	9.033
Dudelange	3.256	3.516	3.810	3.358	3.117	3.977	3.740
Echternach	1.350	1.338	1.645	1.281	1.418	1.551	1.672
Esch / Centre	8.276	8.427	9.630	8.744	8.522	10.084	9.395
Ettelbruck	2.880	3.042	3.190	3.038	3.012	3.417	3.357
Grevenmacher	797	1.503	1.871	1.696	1.517	1.772	1.658
Hollerich	9.851	10.399	11.675	9.630	10.263	11.604	11.509
Ville	3.032	3.196	3.887	3.099	3.747	3.795	3.226
Mersch	2.567	2.665	3.021	2.436	2.454	3.020	2.996
Redange	1.237	1.464	1.753	1.402	1.571	1.491	1.689
Remich	1.576	1.533	1.720	1.598	1.897	1.778	1.900



Saisie Comptant des Agences (exercice 2016) - 1^{ère} partie

données suivant date de liquidation (et non date de prestation)

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet
Rumelange	1.925	1.873	2.419	2.075	1.947	2.289	2.331
Wiltz	1.926	2.059	2.376	2.082	2.365	2.401	2.291
Total comptant	52.228	54.553	62.936	54.002	55.170	62.321	60.623
Virements par mois	83.886	78.671	80.993	83.844	72.571	78.694	77.508
Total général	136.114	133.224	143.929	137.846	127.741	141.015	138.131

Saisie Comptant des Agences (exercice 2016) - 2^{ème} partie

données suivant date de liquidation (et non date de prestation)

	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 2016
Bettembourg	770	846	1.278	1.026	1.033	13.117
Clervaux	921	1.110	1.599	1.442	1.336	16.256
Diekirch	1.801	2.504	3.054	2.859	2.751	33.534
Differdange	4.256	7.622	9.649	8.719	8.363	99.968
Dudelange	2.100	3.216	3.598	3.502	3.381	40.571
Echternach	832	1.425	1.552	1.411	1.506	16.981
Esch / Centre	4.425	7.643	9.635	9.190	8.661	102.632
Ettelbruck	2.072	2.727	3.366	3.317	2.954	36.372
Grevenmacher	947	1.518	1.904	1.719	1.599	18.501
Hollerich	6.229	9.749	11.803	11.106	10.388	124.206
Ville	1.667	2.757	3.596	3.526	2.901	38.429
Mersch	1.521	2.232	2.816	2.795	2.650	31.173
Redange	947	1.518	1.615	1.733	1.463	17.883
Remich	988	1.649	1.948	1.904	1.657	20.148
Rumelange	1.075	1.755	2.249	2.140	2.060	24.138



Saisie Comptant des Agences (exercice 2016) - 2^{ème} partie

données suivant date de liquidation (et non date de prestation)

	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 2016
Wiltz	1.283	2.104	2.487	2.426	2.197	25.997
Total comptant	31.834	50.375	62.149	58.815	54.900	659.906
Virements par mois	60.833	65.025	85.368	96.851	80.357	944.601
Total général	92.667	115.400	147.517	155.666	135.257	1.604.507

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) - 1^{ère} partie

	2010	2011	2012
Nombre de chèques émis	187.628	191.827	197.458
Nombre de chèques encaissés	/	/	197.222
Montant moyen par chèque	257,36	246,01	245,18
Montant net liquidé (€)	48.287.730,06	47.191.544,84	48.412.733,94

Montant net liquidé - comptant (chèques) - 2^{ème} partie

	2013	2014	2015	2016
Nombre de chèques émis	209.853	222.894	220.061	224.063
Nombre de chèques encaissés	209.773	222.777	219.975	223.816
Montant moyen par chèque	245,33	246,56	243,90	235,86
Montant net liquidé (€)	51.483.088,18	54.956.855,96	53.673.655,36	52.846.873,91



Émission annuelle de chèques par agence

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bettembourg	4.709	4.600	4.441	4.796	4.694	4.365	4.468
Clervaux	5.296	5.319	4.744	4.840	5.087	4.782	4.836
Diekirch	9.013	8.975	9.054	9.639	9.986	9.822	10.133
Differdange	29.640	31.062	33.396	35.093	36.863	34.972	34.506
Dudelange	11.802	11.791	11.548	11.676	12.884	14.076	14.115
Echternach	5.054	5.005	5.228	5.635	5.766	5.789	6.156
Esch / Centre	26.566	28.511	30.102	31.865	35.197	36.016	37.190
Ettelbrück	12.444	11.651	11.320	12.548	12.979	12.312	12.329
Grevenmacher	5.755	5.546	5.662	6.111	6.445	6.089	5.925
Hollerich	32.274	34.001	36.845	39.968	42.005	41.035	41.533
Ville	9.542	10.326	11.402	12.563	13.147	13.238	14.001
Mersch	7.968	7.612	8.048	9.059	10.143	10.324	10.561
Redange	4.182	3.836	4.584	4.905	5.399	4.913	5.073
Remich	5.126	5.328	5.350	5.781	5.916	6.075	6.638
Rumelange	7.242	7.335	7.343	7.673	8.086	7.936	8.029
Steinfort	2.623	2.563	999	/	/	/	/
Wiltz	8.392	8.366	7.392	7.701	8.297	8.317	8.570
Esch-Schlassgoart	/	/	/	/	/	/	/
Total comptant	187.628	191.827	197.458	209.853	222.894	220.061	224.063

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

	2014		2015		2016*	
	Factures	Montant liquidé (€)	Factures	Montant liquidé (€)	Factures	Montant liquidé (€)
Janvier	36	10.029,94	23	8.169,02	18	6.705,64
Février	18	5.908,10	20	5.323,63	20	8.050,98
Mars	31	6.999,90	0	0,00	25	7.878,19
Avril	45	12.101,58	27	5.799,28	27	7.688,81
Mai	75	14.107,72	27	7.338,76	0	0,00



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

	2014		2015		2016*	
Juin	14	3.433,12	26	12.004,21	7	1.874,03
Juillet	29	11.700,53	36	8.269,82	48	13.905,93
Août	24	7.619,75	13	4.810,05	0	0,00
Septembre	32	10.243,76	21	7.668,44	34	9.921,07
Octobre	57	13.057,01	0	0,00	0	0,00
Novembre	27	7.157,49	13	4.436,54	34	9.207,67
Décembre	32	8.659,01	0	0,00	25	8.343,12
Total	420	111.017,91	206	63.819,75	238	73.575,44

* suivant date de liquidation (et non date de prestation)

Tiers payant social (TPS)

	2014		2015		2016	
	Fac- tures	Montant liquidé (€)	Fac- tures	Montant liquidé (€)	Fac- tures	Montant liquidé (€)
Janvier	1.332	85.741,29	1.703	102.439,03	1.794	111.697,94
Février	1.274	79.863,41	1.805	113.949,14	2.264	146.601,20
Mars	1.474	99.199,48	1.788	119.921,34	2.712	180.804,27
Avril	1.121	75.365,02	2.420	157.278,79	3.205	204.115,77
Mai	1.814	124.618,88	1.235	77.437,49	1.885	120.103,46
Juin	1.059	74.535,68	2.503	165.413,40	3.646	234.627,14
Juillet	1.713	118.614,04	2.427	157.967,70	2.998	201.040,89
Août	1.230	84.409,03	1.754	111.044,23	2.781	173.004,62
Septembre	1.151	72.504,29	1.414	93.059,37	2.621	166.290,05
Octobre	1.770	109.355,34	2.607	166.472,57	3.243	219.642,01
Novembre	1.483	103.148,86	2.151	135.292,62	2.082	134.086,21
Décembre	1.602	100.716,38	2.870	183.303,54	3.885	245.899,83
Total	17.023	1.128.071,70	24.677	1.583.579,22	33.116	2.137.913,39

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 (1^{er} janvier au 31 décembre), la participation personnelle totale de l'assuré aux prestations de soins de santé ne peut dépasser un seuil fixé à 2,5 % de son revenu cotisable annualisé de l'année précédente. Si la participation de l'assuré dépasse ce seuil, l'assuré a droit sur demande à un remboursement complémentaire de la partie des participations qui dépasse le seuil fixé.



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



Paiements complémentaires

	2013	2014	2015	2016
Demandes introduites	3.432	3.699	6.458	5.387
Nombre de demandes d'assurés ayant droit	1.415	1.556	1.926	1.786
Montants liquidés (€)	613.479,48	670.608,20	810.313,76	827.203,14

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	2016
Correspondances	40.191	41.640	46.642
Certificats d'affiliation (pour pensionnés et bénéficiaires RMG)	1.177	1.046	1.073
Certificats de coassurance	5.160	5.430	6.156
Formulaires conventions (Cap-Vert, Tunisie, Turquie etc.)	4.730	3.763	4.413
E104	497	536	521
Prestation en espèces - Gestion de certificats d'incapacité de travail	829	786	910

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 EHC 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	2016
Correspondance via templates	10.608	13.218	14.930
Certificats pour obtention visa (Cuba, Russie...)	251	257	315
Certificats de coassurance (demandes via internet incluses)	5.037	5.397	6.093

(demandes via internet incluses)

Demandes reçues via internet

	2014	2015	2016
Changement d'adresses	9.674	10.334	8.428
Changement de comptes	6.356	5.070	5.558
Cartes EHC / certificat provisoire de remplacement	2.905	2.751	5.208
Info affiliation dans le cadre du TPS	311	235	271
Formulaires de vacances	1.874	1.944	1.960
Certificats de coassurance	781	1.400	2.518

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;
- 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


	2013	2014	2015	2016
Devis prothétique dentaire	40.981	43.301	43.475	36.787*
Devis orthodontie	6.943	7.426	7.610	7.876
Surveillance traitement orthodontie en cours (nombre d'enfants vus par le CMSS)	456	458	368	631
Autres APCM (amniocentèses, stérilisations, chirurgie bariatrique, chirurgie « esthétique »)	2.101	1.638	1.007	N.A.
Décisions présidentielles en matière d'APCM	356	389	103	156
Décisions présidentielles en matière dentaire	15	26	33	44
Total des dossiers traités	50.852	53.238	52.596	45.494

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




Détail des dossiers APCM traités en 2016


Actes nomenclature	Accords	Refus
2S73 - Reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire après opération antérieure,		
2S74 - Implantation ou échange d'une prothèse mammaire,	58	17
2S75 - Plastie d'augmentation d'un sein par prothèse en cas d'aplasie ou d'hypoplasie unilatérale avec asymétrie importante		
2G36 à 2G38 - Lipectomies	58	20




Détail des dossiers APCM traités en 2016		
Actes nomenclature	Accords	Refus
3N48 - Rhinoplastie reconstructrice de la pyramide nasale	44	3
2A62 - Gastroplastie pour obésité pathologique	174	6
6G91 et 92 - Stérilisations	66	42
1C38 - Enregistrement continu de la tension artérielle pendant 24 heures par enregistreur portable (APCM pour répétition de cet examen dans les 6 mois)	54	5
1N60 - Psychothérapie de soutien par médecin non psychiatre, durée minimum 15 minutes (APCM pour plus de 6 séances par an)	103	7
Divers	10	20

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 traités					
	2012	2013	2014	2015	2016
Kinésithérapie	195.069	251.243	228.196	237.709	307.476
Psychomotricité *	/	/	950	2.841	2.770
Orthophonie	2.756	2.919	3.307	3.867	3.993

* 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

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Employeurs	présent	1.524	1.390	1.377	1.540	1.511	1.413
	absent	763	704	827	882	822	870
	valablement excusé	339	334	384	415	435	452
	non-excusé	424	370	443	467	387	418
	Total	2.287	2.094	2.204	2.422	2.333	2.283
CNS	présent	6.357	5.270	4.477	7.710	6.976	6.692
	absent	1.613	1.324	1.458	2.684	2.359	2.388
	valablement excusé	793	704	721	1.376	1.293	1.442
	non-excusé	820	620	737	1.308	1.066	946
	Total	7.970	6.594	5.935	10.394	9.335	9.080
Total des exercices	10.257	8.688	8.139	12.816	11.668	11.363	

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 paiement 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)

	2013	2014	2015	2016
S1 - actif (E106)	127.964	133.543	137.978	143.221
S1 - membre de famille d'actif (E109)	1.402	1.375	1.387	1.296



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

	2013	2014	2015	2016
S1 - pensionné	8.767	9.779	10.756	11.696
S1 - membre de famille d'un pensionné	1.386	1.717	1.987	2.078
BL1 - actif belge	41.854	42.898	44.087	45.197
BL2 / BL3 - pensionné belge	6.165	6.542	6.860	7.121

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

	2013	2014	2015	2016
EHIC ou certificat remplacement	3.781	3.724	3.291	3.740
S3	165	202	174	165
S2	1.177	1.187	1.031	1.754
BL1	154	150	134	203
BL2	15	9	10	7
S1 actif	916	996	982	1.180
S1 actif MF (E109)	82	61	57	72
S1 pensionné	481	671	502	552
S1 pensionné MF	55	96	82	96

Dépenses relatives aux conventions internationales suivant la date de prestation

en millions d'euros	2013	2014	2015	2016
Séjour temporaire	15,2	16,0	17,0	17,4
Frontaliers	256,8	265,2	274,2	283,6
Traitement E112 / S2	35,7	33,4	34,5	35
Pensionnés Frais effectifs	31,5	34,3	37,1	40,0
Forfaits (pens. et mem. fam.)	1,0	1,0	0,9	1,0
Complément belgo-lux	6,2	6,2	6,8	7,0
Total	346,4	356,1	370,6	383,9

Source: décompte annuel global de l'assurance maladie-maternité, exercice 2016
Les années 2015 et 2016 ont été estimées en partie. Cette représentation permet une vue sur l'évolution des prestations à l'étranger de la façon la plus réaliste possible.

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. 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.



Voir les statistiques à la page 188:

- D. Les statistiques par thème > VIII. Transfert à l'étranger: Statistiques

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, agrégation, 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, ...);
- 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	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de codes fournisseurs (actifs ou non) existant en fin d'année					
Médecins et médecins-dentistes	5.568	5.786	6.021	6.273	6.550
Médecins étrangers (codes uniquement utilisés pour facturation de rapports au CMSS)	7.119	7.553	8.259	8.583	8.829
Infirmiers et Sages-femmes	5.655	5.895	6.152	6.310	6.519
Kinésithérapie	1.647	1.748	1.861	1.958	2.089
Psychomotricité	62	68	77	85	94
Orthophonie	98	102	107	117	125
Laboratoires*	45	46	47	156	167
Autres	6.179	6.249	6.406	6.794	6.965
Total	26.373	27.447	28.930	30.276	31.338
Nombre de créations de codes fournisseurs en cours d'année					
Médecins et médecins-dentistes	213	218	235	252	277
Médecins étrangers (codes uniquement utilisés pour facturation de rapports au CMSS)	589	434	706	324	246
Infirmiers et Sages-femmes	217	240	257	158	209



Gestion des codes fournisseurs

Catégorie de fournisseurs	2012	2013	2014	2015	2016
Kinésithérapie	107	101	113	97	131
Psychomotricité	3	6	9	8	9
Orthophonie	6	4	5	10	8
Laboratoires*	4	1	1	109	11
Autres	103	70	157	388	171
Total	1.242	1.074	1.483	1.346	1.062

* 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	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de codes tarifs (actif ou non) existant en fin d'année					
Médecins et médecins-dentistes	2.316	2.316	2.323	2.396	2.408
Infirmiers	52	52	52	52	52
Sages-femmes	19	19	19	19	19
Masseurs-Kinésithérapeutes	75	75	75	75	75
Psychomotriciens	15	15	15	15	15
Orthophonistes	27	27	27	27	27
Laboratoires	1.587	1.587	1.587	1.587	1.587
Listes statutaires	3.083	3.302	3.672	3.785	4.039
Assurance dépendance	797	797	797	797	797
Autres	4.704	4.707	4.748	4.789	4.818
Total	12.675	12.897	13.315	13.542	13.837
Nombre de créations ou modifications de codes tarifs en cours d'année					
Médecins et médecins-dentistes	1.639	250	140	176	179
Infirmiers	0	0	0	0	0
Sages-femmes	0	0	0	2	0



Gestion des codes tarifs

Catégorie de prestation	2012	2013	2014	2015	2016
Masseurs-Kinésithérapeutes	0	0	0	0	0
Psychomotriciens	0	0	0	0	0
Orthophonistes	0	0	0	0	0
Laboratoires	109	0	3	0	0
Listes statutaires	96	238	428	1.909	299
Assurance dépendance	0	0	2	0	0
Autres	705	3.030	394	628	465
Total	2.549	3.518	967	2.715	943

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 statutaires (fichiers B) sur le site internet de la CNS;
- procéder au contrôle en continu des critères sur lesquels s'appuient l'inscription dans la liste positive, ainsi que de la concordance des prix publics belges avec ceux appliqués au Luxembourg en collaboration étroite avec le Ministère de la Sécurité Sociale compétent pour les prix des médicaments;

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 Liquidation:

- 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

	2013	2014	2015	2016
Demandes en cours au 1 ^{er} janvier	227	243	258	261
Demandes entrées en cours d'année	396	378	203	182
Nombre de décisions prises	419	447	290	166
Total demandes traitées suivant date entrée de la demande	623	621	461	443
Nombre de médicaments inscrits dans la liste positive au 1 ^{er} janvier de l'année	4.656	4.649	4.823	4.829



Demandes d'autorisations

	2013	2014	2015	2016
Médicament	14.883	15.103	16.093	16.975
B1	1.185	1.368	1.319	1.409
B5	465	588	627	690
B2	635	675	697	702
B4	177	137	160	151
B7	463	657	605	781

Dispositifs Médicaux : Dossiers de demandes

Type de décision	Type de fichier	2013	2014	2015	2016
Ajouts	B1	129	84	43	181
	B2	1	0	0	0
	B4	41	11	1	25
	B5	3	0	5	5
	B7	92	6	42	2
Modifications	B1	26	24	44	44
	B2	2	0	9	5
	B4	13	2	10	0
	B5	5	1	14	11
	B7	4	0	0	0
Suppressions	B1	0	155	44	108
	B4	0	0	2	0
	B5	0	1	1	0
Inscrits dans les listes statutaires au 31. décembre de l'année	B1	2.720	2.649	2.650	2.723
	B2	39	39	39	39
	B4	296	306	305	330
	B5	66	66	70	75
	B7	207	213	255	257
Total		3.328	3.272	3.272	3.424

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

	2013	2014	2015	2016
Premières demandes	4.470	4.188	4.241	4.145
Demandes de réévaluation	2.748	3.037	3.126	2.914
Changements de partage prestations en nature/prestations en espèces	2.505	2.392	2.701	2.451
Transcriptions d'un plan de prise en charge vers une autre structure de prise en charge	1.598	1.551	1.754	1.576
Transcriptions sur base d'une décision postérieure (changement de structure pendant évaluation)	761	638	804	852



Activités du service Gestion des demandes

	2013	2014	2015	2016
Demandes pour des adaptations de logement	296	306	253	285
Déclarations d'entrées/sorties	6.063	7.452	5.581	5.604
Nombre de titres de prise en charge portant sur des aides techniques	17.270	18.898	17.881	18.897
Nombre de commandes passées pour des aides techniques	3.144	3.438	2.709	2.669


Activités du service Liquidation

	2013	2014	2015	2016
Nombre de factures traitées émanant des prestataires d'aide et de soins	118.052	108.339	131.477	132.613
Nombre de factures en relation avec les aides techniques / adaptations voiture	7.611	2.794	5.005	5.242
Nombre de factures émises par l'ADAPTH	875	707	808	697
Nombre de factures en relation avec des adaptations logement	327	310	281	233
Nombre de mensualités versées au titre des prestations en espèces	92.873	95.333	95.047	93.542

Chiffres-clés

	2013	2014	2015	2016
Nombre de personnes bénéficiant de l'allocation spéciale pour personne gravement handicapée	709	669	642	614
Nombre de personnes bénéficiant de l'allocation de soins	0	0	1	0
Nombre de bénéficiaires de prestations en nature dispensées par un réseau d'aides et soins	4.513	4.548	4.611	4.281
Nombre de bénéficiaires de prestations en nature dispensées par un établissement à séjour intermittent	574	589	581	561






Chiffres-clés				
	2013	2014	2015	2016
Nombre de bénéficiaires de prestations en nature dispensées par un centre semi-stationnaire	878	907	899	880
Nombre de bénéficiaires de prestations en nature dispensées par un établissement à séjour continu	4.345	4.507	4.592	4.658
Nombre de bénéficiaires du forfait pour produits d'aides et soins	3.034	3.066	2.967	3.055
Nombre de bénéficiaires de prestations en espèces à domicile (au Luxembourg)	6.731	6.786	6.608	6.597
Nombre de bénéficiaires de prestations en espèces transférées à l'étranger	363	362	371	392
Nombre d'aides techniques en location	27.036	28.780	29.664	30.899
Nombre d'aides techniques prises en charge par voie d'acquisition *	6.382	6.968	6.725	6.707
Nombre d'adaptations voiture *	131	200	142	199
Nombre de bénéficiaires en établissement	4.252	4.388	4.499	4.558
Nombre de bénéficiaires à domicile avec réseau	7.224	7.250	7.049	6.975

Remarques:

- il s'agit pour chaque donnée de la situation au 31.12 de l'année en question (à l'exception des positions marquées avec une étoile *, où il s'agit des totaux annuels)
- pour le nombre de bénéficiaires dans les établissements à séjour intermittent et les centres semi-stationnaires il s'agit d'une estimation basée sur la facturation qui n'est pas complète à ce jour pour 2016
- le nombre de bénéficiaires à domicile avec réseau contient des bénéficiaires de prestations en espèces, des bénéficiaires de prestations d'un établissements à séjour intermittent ainsi que des bénéficiaires des centres semi-stationnaires

14. Les établissements hospitaliers

- 
- Service Autorisations et liquidation
 - Service Négociation

i 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 2016 (en mio. €)

Frais fixes	680,0
Frais variables	156,4
Total	836,4
Prime qualité (1,5% du total des FF et FV)	12,5
Indemnités pour religieuses retraitées	0,5
Indemnités pour médecins de garde	0,5
Décomptes	8,8
Total	858,7
Enveloppe	889,0
Écart	30,3



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

	FF (budget accordé rectifié)	FV (montant liquidé brut)	Total	Évolution
2006	478,2	127,5	605,75	
2007	512,1	135,2	647,29	6,9%
2008	541,8	140,1	681,91	5,3%
2009	570,7	141,8	712,56	4,5%
2010	585,8	141,8	727,60	2,1%
2011	605,5	143,4	748,91	2,9%
2012	623,5	144,6	768,09	2,4%
2013	646,7	143,4	790,10	2,9%
2014	660,4	143,8	804,20	1,8%
2015	675,6	147,8	823,40	2,4%
2016	680,0	156,4	836,40	1,6%

Il s'agit d'une estimation au niveau des FV pour 2016

Nombre d'équivalents temps plein (ETP) accordés

	Nombre d'équivalents temps pleins (ETP) accordés	Postes créés (abs)	Postes créés (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%
2016	6.257,53	1,02	0,0%



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
2008	759.499	2.067	2.125	1,01
2009	763.924	2.075	2.150	1,02
2010	751.847	2.093	2.156	1,03
2011	754.578	2.060	2.168	1,05
2012	755.763	2.071	2.164	1,05
2013	749.461	2.048	2.183	1,07
2014	745.634	2.043	2.171	1,06
2015	746.955	2.046	2.151	1,05

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

	2012	2013	évo. 2013/ 2012	2014	évo. 2014/ 2013	2015	évo. 2015/ 2014
Salles opératoires	61.000	63.145	3,5%	64.753	2,5%	64.786	0,1%
Salles d'accouchement	5.509	5.658	2,7%	5.781	2,2%	5.743	-0,7%
Chirurgie cardiaque	886	787	-11,2%	811	3,0%	791	-2,5%
Cardiologie interventionnelle	3.354	3.078	-8,2%	3.016	-2,0%	2.870	-4,8%
Laboratoires	1.085.756	1.099.925	1,3%	1.114.757	1,3%	1.126.182	1,0%
Imagerie médicale	519.124	522.797	0,7%	527.260	0,9%	526.596	-0,1%
IRM	44.765	46.463	3,8%	47.117	1,4%	47.598	1,0%
Radiothérapie	24.439	26.950	10,3%	26.397	-2,1%	26.674	1,0%
Médecine nucléaire	16.122	15.475	-4,0%	16.546	6,9%	15.727	-4,9%
PET Scan	2.409	2.484	3,1%	2.573	3,6%	2.660	3,4%
Lithotritie extracorporelle	617	696	12,8%	810	16,4%	703	-13,2%



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

	2012	2013	évo. 2013/ 2012	2014	évo. 2014/ 2013	2015	évo. 2015/ 2014
Caisson d'oxygénéothérapie hyperbare	648	736	13,6%	751	2,0%	813	8,3%
Hémodialyse	49.154	53.187	8,2%	56.279	5,8%	59.172	5,1%
Kinésithérapie	487.123	514.983	5,7%	511.348	-0,7%	520.160	1,7%
Ergothérapie	191.008	193.851	1,5%	197.627	1,9%	196.931	-0,4%
Hydrothérapie	18.990	20.266	6,7%	20.409	0,7%	20.056	-1,7%
Gymnase	19.733	22.690	15,0%	21.606	-4,8%	18.821	-12,9%
Appartements thérapeutiques	781	865	10,8%	872	0,8%	853	-2,2%
Soins palliatifs patients hospitalisés	8.494	8.867	4,4%	9.559	7,8%	0	-100,0%
Policlinique	1.092.773	1.123.397	2,8%	1.154.739	2,8%	1.132.853	-1,9%
Places de surveillance patients ambulatoires	22.738	24.210	6,5%	26.112	7,9%	27.058	3,6%
Hospitalisation - soins normaux	700.193	695.011	-0,7%	691.251	-0,5%	703.261	1,7%
Hospitalisation - soins intensifs	47.076	45.583	-3,2%	44.824	-1,7%	43.656	-2,6%
Chimiothérapie	22.084	21.514	-2,6%	21.331	-0,9%	21.367	0,2%
Hôpital de jour psychiatrique	22.917	23.517	2,6%	24.149	2,7%	25.683	6,4%
Fécondation in vitro (FIV)	388	412	6,2%	482	17,0%	416	-13,7%
Curiethérapie	21	10	-52,4%	482	4720,0%	13	-97,3%
Emdoscopie	21	10	-52,4%	10	0,0%	44.203	441930,0%



Nombre d'épisodes, nombre de journées et DMS par chapitre ICD-10 (exercice 2015)

	Nombre d'épisodes	Nombre de journées	En%age du total des journées	Durée moyenne de séjour (DMS)
Troubles mentaux et du comportement	6.419	176.647	20,2%	27,52
Maladies de l'appareil circulatoire	12.006	93.465	10,7%	7,78
Tumeurs	12.798	84.906	9,7%	6,63
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	17.970	71.952	8,2%	4,00
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	8.529	64.258	7,4%	7,53
Maladies de l'appareil respiratoire	8.077	54.053	6,2%	6,69
Maladies de l'appareil digestif	14.028	49.768	5,7%	3,55
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	4.852	43.970	5,0%	9,06
Grossesse, accouchement et puerpéralité	7.787	39.720	4,6%	5,10
Maladies de l'appareil génito-urinaire	9.193	36.317	4,2%	3,95
Maladies du système nerveux	6.836	28.391	3,3%	4,15
Symptômes, signes et résultats anormaux d'exams cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	4.075	23.621	2,7%	5,80
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	2.166	15.736	1,8%	7,27
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1.354	11.478	1,3%	8,48
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	771	9.138	1,0%	11,85
Maladies de l'oeil et de ses annexes	6.879	8.845	1,0%	1,29
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1.579	6.143	0,7%	3,89
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	1.403	5.330	0,6%	3,80
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	811	2.646	0,3%	3,26
Causes externes de morbidité et de mortalité	448	4.759	0,5%	10,62



Nombre d'épisodes, nombre de journées et DMS par chapitre ICD-10 (exercice 2015)

	Nombre d'épisodes	Nombre de journées	En %age du total des journées	Durée moyenne de séjour (DMS)
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	577	2.251	0,3%	3,90
Diagnostic de sortie pas disponible	6.218	39.393	4,5%	6,34
Total	134.776	872.787	100,0%	6,48

15. Le contentieux et les affaires juridiques



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 le courrier entrant et sortant;
- assister le service Contentieux assurés dans l'instruction des oppositions devant le Comité directeur;
- collaboration avec les autres départements en vue de compléter les dossiers à préparer pour le Comité directeur;
- instruction et rédaction de décisions du Comité directeur dans les affaires présentant un certain degré de complexité juridique;
- superviser les projets de décision du Comité directeur préparés par le service Contentieux assurés et par le service Assurance dépendance;
- répondre aux sollicitations juridiques des autres départements de la CNS, des assurés, mandataires, patrons, prestataires, etc.;
- assumer la gestion des (anciens) dossiers litigieux en cours depuis longue date avec des prestataires de soins de santé;
- instruction des oppositions des membres du Comité directeur par rapport aux décisions individuelles;
- gestion des affaires et représentation de la CNS devant le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale (assurance maladie et assurance dépendance);



- gestion ponctuelle d'affaires devant les tribunaux de paix (civil, travail) luxembourgeois et étrangers;
- surveiller l'exécution des jurisprudences;
- procéder à des recherches et analyses juridiques;
- rédaction de courriers présentant un certain degré de complexité juridique;
- supervision et correction d'une majorité du courrier sortant du département;
- assister et surveiller le service Réclamations et litiges non-juridictionnels dans l'exécution des perquisitions relevant de sa compétence;
- supervision des activités du service Recours contre tiers;
- gestion des affaires complexes relevant du service Recours contre tiers.

Service Contentieux assurés:

- gestion et distribution du courrier entrant et sortant;
- gestion et instruction des oppositions devant le Comité directeur contre les décisions présidentielles en matière de prestations en espèces et de nature de l'assurance maladie;
- collaboration avec les autres départements en vue de compléter les dossiers à préparer pour le Comité directeur;
- préparer les projets de décision du Comité directeur;
- notification des décisions du Comité directeur aux assurés;
- gestion des demandes de renseignements des assurés, mandataires et patrons;
- gérer avec les membres de la Cellule Juristes les litiges et représentation devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale;
- surveiller l'exécution des jurisprudences des juridictions de sécurité sociale;
- assistance au 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 (responsabilité civile), 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 matière de perquisitions, en collaboration avec un juriste pour les dossiers n'ayant pas trait à un comportement frauduleux d'un assuré ou d'un prestataire à l'égard de la CNS;
- gérer toute une ribambelle de questions et problèmes présentés par les agents de la CNS, les assurés, les associations, les prestataires, les ministères, etc.;
- gestion de demandes de renseignements des assurances, offices sociaux, notaires, avocats, personnes individuelles etc., en collaboration avec les désignés de la protection des données de la CNS;
- assister le juriste qui est en charge des dossiers contentieux pour le volet recherche (prestation de soins de santé);
- gérer les questions d'ordre général du ministère de la sécurité sociale;
- rédiger les décisions du Comité directeur de l'assurance dépendance (seulement pour le volet affiliation);
- assister ponctuellement le service Contentieux assurés dans ses missions.



Service Assurance dépendance :

- gestion et instruction des oppositions devant le Comité directeur contre les décisions présidentielles en matière d'assurance dépendance ;
- gestion des demandes de renseignements des assurés, mandataires et prestataires ;
- gérer en collaboration avec un juriste les litiges portés devant les juridictions de la sécurité sociale et représentation devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale ;
- gérer avec les juristes un certain nombre de dossiers plus particuliers et complexes ;
- surveiller l'exécution des jurisprudences des juridictions de sécurité sociale.



Les chiffres qui suivent se rapportent à l'exercice 2016.

Dossiers médiateur	
Nombre total des dossiers soumis par médiateur	32
AM; PN territoire national	9
AM; PN prest. étranger	4
AM; PE	16
AM; affiliation	2
AD	1
1 ^{ère} réponse suffisante pour médiateur	22
2 ^{ème} réponse suffisante pour médiateur	8
3 ^{ème} réponse suffisante pour médiateur	2
Nombre total dossiers clôturés au 31.12	32
Perquisitions	
Nombre de perquisitions	13
Décisions du Comité directeur	
Nombre dossiers PE	726
Nombre dossiers consommation abusive	1
Nombre total dossiers PN	78
Nombre total doss. concernant prestations nat.	18
Nombre de dossiers chirurgie esthétique et traitement obésité (national)	11
Nombre total doss. concernant traitement à l'étranger	49
Nombre dossiers AD	119
Nombre total des décisions préparées	924



Juridictions de sécurité sociale - Conseil arbitral de la sécurité sociale

Total jugements pris par CASS **158**

Nombre total gain de cause assuré	68
Nombre total gain de cause CNS	71
Nombre total partiellement gain de cause pour les deux parties	8
Nombre total affaires devenues sans objet ou rayées du rôle	3
Nombre total : irrecevable	8

Nombre total des jugements concernant PE **128**

Nombre affaires PE gain de cause assuré	61
Nombre affaires PE gain de cause CNS	54
Nombre affaires PE partiellement gain de cause pour les 2 parties	8
Nombre affaires PE devenues sans objet ou rayées du rôle	2
Nombre affaires PE : irrecevable	3

Nombre total des jugements concernant PN **9**

Nombre affaires PN gain de cause assuré	2
Nombre affaires PN gain de cause CNS	4
Nombre affaires PN devenues sans objet ou rayées du rôle	0
Nombre affaires PN : irrecevable	3

Nombre total des jugements concernant AD **21**

Nombre affaires AD gain de cause assuré	5
Nombre affaires AD gain de cause CNS	13
Nombre affaires AD : irrecevable	2
Nombre affaires AD : rayées du rôle/retrait recours par assuré	1

Juridictions de sécurité sociale - Conseil supérieur de la sécurité sociale

Total arrêts pris par CSSS **27**

Nombre total gain de cause assuré	13
Nombre total gain de cause CNS	14
Nombre total rayé du rôle/renonciation par l'assuré	0

Arrêts pris en matière PE sur appel de l'assuré **9**

Nombre total gain de cause assuré	8
Nombre total gain de cause CNS	1



Arrêts pris en matière PE sur appel de la CNS	5
Nombre total gain de cause assuré	3
Nombre total gain de cause CNS	2
Arrêts pris en matière PN sur appel de l'assuré	4
Nombre total gain de cause assuré	1
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	4
Nombre total gain de cause assuré	1
Nombre total gain de cause CNS	3
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	1
Arrêts pris en matière AD sur appel de l'assuré	5
Nombre total gain de cause assuré	0
Nombre total gain de cause CNS	5
Rayé du rôle/renonciation par l'assuré	0
Recours contre tiers	
Nombre total des dossiers en cours au 31.12	2.186
Nombre de dossiers en cours contre assureurs nationaux	457
Nombre de dossiers en cours contre assureurs étrangers	249
Nombre de dossiers en cours dans lesquels la CNS se dirige contre des particuliers	1.142
Nombre affaires dans lesquelles la CNS est assistée par des avocats nationaux	151
Nombre affaires dans lesquelles la CNS est assistée par des avocats étrangers	187
Montant total récupéré	6.928.622,34
Montant récupéré pour la Mutualité des employeurs	311.087,75
Montant récupéré en relation avec les PE (charge CNS)	450.484,26
Montant récupéré en relation avec les PN	5.784.795,18
Montant récupéré en relation avec l'AD	382.255,15
Nombre total nouveaux dossiers ouverts au cours de l'exercice en question	1.063

16. La coordination juridique



Département Coordination juridique:

- Service Support instruments juridiques
- Service Lutte contre les abus et la fraude



Département Coordination juridique:

- traiter les dossiers qui lui sont attribués par le Président de la CNS;
- coordonner la révision des statuts de la CNS, en 2016 notamment en ce qui concerne:
 - les adaptations devenues nécessaires suite aux modifications intervenues dans le cadre de la convention conclue entre la CNS et l'ALK;
 - la prise en charge des frais de séjour d'une personne accompagnant une personne mineure autorisée à subir une cure à l'étranger;
 - l'exclusion de la participation statutaire relative aux actes techniques effectués dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal;
 - la prise en charge d'un détartrage tous les six mois, ce conformément aux mesures visant à améliorer la prise en charge des prestations médico-dentaires, telles que retenues lors de la quadripartite 2016;
 - l'abolition de l'autorisation du CMSS pour les transports en taxi en ce qui concerne les traitements de chimiothérapie, radiothérapie et hémodialyse.
- participer aux réunions de négociations conventionnelles avec les différents prestataires de soins de santé,
- rédiger et adapter les différents instruments juridiques;
- élaborer en concertation avec les acteurs concernés, des positions de la CNS en relation avec des projets de loi et de règlements grand-ducaux ayant un impact sur l'assurance maladie;
- coordonner et participer de manière active à la transposition des directives européennes et à l'implémentation des règlements européens;
- réaliser des recherches et rédiger des avis juridiques dans le cadre de demandes lui soumises par les services opérationnels de la CNS;
- assumer la gestion des dossiers litigieux avec les prestataires de soins de santé;
- préparer en collaboration avec les acteurs concernés, les éléments de réponse aux questions parlementaires soumises à la CNS;
- assurer le suivi de la veille juridique;
- intervenir en tant que membre suppléant auprès de la Commission de nomenclature;
- mettre en œuvre une stratégie en matière de lutte contre les abus et la fraude et assurer le suivi des dossiers en collaboration avec le service lutte contre les abus et la fraude;
- assurer la représentation de la CNS auprès des instances compétentes nationales (Commission de surveillance, Conseil arbitral de la sécurité sociale ou autre juridiction) et internationales telles que l'EHFCN (European Healthcare Fraud & Corruption Network) et l'ESIP (European Social Insurance Platform).



Service Support instruments juridiques :

- assurer le secrétariat des négociations relatives aux conventions conclues avec les différents prestataires de soins ;
- assurer le secrétariat des réunions de la Commission de nomenclature ;
- assurer le secrétariat des réunions semestrielles de concertation entre les agents de la CNS et les gérants des caisses de maladie du secteur public ;
- assister les juristes notamment dans l'élaboration et l'adaptation des instruments juridiques, la rédaction des éléments de réponse aux questions parlementaires soumises à la CNS ainsi que la mise à jour du tableau de veille juridique diffusé trimestriellement ;
- assurer des missions de support transversal qui lui sont attribuées par le Président de la CNS ou le chef du département Coordination juridique ;
- établir des versions coordonnées des différentes nomenclatures en vue de leur publication et analyser l'impact informatique sur les outils de tarification de tout changement au niveau d'un instrument juridique ;
- veiller au suivi des demandes d'adaptation relatives aux programmes du CISS et / ou d'une implémentation dans la banque de données de la CNS ;
- gérer l'enregistrement centralisé des prestations en relation avec les assurances maladie, accident et dépendance.

Service Lutte contre les abus et la fraude :

- intervenir en tant que point de contact entre les multiples acteurs concernés, à savoir notamment les différents services de la CNS, les prestataires de soins de santé, le Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS), les personnes protégées ou toute autre instance ;
- assister le chef de département, son adjoint et les juristes dans l'analyse des dossiers ;
- rédiger différents types de courriers à l'ensemble des parties mises en cause, qu'il s'agisse de personnes protégées, de prestataires de soins de santé ou de toutes autre instance impliquée ;
- déclencher, en collaboration avec les juristes, des actions pouvant aboutir à des campagnes d'information et de sensibilisation à l'attention des personnes protégées ou des prestataires ou encore à celle d'acteurs externes tels que le Collège médical ou le Conseil supérieur pour professions de santé ;
- assurer le secrétariat de la Commission de suivi de la lutte contre les abus et la fraude.



Département Coordination juridique - 2016

Nombre de questions parlementaires transmises par le Ministère de tutelle à la CNS	36
dont réponses préparées par le département	27
Sujet traités:	
<ul style="list-style-type: none"> • la révision des nomenclatures afférentes à l'activité extrahospitalière conformément aux mesures annoncées dans le programme gouvernemental; • la prise en charge de la rééducation orthophonique; • la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique; • les prestations de soins de dépendance en cas d'hospitalisation; • le système du tiers payant social; • la prise en charge des frais de transport en ambulance en dehors d'une situation de détresse vitale; • le remboursement des prothèses de bain; • la demande adressée par la CNS à un certain nombre de médecins visant à la transmission de comptes-rendus opératoires; • les délais de validation des ordonnances et de remboursement des actes de kinésithérapie. 	
Nombre de mises à jour du tableau de la veille juridique	4
Nombre de réunions pendant lesquelles le service Support instruments juridiques a assuré le secrétariat de la Commission de nomenclature	11
composition telle que prévue par l'article 65 alinéa 9 du Code de la sécurité sociale, dite «MEDHOSP»	6
composition telle que prévue à l'article 65 alinéa 8 du Code de la sécurité sociale, dite «MED»	3
composition telle que prévue à l'article 65 alinéa 8 du Code de la sécurité sociale, dite «COPAS-ANIL»	1
composition telle que prévue à l'article 65 alinéa 8 du Code de la sécurité sociale, dite «SOINS PALLIATIFS»	1
Nombre de dossiers traités par le service Lutte abus et fraude	
Nombre de dossiers dont le traitement a été commencé	174
Nombre de dossiers enregistrés, dont le traitement est resté à ce jour en suspens	environ 300
Saisine de la Commission de surveillance	
Rédaction de saisines sur base de la violation de l'un ou l'autre des instruments juridiques applicables	18
Rédaction de plaintes pénales, notamment du chef de faux ou usage de faux ou encore usurpation d'identité.	12
Nombre de dossiers présentés et défendus devant la Commission de surveillance, réunions lors desquelles un juriste du département Coordination juridique a représenté les intérêts de la CNS.	17

17. Le courrier



■ Service Courrier



- Réceptionner, trier et traiter le courrier entrant avant de le distribuer dans les cases prévues à cet effet dans la salle du courrier pour les différents services. Par courrier entrant on comprend les enveloppes et colis transmis par la « Post » (simples et recommandés), ceux déposés à la boîte-aux-lettres du siège de la CNS ainsi que les fax reçus au numéro 2757-2758. La réception du courrier recommandé doit être accusée et sa distribution au service concerné est enregistrée dans des listes tenues à jour. La transmission du courrier traité est réalisée soit une fois par jour (en ce qui concerne la remise du courrier à l'étage), soit à tout moment (au cas où il est récupéré par le service concerné au service Courrier);
- ramasser le courrier sortant en début de matinée aux différentes étages de la CNS, le trier et recenser selon les directives de la « Post » avant de le conduire aux points d'enlèvement prévus.



Service Courrier - Chiffres-clés

	2012	2013	2014	2015	2016
Total ETP	/	/	/	11.719	11.607
Total "boîte OAS"	753	850	885	931	931
Total caisses "entrant"	10.736	12.186	12.916	12.652	12.536
Caisses à tirer et ouvrir	3.452	4.052	4.086,5	4.124	4.244
Dont à Virement	4.150	3.672	3.444,5	3.791	4.233,5
Dont CIT	936	1.142	1.104	1.269,5	1.298,5
Dont autre Glesener	746	860	749	522,5	482,5
Caisses pour Affiliation	444	502,5	473,5	275,5	134,5
Caisses pour International	213,5	257,5	213,5	349,0	438,5

Total ETP = Total caisses Post

CIT = certificats d'incapacité de travail

Glesener = Département Prestations espèces maladie (installé à la rue Glesener)

18. La communication



Département Communication:

- Service Accueil et information;
- Service Médias et publications.



Service Médias et publications:

- 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 et informations à la presse, lettres circulaires, ...);
- assurer le développement continu 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).

Service Accueil et information:

- Répondre à toute demande téléphonique;
- traiter les appels directement s'il s'agit par exemple d'une demande de renseignement plus générale ou d'une demande de formulaire ou de carte de sécurité sociale;
- transférer l'appel au service compétent si la demande est plus spécifique et si l'information y relative est seulement accessible aux gestionnaires en charge;
- traiter les emails envoyés à l'adresse cns@secu.lu, respectivement reçus par le biais du formulaire de contact sur notre site internet (transmission aux services compétents, réponse directe dans la mesure du possible).



Nombre de sollicitations de postes CNS - Nombre de branches d'appels

	2014	2015	2016
Traité	326.996	338.663	487.420
Non traité	222.126	247.479	325.203
Traitement indéterminé	407.978	369.279	349.083
Total sollicitations CNS	957.100	955.421	1.161.706

Nombre de sollicitations par type de numéro CNS - Nombre de branches d'appels

	2014	2015	2016
Central	342.898	309.319	202.005
Call-centers	278.793	290.218	370.175
Messagerie automatique (FS)	105.734	113.459	138.258
Autres services	229.675	242.425	451.268

Nombre de sollicitations acheminées vers les call-centers CNS

	2014	2015	2016
Service Ménage Privé	5.784	4.956	4.884
Formulaires frontaliers (sauf Belgique)	15.325	15.616	14.146
Virements - Équipe-1	9.235	8.945	10.290
Virements - Équipe-2	7.260	7.361	7.455
Virements - Équipe-3	7.317	6.854	7.666
Virements - Équipe-4	6.690	6.614	9.684
Coassurance & Signalétique	33.067	33.789	33.077
Formulaires frontaliers belges	5.765	6.168	6.146
Complément belge	2.323	2.388	2.478
Virements nationaux	20.254	19.601	16.841
Transfert à l'étranger	21.470	22.863	25.437
Enquêtes et contrôles administratifs	16.126	15.294	17.912
Prothétique	6.768	6.479	6.144
Orthodontie	2.423	2.170	3.137



Nombre de sollicitations acheminées vers les call-centers CNS

	2014	2015	2016
Traitements et fournitures soumis à autorisation (APCM)	6.240	8.274	12.261
Professions de santé - Autorisations	9.480	11.184	11.966
Professions de santé - Liquidations	5.024	4.912	4.667
Règlement 883	0	16.602	80.025
Helpdesk CNS	367	375	397
Prestations en espèces - Équipe 1	32.745	28.150	28.210
Prestations en espèces - Équipe 2	18.909	16.993	18.795
Prestations en espèces - Équipe 3	20.244	18.044	17.841
Virements internationaux	16.504	17.181	18.143

Nombre de mails entrants (adresse cns@secu.lu)

	2012	2013	2014	2015	2016
Janvier	1.658	1.881	2.537	2.615	3.595
Février	1.639	1.953	2.311	2.338	3.781
Mars	1.440	1.965	2.309	2.943	3.614
Avril	1.701	1.905	2.180	2.524	3.385
Mai	1.495	1.938	2.104	2.275	3.618
Juin	1.523	1.723	2.245	2.744	3.700
Juillet	1.374	1.979	2.797	2.765	3.797
Août	1.412	1.740	2.267	2.380	3.597
Septembre	1.439	1.879	2.549	2.908	3.698
Octobre	1.596	2.191	2.741	2.896	3.943
Novembre	1.595	2.074	2.572	3.230	4.358
Décembre	1.215	1.744	2.210	2.887	3.621
Total	18.087	22.972	28.822	32.505	44.707

À noter que ces chiffres contiennent également les échanges internes par rapport à une demande.

N.B. Les chiffres relatifs aux consultations de notre site internet pour l'année 2016 n'ont pas pu être tirés en raison de la refonte et migration du nouveau site internet en décembre 2016. Notre nouveau site est en ligne depuis le 01.01.2017. Ces données seront de nouveau disponibles pour le prochain rapport annuel.

19. Le support administratif



■ Service Support administratif



- Gérer les occupants et les conditions de travail (délégué à la sécurité, locaux, équipements, installations, restauration, parc automobile, gestion mobilière, ...);
- 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	2016
Mobilier	82.838,36 €	80.537,60 €
Matériel de bureau	82.850,74 €	86.408,38 €
Déménagement	18.228,14 €	21.005,25 €
Entretien fax	4.816,82 €	6.146,35 €
Téléphonie siège	14.802,87 €	16.044,55 €
Courrier entrant 2016	1.005.778,68 €	1.299.850,00 €
Courrier sortant 2016	885.303,64 €	351.698,00 €
Participation aux frais d'affranchissement CCSS	1.554.694,18 €	2.134.492,00 €
Total affranchissement	3.445.776,50 €	3.786.040,00 €

20. 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.

21. 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 supplémentaires 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 ;
- 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.
- représentation de la CNS au Comité exécutif de l'EHCN (European Healthcare Fraud and Corruption Network) en gérant la trésorerie de l'EHCN.

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 » ;

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...
- comptabilisations des écritures de l'EHFCN et apport d'un support au chef de département dans sa fonction de trésorier de l'EHFCN.

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. 154bis 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 ;

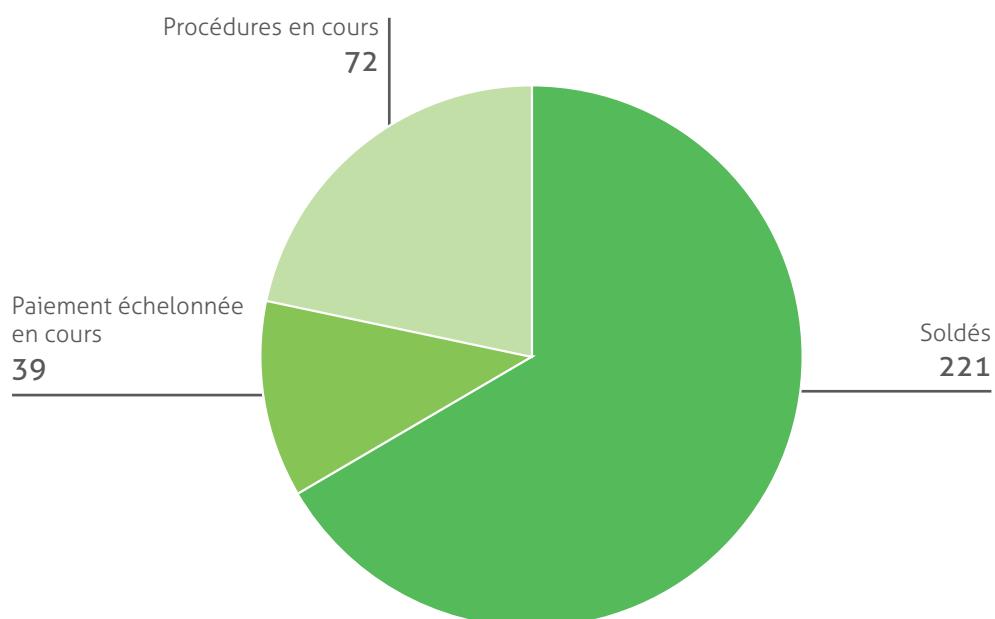


- coordonner et suivre les dossiers d'entraide administrative nationale et internationale;
- pointage de divers comptes du plan comptable général dans l'outil Integrix;
- supporter les utilisateurs pour toute question relative à la liquidation PEN2 et au traitement des dossiers de recouvrement.



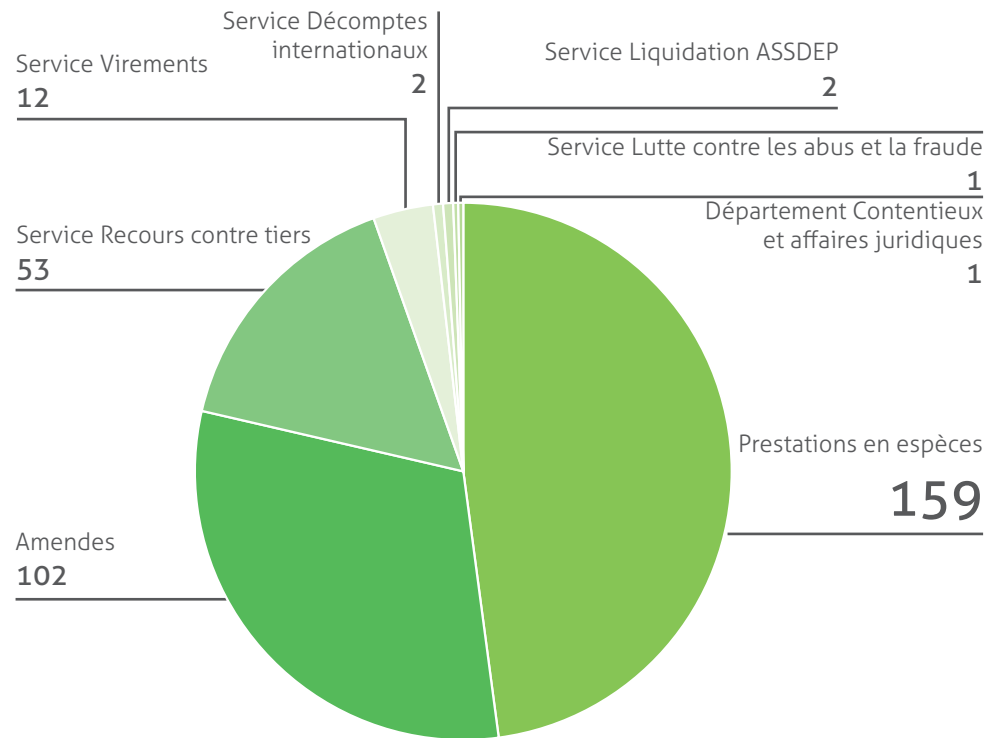
Les chiffres qui suivent se rapportent à l'exercice 2016.

Cas suivis par le service Paiements PN et recouvrement

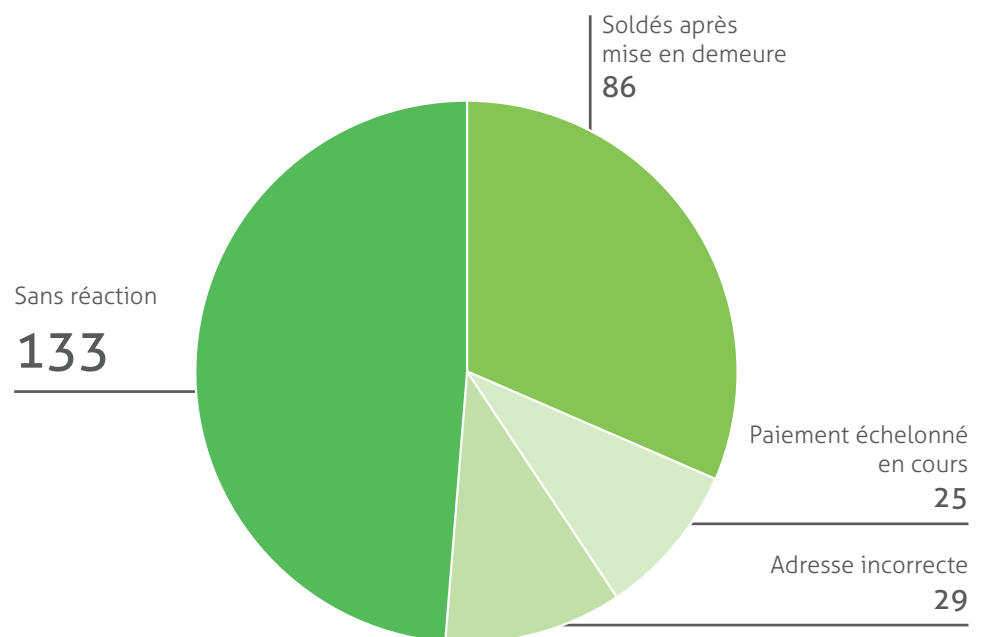




Provenance des dossiers du service Paiements PN et recouvrement

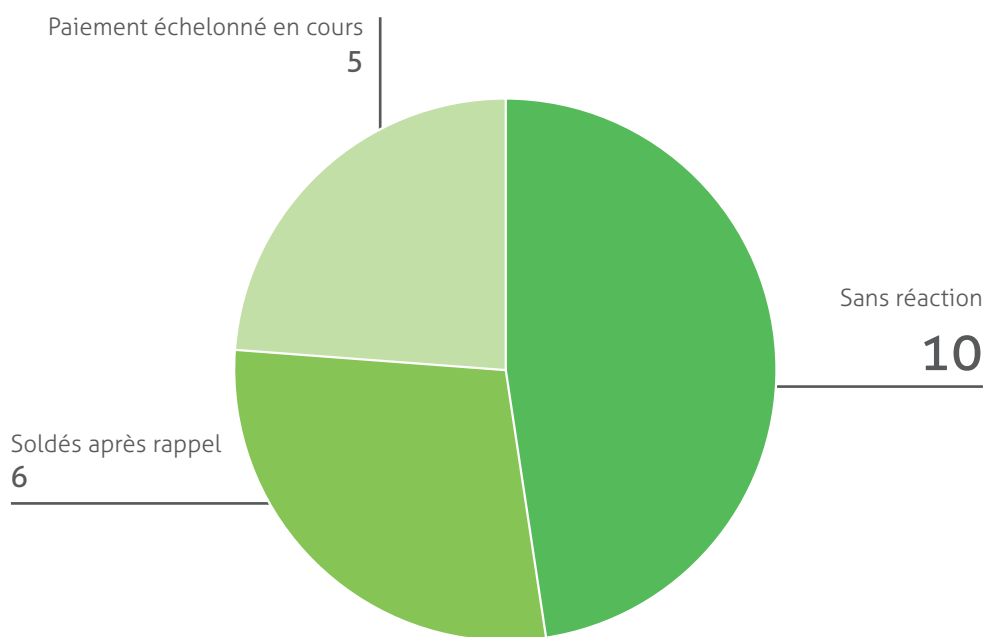


Détail des 273 mises en demeure du service Paiements PN et recouvrement

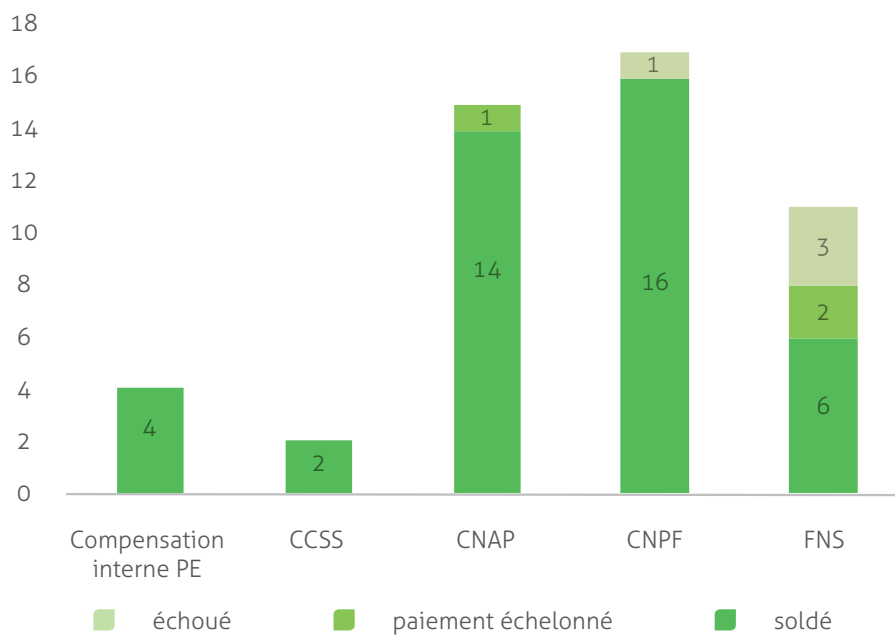




Rappels Service Paiements PN et recouvrement

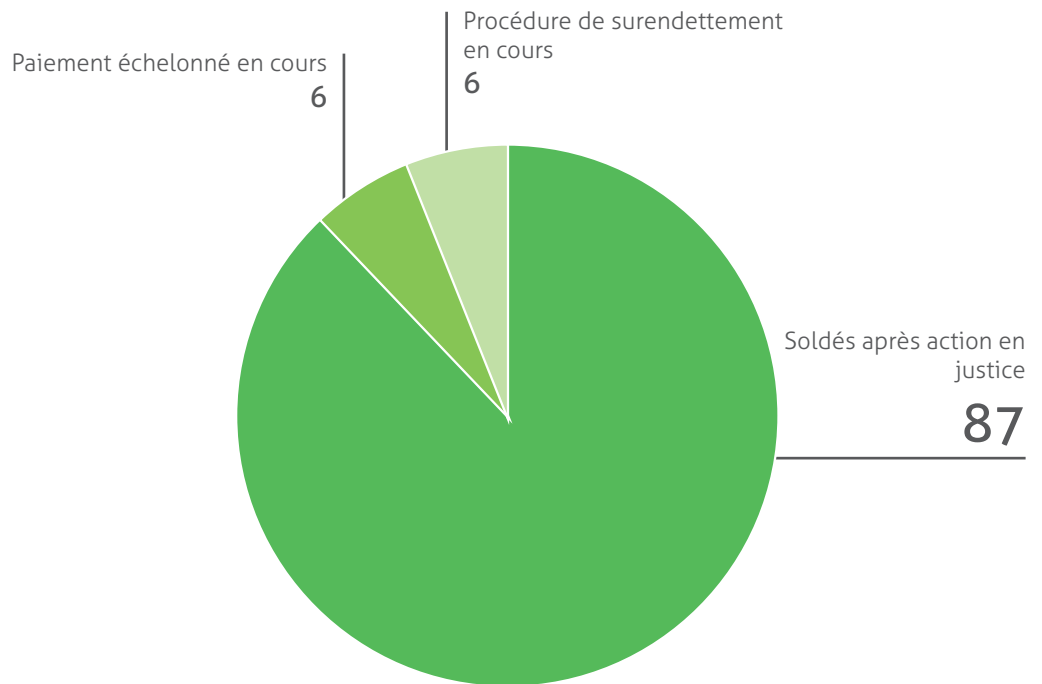


Détail des cas d'entraide administrative du service Paiements PN et recouvrement

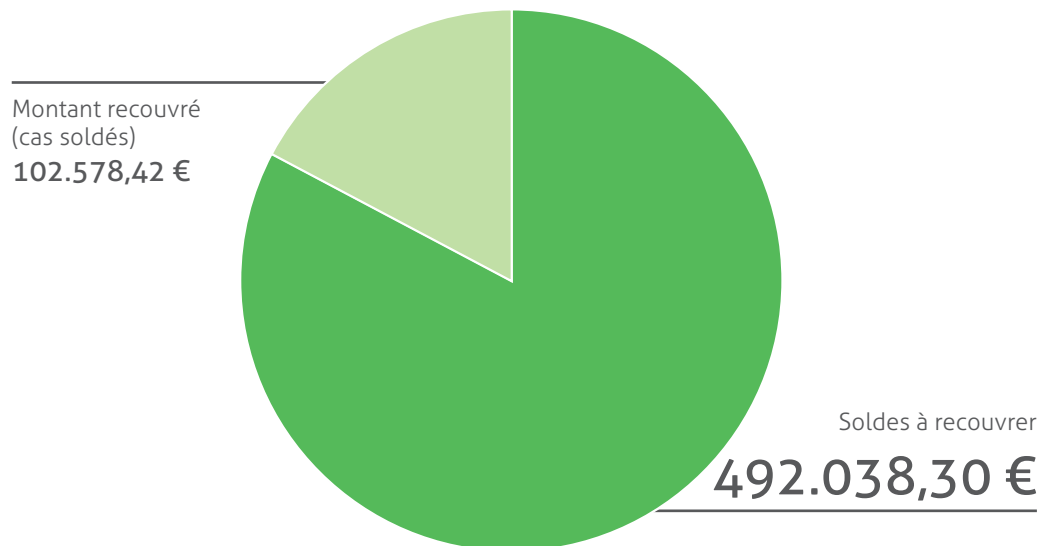




Actions en justice du service Paiements PN et recouvrement



Montants Service Paiements PN et recouvrement



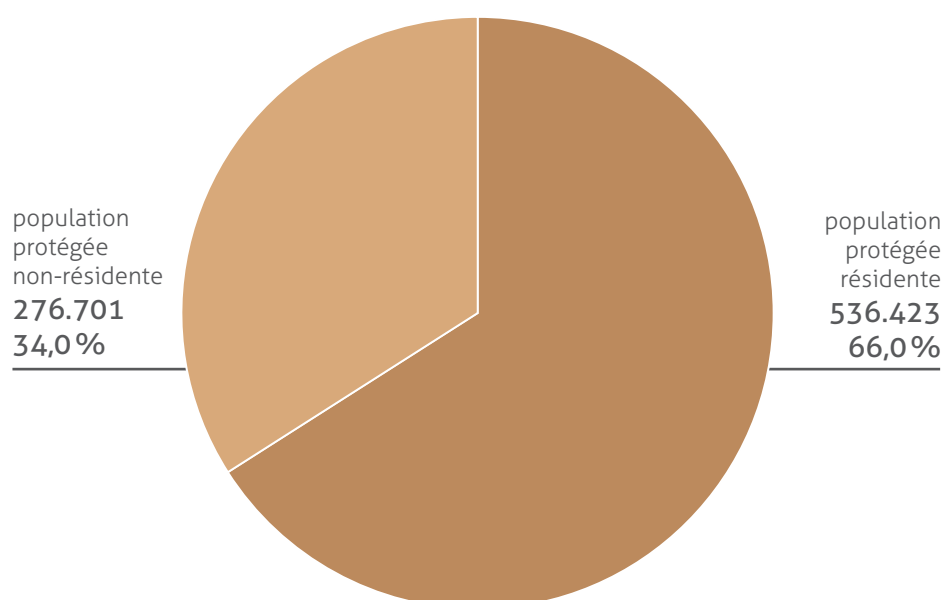
Les finances et chiffres-clés de la CNS



C. Les finances et chiffres-clés de la CNS

I. L'assurance maladie-maternité

Contexte démographique



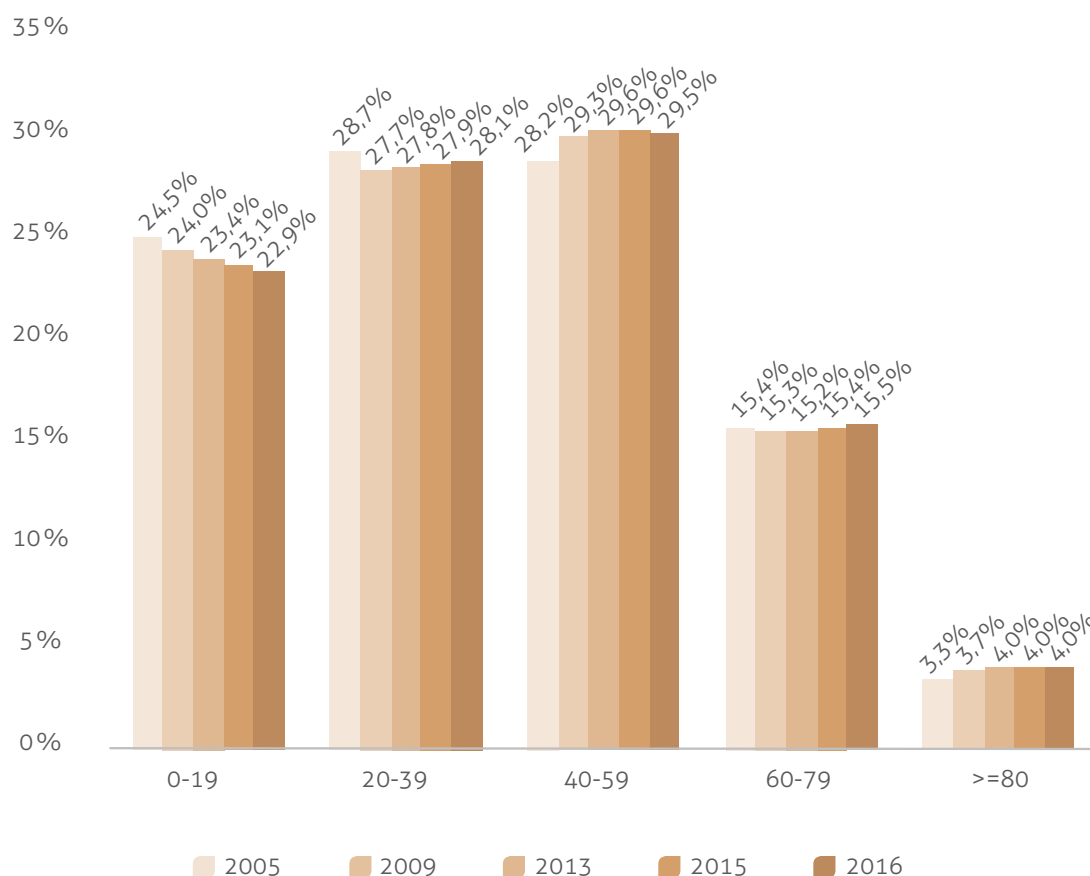
En 2016, la population protégée résidente atteint 536.423 personnes en moyenne annuelle et est en progression de 1,9% par rapport à 2015 (variation 2015/2014: 1,6%).

La population protégée non résidente a connu en 2016 une augmentation de 3,8%, contre 4,6% en 2015.

En 2016, la population protégée totale atteint 813.124 personnes en moyenne annuelle et est en progression de 2,5% par rapport à 2015 (variation 2015/2014: +2,6%).

Le taux de croissance de la population protégée non-résidente (3,8%) dépasse le taux de croissance de la population protégée résidente (1,9%), de sorte que la population protégée totale se caractérise par une croissance de 2,5% en 2016. La population protégée non-résidente représente 34,0% de la population protégée totale (33,6% en 2015). La part de la population protégée non-résidente continue donc d'augmenter alors que la part de la population protégée résidente diminue en passant de 66,4% en 2015 à 66,0% en 2016.

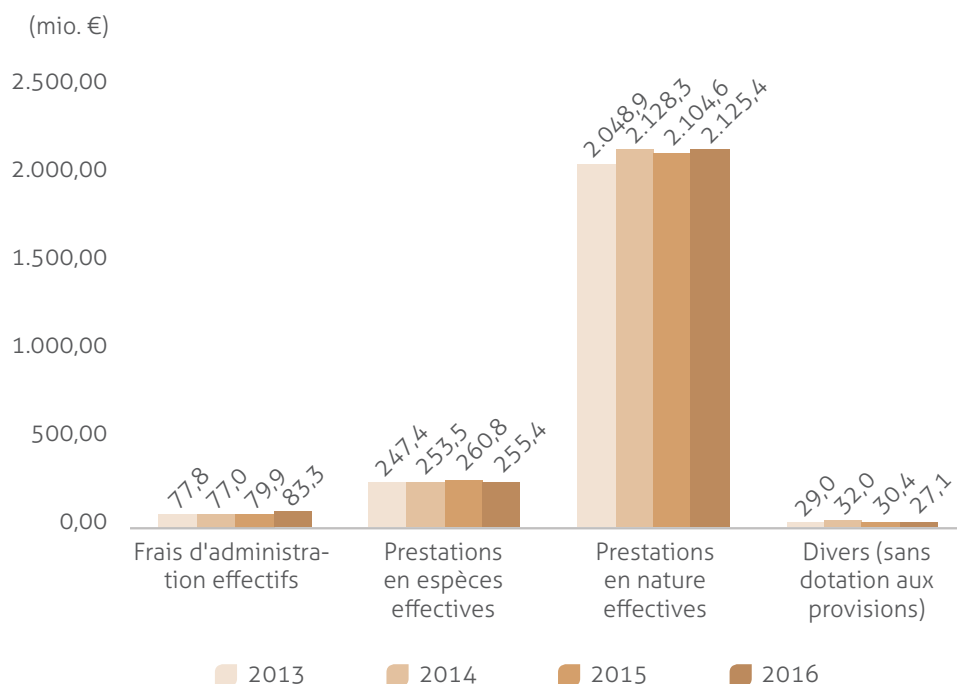
Structure d'âge de la population protégée résidente



Ce tableau reprend la structure d'âge de la population protégée résidente au 31 décembre. Comme en 2015, la part du groupe d'âge des personnes âgées entre 60 et 79 ans augmente légèrement en 2016, à savoir de 15,4% à 15,5%. 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 augmente très légèrement (27,9% en 2015 et 28,1% en 2016), alors que le groupe d'âge des 40 à 59 ans diminue très légèrement (29,6% en 2015 et 29,5% en 2016).

Dépenses effectives



En 2016, les dépenses effectives de l'assurance maladie-maternité s'élèvent à 2.491,2 millions d'euros, contre 2.475,7 millions d'euros en 2015, soit une hausse en valeur absolue de 15,5 millions d'euros. Les hausses en valeur nominale et en valeur réelle s'élèvent à 0,6%. Le montant des dépenses effectives est obtenu en déduisant du montant des dépenses courantes le montant du prélèvement aux provisions de 366,2 millions d'euros.

Tout d'abord, les frais administratifs s'élèvent en 2016 à 83,3 millions d'euros. Ce montant se décompose en des frais administratifs comptabilisés de 82,9 millions d'euros, en une dotation aux provisions de 4,5 millions d'euros à comptabiliser en 2017 et en un prélèvement aux provisions de 4,2 millions d'euros réalisé en 2015. Ces provisions concernent des frais administratifs à verser aux mutualités belges relatifs aux compléments.

Par rapport à 2015, les frais administratifs effectifs augmentent ainsi de 4,2% (+3,3 millions d'euros). En particulier, les frais de personnel ont augmenté de 0,8% (+0,4 million d'euros) en 2016. D'une part, il y a lieu de remarquer que les traitements et salaires des actifs ont diminué de 0,3% par rapport à 2015 (2015/2014: +2,6%) et d'autre part, on constate que la tendance des fortes croissances observées au niveau du personnel retraité subsiste, à savoir +6,0% (+0,5 million d'euros en valeur absolue) par rapport à 2015. En particulier, le nombre de pensionnés s'est accru de 21 personnes en 2016.

En ce qui concerne les prestations en espèces de maladie, il y a lieu de noter que la mise en œuvre par le Contrôle médical de la sécurité sociale de mesures de contrôle et d'appréciation réaffirmées notamment en matière d'absences maladie 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. En 2016, les indemnités pécuniaires de maladie accusent une diminution, à savoir -3,3% ou -4,4 millions d'euros. Le montant de la dépense s'élève à 127,1 millions d'euros, contre 131,5 millions d'euros en 2015. Alors que les indemnités pécuniaires proprement dites ont diminué de 4,8%, les indemnités en cas de période d'essai ont connu une croissance importante de 15,7% contre +10,3% en 2015 et +8,0% en 2014. Suivant la statistique relative à la date prestation pour les années 2015 et 2016 (y non compris les indemnités pécuniaires pour femmes de charge), le nombre de bénéficiaires en cas d'indemnités pécuniaires proprement dites a augmenté de 3,4%, la durée moyenne par bénéficiaire a diminué de 8,3% alors que l'indemnité moyenne brute accordée a diminué de 1,5%. En particulier, le nombre de bénéficiaires en dessous de 35 ans a augmenté moins rapidement (+2,7%) que celui au-dessus de 35 ans (+3,7%). La durée moyenne par cas a diminué pour les bénéficiaires en dessous de 35 ans moins fortement (-8,0%) que pour ceux au-dessus de 35 ans (-8,5%).

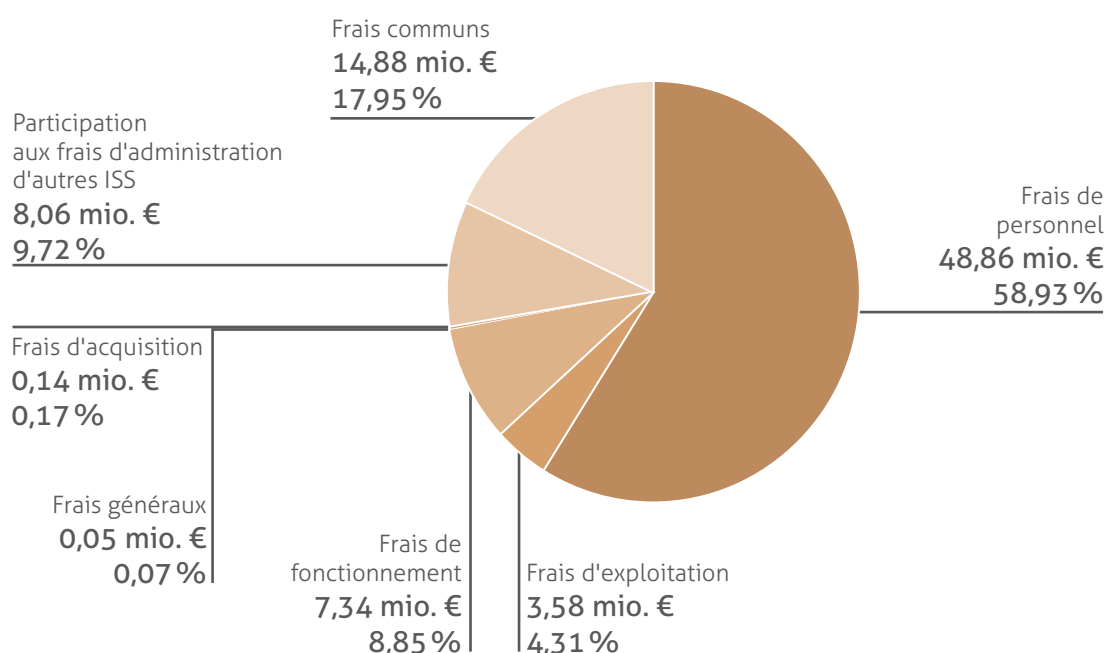
Concernant les prestations en espèces de maternité, celles-ci affichent également une diminution en 2016, à savoir de 0,8%, contre une augmentation de 2,1% en 2015. Alors que les indemnités pécuniaires de maternité proprement dites (92,7 millions d'euros) ainsi que celles pour protection de la femme enceinte (24,4 millions d'euros) ont diminué de 1,9%, les indemnités de congé pour raisons familiales se sont accrues de 11,8% pour atteindre 11,2 millions

d'euros. Suivant la statistique relative à la date prestation (non compris les indemnités pécuniaires pour femmes de charge et celles relatives au congé pour raisons familiales), le nombre de bénéficiaires et l'indemnité moyenne accordée ont diminué de 0,9% chaque fois. La durée moyenne par bénéficiaire a diminué de son côté de 0,5% entre 2015 et 2016.

Parmi les dépenses pour prestations en nature, il faut souligner que les dépenses pour soins au Luxembourg augmentent de 3,5% en 2016 (+57,6 millions d'euros), contre +2,7% en 2015.

Les prestations en nature à l'étranger s'élèvent à 398,4 millions d'euros en 2016, ce qui correspond à une réduction de 35,7 millions d'euros (-8,2%). Ceci en tenant compte d'une provision de 265,0 millions d'euros, d'un prélèvement aux provisions de 235,6 millions d'euros, d'un montant régularisé de 88,9 millions d'euros et d'un prélèvement aux régularisations de 135,3 millions d'euros. Par ailleurs, le montant de 398,4 millions d'euros renferme la troisième et dernière tranche des reports pour les prestations étrangères à hauteur de 26,8 millions d'euros. À rappeler que la 1^{ère} tranche des reports pour prestations étrangères à hauteur de 160,0 millions d'euros a été comptabilisée en 2014 et la deuxième tranche à hauteur de 40,0 millions d'euros a été comptabilisée en 2015.

Frais administratifs



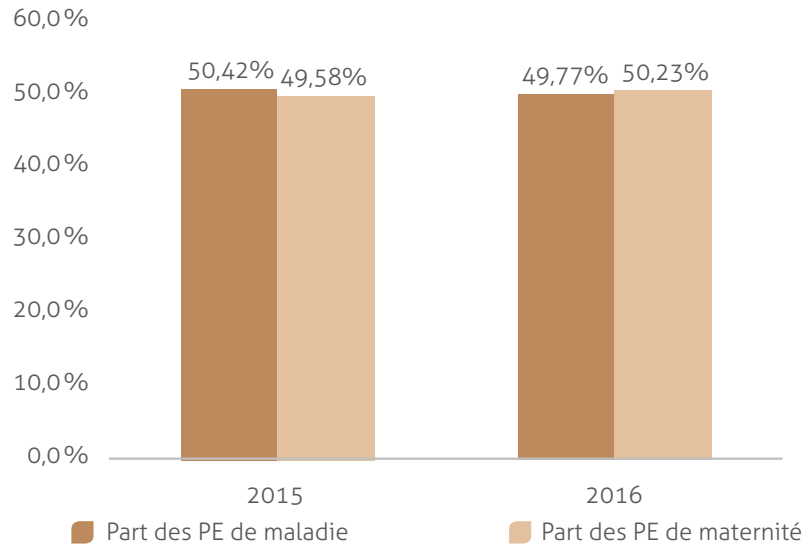
On constate que les frais de personnel représentent 58,93% du total des frais d'administration, contre 17,95% pour les frais communs (participation aux frais du Centre commun de la sécurité sociale). En calculant la part totale des deux postes dans l'ensemble des frais administratifs, on constate que leur part représente 76,88% 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 23,05% des frais administratifs. En particulier, ces quatre postes s'élèvent à 19,1 millions d'euros, contre 63,7 millions d'euros pour les frais de personnels et les frais communs.

Enfin, il est utile de préciser que la marche de manœuvre de la CNS au niveau des postes «frais de personnel», «frais communs» et «participation aux frais d'administration d'autres ISS» est relativement limitée. Ces trois postes représentent, finalement, en 2016 une part de 86,6% (71,8 millions d'euros) de l'ensemble des frais administratifs.

Prestations en espèces



(en millions d'euros)	2015	2016	Var. en %
Prestations en espèces de maladie	131,46	127,10	-3,3%
Prestations en espèces de maternité	129,27	128,29	-0,8%
TOTAL	260,73	255,39	-2,1%

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 :

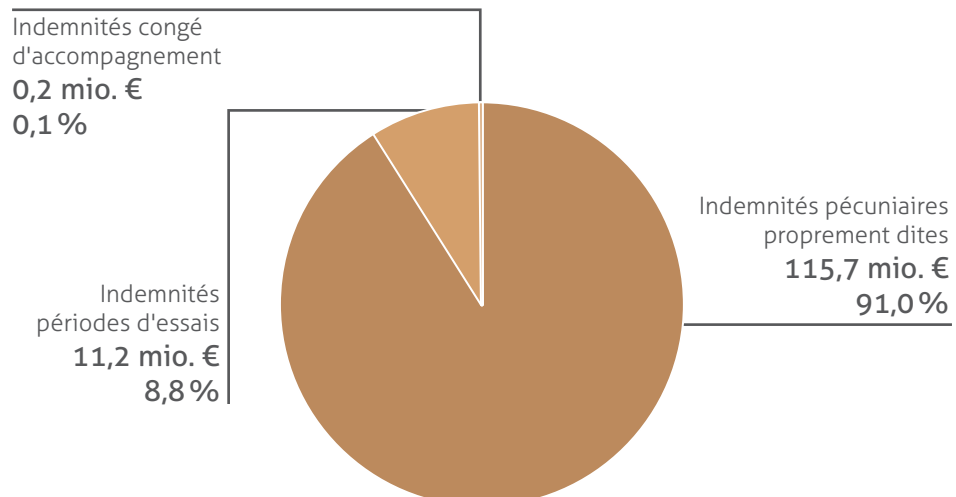
les prestations en espèces de maladie et les prestations en espèces de maternité.

En 2015, les indemnités pécuniaires

de maladie représentent 50,42 % du total des indemnités pécuniaires, contre 49,58 % pour les indemnités pécuniaires de maternité.

En 2016, les indemnités pécuniaires de maternité s'imposent avec 50,23%, contre 49,77 % pour les indemnités pécuniaires de maladie.

Prestations en espèces de maladie



Après une quasi-stagnation en 2014 (+0,6%) et une croissance modérée en 2015 (+3,6%), les dépenses pour indemnités pécuniaires de maladie accusent en 2016 une baisse de 3,3%. En effet, elles s'élevaient à 127,1 millions d'euros, contre 131,5 millions d'euros en 2015.

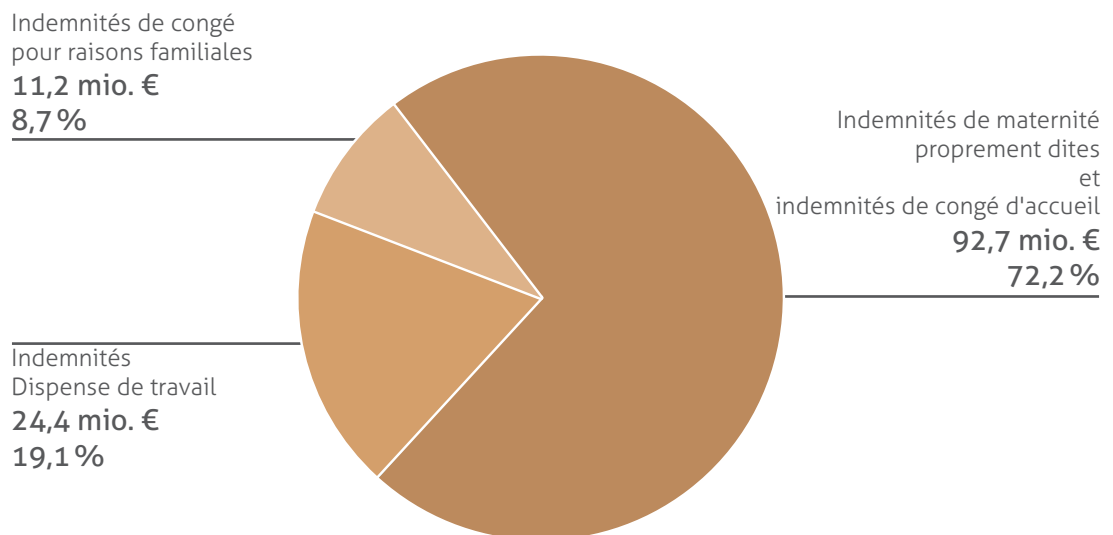
Une remarque importante s'impose: les tableaux et commentaires du présent document relatif aux prestations en espèces de maladie se limitent aux dépenses à charge de la CNS et ne prennent pas en compte les indemnités à charge de la Mutualité des employeurs.

Le montant de 127,1 millions d'euros du poste des indemnités pécuniaires de maladie comprend les indemnités pécuniaires de maladie proprement dites pour un montant de 115,7 millions d'euros (-4,8%), les indemnités pour périodes d'essai pour un montant de 11,2 millions

d'euros (+15,7%) et les indemnités de congé d'accompagnement pour un montant de 0,2 million d'euros (+1,0%).

Le nombre d'assurés cotisants pour les prestations en espèces a évolué de +3,2% entre 2015 et 2016. Il y a lieu de signaler qu'en 2016 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 2016 entre 9,2 millions et 11,6 millions d'euros. L'évolution des indemnités pécuniaires au cours du premier semestre 2016 présente une baisse de 0,8% par rapport à la même période de 2015, et celle relative au second semestre de 2016 une baisse de 5,4% par rapport à la même période de 2015.

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 et indemnités pour femme allaitante) ainsi que les indemnités de congé pour raisons familiales (CPRF).

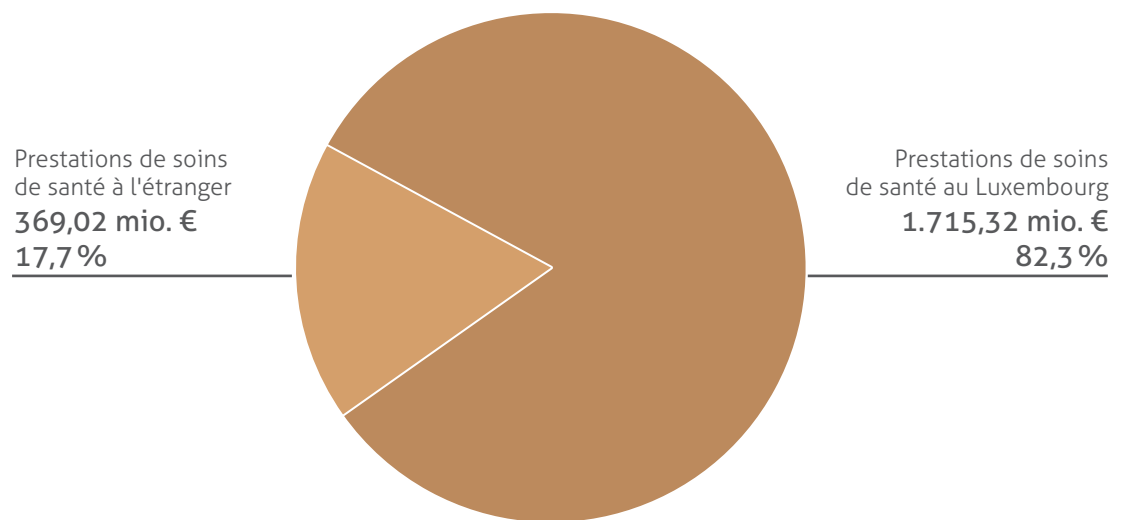


Après une croissance de 4,5% en 2014 et de 2,1% en 2015, les indemnités pécuniaires de maternité marquent une baisse en 2016, à savoir de 0,8%. Elles s'établissent à 128,3 millions d'euros, contre 129,3 millions d'euros en 2015.

La représentation graphique permet de constater que les indemnités pécuniaires

de maternité proprement dites représentent 72,2% en 2016 (2015:73,3%) des prestations en espèces de maternité. Le deuxième poste le plus important est celui des dispenses avec 19,1% en 2016 (2015: 19,0%), et en troisième lieu figure le congé pour raisons familiales qui représente 8,7% en 2016 (2015: 7,7%) des prestations en espèces de maternité.

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



* sans indemnités funéraires (2016: 3,5 mio. €) et sans PN Maternité (2016: 4,7 mio. €) au niveau des honoraires médicaux, des sages-femmes et des dispositifs médicaux

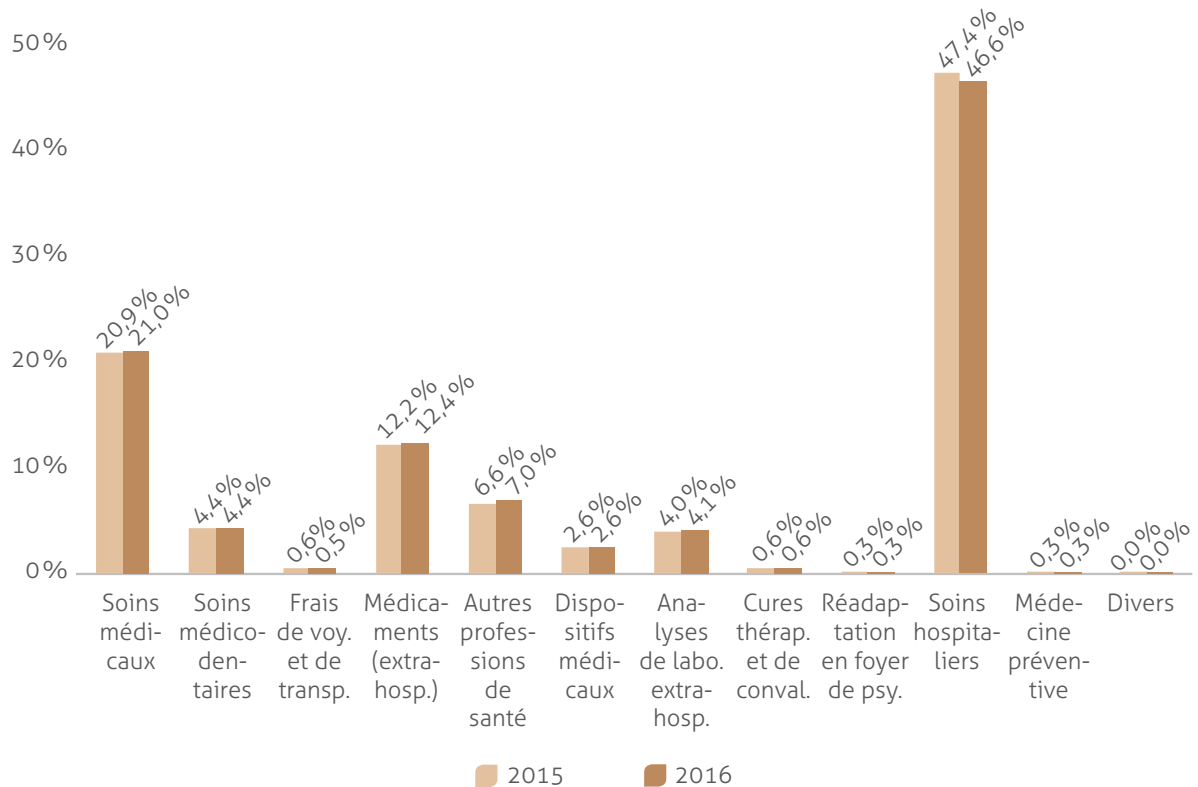
Par prestations en nature, on entend les prestations de soins de santé délivrées par les prestataires et fournisseurs aux assurés.

En tenant compte des corrections relatives aux provisions mentionnées ci-avant pour les prestations de soins au Luxembourg et y compris les montants provisionnés concernant les reports, on constate que ces prestations au Luxembourg ont progressé de 3,5% en 2016, contre 2,7% en 2015.

Les prestations de soins de santé à

l'étranger (après opérations sur provisions et après régularisations de fin d'exercice et avec prise en compte des reports) diminuent en 2016, à savoir de 8,2% pour se chiffrer à 398,4 millions d'euros (var. 2015/2014: -13,3%). L'origine de ces variations importantes se trouve dans l'introduction différée des factures par les institutions étrangères (voir remarque ci-avant) ainsi que par la comptabilisation des reports de la dette étrangère en 3 tranches (2014: 160,0 millions d'euros; 2015: 40 millions d'euros et 2016: 26,8 millions d'euros).

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 que légèrement de 2015 à 2016. Le poste le plus important est celui des soins hospitaliers, aussi bien en 2015 qu'en 2016 avec respectivement 47,4 % et 46,6 % de l'ensemble des prestations en nature au Luxembourg.

Les soins médicaux représentent le deuxième poste le plus important, avec 20,9 % en 2015 et 21,0 % en 2016.

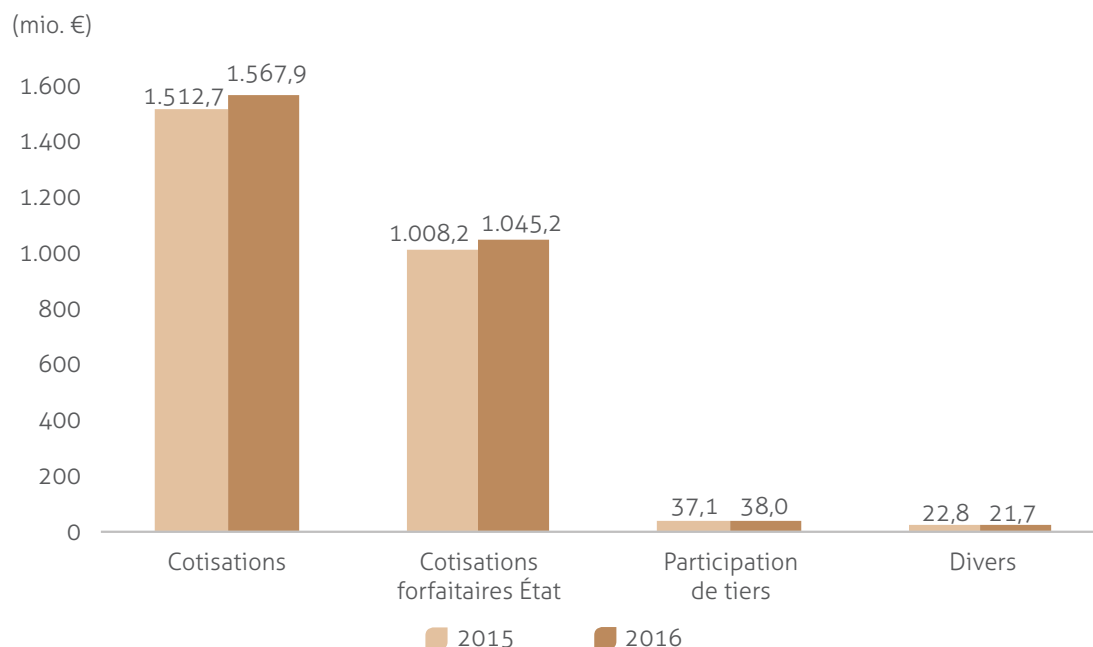
En troisième lieu figurent les médicaments extra-hospitaliers, dont 12,4 % de la totalité des prestations en nature au Luxembourg leur sont attribués en 2016 (12,2 % en 2015).

Suivent par ordre décroissant les postes suivants pour l'année 2016 :

- Autres professions de santé : 7,0 %
- Soins médico-dentaires : 4,4 %
- Analyses de laboratoires extra-hospitaliers : 4,1 %
- Dispositifs médicaux : 2,6 %
- Cures thérapeutiques et de convalescence : 0,6 %
- Frais de voyage et de transport : 0,5 %
- Médecine préventive : 0,3 %
- Réadaptation en foyer de psychiatrie : 0,3 %
- Divers : 0,0 %



Part des postes dans les recettes



En 2016, les recettes courantes atteignent 3.039,1 millions d'euros. Ceci correspond à une hausse de 3,4% par rapport à 2015. Elles sont de 181,7 millions d'euros supérieures aux dépenses courantes qui elles s'élèvent à 2.857,4 millions d'euros.

En déduisant le montant des prélèvements aux provisions de 359,8 millions d'euros en 2015 et de 366,2 millions d'euros en 2016, on obtient une hausse des recettes effectives de 3,6%. Ceci contre une hausse des dépenses effectives de 0,6%. Abstraction faite de la comptabilisation des reports au niveau international (2015: 40,0 millions d'euros; 2016: 26,8 millions d'euros), les dépenses effectives auraient augmenté de 1,2%.

En 2016, les recettes en cotisations enregistrent une hausse de 3,7%, contre une hausse de 3,3% en 2015.

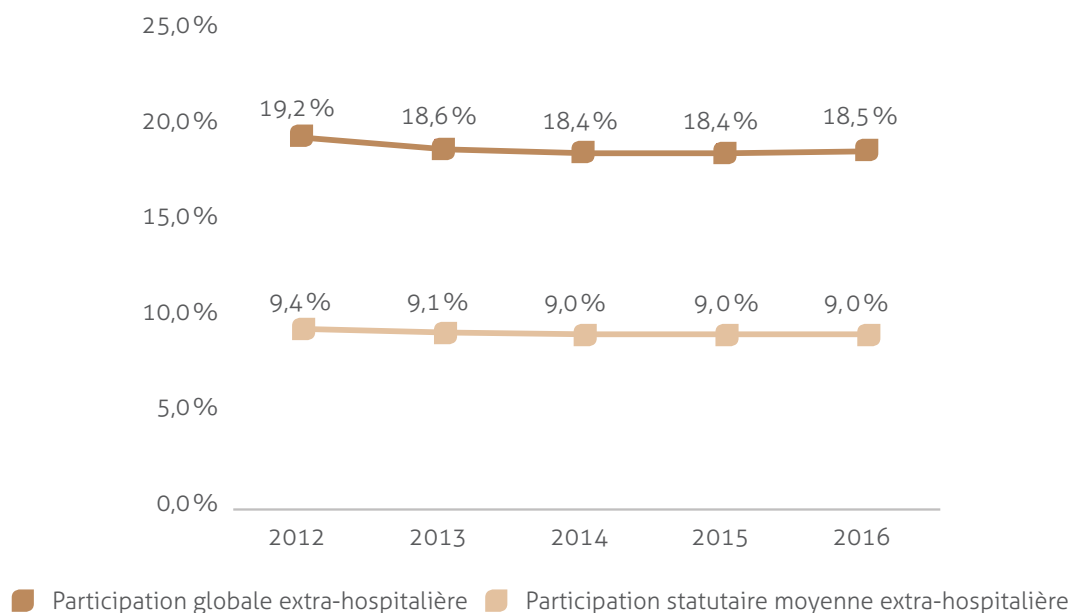
En particulier, l'année 2016 se caractérise par une croissance du nombre d'assurés actifs et volontaires cotisants pour

prestations en nature de 3,0%, contre +2,4% en 2015. En 2016, il n'y a pas eu de revalorisation du salaire social minimum et des minima et maxima cotisables. Par contre, les pensions du régime général et des régimes spéciaux ont bénéficié d'un ajustement de +0,50% à partir du 1^{er} janvier 2016. Par ailleurs, il y a lieu de remarquer qu'il n'y a pas eu d'adaptation de l'échelle mobile des salaires en 2016.

Le poste «Participation de tiers» a connu une évolution positive de 2,5% (+0,9 million d'euros), hausse principalement due à l'augmentation des frais d'administration remboursés par l'assurance dépendance de 7,0% ou de 1,1 million d'euros.

La baisse des recettes diverses de l'ordre de 1,0 million d'euros résulte essentiellement d'une baisse des produits financiers (-0,6 million d'euros) et des pensions cédées par divers organismes de pension (-1,0 million d'euros) ainsi que d'une hausse des produits divers de 0,9 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 2016 se caractérise tout comme depuis 2011 par les mesures d'économie décidées au niveau des participations des assurés entrées en vigueur en date du 1^{er} janvier 2011.

La participation statutaire moyenne de l'assuré pour les prestations extra-hospitalières s'établit à 9,0% en 2016, tout comme en 2015.

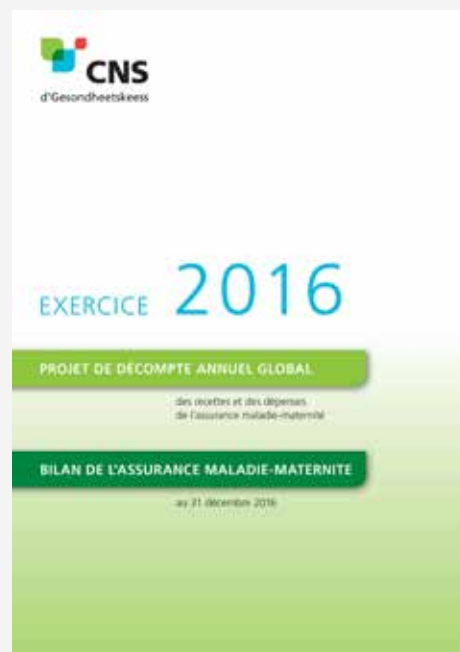
À noter que la participation hospitalière se situe à 1,1% en 2016, tout comme en 2015. Par conséquent, la participation statutaire (hospitalière et extra-hospitalière) s'élève à 5,3%.

Il y a lieu de noter que les tarifs de l'assurance maladie-maternité ne représentent pas l'intégralité de la dépense à charge 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 18,5% en 2016 (en dehors des frais d'hospitalisation), contre 18,4% en 2015.

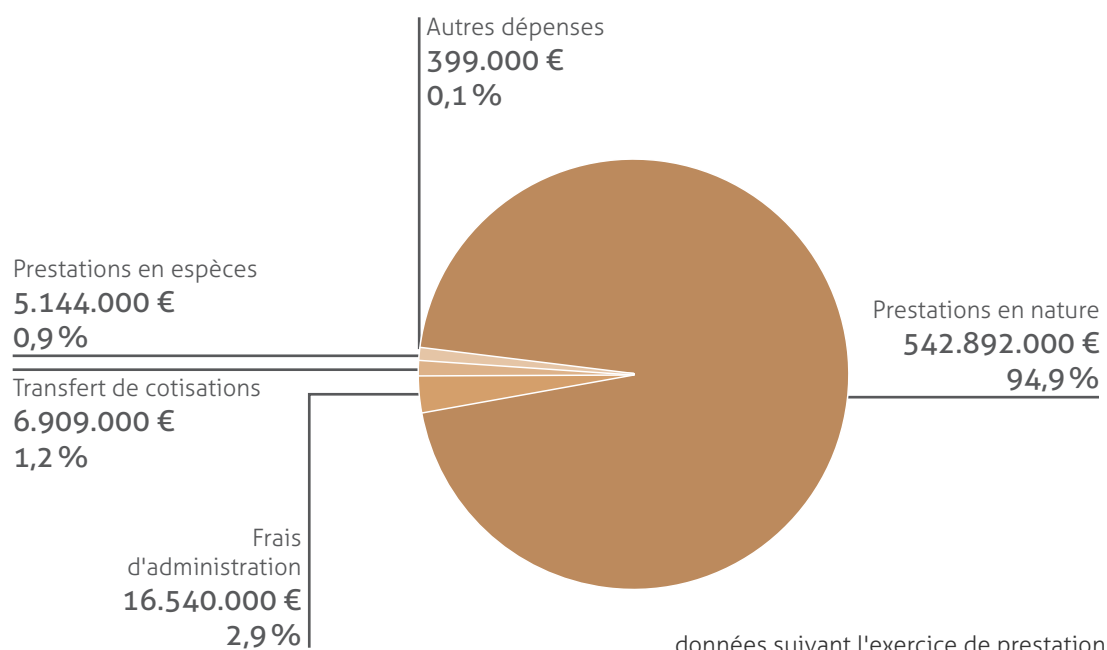
En date du 12 juillet 2017, le Comité directeur de la CNS a approuvé les comptes annuels et le bilan de clôture de l'année 2016 de l'assurance maladie-maternité.

Le document «Décompte des recettes et dépenses de 2016 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 2016



Ce graphique illustre suivant l'exercice de prestation 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 comptable 2016, le poste le plus important, à savoir les prestations en nature s'élevaient à 570,4 millions d'euros, contre 567,3 millions en 2015, soit une croissance de 0,5%. Or, ces montants ne correspondent pas aux montants pour prestations effectives de ces exercices.

Fin 2016, il subsiste des retards au niveau de la facturation des prestations en nature (17,1 millions d'euros), qui entraînent des retards au niveau de la liquidation des prestations en espèces dont le montant se chiffre à 2,7 millions d'euros. S'y ajoute des décomptes non introduits de la part des institutions d'as-

surance maladie étrangères de l'ordre de 9,7 millions d'euros. Par ailleurs, une provision relative à l'exercice de prestation 2015 de l'ordre de 2,7 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 a été arrêtée. Ainsi une dotation aux provisions pour prestations échues mais non liquidées de 32,18 millions d'euros a été comptabilisée en 2016.

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 2016, un montant de 6,9 millions d'euros (+12,8%) a été comptabilisé, contre 6,1 millions d'euros en 2015 (+20,5%). Fin 2016, 1.618 personnes (+8,4%), contre 1.492 personnes en 2015 (+3,0%) 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 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.

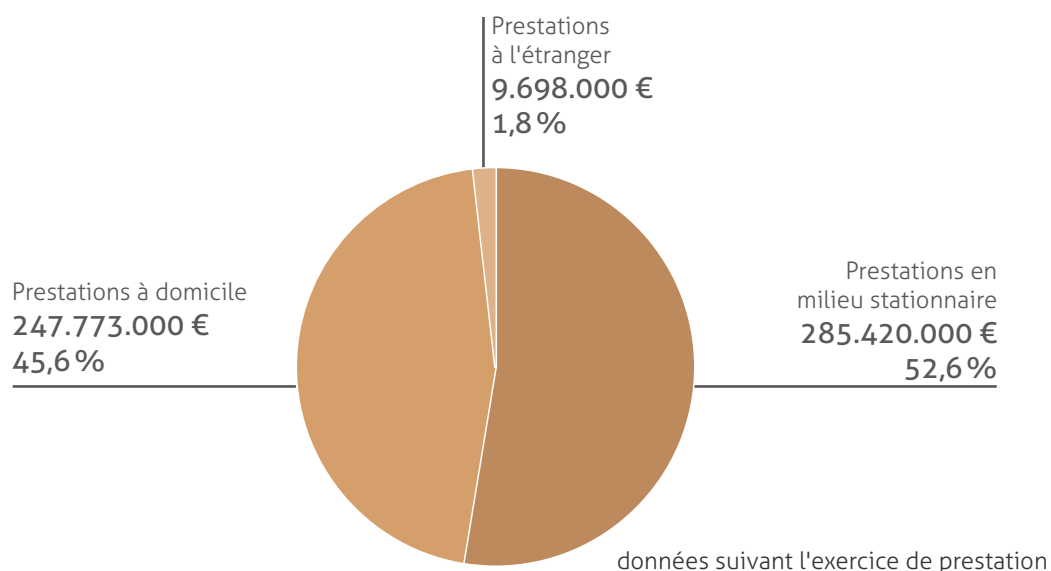
Les bénéficiaires d'une allocation pour personnes gravement handicapées ou d'une allocation de soins maintiennent ce droit aussi longtemps que leur demande de prestations au titre de l'assurance dépendance pour la même période ne leur aura pas été accordée. Le montant de ces prestations s'élève mensuellement 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 2016 (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.

Alors que le montant des allocations spéciales pour personnes gravement handicapées s'élevait en 2016 à 5,1 millions d'euros contre 5,4 millions en 2015 (-4,4%), il n'y avait plus de paiement pour allocations de soins en 2016.

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 16,5 millions d'euros en 2016, contre 15,5 millions en 2015 (+7,0%).

Le poste « autres dépenses » s'élève à 399.251 euros en 2016 et renferme les décharges et extournes (399.196 euros) et les dépenses diverses (55 euros).

Prestations en nature en 2016



En 2016, suivant l'exercice prestation, les prestations en milieu stationnaire représentent 52,6% de l'ensemble des prestations en nature (51,6% en 2015). 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 2016 45,6% du total des dépenses en matière de prestations en nature (46,7% en 2015). 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 1,8% 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.

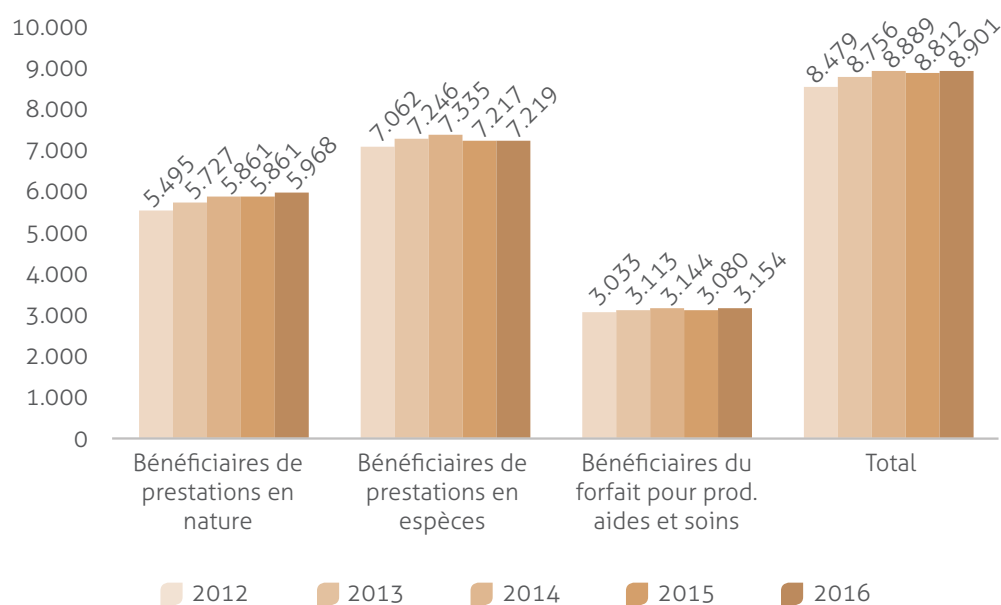
Bénéficiaires des prestations en nature en 2016

Bénéficiaires de prestations en nature au Luxembourg: **13.656** (+1,1%)

- Prestations à domicile*: **8.901** (+1,0%)
- Prestations en milieu stationnaire: **4.755** (+1,2%)

* 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 2016, le nombre moyen mensuel de bénéficiaires de prestations à domicile s'établit à 8.901 personnes (+1,0%), contre 8.812 personnes en 2015 (-0,9%).

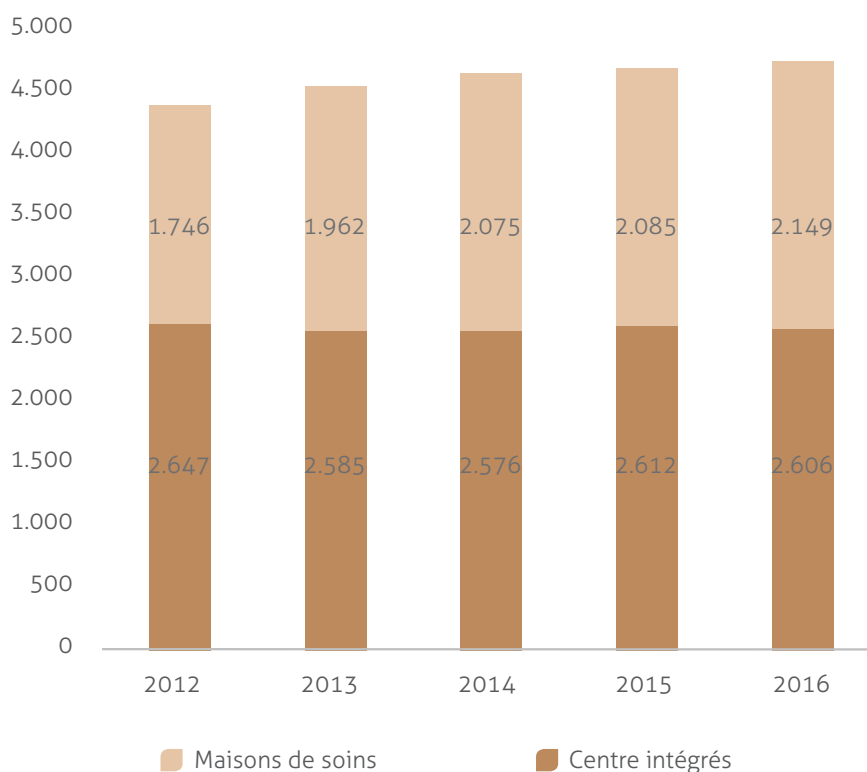
Après la baisse de 0,9% enregistrée en 2015, le nombre de bénéficiaires à domicile a évolué modérément en 2016. Depuis 2005, le nombre de bénéficiaires s'est accru de 47,2%. Le taux de croissance annuel moyen s'établit à 3,6% entre 2005 et 2016. Pour la période 2010 à 2016, le taux de croissance annuel moyen s'élève à 2,6%.

Parmi les bénéficiaires de prestations à domicile, 67,0% (5.968 personnes) touchent des prestations fournies par un réseau d'aides et de soins, un centre semi-stationnaire ou un établissement à séjour intermittent.

En 2016, 7.219 personnes en moyenne ont bénéficié de prestations en espèces, ce qui correspond à 81,1% des bénéficiaires de prestations à domicile.

À partir du 1^{er} janvier 2007, un montant forfaitaire de 14,32 euros par mois au nombre indice 100 est accordé en cas d'utilisation de produits nécessaires aux aides et soins. En 2016, ce montant forfaitaire mensuel s'est établi à 111,00 euros en moyenne à l'indice courant égal à 775,17. En 2016, environ 35,4% des personnes touchant des prestations à domicile ont bénéficié de ce forfait (35,0% en 2015).

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

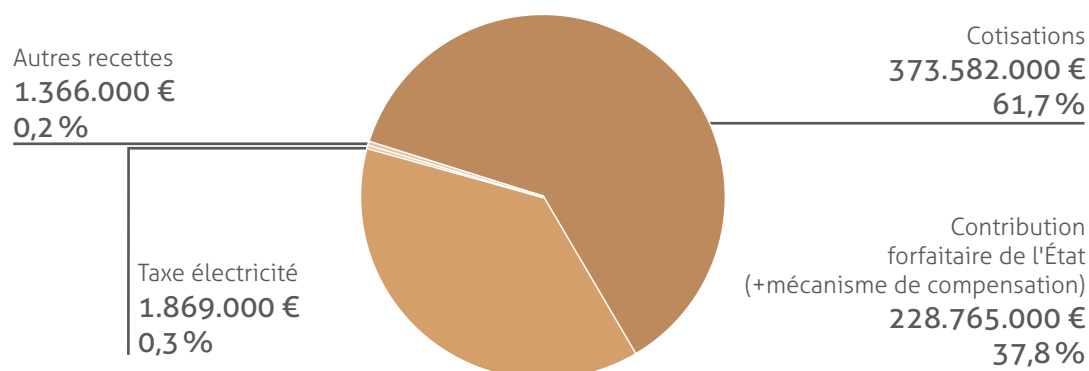
de nuit de façon prépondérante des personnes dépendantes relevant de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ou aux personnes bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire.

Pour l'exercice 2016, le nombre moyen de personnes dans les établissements d'aides et de soins à séjour continu se chiffre à 4.755 personnes (+1,2%), dont 2.606 personnes pour les centres intégrés (-0,2%) et 2.149 personnes pour les maisons de soins (+3,1%).

Depuis 2005, le nombre moyen de personnes a augmenté de 41,9%, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 3,2%. Depuis 2010, le taux de croissance annuel moyen s'élève à 2,6%.



Postes de recettes en 2016



Le montant total des cotisations de l'assurance dépendance s'élève en 2016 à 373,6 millions d'euros, contre 355,9 millions d'euros en 2015, soit une croissance de 5,0% (+3,4% en 2015). 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 et 2016. Le taux de croissance réel s'élève ainsi à 5,0% également, contre +3,4% en 2015.

Depuis 2013, la participation de l'État est fixée à quarante pour cent des dépenses totales, y compris la dotation à la réserve (loi du 16 décembre 2011, art. 38). Le montant versé par l'État en 2016 s'élève à 217,7 millions d'euros, ce qui correspond à une baisse de 5,9%.

S'y ajoute un montant de 11,1 millions d'euros se référant à l'exercice de prestation 2015 et servant à compenser les

découverts inévitables et imprévisibles au titre des exercices de prestation 2015 à 2017 des prestataires dus à une nouvelle définition des critères d'évaluation à appliquer par la Cellule d'évaluation et d'orientation dans le cadre du paquet d'avenir.

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 1,9 million d'euros en 2016 (+10,2%), contre 1,7 million d'euros en 2015 (+2,6%).

Les autres recettes comprennent notamment la participation État Outre-mer, les contributions de l'État, les produits divers, les produits financiers et les recettes diverses.

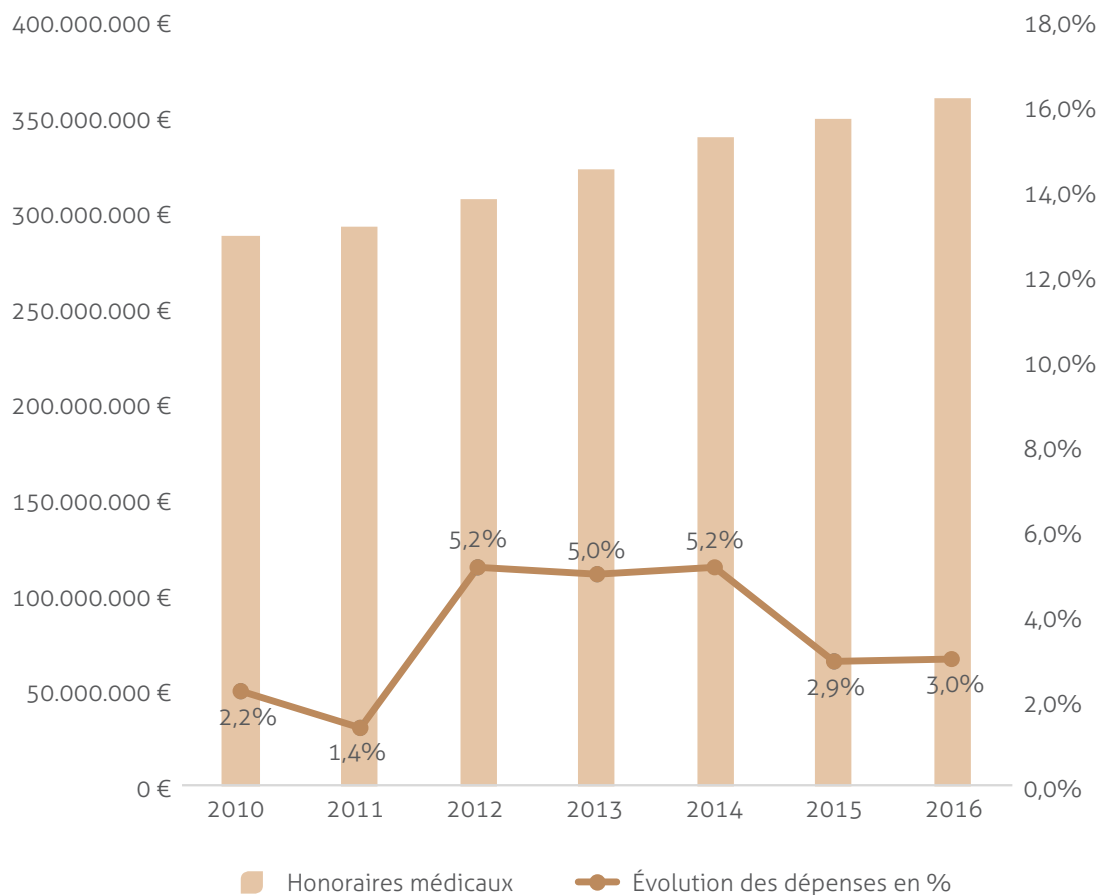
En date du 26 juillet 2017, le Comité directeur de la CNS a approuvé les comptes annuels et le bilan de clôture de l'année 2016 de l'assurance dépendance.

Le document «Décompte des recettes et dépenses de 2016 de l'assurance dépendance» commenté peut être consulté intégralement sur le site internet de la CNS www.cns.lu sous «Publications».



III. Analyse de l'évolution des dépenses pour soins de santé et prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité entre 2010 et 2016

Honoraires médicaux



Les dépenses pour honoraires médicaux atteignent 361,0 millions d'euros en 2016, contre 289,3 millions d'euros en 2010, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 3,8% entre 2010 et 2016.

Les honoraires médicaux ont évolué de 2,2% en 2010, croissance influencée par l'action syndicale «Service Réduit» d'à peu près 5 semaines qui a provoqué un ralentissement temporaire de la croissance des honoraires médicaux pour l'année 2010.

Un ralentissement de l'évolution des honoraires médicaux est aussi constaté en 2011 et s'explique d'une part par l'article 5 de la loi réforme qui prévoyait une réduction sur les coefficients des actes et services de la nomenclature des médecins afin de dégager une économie au profit de l'assurance maladie-maternité et d'autre part par le gel des lettres-clés des prestataires de soins de santé prévu par la réforme santé pour la période 2011/2012. En particulier, l'article 5 prévoit une réduction de 4,35% sur les



coefficients des actes techniques de la nomenclature des médecins, à l'exception des actes 1N61 à 1N65 de la sous-section «psychiatrie».

À partir de 2012, l'évolution des honoraires médicaux repart à la hausse pour s'établir à un niveau évoluant entre 5,0% et 5,2% sur toute la période 2012 à 2014.

L'évolution des honoraires médicaux de 5,2% en 2012 s'explique d'une part par l'adaptation des tarifs qui se limite à l'adaptation indiciaire de 2,5% en date du 1^{er} octobre, ceci en raison de l'absence de négociation concernant la valeur de la lettre-clé applicable aux actes et services des médecins et en application de l'alinéa premier de l'article 4 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de santé. D'autre part, elle se décline en une augmentation au niveau des consultations et en une baisse au niveau des visites et d'autres actes généraux. Les actes techniques connaissent une variation plus considérable dans le sens opposé par rapport à l'exercice précédent se traduisant par une hausse dans le milieu ambulatoire et dans le milieu stationnaire.

L'évolution des dépenses en 2013 de 5,0% s'explique en partie par une adaptation des tarifs qui se limite à l'adaptation indiciaire de 2,5%. En particulier, il y a lieu de noter que suite à l'échec des négociations des lettres-clés visées au premier alinéa de l'article 67 du Code de la sécurité sociale (CSS), le Conseil supérieur de la sécurité sociale a fixé

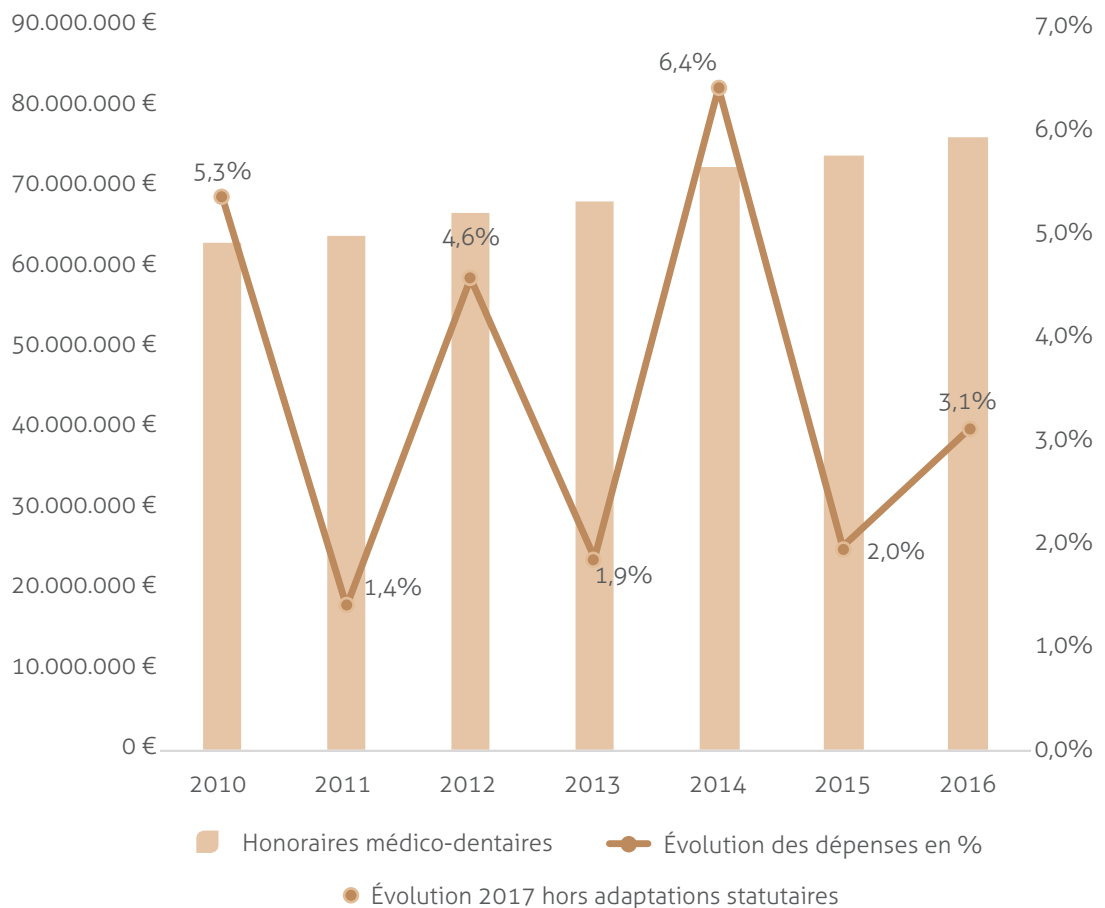
le taux d'adaptation «négociée» de la valeur lettre-clé de l'exercice 2013 à 1,04% pour les actes médicaux, avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2013. Pour tenir compte de l'application tardive des résultats de négociation 2013/2014, un facteur de rattrapage a été appliqué sur la période du 1^{er} mars 2014 au 31 décembre 2015. En tenant compte de ceci, l'évolution des honoraires médicaux s'élève à 5,2% en 2014.

Pour 2015, on observe à nouveau un ralentissement de l'évolution des honoraires médicaux par rapport à la croissance observée sur la période 2012 à 2014. L'évolution de 2,9% est influencée par le gel des lettres-clés des prestations de soins de santé pour la période 2015/2016 et par l'absence d'adaptation indiciaire lors de cet exercice. L'évolution s'explique en particulier par un ralentissement de l'évolution de l'activité et par l'adaptation, au 1^{er} janvier 2015 de la lettre-clé des médecins, résultant de l'application tardive des négociations des tarifs 2013/2014.

Pour l'exercice prestation 2016, nous constatons une hausse de 3,0% par rapport à 2015. Au 01.01.2016, le facteur de rattrapage des négociations de 2013/2014 a été déduit, de sorte que l'on peut conclure à une évolution de l'activité de +/-4,0% en 2016.

De manière générale, il y a lieu de noter que la mesure d'économie sur les coefficients des actes techniques de la nomenclature des médecins décrits ci-dessus a été continuée jusqu'en 2016.

Honoraires médico-dentaires



Les dépenses pour honoraires médico-dentaires atteignent 76,2 millions d'euros en 2016, contre 63,1 millions d'euros en 2010, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 3,2% entre 2010 et 2016.

La valeur de la lettre-clé applicable à partir du 01.01.2010 aux actes et services médico-dentaires n'a pas été adaptée par rapport à la lettre-clé applicable au 31.12.2009. Les tarifs ont subi une adaptation indiciaire de 2,5% au 1^{er} juillet 2010, de sorte que l'évolution du coût de la vie a été de 1,66% entre 2009 et 2010. Compte tenu de l'adaptation indiciaire et d'un rattrapage de 2 mois à effectuer en 2010 en raison de l'adaptation tardive de la lettre-clé en 2009 (au 1^{er} mars 2009), l'impact global de l'adap-

tation des tarifs atteint en moyenne 2,12% entre 2009 et 2010. L'évolution des honoraires médico-dentaires de 5,3% en 2010 se décline donc en une adaptation des tarifs et en une évolution de l'activité de l'ordre de 3%.

Par rapport à une croissance de 5,3% en 2010, un ralentissement de l'évolution des honoraires médico-dentaires est constaté en 2011 avec une évolution de 1,4%. Cette croissance plus faible s'explique d'une part par la déduction du facteur de rattrapage de la négociation tarifaire de 2009/2010. D'autre part, elle s'explique par des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2011, prévues dans le cadre de la réforme santé de 2010 et décidées par

le Comité directeur de la CNS. Ces modifications avaient pour but de réaliser une partie des mesures d'économie requises pour présenter un budget en équilibre pour 2011 et agissent tant sur le niveau des prestations à charge de l'assurance maladie-maternité que sur celui des participations personnelles des assurés. Au niveau des soins médico-dentaires, la mesure consistait dans le passage d'un montant annuel de 42,37 euros entièrement à charge de la CNS suivi d'une participation des assurés de 5% à un montant annuel de 60 euros entièrement à charge avec ensuite une participation de 12%. Enfin, à ceci s'ajoute encore une adaptation des tarifs qui se limite à l'adaptation indiciaire de 1,87%. En tenant compte de tous ces éléments, il en résulte donc une croissance de 1,4% en 2011 par rapport à 2010.

En 2012, l'évolution des honoraires médicaux s'élève à 4,6% et s'explique d'une part par l'évolution des tarifs et d'autre part par l'évolution de l'activité. En particulier, l'évolution des tarifs se limite en 2012 à l'adaptation indiciaire en date du 1^{er} octobre 2012 avec un effet annuel de 2,5%. L'évolution de l'activité s'élève donc à environ 2%.

L'évolution des dépenses en 2013 de 1,9% s'explique en partie par une adaptation des tarifs qui se limite à l'adaptation indiciaire de 2,5% et en partie par une baisse au niveau de l'activité. En particulier, il y a lieu de noter que suite à l'échec des négociations des lettre-clés visées au premier alinéa de l'article 67 du Code de la sécurité sociale (CSS), le Conseil supérieur de la sécurité sociale a fixé le taux d'adaptation «négociée» de la valeur lettre-clé de l'exercice 2013 à 0,65% pour les actes médico-dentaires, avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2013. Pour tenir compte de l'application tardive des résultats de négociation 2013/2014, un facteur de rattrapage a été appliqué

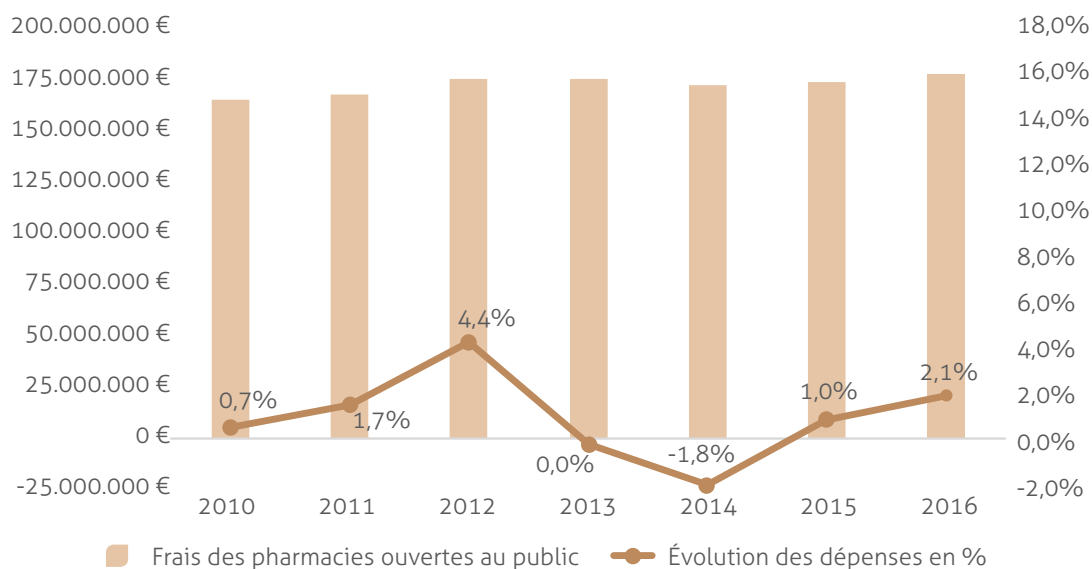
sur la période du 1^{er} mars 2014 au 31 décembre 2015.

En tenant compte de ce qui précède, l'évolution des honoraires médico-dentaires repart fortement à la hausse en 2014 pour s'élever à 6,4%. En particulier, la revalorisation de la valeur de la lettre-clé et le rattrapage du retard encouru dans la revalorisation prennent simultanément effet au 1^{er} mars 2014 avec un effet total de 1,02%. À ceci s'ajoute une adaptation indiciaire des tarifs de 1,86% et une évolution de l'activité d'environ 3,4%.

L'évolution des honoraires médicaux ralentit à nouveau en 2015 et atteint un niveau de 2,0%. Ceci s'explique en partie par un gel des lettre-clé sur base des décisions prises dans le cadre du budget nouvel génération. En particulier, suite aux dispositions de la loi budgétaire 2015, la valeur de la lettre-clé au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948 est restée inchangée pour l'année 2015. Elle a donc été fixée à 0,62783 (du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2015) pour les actes et services professionnels des médecins-dentistes. En 2015, il n'y a pas non plus eu d'adaptation indiciaire de sorte que l'évolution des tarifs s'explique uniquement par une croissance de l'activité autour des 2,0%.

En 2016, l'évolution des honoraires médico-dentaires s'élève à 3,1% par rapport à l'exercice 2015 ce qui est principalement dû à une évolution de l'activité de l'ordre de 3,7%. À ceci s'ajoute l'impact de la déduction des effets de rattrapage à partir de l'année 2016, de sorte qu'en absence d'une adaptation indiciaire pendant l'année 2016, la valeur de la lettre-clé des médecins-dentistes a été fixée à 0,62424 entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2016.

Frais pharmacies ouvertes au public



Depuis le 1^{er} avril 2011, il y a lieu de différencier entre les frais relatifs aux prestations des pharmacies ouvertes au public et les frais relatifs aux médicaments à délivrance hospitalière. En effet, les médicaments à délivrance exclusivement hospitalière vers des patients en ambulatoires ont été transférés du poste de budget «soins hospitaliers» vers le poste de budget «frais pharmaceutiques». Avant 2011, les frais pharmaceutiques ne comprenaient que les frais des officines. Le graphique ci-dessus se limite à la présentation de l'évolution des dépenses des pharmacies ouvertes au public. Les frais des pharmacies ouvertes au public atteignent 174,1 millions d'euros en 2016, contre 162,0 millions d'euros en 2010, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 1,2% entre 2010 et 2016.

En 2010, les frais pharmaceutiques des officines ont presque stagné par rapport à 2009 avec une évolution de 0,7%. C'est l'abaissement des prix de référence belges qui a eu un impact sur les prix de vente au Luxembourg et qui est à l'origine de cette évolution.

En 2011, ces dépenses n'ont également que faiblement évolué, à savoir de 1,7%.

Cette évolution s'explique aussi par les prix des médicaments qui ont diminué en Belgique suite à une approche volontariste du gouvernement belge concernant l'introduction d'un honoraire de dispensation fixe pour le pharmacien, à la diminution programmée des prix des médicaments suivant leur temps de commercialisation et à l'arrivée de nouveaux génériques.

Concernant les frais relatifs aux pharmacies ouvertes au public, le montant a augmenté de 4,4% en 2012. Cette augmentation tient compte de la rectification par le CISS de la comptabilisation de certains groupes de médicaments qui auparavant étaient associés à tort aux programmes de médecine préventive. En particulier, il y a lieu de noter que la partie des médicaments à taux réduit représente depuis cinq ans, 3% de l'ensemble des frais pharmaceutiques relatifs aux prestations des pharmacies ouvertes au public. On constate une augmentation de la part des médicaments à taux préférentiel aux dépens de médicaments à taux normal.

En 2013, on constate à nouveau une stagnation de l'évolution de ces dépenses avec une croissance de 0,03% de 2012 à 2013. En 2014, l'évolution de ces dé-

penses devient même négative, à savoir -1,8%. Cette baisse est liée principalement à la baisse des prix des médicaments et à l'introduction du système de base de remboursement en octobre 2014.

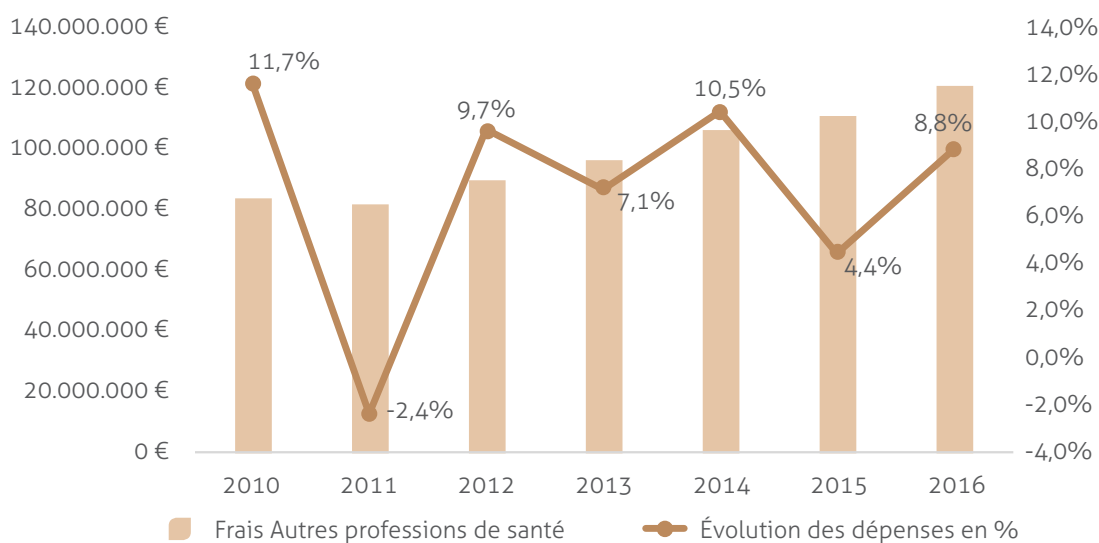
L'évolution des frais pour médicaments délivrés par les officines repart à la hausse à partir de 2015 pour atteindre une légère croissance de 1,0% et une hausse de 2,1% en 2016. Pour ce poste, les dépenses s'élèvent à 174 millions d'euros.

Malgré les faibles évolutions des dépenses présentées ci-dessus provenant de l'évolution des prix et de l'introduction de la base de remboursement en

2014, il y a lieu de noter une croissance du nombre de patients et de la dose journalière définie. En effet, en moyenne le nombre de la «Defined Daily Dose (DDD)¹» pris en charge a augmenté de 5% par an entre 2010 et 2016. En moyenne le nombre de patients pour lequel des traitements médicamenteux ont été pris en charge a augmenté de 2% par an entre 2010 et 2016.

Les médicaments à délivrance hospitalière n'apparaissent pas sur ce graphique, mais ils représentent approximativement 39,8 millions d'euros en 2016. Si l'on additionne ces frais aux frais pharmaceutiques ci-dessus, nous obtenons une somme totale de 214,0 millions d'euros de frais pharmaceutiques en 2016.

Frais des autres professions de santé



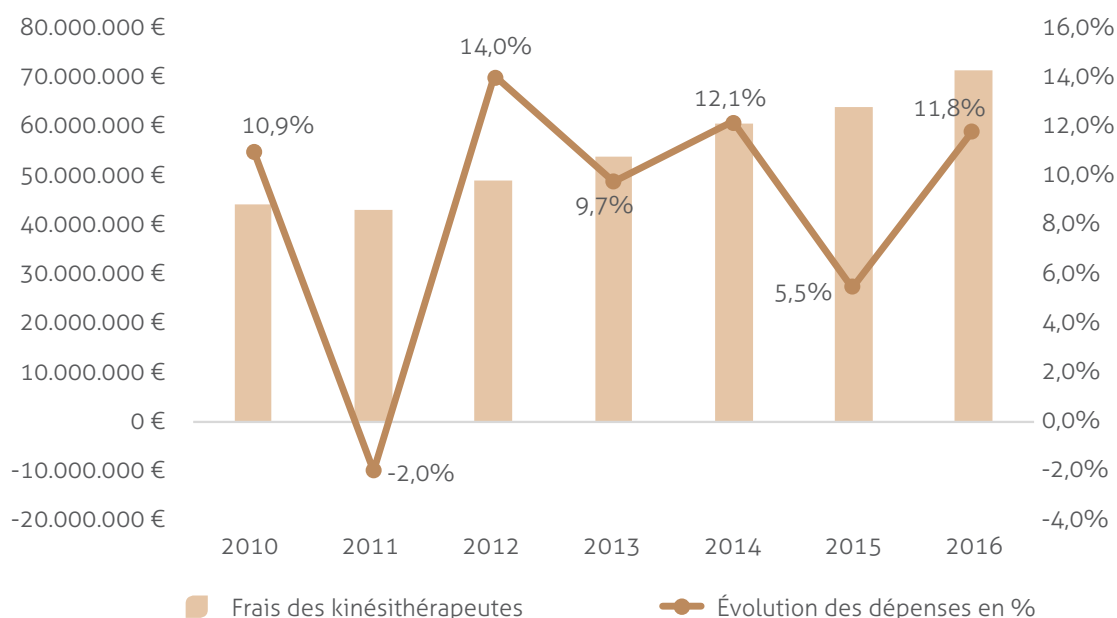
Sur la période 2010 à 2016, les dépenses relatives aux «autres professions de santé» présentent de fortes croissances, à l'exception de l'année 2011, et regroupent les dépenses des kinésithérapeutes, des infirmiers, des sages-femmes, des psychomotriciens et des orthophonistes. Les frais des kinésithérapeutes et des infirmiers représentent 97% des dépenses du poste «autres

professions de santé». De ce fait, le commentaire de ces dépenses se concentre sur ces 2 postes et donne une brève vue sur les trois postes restants.

Les dépenses pour autres professions de santé s'établissent à 120,7 millions d'euros en 2016, contre 83,9 millions d'euros en 2010, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 6,2% sur la période observée.

¹ «DDD» La «Defined Daily Dose» est définie comme la dose d'entretien moyenne présumée par jour pour un médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte. La DDD est une mesure statistique définie par l'OMS qui est utilisée pour rendre comparable des données de consommation de différents dosages d'une même molécule ou de différentes substances d'une même classe de médicament.

a. Frais des kinésithérapeutes



Les dépenses pour kinésithérapeutes atteignent 70,9 millions d'euros en 2016, contre 43,8 millions d'euros en 2010, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen important de 8,4% entre 2010 et 2016.

En 2010, les dépenses des kinésithérapeutes ont augmenté de 10,9% par rapport à 2009. L'augmentation des tarifs se limite en 2010 à l'adaptation indiciaire de 1,7%, de sorte que la forte croissance des dépenses provient principalement d'une évolution importante de l'activité.

En 2011, on constate une baisse de 2,0% des dépenses de ce poste, ce qui s'explique surtout par les effets de la réforme santé. Tout d'abord, par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du CSS, l'article 4 de la loi réforme prévoit que les valeurs des lettres-clés des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, point 1) à 7) et 12) sont maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948 pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2012. L'évolution des tarifs se limite donc, en 2011, à l'adaptation

indiciaire de 1,87%. Ensuite, les modifications statutaires entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2011 ont aussi leurs effets sur l'évolution des dépenses des kinésithérapeutes. Ici, il a été décidé de porter la participation statutaire des assurés à la hausse en passant de 20% pour les chapitres 1,2,4 et 7 à 30% pour ces mêmes chapitres, si le patient est âgé de plus de 18 ans (sauf en milieu stationnaire).

En 2012, l'augmentation significative de 14,0% au niveau des masseurs-kinésithérapeutes est liée au fort développement des activités kinésithérapeutiques. En effet, le nombre de kinésithérapeutes enregistré dans le cadre du conventionnement obligatoire et automatique a évolué, ce qui conduit inévitablement à un nombre croissant de titres de prise en charge à traiter par la CNS. Le nombre d'attributions de codes nouveaux en 2012 s'élève à 107. À l'augmentation de l'activité s'ajoute une adaptation des tarifs qui se limite à l'adaptation indiciaire de 2,5%.

L'évolution de 9,7% des dépenses des kinésithérapeutes en 2013 provient surtout de l'évolution de l'activité et, pour

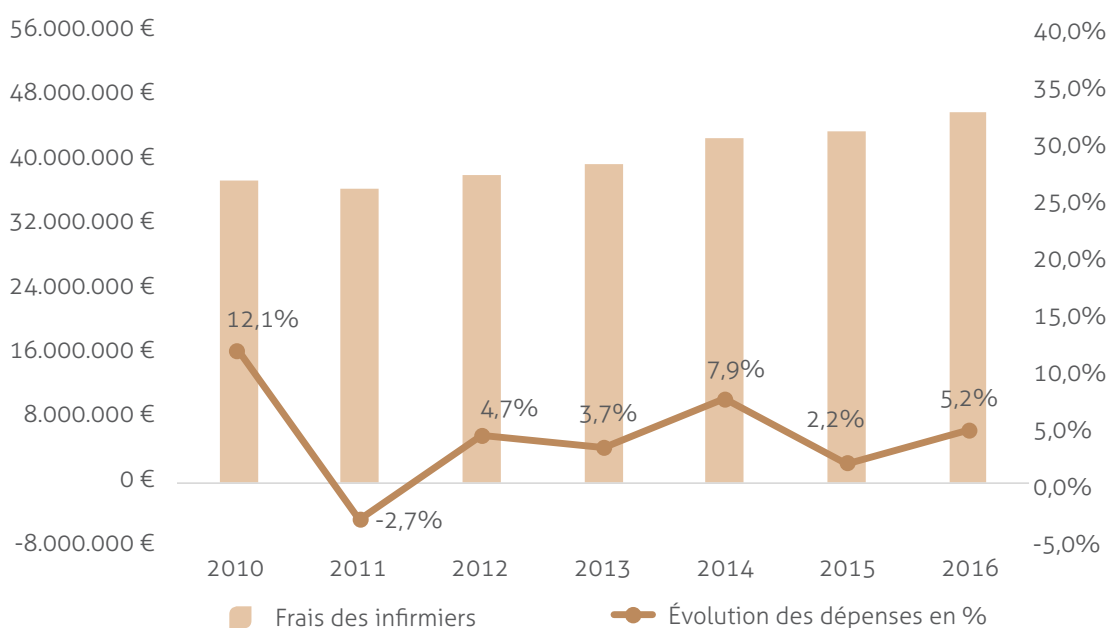
un moindre part, de l'adaptation des tarifs qui se réduit à l'adaptation indiciaire.

En particulier, il y a lieu de noter que suite à l'échec des négociations des lettres-clés visées au premier alinéa de l'article 67 du Code de la sécurité sociale (CSS), le Conseil supérieur de la sécurité sociale a fixé le taux d'adaptation «négociée» de la valeur lettre-clé de l'exercice 2013 à 0,50% pour les actes des kinésithérapeutes, avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2013. Pour compenser la mise en vigueur différée de l'adaptation des tarifs liées résultant des négociations 2013/2014, un facteur de rattrapage a été appliqué sur la période du 1^{er} avril 2014 au 31 décembre 2014. En tenant compte de ceci et d'une forte évolution de l'activité, l'évolution des frais des kinésithérapeutes s'élève à 12,1% en 2014.

En 2015, l'évolution des dépenses des kinésithérapeutes est légèrement freinée pour atteindre une croissance de 5,5%. Il y a lieu de noter qu'il n'y a pas eu d'adaptation indiciaire des tarifs en 2015 et que le budget nouvel génération a prévu un gel des lettres-clés des prestataires de soins de santé. À ceci s'ajoute que le facteur de rattrapage dû à l'application tardive des négociations de 2013/2014 a été déduit au 1^{er} janvier 2015.

En 2016, les dépenses présentent de nouveau une forte croissance de 11,8% par rapport à 2015; croissance due à l'évolution de l'activité étant donné qu'il n'y a pas eu d'adaptation des tarifs.

b. Frais des infirmiers



Les dépenses pour infirmiers atteignent 45,6 millions d'euros en 2016, contre 37,2 millions d'euros en 2010, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 3,5% entre 2010 et 2016.

En 2010, les soins infirmiers ont évolué de 12,1% par rapport à 2010. Une partie de cette augmentation s'explique par la forte adaptation temporaire de la lettre-clé sur la seconde moitié de 2010.

En particulier, il y a lieu de noter une adaptation des tarifs de 5,09% à partir du 1^{er} juillet 2010 ce qui provient de la mise en vigueur tardive de l'adaptation tarifaire de 1,3% pour les exercices 2009 et 2010. À ceci s'ajoute une adaptation indiciaire de 1,66%.

En 2011, les dépenses pour soins infirmiers ont diminué de 2,7%. Cette baisse provient d'une part des effets de la réforme et d'autre part de la déduction du facteur de rattrapage dû à l'application tardive au 1^{er} juillet 2010 des tarifs applicables au 1^{er} janvier 2010. La réforme santé prévoyait le gel des lettres-clés de sorte que les valeurs des lettres-clés n'ont subi aucune adaptation le 01.01.2011 par rapport à celles applicables le 31.12.2010. Pourtant la lettre-clé des infirmiers, a donc été réduite de 0,67695 à 0,65251 pour tenir compte de la déduction du facteur de rattrapage cité ci-dessus.

Les dépenses évoluent de 4,7% en 2012. Il y a lieu de noter que suite à l'absence de négociation concernant la valeur de la lettre-clé en 2012, l'évolution des tarifs se limite à l'adaptation indiciaire de 2,5% en date du 1^{er} octobre 2012. Lors de l'analyse détaillée des données enregistrées des soins infirmiers, on constate cependant que seulement 3 actes englobent 72,48% de toutes les prestations réalisées (abstraction faite des déplacements et des forfaits N81 et N82).

Malgré l'application tardive des résultats de négociation concernant la valeur de la lettre-clé de 2013, la variation 2012/2013 des dépenses relatives aux soins des infirmiers est une nouvelle fois positive. Après une augmentation de 4,7% en 2012, l'augmentation s'élève à 3,7% en 2013. Lors de l'analyse détaillée des données enregistrées pour le poste des soins infirmiers, on constate à nouveau que seulement 3 actes englobent 72,1% de toutes les prestations réalisées (abstraction faite

des déplacements et des forfaits N81 et N82). Il s'agit en l'occurrence des mêmes actes que pour les années 2010, 2011 et 2012 et on peut également dire de manière générale que près de la moitié des actes infirmiers ont subi une hausse du nombre facturé en 2013.

Suite à une procédure de médiation dans le cadre des négociations au sujet de la valeur lettre-clé, l'adaptation de la valeur de la lettre-clé s'élève à 0,70% pour les infirmiers, à faire valoir sur la valeur de la lettre-clé négociée pour les années 2009 et 2010 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948. Compte tenu de la mise en application de la mesure avec effet au 1^{er} avril 2014, la valeur de la lettre-clé négociée est augmentée d'un facteur de rattrapage pour la période du 1^{er} avril 2014 au 31 décembre 2014 pour compenser la mise en vigueur différée de l'adaptation. En 2014, on constate que seulement 4 actes englobent 67% de toutes les prestations réalisées (abstraction faite des déplacements et des forfaits N81 et N82). Il s'agit en l'occurrence des actes N02 (Prélèvement de sang et détermination de la glycémie), N18 (Injection sous-cutanée), N24 (Pansement de plusieurs segments de membre, pansements multiples, grand pansement du tronc, pansement avec drain) et N26 (Bandage compressif pour stase veineuse ou lymphatique). Contrairement aux années précédentes où plus de 70% des dépenses étaient concentrées sur 3 actes, on constate en 2014 une légère tendance à la dispersion des dépenses vers d'autres actes de la nomenclature. De plus, près de la moitié des actes infirmiers ont subi une hausse du nombre facturé en 2014, ce qui nous mène à une augmentation de 7,9% pour l'année en question.

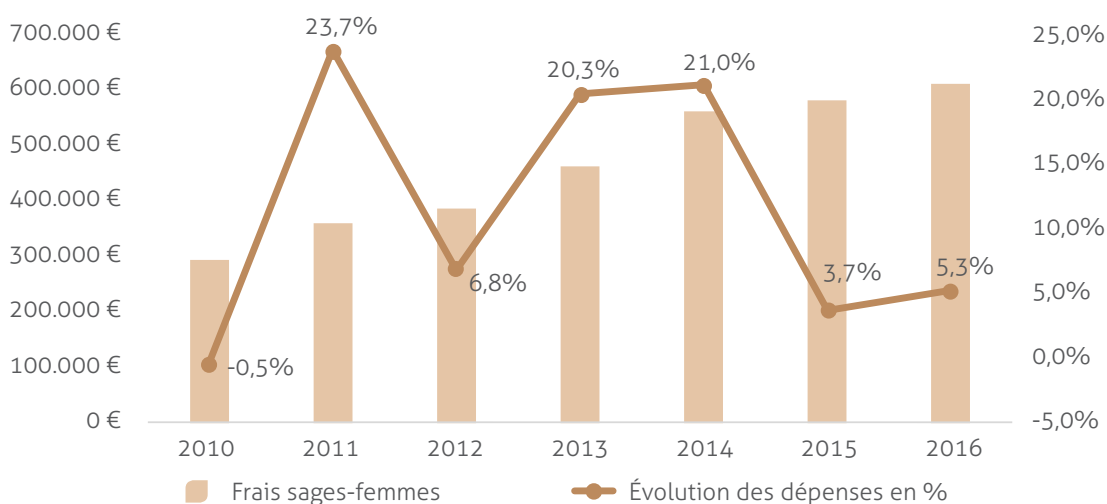
Les honoraires d'infirmiers ont augmenté de 2,2% pendant l'exercice 2015. Cette évolution correspond d'un côté à une adaptation des valeurs lettres-clés



et de l'autre côté elle se décline en une augmentation de l'ensemble de ses éléments constitutifs au niveau des actes infirmiers.

Il y a lieu de signaler qu'en 2016, il n'y a pas eu d'adaptation indiciaire des tarifs des infirmiers. On constate pourtant une croissance de 5,2% par rapport à 2015.

c. Frais des sages-femmes



Les frais des sages-femmes s'élèvent à 610.886 euros en 2016, contre 290.938 euros en 2010, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 13,2% sur la période observée.

En particulier, en 2013, les dépenses des sages-femmes enregistrent une hausse de 20,3% qui est principalement due à une croissance des frais de déplacement, et plus particulièrement grâce à l'acte SD9 qui subit une hausse de près de 10,0%.

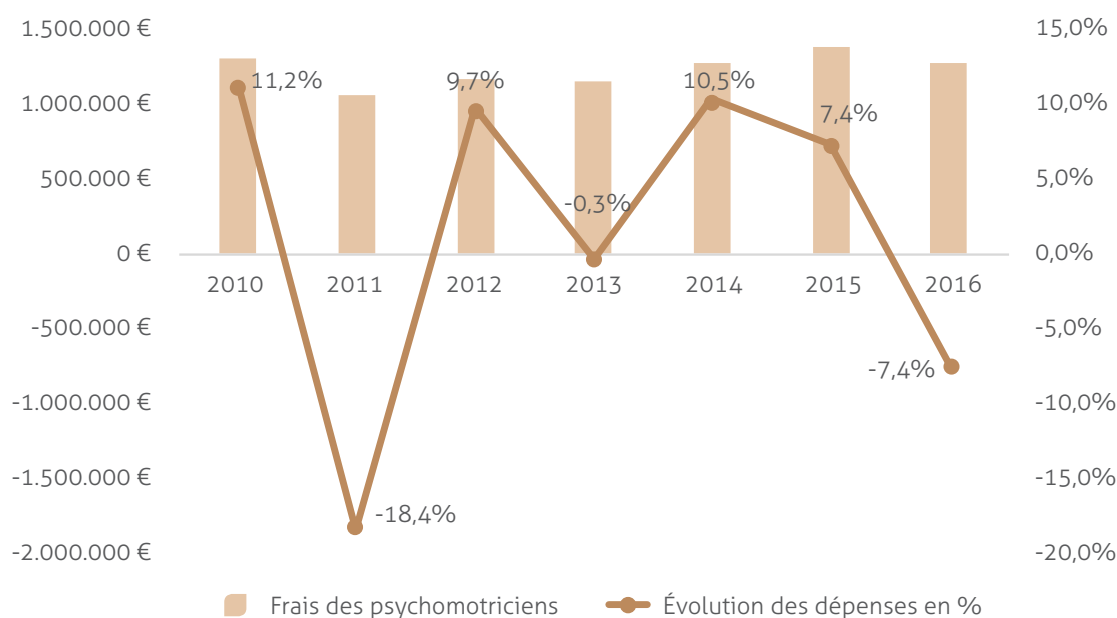
Suite à une procédure de médiation dans le cadre des négociations 2013/2014 au sujet de la valeur lettre-clé entre la CNS et les sages-femmes, l'adaptation de la valeur de la lettre-clé négociée à partir du 1^{er} janvier 2013 conformément à l'article 67 du Code de la sécurité sociale s'élève à 0,70% pour les sages-femmes, à faire valoir sur la valeur de la lettre-clé négociée pour les années 2009 et 2010 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948. Compte tenu de la mise en application de la mesure avec effet au 1^{er} avril

2014, la valeur de la lettre-clé négociée est augmentée d'un facteur de rattrapage pour la période du 1^{er} avril 2014 au 31 décembre 2014 pour compenser la mise en vigueur différée de l'adaptation. Ainsi, les dépenses pour sages-femmes évoluent fortement de 21,0%, ce qui est principalement dû à une nouvelle croissance des frais de déplacement représentant 71,0% des dépenses.

En 2015, on constate un ralentissement de la croissance par rapport à l'année précédente, qui est partiellement dû à une diminution de la valeur lettre-clé à indice 100 suite à la déduction du facteur de rattrapage en raison de l'application tardive des résultats des négociations 2013/2014. En particulier, il s'agit d'une hausse de 3,7%. Il reste à noter que les frais de déplacement constituent 71,1% des montants pris en charge.

En 2016, les soins pour sages-femmes évoluent à nouveau plus fortement pour atteindre en fin d'année une croissance de 5,3%.

d. Frais psychomotriciens



Les frais des psychomotriciens s'élèvent à 1.278.627 euros en 2016, contre 1.303.572 euros en 2010, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de -0,3% sur la période observée.

Concernant les actes des psychomotriciens, on observe une faible régression de 0,3% en 2013 de sorte que la progression de 9,7% de 2012 a été ralentie. Cette diminution des dépenses de psychomotricité résulte d'une régression moyenne de 7,0% des 3 actes représentant 96,0% des dépenses en 2013, à savoir les actes Y21 (Rééducation psychomotrice, traitement individuel d'une durée de 30 minutes), Y22 (Rééducation psychomotrice, traitement individuel d'une durée de 60 minutes) et Y51 (Relaxation psychomotrice, traitement individuel d'une durée de 45 minutes).

En 2014, on observe une forte progression de 10,5% comparée à la régression de 0,3% constatée en 2013. Cette croissance des dépenses de psychomotricité résulte d'une forte progression des 3 actes représentant 97,0% des dépenses en 2014, à savoir les actes Y21 (Réédu-

cation psychomotrice, traitement individuel d'une durée de 30 minutes), Y22 (Rééducation psychomotrice, traitement individuel d'une durée de 60 minutes) et Y51 (Relaxation psychomotrice, traitement individuel d'une durée de 45 minutes).

En 2015, on note une croissance de 7,4%. On constate les évolutions suivantes pour les 3 actes qui représentent 96,5% des dépenses en 2015:

- Y21 (Rééducation psychomotrice, traitement individuel d'une durée de 30 minutes): régression de 4,6% (2014: + 8,0%);
- Y22 (Rééducation psychomotrice, traitement individuel d'une durée de 60 minutes): progression de 9,3% (2014: +11,4%);
- Y51 (Relaxation psychomotrice, traitement individuel d'une durée de 45 minutes): régression de 3,9% (2014: +5,9%).

Les valeurs lettres-clés à indice 100 correspondants aux rééducateurs en psychomotricité (0,39990) relatives à l'an-

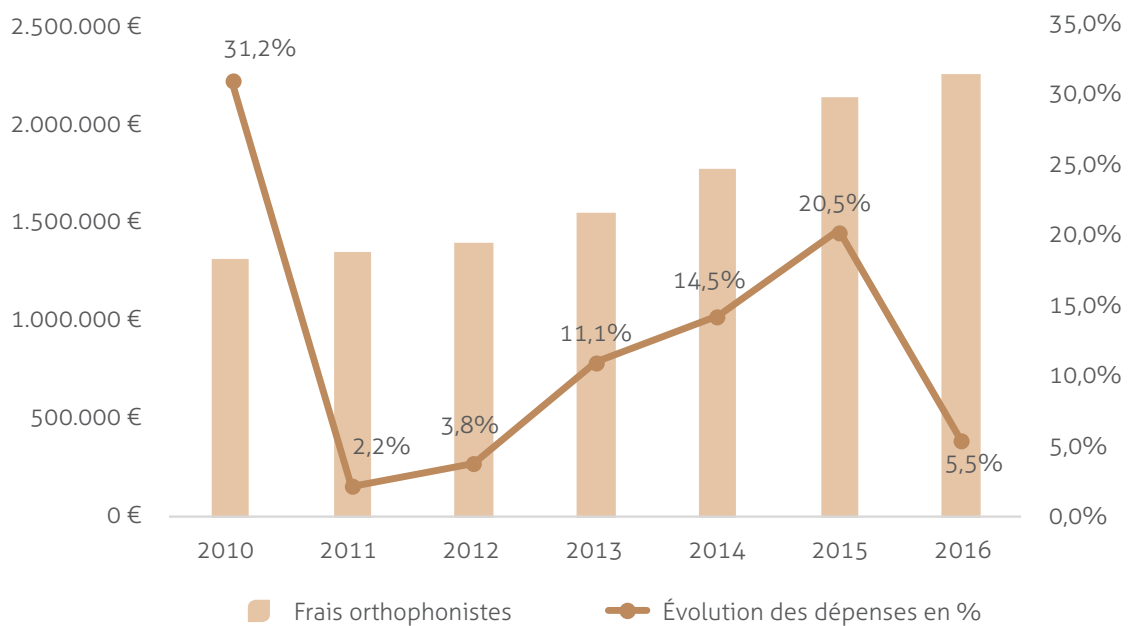
née 2014 n'ont pas subies d'adaptations par rapports à leurs valeurs respectives de l'exercice précédent.

Suite aux dispositions de la loi budgétaire 2015, les valeurs des lettres-clés au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948 sont restées inchangées pour l'année 2015. Elles ont donc été fixées pendant la période du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2015

pour les actes et services professionnels des autres professions suivantes et correspondent à 0,39990 - valeur lettre-clé à indice 100 pour rééducateurs en psychomotricité.

En 2016, les dépenses pour psychomotriciens diminuent fortement, à savoir de 7,4% par rapport à 2015.

e. Frais orthophonistes



Les frais des orthophonistes s'élèvent à 2.260.827 euros en 2016, contre 1.319.197 euros en 2010, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 9,4% sur la période observée.

Après une évolution moins prononcée des dépenses concernant les actes des orthophonistes de 3,8% constatée en 2012, on note une progression de 11,1% en 2013. Cette augmentation s'explique en grande partie par une croissance moyenne de 11,0% des actes représentant plus de 70,0% des dépenses d'or-

thophonie en 2013, dont notamment le traitement orthophonique des troubles du langage dans le cadre d'un handicap mental d'origine génétique (Q51), la rééducation orthophonique de l'enfant après l'âge de 4 ans et avant l'âge de 7 ans pour dyslalie universelle (Q31) et la rééducation orthophonique de l'enfant après l'âge de 5 ans et avant l'âge de 18 ans pour troubles fonctionnels de la déglutition et/ou pour troubles orthodontiques (Q32). En outre, les dépenses pour frais de déplacement subissent une hausse de 12,5% en 2013.

Après une progression des dépenses concernant les actes des orthophonistes de 11,1% constatée en 2013, on note une fois de plus une progression de 14,5% en 2014. Cette augmentation s'explique en grande partie par une croissance moyenne de 13,0% des actes représentant plus de 70,0% des dépenses d'orthophonie en 2014, dont notamment le traitement orthophonique des troubles du langage dans le cadre d'un handicap mental d'origine génétique (Q51), la rééducation orthophonique de l'enfant après l'âge de 4 ans et avant l'âge de 7 ans pour dyslalie universelle (Q31) et la rééducation de l'aphasie et/ou de la dysarthrie après affection cérébrale aiguë, à partir du 7^e mois de l'affection (Q23). En outre, les dépenses pour frais de déplacement subissent une hausse de près de 20,0% en 2014.

En 2015, on note une fois de plus une progression de 20,5%. Cette augmentation s'explique en grande partie par une croissance moyenne de 22,7% des actes représentant 63,7% des dépenses d'orthophonie en 2015, dont notamment la rééducation de l'aphasie et/ou de la dysarthrie après affection cérébrale aiguë, à partir du 7^e mois de l'affection (Q23), la rééducation orthophonique de la dysarthrie et/ou de troubles de la déglutition par atteinte chronique et évolutive de noyaux gris centraux (Q25), la rééducation orthophonique de l'enfant après l'âge de 4 ans et avant l'âge de 7 ans pour dyslalie universelle (Q31) et le traitement orthophonique des troubles du langage dans le cadre d'un handicap

mental d'origine génétique (Q51).

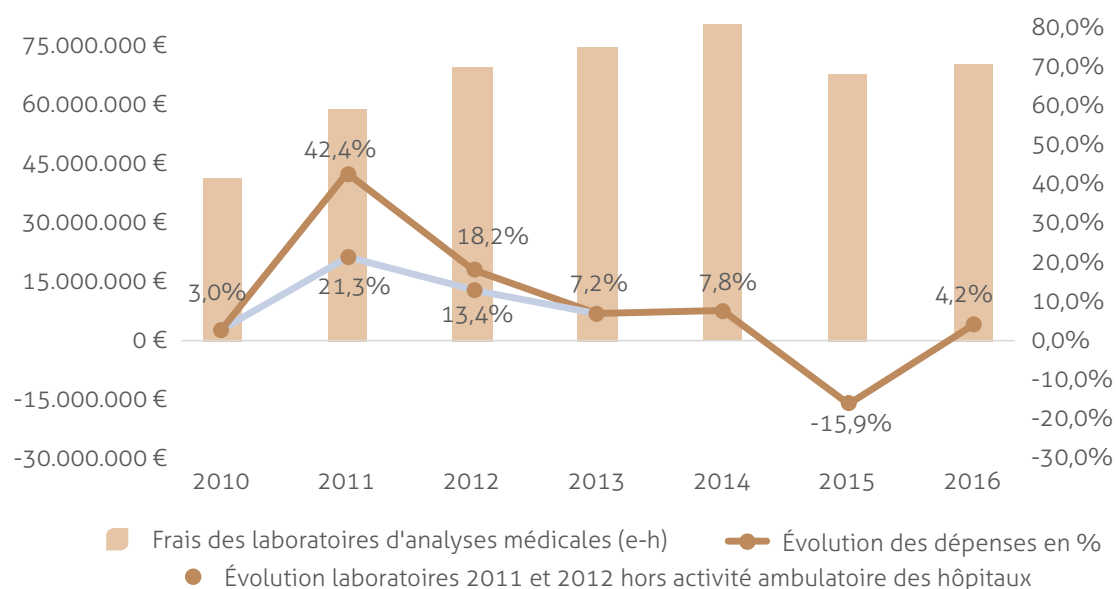
La valeur lettre-clé à indice 100 correspondants aux orthophonistes (1,30621) relatives à l'année 2014 n'a pas subi d'adaptation par rapports à la valeur respective de l'exercice précédent.

Suite aux dispositions de la loi budgétaire 2015, la valeur de la lettre-clé au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948 est restée inchangée pour l'année 2015. Elle a donc été fixée pendant la période du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2015 pour les actes des orthophonistes et correspond à la valeur lettre-clé de 1,30621 à l'indice 100 pour les orthophonistes.

En 2016, on constate une progression de 5,5%. Cette augmentation s'explique en grande partie par une croissance moyenne de 14,6% des actes représentant 56,3% des dépenses d'orthophonie en 2016, dont notamment la rééducation de l'aphasie et/ou de la dysarthrie après affection cérébrale aiguë, à partir du 7^e mois de l'affection (Q23), la rééducation orthophonique de l'enfant après l'âge de 4 ans et avant l'âge de 7 ans pour dyslalie universelle (Q31), la rééducation orthophonique de lésions organiques des cordes vocales (Q37), le traitement orthophonique des troubles du développement du langage et de la parole consécutifs à une hypoacousie de l'enfant après l'âge de 4 ans et avant l'âge de 12 ans (Q41) et les frais de déplacement (QD9).



Laboratoires



Au niveau des laboratoires, il y a lieu de noter qu'en 2011, on observe une forte croissance de 42,4%. Cette hausse s'explique par le transfert au 01.04.2011 de l'activité des laboratoires hospitaliers pour les patients en ambulatoires depuis le poste des frais des hôpitaux vers le poste des frais des laboratoires extra-hospitaliers. Si nous excluons cet élément, nous observons tout de même une forte croissance de 21,3%. Cette croissance s'explique par l'abolition au 1^{er} avril 2011 de la règle des 12 paramètres par ordonnance et des blocs d'analyses (abolition de la limitation des remboursements, introduite en 2005). Enfin, ces éléments ont un impact de 9 mois sur l'année 2011, et un impact de 3 mois sur l'année 2012.

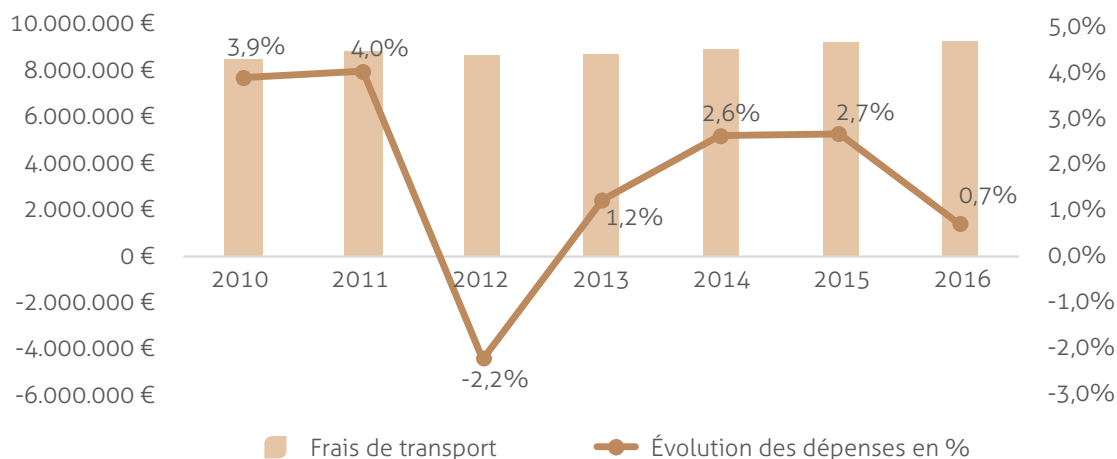
En 2013 et en 2014, nous avons observé une évolution de 7,0% à 8,0% sur ce poste. Le 1^{er} janvier 2015, une diminution de la lettre clé de 20,0% est entrée en force. C'est ainsi qu'une baisse de 15,9% est apparue pour l'exercice de prestation 2015. Étant donné que la baisse des dépenses s'élevait à 15,9% en 2015 alors que la baisse de tarifs s'élevait à 20%, on peut conclure à

une évolution de l'activité de +/-4% en 2015. Ce niveau de l'évolution de l'activité est aussi constaté en 2016 avec une légère croissance des dépenses de 4,2% pour l'année 2016.

Si pour ce poste, nous considérons uniquement les laboratoires privés, nous constatons une hausse de 12% en 2016. Pour l'activité des hôpitaux pour des patients en ambulatoire, nous constatons une baisse de +/- 37% des dépenses. L'évolution de l'ensemble des dépenses du poste laboratoires e-h s'explique en 2016 entre autres par les éléments suivants. Tout d'abord, par un changement au niveau du mode de facturation des analyses sous-traitées. En effet, en 2015 les actes ont été facturés par l'exécutant, alors qu'à partir de 2016 ces actes sont facturés par le laboratoire qui sous-traite à un autre laboratoire. Ensuite, il y a lieu de noter l'acquisition fin 2015, par un laboratoire privé, des activités extra-hospitalières d'un des hôpitaux.

En 2016, les dépenses représentent un montant de 70,0 millions d'euros.

Frais de transport



Les dépenses pour frais de transport atteignent 9,3 millions d'euros en 2016, contre 8,5 millions d'euros en 2010, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 1,5% entre 2010 et 2016.

Les frais de transport regroupent les dépenses pour indemnités de voyage, les frais pour transport en taxi, les frais pour transports en ambulances, les frais pour transport par air. Depuis 2009, les tarifs remboursés pour les différents postes n'ont pas changé et les évolutions observées depuis s'expliquent donc par l'évolution de l'activité.

Les frais de transport ont augmenté globalement de 4,0% en 2011 après avoir connu une croissance de 3,9% en 2010. L'augmentation de 2010 est principalement attribuable à une augmentation des dépenses des transports de taxi. Les frais relatifs aux indemnités de voyage présentent aussi une évolution positive en 2010, alors que les frais relatifs aux transports en ambulances diminuent tout comme les frais de transport par air. En 2011, la situation est pareille sauf que les transports en ambulance et les transports par air ne présentent pas d'évolution négatives des dépenses mais des légères croissances.

Les frais de transport ont diminué de 2,2% en 2012. La baisse est attribuable

à une baisse du volume des transports effectués. En particulier, les frais pour transports en ambulances diminuent de 6,0%, et les frais pour transport par air diminuent de 7,8%. Les frais pour taxi présentent une légère hausse de 1,6% en 2012, seuls les indemnités de voyage présentent une croissance plus élevée de 5,7%.

À partir de 2013, l'évolution des frais de transport repart à la hausse avec une évolution de 1,2% en 2013, une évolution de 2,6% en 2014 et une évolution de 2,7% en 2015. Ces évolutions s'expliquent par une hausse du volume des transports effectués.

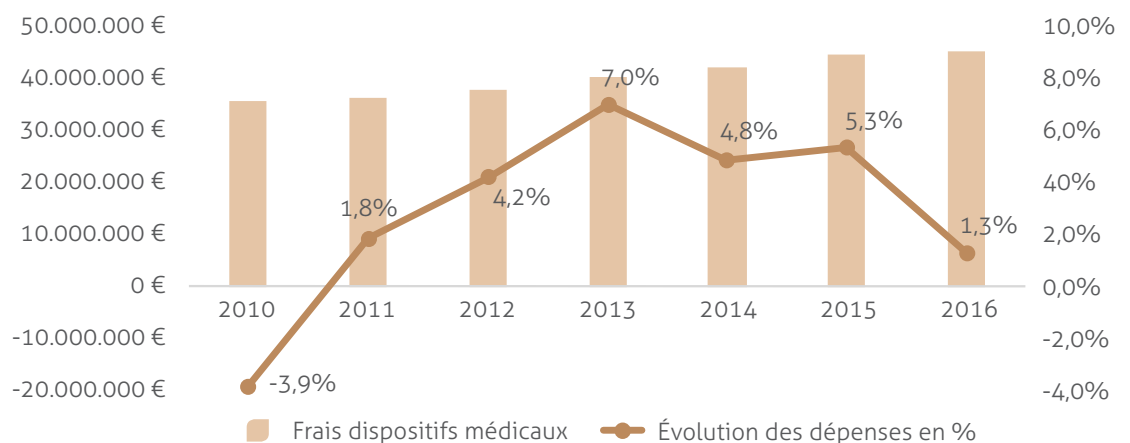
En particulier, en date du 1^{er} mai 2014, la Caisse nationale de santé et «Luxembourg Air Rescue» asbl ont conclu une nouvelle convention suite à des négociations entamées en 2013. Le tarif de la minute de vol n'a pas été adapté, mais la prise en charge des vols à vide a été retenue au niveau de la convention. De même, elle prévoit la prise en charge exceptionnelle d'une distance maximale de vol entre l'hôpital de départ et l'hôpital de destination de 600 km. Auparavant, la distance maximale de vol prise en charge par l'assurance maladie était de 400km.

L'impact de la prise en charge des vols à vide n'est visible qu'en consultant le

détail des prestations facturées par la Luxembourg Air Rescue. En 2014, les minutes de vols facturées pour vols à vide se chiffraient à environ 100.000 euros. En 2016, ces actes avaient un volume qui dépassait les 230.000 euros. En parallèle, l'activité pour les vols primaires et secondaires était en baisse. Ainsi, la prise en charge des vols à vide a compensé en large partie la perte de l'activité liée au transport primaire et secondaire par air.

Ensuite en 2015, l'évolution de 2,7% s'explique par une forte hausse de 11,1% au niveau des transports par air, par une baisse de 6,0% au niveau des indemnités de voyage, par une légère baisse de 0,7% des transports en ambulance et par une croissance de 3,1% des frais pour transports en taxi. Enfin, en 2016, les frais de transport présentent une quasi-stagnation de leur évolution ceci avec une légère hausse de 0,7%.

Frais dispositifs médicaux



Les dépenses pour dispositifs médicaux atteignent 44,9 millions d'euros en 2016, contre 35,3 millions d'euros en 2010, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 4,1% entre 2010 et 2016.

Les frais pour dispositifs médicaux comprennent les postes de frais suivants:

- Le fichier B1 comprend les dispositifs médicaux tels les glucomètres, les perruques, les prothèses oculaires, les couches-culottes, les forfaits pour soins dermatologiques, les pompes à insuline, les lecteurs du type système flash d'autosurveillance du glucose, les solutions d'inhalation, etc.
- Le fichier B2 comprend les dispositifs médicaux qui sont définis comme

étant réutilisables et amortissables. Ces dispositifs médicaux sont mis à disposition de la personne protégée contre paiement d'un loyer mensuel. Y figurent : les appareillages mobiles avec valve économiseuse, les concentrateurs d'oxygène, les bonbonnes d'oxygène gazeux, les appareils pour ventilation à percussion intrapulmonaire, les appareils de drainage lymphatique, les coussins anti-escarres, les matelas, les lève-personnes, les lits, etc.

- Le fichier B3 contient les dispositifs de correction auditive, les accessoires et les embouts.
- Le fichier B4 contient les dispositifs pour personnes laryngectomisées et pour personnes trachéotomisées

ou pour une personne présentant une autre pathologie respiratoire soumise à un accord préalable par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

- Le fichier B5 contient les produits d'alimentation médicale qui sont réservés entre autres aux personnes atteintes d'une des anomalies du métabolisme des acides aminés d'origine génétique, aux personnes atteintes d'une entéropathie par intolérance au gluten, aux nourrissons et enfants en bas âge atteints d'une pathologie cholestatique chronique sévère, aux nourrissons et enfants en bas âge atteints d'une allergie alimentaire multiple sévère ou persistante avec syndrome de malabsorption sévère.
- Le fichier B7 comprend les dispositifs médicaux à délivrance hospitalière
- Les orthèses, prothèses et épithèses, les podo-orthèses, les aides visuelles

Les frais pour dispositifs médicaux ont diminué de 1,6% en 2010. À partir de l'exercice 2011, les dépenses concernant les aides techniques délivrées par les hôpitaux sont renseignées au niveau des frais relatifs aux dispositifs médicaux, alors que celles-ci étaient budgétisées au niveau des dépenses pour soins hospitaliers avant 2011. Globalement les dépenses liées aux dispositifs médicaux ont augmenté de 1,8% en 2011, ce compte tenu de l'inclusion des produits diététiques à partir de 2011, suite à la réforme santé. En faisant abstraction de ceci, lesdits frais ont diminué de -0,5%. Avant 2011, les frais de maternité y inclus les produits diététiques étaient à charge du budget de l'État et non pas à charge du régime de l'assurance maladie-maternité. Ensuite, les dépenses liées aux dispositifs médicaux ont évolué entre 4,2% et 7% entre 2012 et 2015.

Finalement en 2016, les dépenses liées

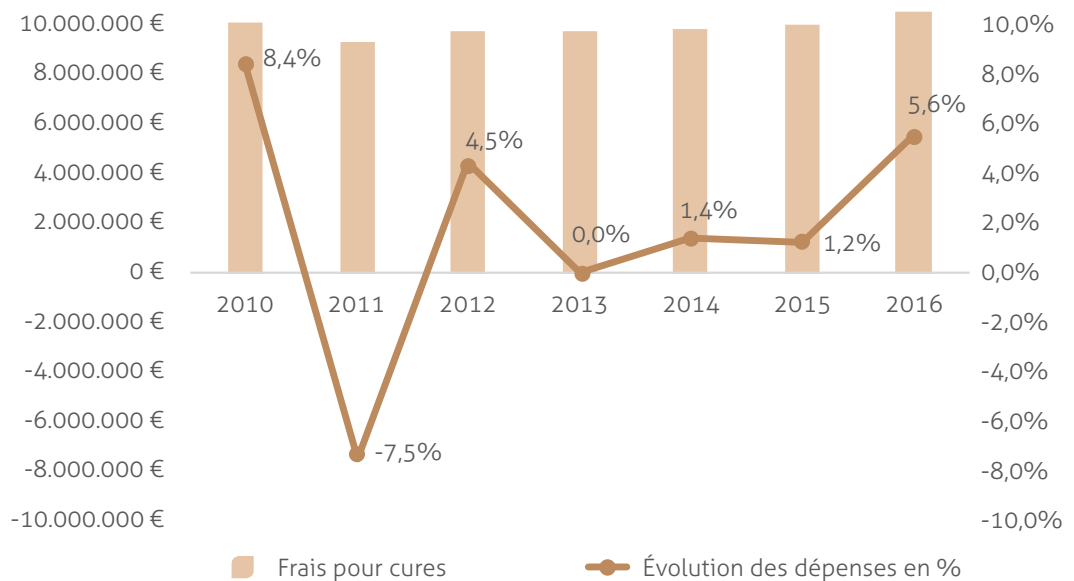
aux dispositifs médicaux ont connu une légère croissance de 1,3%. Globalement les dépenses liées aux produits de santé détaillés dans les fichiers B1 et B5 ont augmenté de 4,1%. La position la plus importante dans les dépenses relatives au fichier B1 et B5 est occupée par les dispositifs de mesure de la glycémie qui représente à elle seule 27,0% du total suivie des dépenses pour les sondes urinaires pour autosondage représentant 10,0%. Cette dernière position a connu une augmentation dans le nombre de 13,0% et de 12,0% dans le nombre de patients pour lesquels ce type de dispositif a été pris en charge. Les dépenses liées aux dispositifs médicaux du fichier B2 ont augmenté de 9,1%. Le nombre de prestations de ce type a connu une croissance de 13,0% en 2016. Le nombre de patients pour lesquels ce type de dispositif a été pris en charge a augmenté de 5,3% pour la même période. Entre 2015 et 2016, les dépenses liées aux produits de santé repris dans le fichier B3 ont augmenté de 5,5%. Cette position a connu une croissance de 4,4% dans le nombre. Le nombre de patients pour lesquels ce type de dispositif a été pris en charge a augmenté de 3,7% pour la même période. Le nombre de dispositifs médicaux pris en charge du type B4 a augmenté de 23,8% ce qui s'est traduit par une croissance de 3,3% au niveau des dépenses. Le nombre de patients pour lesquels ce type de dispositif a été pris en charge a augmenté de 8,9% pour la même période. Entre 2015 et 2016 les dépenses liées aux orthèses, prothèses, épithèses ont augmenté de 10,7%. Cette position a connu une croissance de 5,3% dans le nombre. Le nombre de patients pour lesquels ce type de dispositif a été pris en charge a augmenté de 4,7% pour la même période. En matière de podo-orthèses, les dépenses ont augmenté de 7,8%. Cette position a connu une croissance de 5,7% dans le nombre. Le nombre de patients pour lesquels ce type de dispositif a été pris en charge a



diminué de 1,8% pour la même période. Les aides visuelles ont connu entre 2015 et 2016 une augmentation des dépenses de 0,6%. Cette position a connu une croissance de 0,3% dans le nombre.

Le nombre de patients pour lesquels ce type de dispositif a été pris en charge a augmenté de 0,9% pour la même période.

Frais pour cures



Ce poste de frais renseigne uniquement sur les frais relatifs aux cures délivrées sur le territoire luxembourgeois et n'affiche pas les frais relatifs aux cures délivrées à l'étranger.

Les dépenses pour cures atteignent 10,6 millions d'euros en 2016, contre 10,1 millions d'euros en 2010, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 0,8% entre 2010 et 2016. Ce taux de croissance faible s'explique surtout par la baisse importante des dépenses respectives en 2011 et des taux d'évolution faibles sur la période 2013 à 2015.

Les frais des cures comprennent les frais des cures thermales à Mondorf-les-Bains, et les frais des cures de convalescence à Colpach. Tout d'abord, il y a lieu de distinguer entre les frais de séjour et les frais des cures au niveau des dépenses des cures thermales à Mondorf.

En particulier, les tarifs, non indexés, des cures thermales à Mondorf n'ont pas été adaptés entre 2009 et 2015. Ensuite, concernant Colpach, l'inauguration du nouveau bâtiment du Centre de Convalescence Emile Mayrisch a eu lieu le 11 novembre 2010. Avec la construction du nouveau bâtiment, une nouvelle convention a été signée entre la CNS et la Croix Rouge luxembourgeoise et en même temps la tarification actuelle des cures de convalescence avec un forfait pour les frais de séjours et un forfait pour la convalescence thérapeutique a été introduite. Ceci a bien évidemment un impact important sur l'évolution de 2010 des dépenses relatives à Colpach.

En particulier en 2010, l'ensemble des frais des cures présente une forte hausse de 8,4%. Cette hausse provient d'une hausse de 4,1% du total pour cures thermales à Mondorf et d'une hausse considérable des dépenses des cures

de convalescence à Colpach. Enfin en 2010, les cures thermales à Mondorf représentent 93,1% du total des frais de cures en 2010, contre 6,9% pour les cures à Colpach.

L'année 2011 se caractérise par une forte baisse de 7,5% des dépenses. En effet, les frais des cures thermales à Mondorf ont diminué de 13,5% pour représenter 87,0% du total des dépenses pour cures en 2011. La baisse des dépenses pour Mondorf s'explique en partie par l'adaptation de la participation des assurés pour forfaits portée de 10% à 20% en 2011. De l'autre côté, les frais des cures de convalescence à Colpach ont augmenté de 73,4% pour représenter 13,0% du total des dépenses pour cures en 2011. La progression à Colpach continue à être influencée par les changements de fin d'année 2010.

En 2012, les dépenses liées aux cures ont connu une croissance qui s'élève à 4,5%. Les frais des cures thermales à Mondorf ont évolué de 2,3%, alors que les frais des cures de convalescence à Colpach ont augmenté de 19,1% en 2012. En 2013, on observe une stagnation des dépenses liées aux cures. Cette stagnation s'explique par des frais des cures thermales à Mondorf qui ont évolué de 0,5% et des frais des cures de convalescence à Colpach qui ont diminué de 3,0%. La baisse des dépenses pour Colpach s'explique par une baisse du nombre de cures.

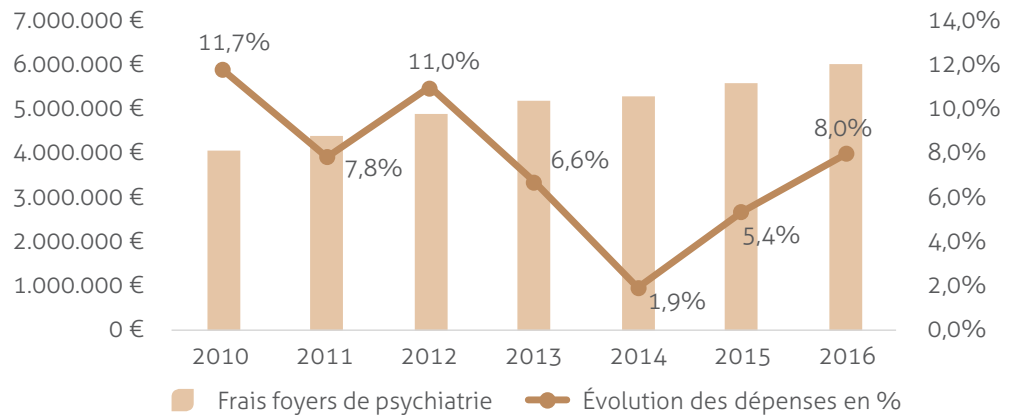
L'ensemble des frais des cures présentent des légères augmentations de 1,4% en 2014 et de 1,2% en 2015. En

particulier, les frais des cures thermales à Mondorf ont connu une évolution de 2,4% en 2014 et de 0,3% en 2015. Cette plus faible croissance par rapport à 2014 s'explique par le nombre de séjours à Mondorf qui est en baisse depuis quelques années. De novembre 2014 à septembre 2015, les 108 chambres du Mondorf Parc Hôtel ont été rénovées. Les frais des cures de convalescence ont diminué de 4,7% en 2014 en raison d'une nouvelle baisse du nombre de cures, et ont augmenté ensuite de 7,1% en 2015.

En 2016, les frais de l'ensemble des cures augmentent de 5,6%, ce qui provient d'une légère hausse au niveau des frais des cures thermales à Mondorf et d'une forte croissance au niveau des cures de convalescence à Colpach. En particulier, après la fin des travaux de rénovation des chambres du Mondorf Parc Hôtel en automne 2015, le nombre de séjours a augmenté en 2016. Toutefois, les tarifs non indexés des cures thermales de Mondorf en vigueur depuis 2009 ont diminué de 2,7% en 2016, suite à l'introduction des cures pour obésité pathologique. Le nombre de cures thermales a connu une hausse de 3,8%. En 2016, le nombre de cures d'obésité reste nettement en dessous des estimations préalables. Au niveau des cures de convalescence à Colpach, le forfait journalier pour convalescence thérapeutique a été augmenté de 7,73 euros à 14,12 euros au nombre indice 100 du coût de la vie et le nombre de cures a augmenté de 5,3% de sorte que les dépenses relatives aux cures de convalescence présentent une hausse d'à peu près 30,0% par rapport à 2015.



Frais foyers de psychiatrie



Les dépenses pour foyers de psychiatrie atteignent 6,0 millions d'euros en 2016, contre 4,1 millions d'euros en 2010, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 6,7% entre 2010 et 2016.

Depuis le 1^{er} janvier 2008, l'assurance maladie-maternité prend en charge les frais d'assistance psycho-socio-éducative dispensée par les prestataires regroupés dans l'Entente des gestionnaires des structures complémentaires et extrahospitalières en psychiatrie (EGSP). Les dépenses y relatives augmentent de 11,7% en 2010 et de 7,8% en 2011. Les montants pris en charge correspondent à 163 places en moyenne annuelle en 2010 et à 174 places occupées en moyenne annuelle en 2011.

En 2012, les dépenses évoluent de 11,0% et correspondent à 193 places occupées en moyenne annuelle et à 70.306 forfaits journaliers facturés avec un tarif de 69 euros. Le tarif (non indexé) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 est resté inchangé en 2012. La hausse des dépenses pour les foyers psychiatriques de 11,0% provient d'une augmentation du nombre de patients et du nombre moyen de forfaits facturés par patient.

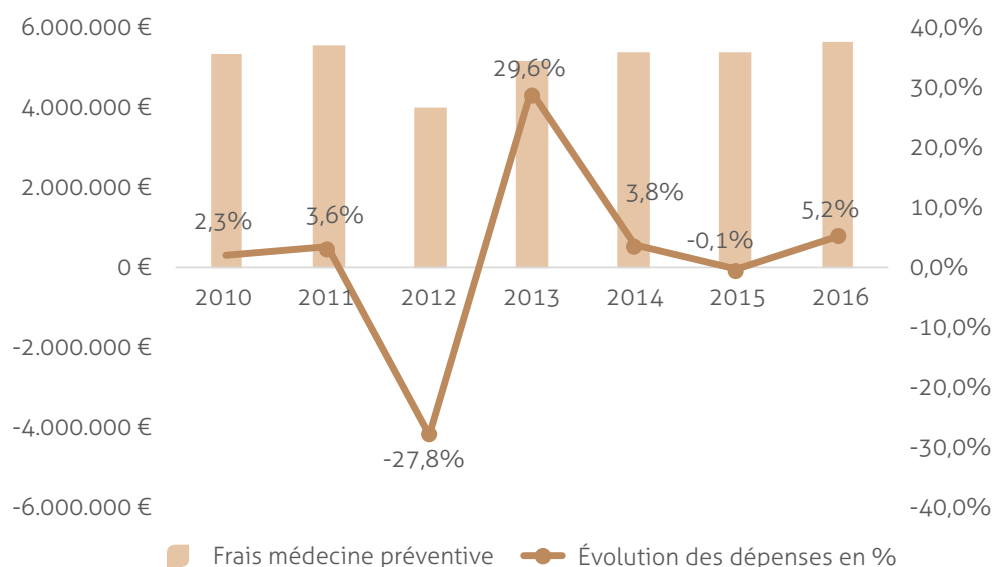
Les frais liés au foyers de psychiatrie ont augmenté globalement de 6,6% en 2013 et correspondent à 205 places occupées en moyenne annuelle et à

70.984 forfaits journaliers facturés avec un tarif de 73,06 euros. Le tarif (non indexé) inchangé de 2008 à 2012 a été augmenté de 5,88% en 2013. Les dépenses présentent une faible croissance de 1,9% en 2014, ce qui correspond à 196 places occupées en moyenne annuelle et à 71.421 forfaits journaliers facturés avec un tarif de 73,06 euros. Le tarif (non indexé) de 2013 est maintenu inchangé en 2014.

L'évolution des frais liés au foyers de psychiatrie repart à la hausse en 2015 avec une croissance de 5,4%. La dépense suivant l'exercice de prestation s'élève à 5.585.802 euros pris en charge pour 2015 et correspond à 209 places occupées en moyenne annuelle et à 76.455 euros forfaits journaliers facturés avec un tarif de 73,06 euros. Le tarif (non indexé) de 2013 est maintenu inchangé en 2015.

Enfin, les frais de foyers de psychiatrie connaissent une croissance de 8,0% pour l'année 2016 qui s'explique par une augmentation du nombre de places occupées en moyenne annuelle, du nombre de forfaits journaliers facturés et du tarif appliqué. En particulier, le nombre de places occupées en moyenne annuelle en 2016 s'élève à 222 et le nombre de forfaits journaliers facturés s'élève à 81.144 en 2016. Enfin, le tarif s'élève à 74,25 euros en 2016, contre 73,06 euros en 2015 (+1,6%).

Frais de médecine préventive



Il y a lieu de noter que les prestations comptabilisées au niveau de ce poste budgétaire « médecine préventive » ne représentent pas l'intégralité des dépenses de l'assurance maladie-maternité en matière de médecine préventive.

En effet, des dépenses y relatives peuvent se trouver dans d'autres postes de dépenses du budget de l'assurance maladie-maternité, comme par exemple au niveau des frais de laboratoires, frais pharmaceutiques etc. S'y ajoute une prise en charge de soins de médecine préventive en dehors du budget de l'assurance maladie-maternité, notamment par des programmes pris en charge par le Ministère de la Santé dans le cadre de conventions entre la CNS et l'État.

Les frais de médecine préventive atteignent 5,7 millions d'euros en 2016, contre 5,4 millions d'euros en 2010, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 0,9% entre 2010 et 2016.

Les dépenses concernant la médecine préventive comprennent les dépenses des examens médicaux de la femme enceinte, les examens dentaires de la femme enceinte, les examens des enfants en bas âge, ainsi que les programmes de

médecine préventive entre la CNS et le Ministère de la santé pour lesquels il n'y a pas de refacturation à l'État. De manière générale, ces dépenses concernent des actes médicaux de la nomenclature des médecins, ainsi que des dépenses pour médicaments/vaccins pris en charge par l'intermédiaire de programmes de médecine préventive.

Le graphique ci-dessus permet de constater que les évolutions des dépenses relatives à ce poste sont assez stables à l'exception des années 2012 et 2013.

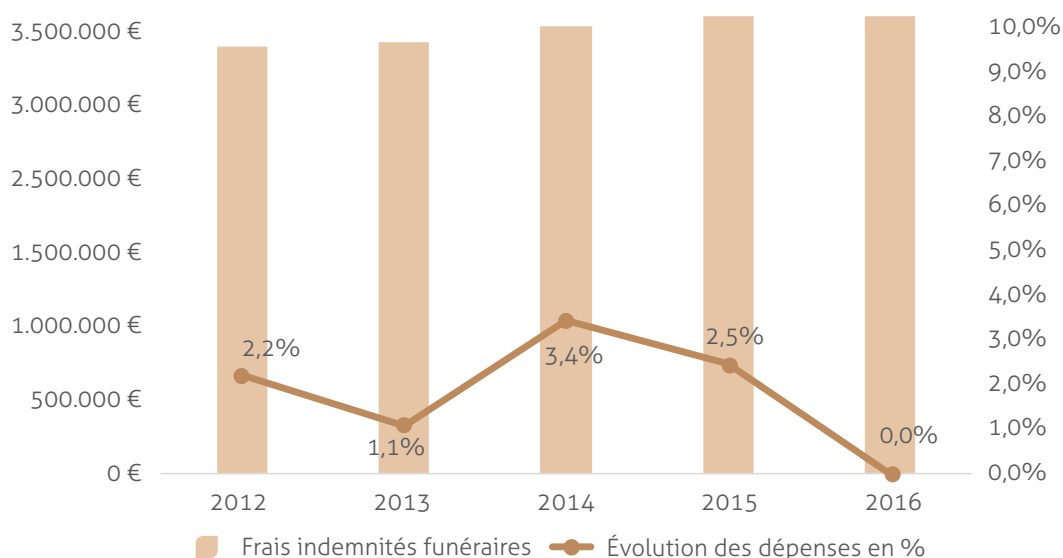
En effet, les dépenses relatives à la médecine préventive présentent des croissances de 2,3% en 2010 et de 3,6% en 2011 et enchaînent ensuite avec une forte diminution de 27,8% en 2012 qui provient d'un transfert de certains médicaments depuis le poste de dépenses « Médecine préventive » vers le poste de dépenses « Frais pharmaceutiques extra-hospitalier ». En particulier, concernant les médicaments transférés, ces derniers ne relevaient pas de la médecine préventive et il fallait ainsi procéder à une adaptation de la programmation afin de les retrouver au poste de dépenses des frais pharmaceutiques.

La forte croissance en 2013 de 29,6% s'explique principalement par le fait que les coefficients des examens médicaux des enfants en bas âge par un pédiatre E8 à E13 ont été augmentés avec effet au 1^{er} janvier 2013, ceci dans le cadre du dispositif du médecin référent.

Les dépenses en matière de médecine préventive progressent de 3,8% en 2014 et présentent une baisse de 0,1% en 2015. La baisse en 2015 s'explique d'abord par une baisse de 5,0% au niveau du poste des programmes de médecine préventive sans refacturation à

l'État et une baisse de 1,9% des examens dentaires de la femme enceinte. Ensuite, cette évolution légèrement négative est influencée par les autres postes qui présentent des évolutions positives, telle qu'une croissance de 2,4% au niveau des examens des enfants en bas âge, ou une évolution de 8,6% des examens médicaux de la femme enceinte. Enfin, les dépenses évoluent de 5,2% en 2016, dont 0,3 million d'euros concerne les estimations des dépenses correspondant à deux mois de facturation dans le cadre du lancement du programme de dépistage du cancer colorectal fin 2016.

Frais indemnités funéraires



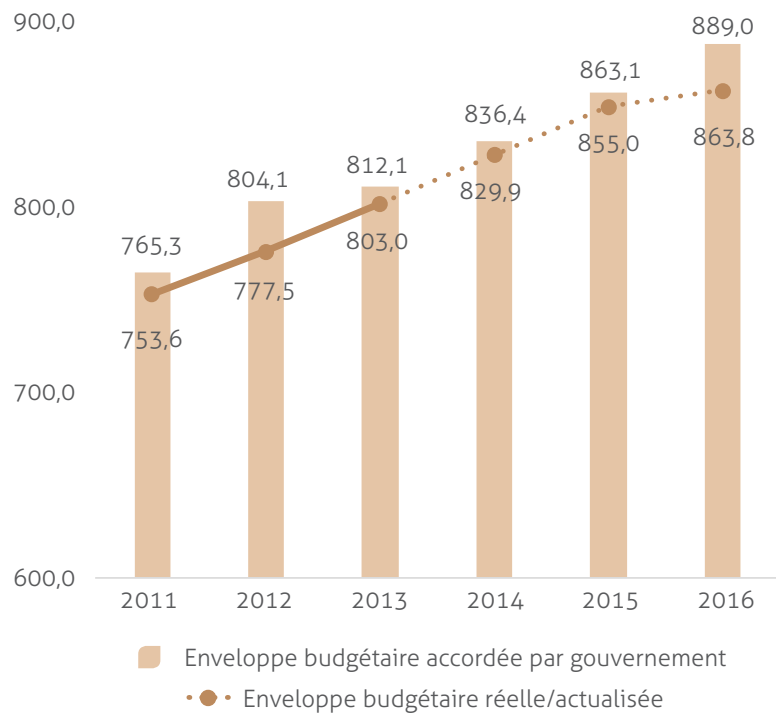
Les indemnités funéraires atteignent 3,6 millions d'euros en 2016, contre 3,3 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 1,8% entre 2011 et 2016.

Les indemnités funéraires présentent une diminution de 24,2% en 2011 et s'établissent à 3,3 millions d'euros, contre 4,4 millions d'euros en 2010. Cette diminution est intégralement due à la nouvelle fixation des indemnités funéraires à partir du 1^{er} janvier 2011 sur base des modifications statutaires.

La prise en charge par la CNS s'élève à partir du 1^{er} janvier 2011 à 130 euros à l'indice 100, contre 175 euros à l'indice 100 en 2010.

En particulier, pour des besoins de présentation des données, le graphique ci-dessus n'affiche que les données 2012 à 2016. En 2012 et 2013, les indemnités funéraires augmentent modérément de 2,2% respectivement 1,1%. En 2014, la croissance s'accroît à 3,4% et s'affaiblit à 2,5% en 2015. Pour 2016, on estime le même montant qu'en 2015.

Enveloppe budgétaire globale des hôpitaux



La représentation des dépenses du secteur hospitalier donne une vue de l'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers. Comme celle-ci a été introduite en 2011, les montants respectifs ne sont affichés qu'à partir de l'exercice 2011.

Tout d'abord, on constate qu'avec les données actuelles, étant donné que les décomptes des années 2013 à 2016 ne sont pas encore clôturés, les dépenses réelles voire prévisibles restent en dessous de l'enveloppe budgétaire telle que celle-ci a été accordée par le gouvernement.

Les dépenses prévisibles s'élèvent à 863,8 millions d'euros en 2016, contre 753,6 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 2,8% entre 2011 et 2016.

Les dépenses réelles ou prévisibles évoluent de manière stable entre 2012 et 2015, notamment entre 3,0% et 3,3%. L'évolution de 2016 présentée ci-des-

sous est plus faible que les augmentations des années précédentes, à savoir +1,0%.

Or, comme annoncé plus haut il y a lieu de noter que les décomptes ne sont pas encore clôturés à partir de 2013, et il y a aussi lieu de tenir compte des effets de la transposition des mesures de la réforme de la fonction publique dans le secteur hospitalier. En effet, pour la période analysée ci-dessus ces effets concernent surtout les exercices 2015 à 2016.

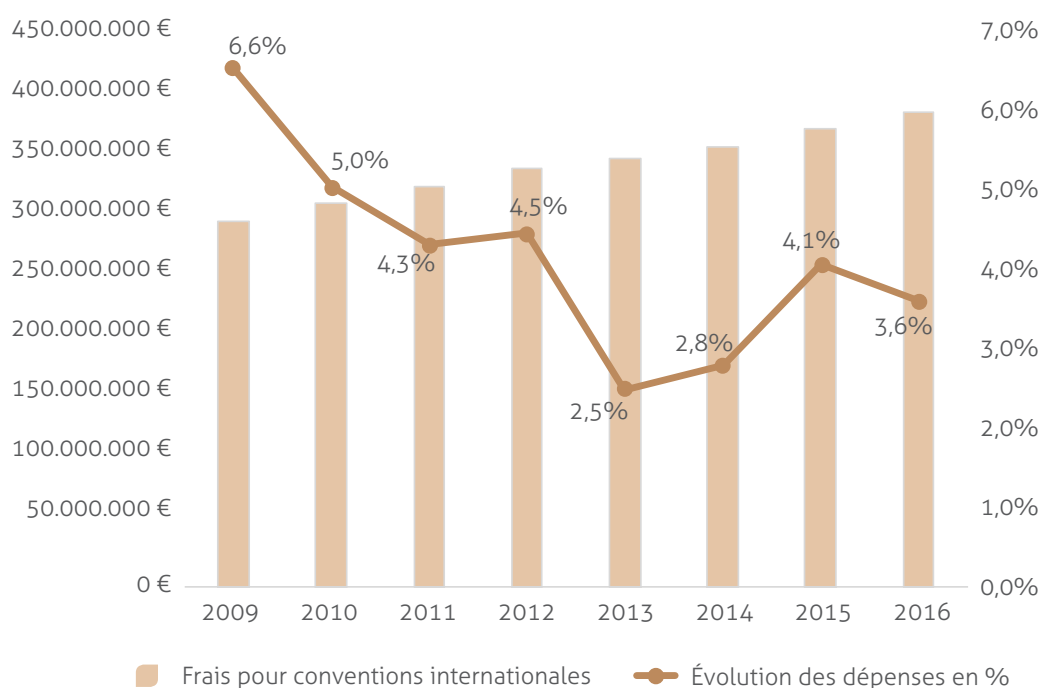
Enfin, c'est en se limitant aux soins hospitaliers à charge de l'assurance maladie-maternité que l'on constate les effets des efforts de « cost-containment » mis en œuvre depuis 2010 (stand-still, introduction de l'enveloppe budgétaire globale accordée par le gouvernement). En effet, les soins hospitaliers représentaient avant 2010 à peu près 50% des soins de santé au Luxembourg, alors que leur part a diminué entretemps pour s'élever à 46% des soins de santé au Luxembourg en 2016.

Soins de santé à l'étranger

Au niveau des dépenses pour soins de santé à l'étranger se retrouvent toutes les prestations obtenues dans le cadre des règlements de coordination européens 883/04 et 987/09 ou des conventions bilatérales en matière de sécurité sociale entre le Luxembourg et un autre pays. S'y ajoute aussi les prestations obtenues dans le cadre de la directive des soins transfrontaliers.

Les remboursements de prestations via le poste conventions internationales concernent des prestations décomptées entre institutions de sécurité sociale pour le compte d'un assuré, alors que le poste « autres prestations étrangères » concerne les remboursements directs aux assurés luxembourgeois.

a. Frais conventions internationales



Les dépenses pour conventions internationales atteignent 384,0 millions d'euros en 2016, contre 310,5 millions d'euros en 2010, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 3,6% entre 2010 et 2016. Ces dépenses contiennent les postes de frais suivants:

1. Prestations pour frontaliers (283,6 millions d'euros)
2. Frais effectifs des pensionnés étrangers (40,9 millions d'euros)
3. Traitement à l'étranger sur autorisa-

tion du contrôle médical (35,0 millions d'euros)

4. Séjour temporaire (17,4 millions d'euros)
5. Complément belgo-luxembourgeois (7,0 millions d'euros)

Pour 2016, en particulier, on observe une hausse de 3,6% des dépenses pour conventions internationales, contre une évolution de +4,1 % en 2015.

La part essentielle des dépenses, notam-

ment 73,9%, concerne les prestations pour frontaliers. Le taux de croissance annuel moyen de ces dépenses s'établit à 3,3% par an pour la période de 2010 à 2016. Il est supérieur au taux de croissance annuel moyen du nombre de frontaliers (actifs et membres de famille) qui s'est établi à 2,6% par an pour la même période. Les prestations pour frontaliers sont estimées à 283,6 millions d'euros en 2016.

En 2^{ème} lieu figurent les dépenses effectives et les forfaits pour pensionnés et membres de famille qui résident à l'étranger qui représentent 10,7% des dépenses et qui s'établissent à 40,9 millions d'euros. Cette part s'est accrue de 0,4% en 2016 (2015: 10,3%). Le nombre moyen de pensionnés et des membres de famille qui résident à l'étranger et qui sont à charge de l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise ont évolué comme suit.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Pensionnés et membres de famille (E121 ou BL2)	9.090	9.965	10.902	12.913	14.338	15.576
Membres de famille d'assurés actifs (E109)	1.374	1.469	1.465	1.496	1.435	1.366

En 3^{ème} lieu figurent les dépenses pour traitements à l'étranger sur autorisation du contrôle médical (9,1%) et qui atteignent une dépense de 35,0 millions d'euros. Le nombre de patients ayant

bénéficié d'un transfert à l'étranger sur autorisation du contrôle médical de la sécurité sociale (S2) a évolué comme suit depuis 2013.

	2013	2014	2015	2016	Var. en %		
					14/13	15/14	16/15
Consultations ou examens	5.184	4.673	4.337	3.238	-9,9%	-7,2%	-25,3%
Traitements ambulatoires	2.044	2.056	1.890	1.948	0,6%	-8,1%	3,1%
Traitements stationnaires	4.836	4.520	4.463	4.332	-6,5%	-1,3%	-2,9%
Cures	61	65	65	68	6,6%	0,0%	4,6%
Analyses	9	5	8	1	-44,4%	60,0%	-87,5%
Nombre de refus	570	746	715	1.812	30,9%	-4,2%	153,4%

Le nombre de patients a diminué de 2,9% en 2016, soit de 269 personnes. En particulier, les transferts pour consultations ou examens ont diminué de 25,3%. Ceci correspond à une baisse de 1.099 patients, qui provient de la mise en œuvre d'une adaptation de la procédure d'autorisation. Ensuite, les transferts pour traitements ambulatoires ont augmenté de 3,1% en 2016 et le nombre de refus administratifs s'est accru considérablement en 2016, à savoir de 153,4%. Tout comme l'évolution des transferts pour consultations ceci s'explique aussi

par l'adaptation de la procédure d'autorisation

À noter que suite à la mise en vigueur de la nouvelle directive à partir de septembre 2014, on a pris en charge 34 transferts en 2014; 255 transferts en 2015 et 289 transferts en 2016, transferts nécessitant un accord préalable en dehors de la procédure S2. Il s'agit en l'occurrence d'accords avec des prestataires privés respectivement de prestations qui ne sont pas prises en charge par la caisse de maladie du pays étranger).



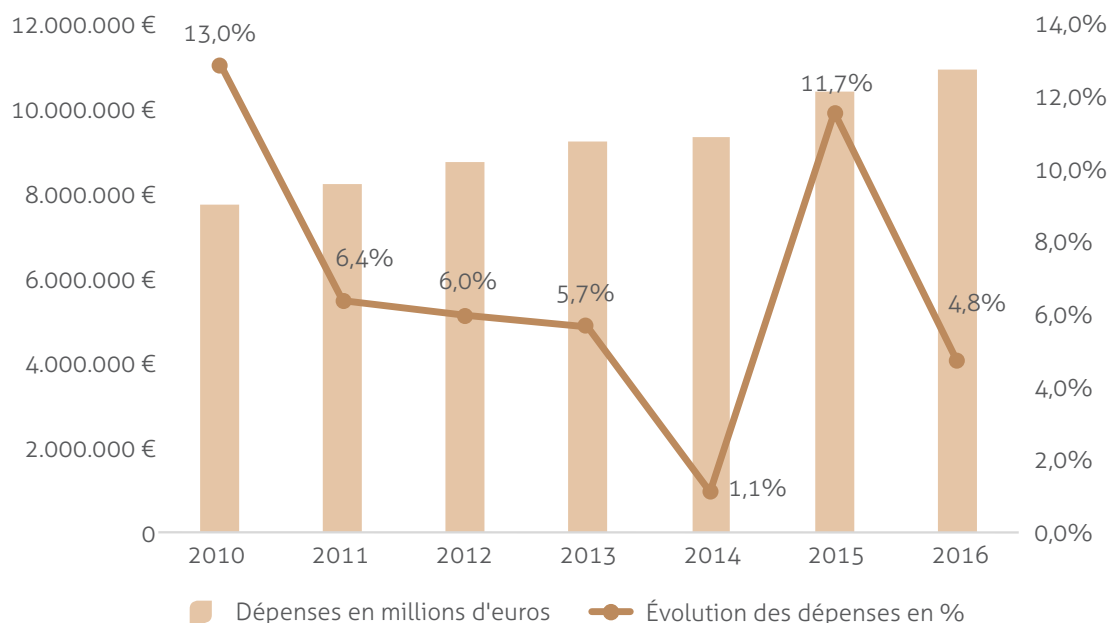
Les prestations urgentes en cas de séjour temporaire à l'étranger et le complément versé aux frontaliers belges en vertu de la convention belgo-luxembourgeoise ne prennent qu'une importance marginale (4,5% et 1,8%). Pour l'exercice 2016, le taux de remboursement moyen, prévu dans la convention belgo-luxembourgeoise et jusqu'à concurrence duquel est calculé le complément, a été fixé à 93,8%.

Le poste «excédent des dépenses: inscription pensionnés » correspond au solde, d'une part, des dépenses effectives des pensionnés étrangers qui résident au Luxembourg au cours de cette année et, d'autre part, des remboursements de forfaits au cours de la même année, mais se rapportant à des exercices antérieurs. Avec l'introduction du règlement (CE) 883 au 1^{er} mai 2010, les dépenses concernant cette catégorie de bénéficiaires de prestations sont prises en charge par les institutions étrangères suivant les frais effectifs. Ainsi, ce compte n'enregistre pratiquement que les recettes correspondant aux forfaits calculés et se rapportant aux exercices précédents. En 2016, les recettes se sont élevées à 167.022 euros, contre 202.227 euros en 2015.

De manière générale, il y a lieu de noter qu'au niveau du poste «conventions internationales », l'estimation du montant des factures non encore introduites à la clôture de l'exercice 2016 (et pas couverts par les provisions réalisées en 2014 et 2015) par les institutions étrangères de sécurité sociale, correspondant aux prestations de l'exercice 2016 et antérieures à 2016, évolue dans une fourchette allant de 20 millions d'euros à 30 millions d'euros (entre 30 à 50 millions en 2015). La comptabilisation des trois tranches de provisions à hauteur de 160,0 millions d'euros (2014), 40,0 millions d'euros (2015) et 26,8 millions d'euros (2016) couvrent le risque de l'introduction accélérée d'une demande de paiement relative de ces montants aussi qualifiés de dette restante.

En contrepartie, on estime actuellement que l'assurance maladie-maternité détient une créance relative aux forfaits à rembourser jusqu'en 2010 (nouveau règlement (CE) 883 à partir du 1^{er} mai 2010) de l'ordre de 12,5 millions d'euros sur les institutions étrangères.

b. Autres prestations étrangères



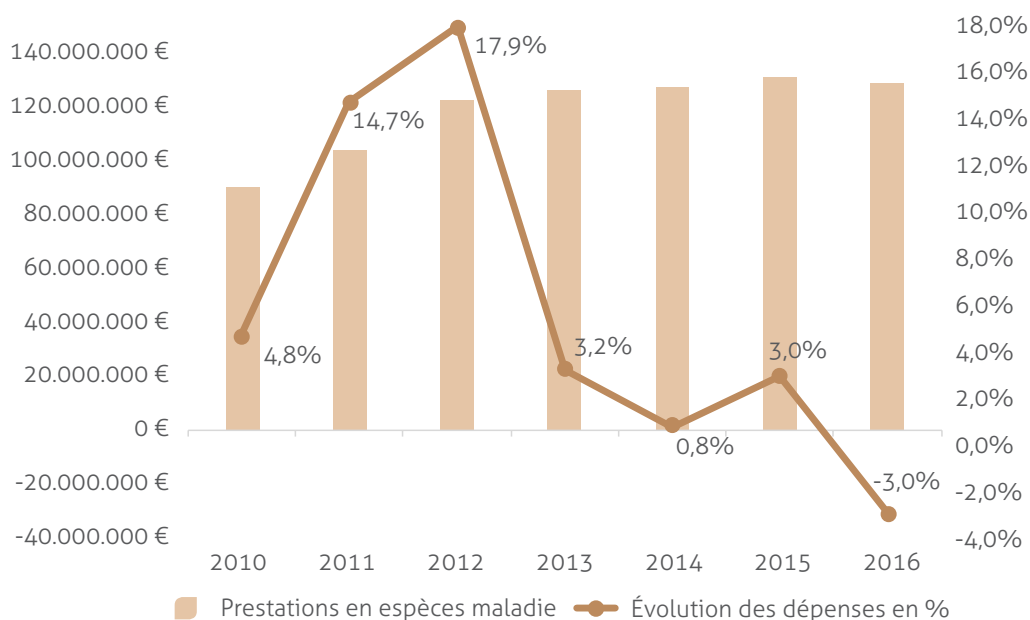
Le poste « prestations en dehors E125 » comprend les prestations délivrées à l'étranger, qui sont remboursées par l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise selon les tarifs étrangers grâce au formulaire E126, ainsi que les participations et franchises éventuelles, prévues par la législation étrangère, mais prises en charge par l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise pour les assurés transférés en vertu de l'article 26 des statuts.

Le poste « prestations étrangères suivant législation luxembourgeoise » comprend, d'un côté, les prestations délivrées à l'étranger et prises en charge d'après

les tarifs luxembourgeois sur la base de l'article 34 du règlement CEE no 574/72 et, d'un autre côté, les prestations délivrées à l'étranger en milieu ambulatoire ne nécessitant plus un accord préalable, conformément à la jurisprudence Decker/Kohll. Il n'est pas possible de faire une distinction entre ces deux catégories de prestations étrangères remboursées suivant tarif luxembourgeois.

Les dépenses s'élèvent à 11,0 millions d'euros en 2016, contre 7,8 millions d'euros en 2010, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 5,9% sur la période de 2010 à 2016.

Prestations espèces de maladie



Les prestations en espèces de maladie atteignent 127,0 millions d'euros en 2016, contre 90,3 millions d'euros en 2010, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 5,8% entre 2010 et 2016.

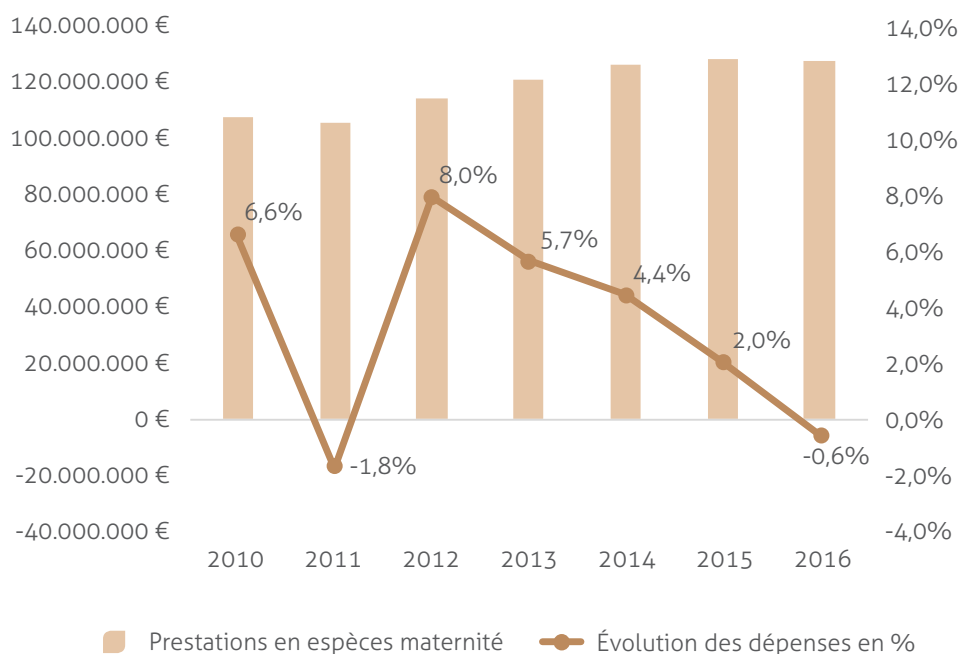
Les prestations en espèces de maladie présentées ci-dessus concernent uniquement des frais de prestations en espèces de maladie à charge de la CNS pour les malades de long terme (> 77 jours de maladie). En particulier, l'article 29, alinéa 2) regroupe les assurés salariés et non-salariés de la Caisse nationale de santé (CNS) pour lesquels l'indemnité pécuniaire de maladie est prise en charge à partir de la fin du mois comprenant le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs. Il regroupe en outre les dépenses relatives à un congé d'accompagnement, à des périodes d'essai des apprentis et des salariés, ainsi que les dépenses occasionnées en application des dispositions de l'article 14, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

Si les prestations en espèces de maladie ont évolué de 4,8% en 2010, ces frais

ont connu des croissances très fortes de 14,7% respectivement 17,9% en 2011 et 2012. L'évolution de ces frais est à nouveau freinée à partir de l'exercice 2013 avec une évolution de 3,2%. En 2014, on observe une quasi-stagnation de l'évolution de ces dépenses. En 2015, les prestations en espèces de maladie évoluent de 3,0%.

Pour l'exercice prestation 2016, la CNS a dépensé 127,0 millions d'euros en matière de prestations en espèces de maladie. Cela représente une baisse de 3,0% par rapport à l'année 2015. D'après les données statistiques actuellement disponibles suivant l'exercice de prestation pour les indemnités pécuniaires proprement dites (non compris les indemnités pécuniaires de maladie en faveur des femmes de charge), le nombre de journées d'incapacité de travail en 2016 s'élève à 1.144.317 (-5,2%). Le nombre de bénéficiaires s'élève à 18.456 personnes (+3,4%) et la durée moyenne de congé de maladie par personne est passée de 67,6 en 2015 à 62,0 jours en 2016 (-8,3%).

Prestations espèces de maternité



Les prestations en espèces de maternité atteignent 128,5 millions d'euros en 2016, contre 108,2 millions d'euros en 2010, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 2,9% entre 2010 et 2016.

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 et indemnités pour femme allaitante) ainsi que les indemnités de congé pour raisons familiales (CPRF).

Les prestations en espèces de maternité ont évolué entre -1,8% et +8,0% entre 2010 et 2016. En particulier, en 2013 on observe un ralentissement continu de l'évolution de ces frais qui augmentent de 5,7% en 2013, de 4,4% en 2014, et de 2,0% en 2015 pour diminuer ensuite

de 0,6% en 2016 en s'élevant à 128,5 millions d'euros.

Les indemnités pécuniaires de maternité proprement dites s'élèvent à 92,7 millions d'euros en 2016 et diminuent de 2,0% par rapport à 2015. D'après la statistique suivant la date de prestation, le nombre de bénéficiaires a baissé de 1,2%, le nombre de jours par personne a diminué de 0,3% et l'indemnité brute allouée par jour a aussi baissé de 1,3% en 2016.

Les indemnités allouées pour la protection de la femme enceinte s'élèvent à 24,5 millions d'euros, ce qui représente 19,1% des indemnités globales payées en 2016.

Les indemnités de congé pour raisons familiales, introduites par la loi du 12 février 1999 dans le cadre du PAN, atteignent un montant de 11,2 millions d'euros en 2016, soit une croissance de 11,8%.



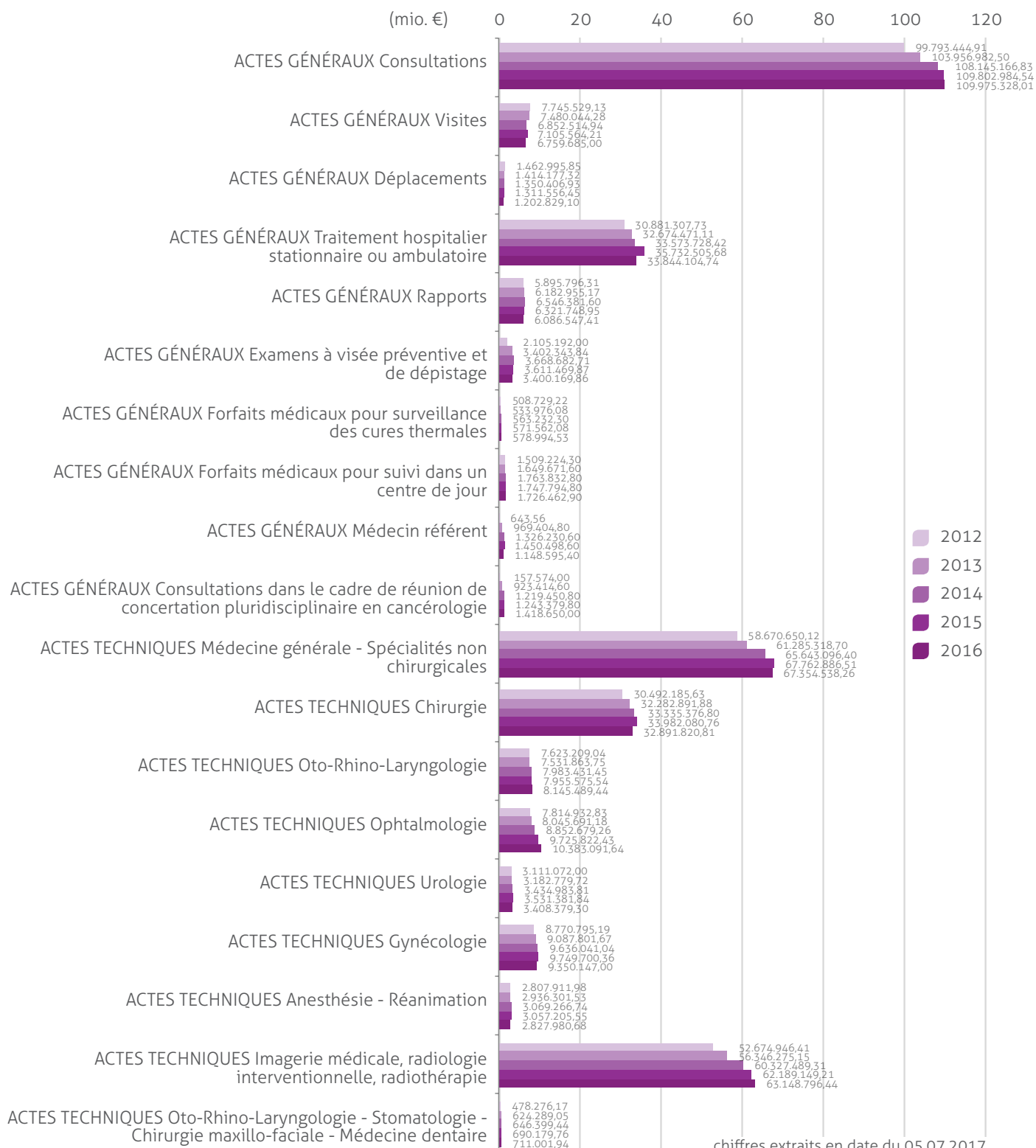


Les
statistiques
par thème

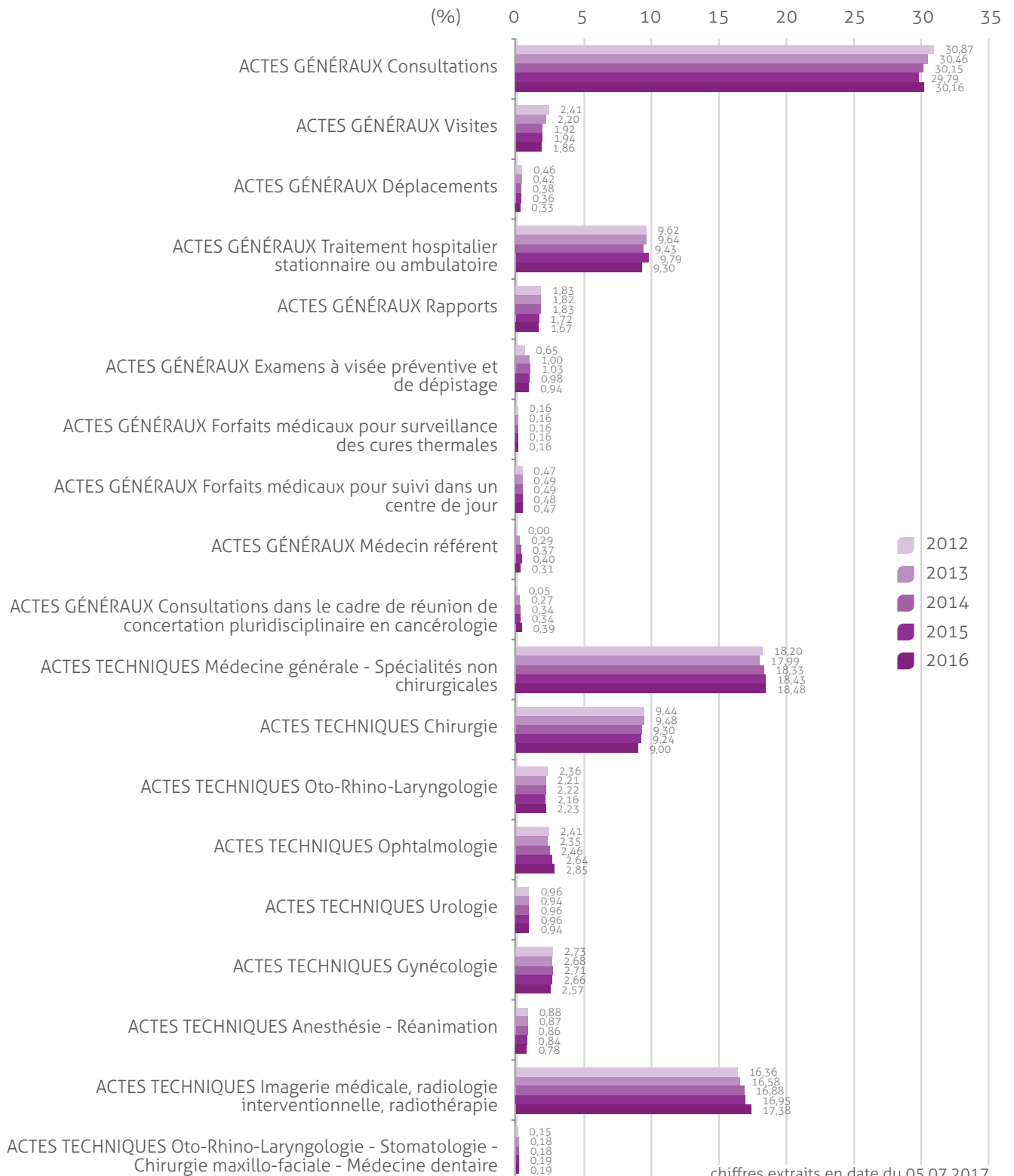
D. Les statistiques par thème

I. Les médecins

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



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

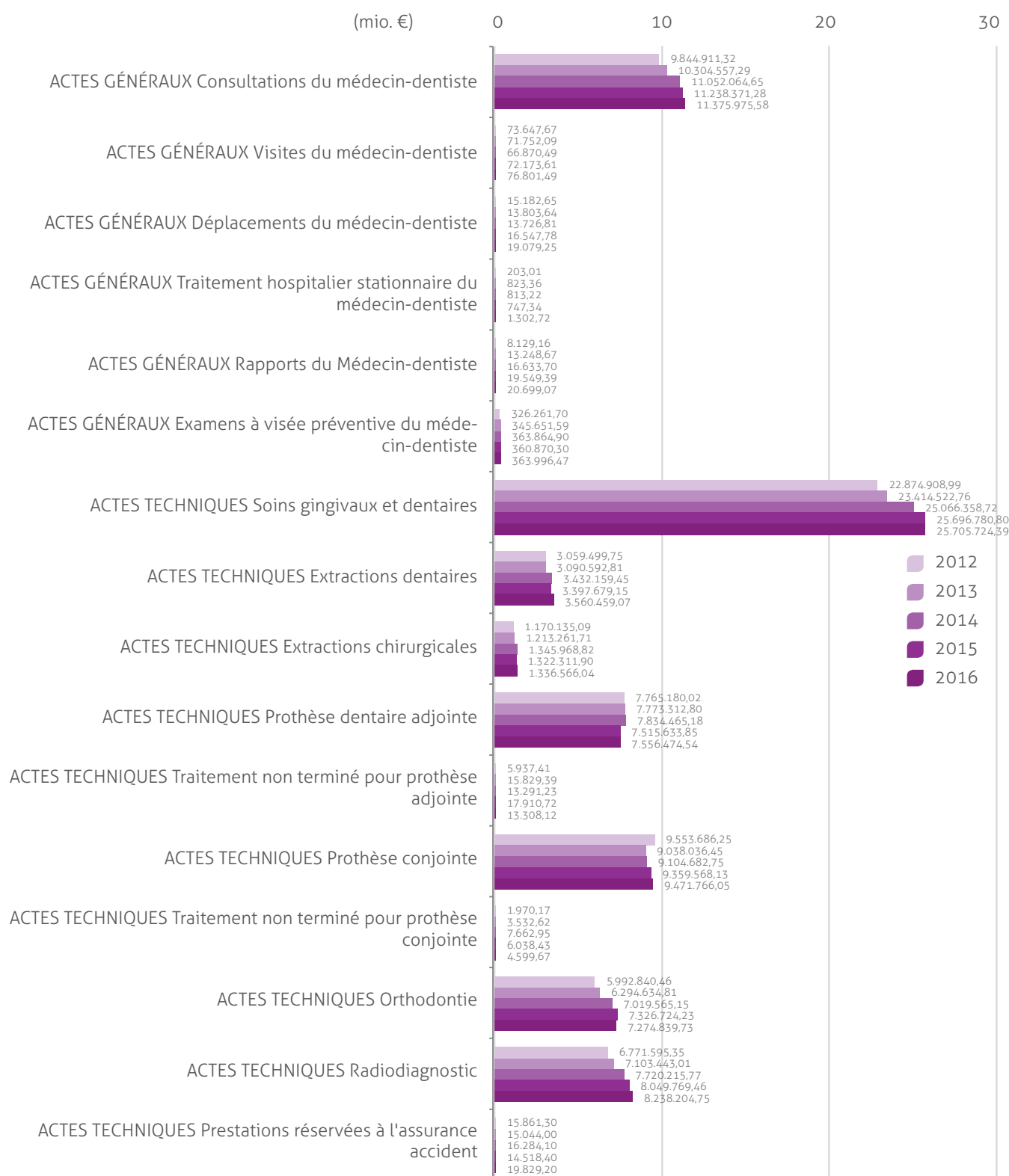


chiffres extraits en date du 05.07.2017



II. Les médecins-dentistes

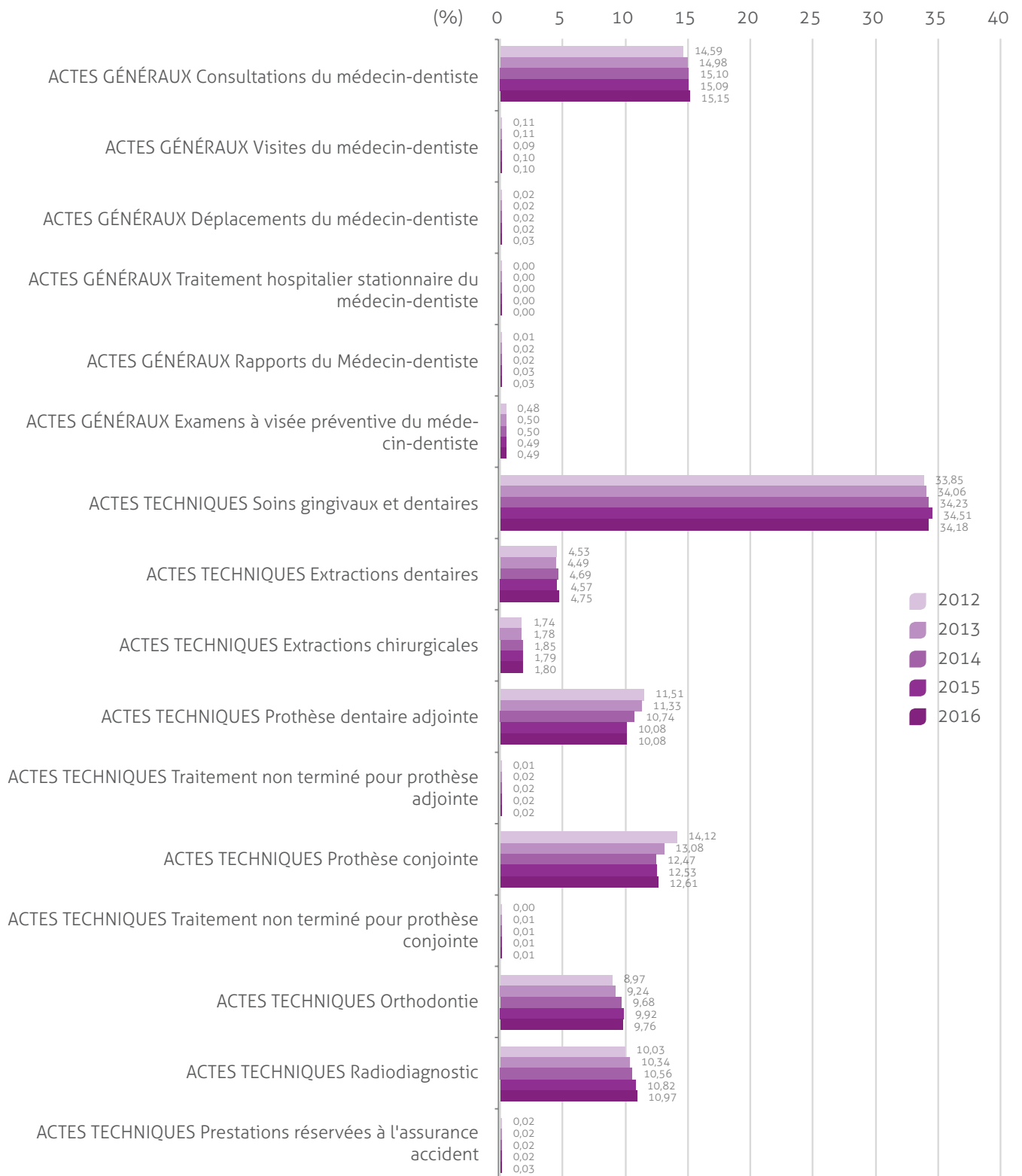
Part du net (en €) par chapitre de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes



chiffres extraits en date du 05.07.2017



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

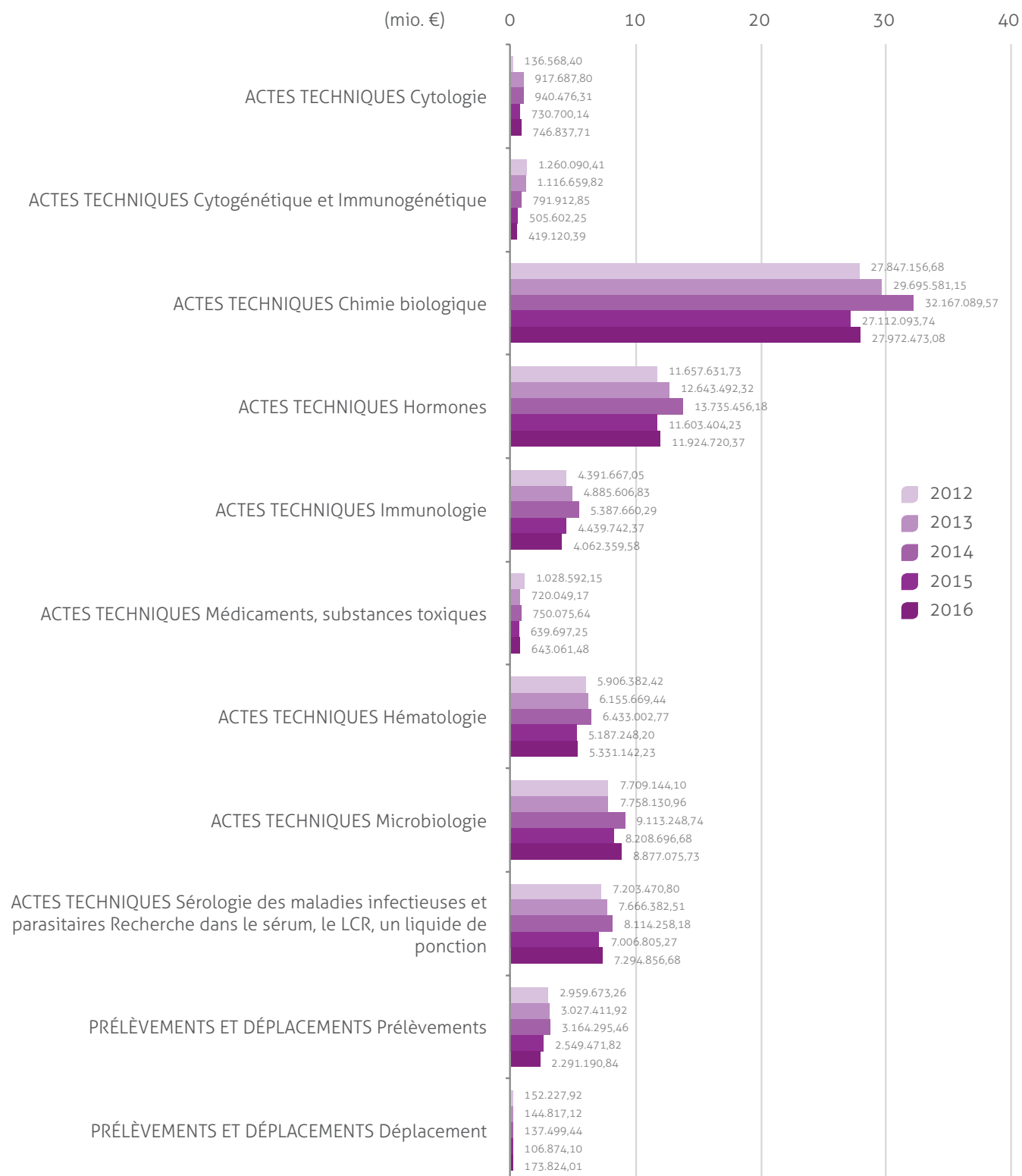


chiffres extraits en date du 05.07.2017



III. Les laboratoires

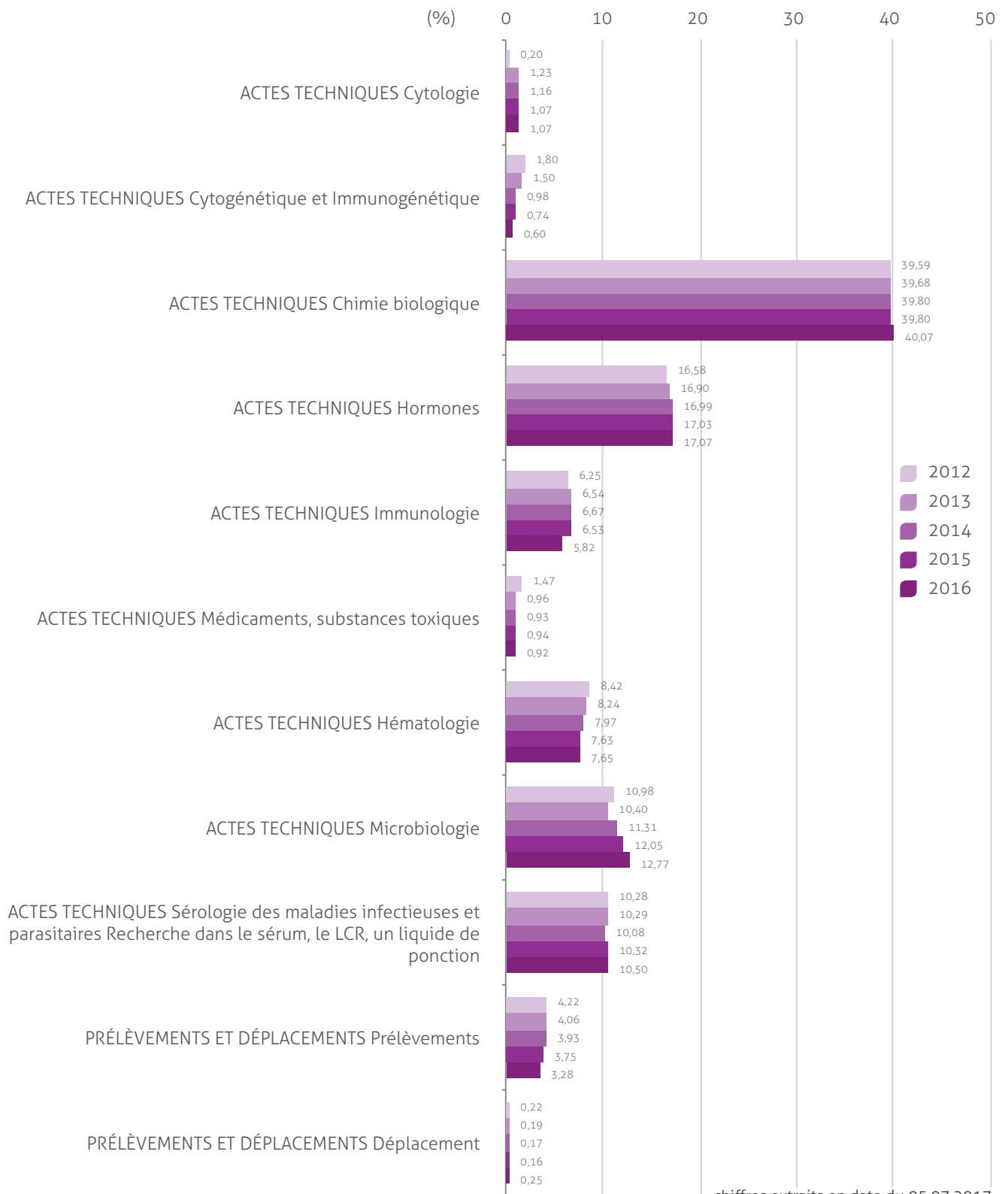
Part du net (en €) par chapitre de la nomenclature des actes et services des laboratoires



chiffres extraits en date du 05.07.2017



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

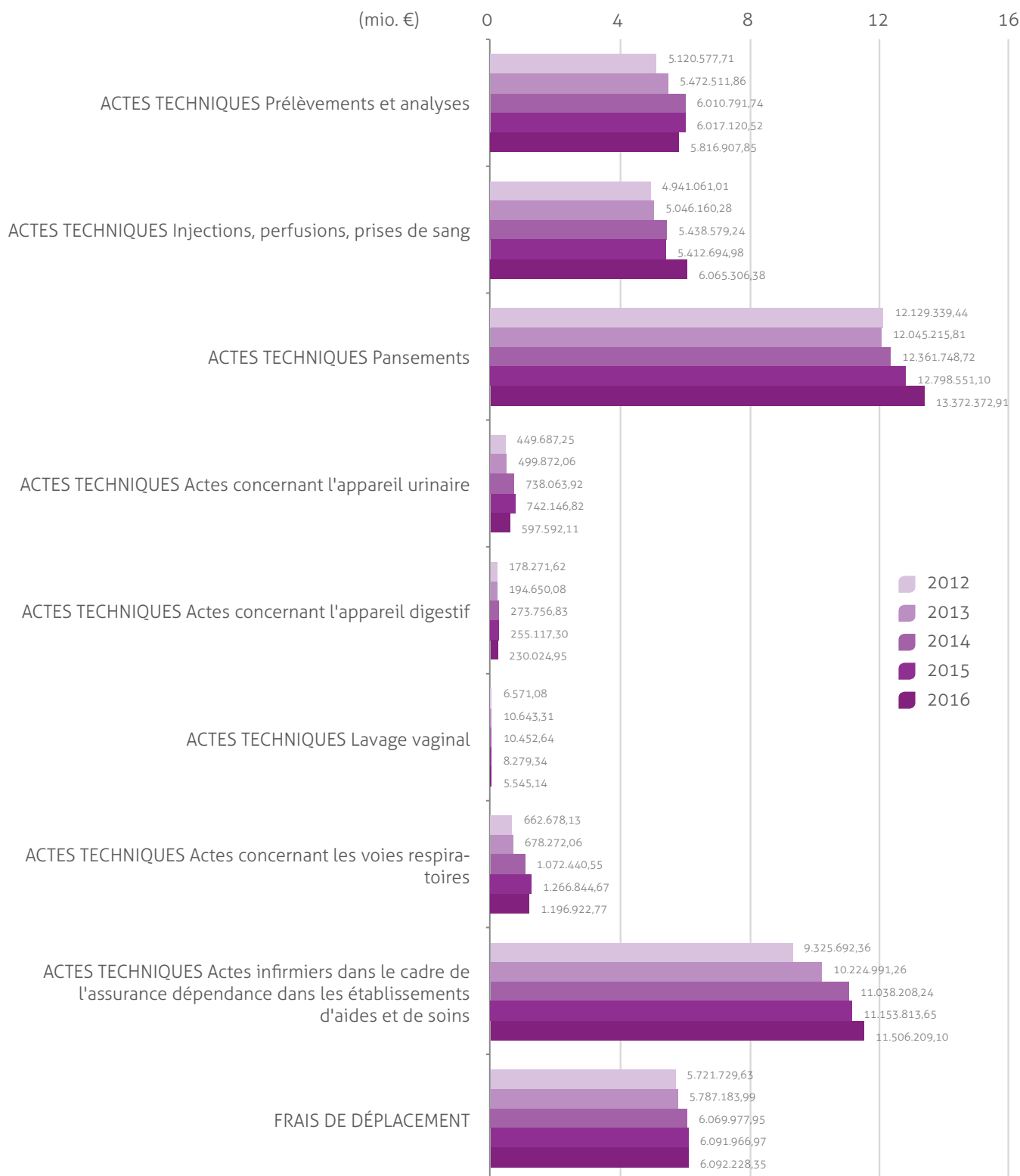


chiffres extraits en date du 05.07.2017



IV. Les infirmiers

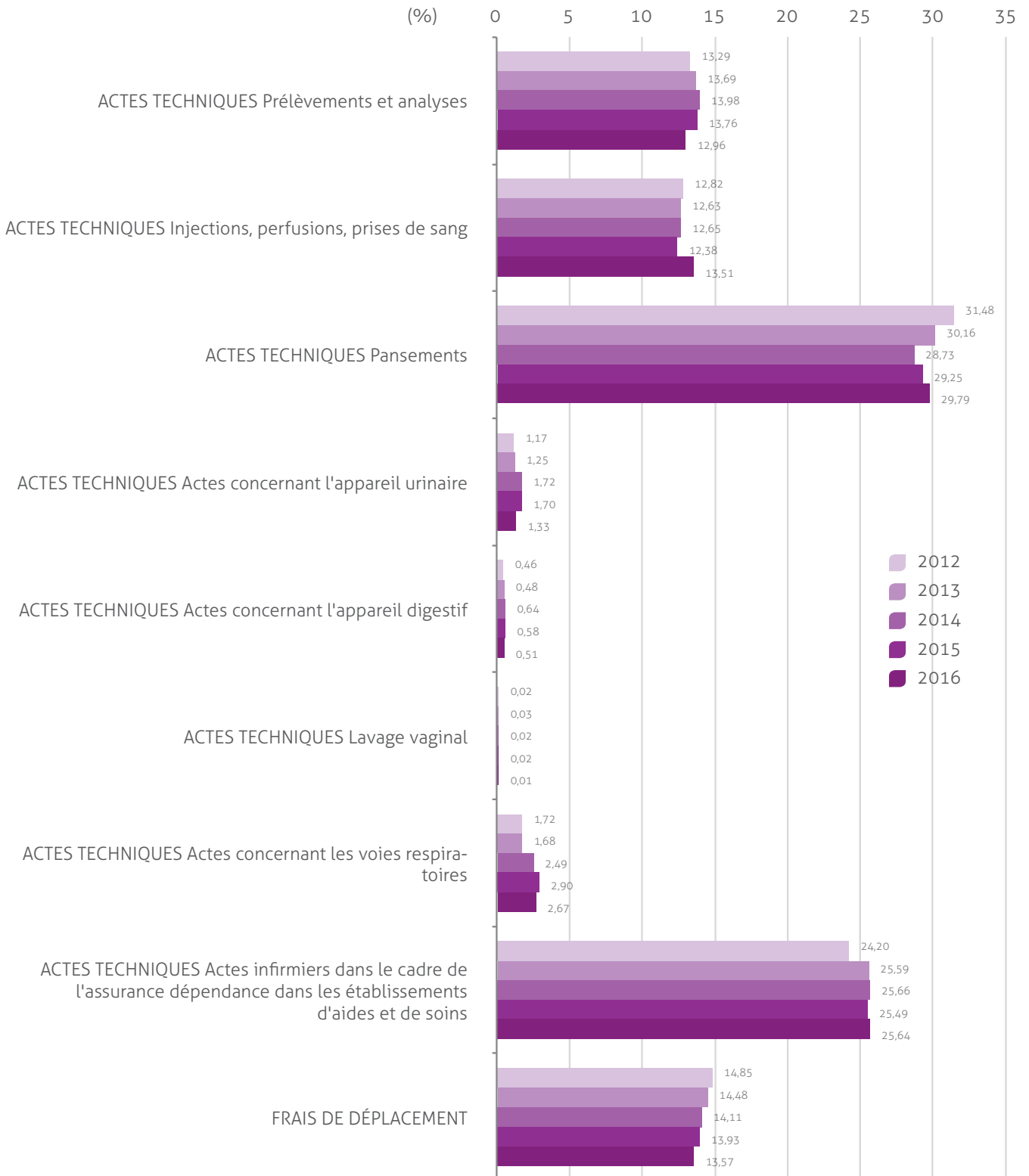
Part du net (en €) par chapitre de la nomenclature des actes et services des infirmiers



chiffres extraits en date du 05.07.2017



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

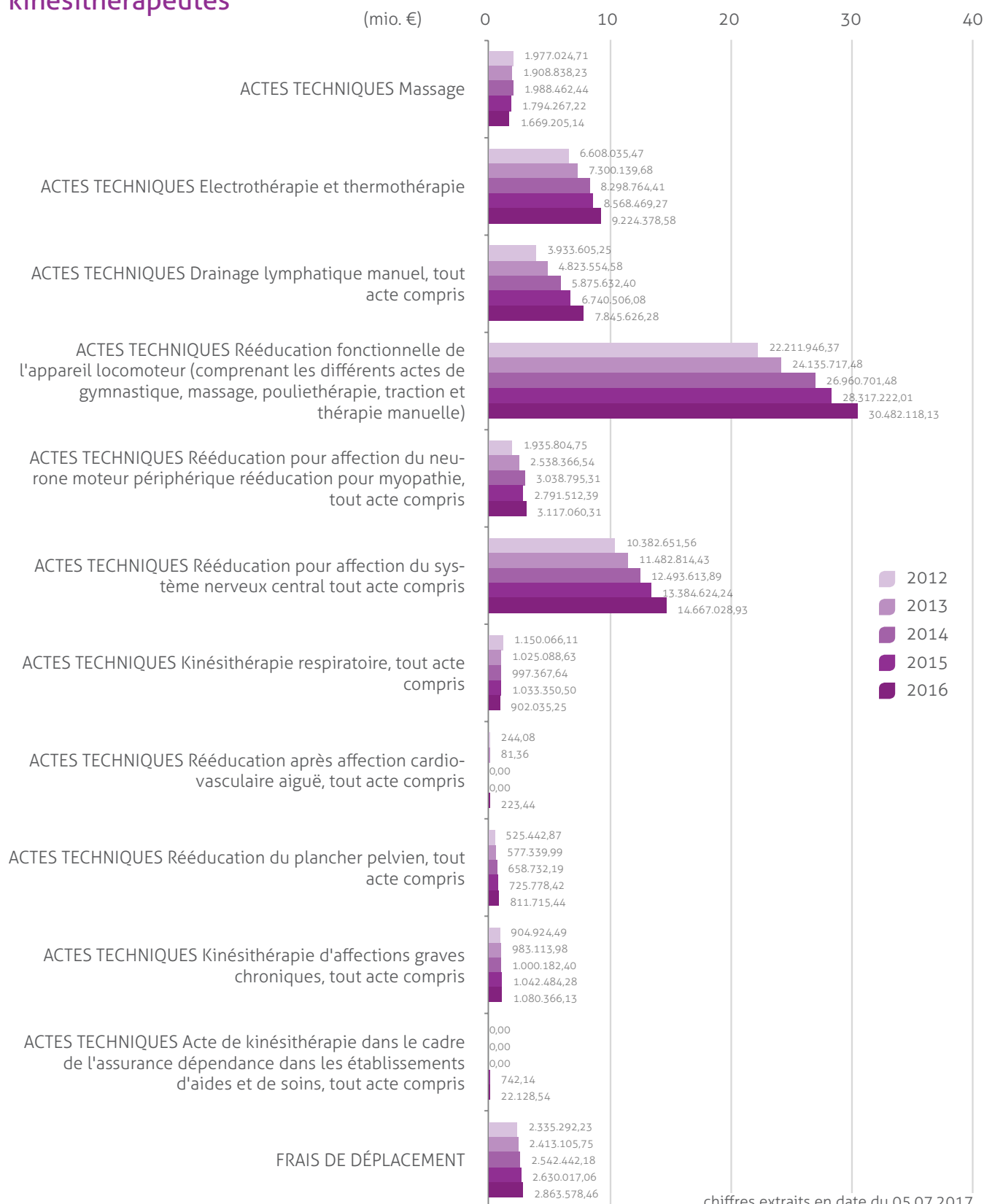


chiffres extraits en date du 05.07.2017

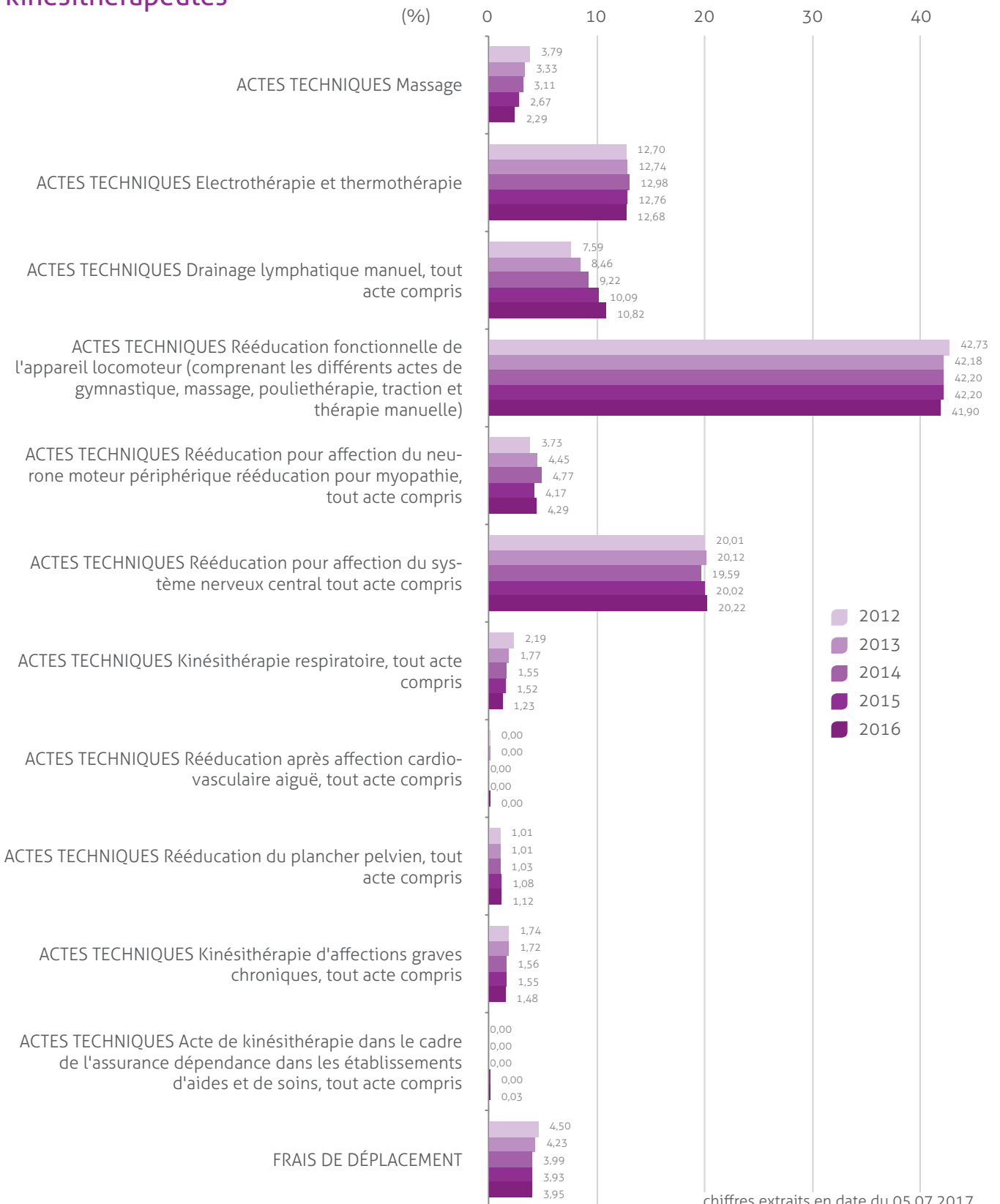


V. Les kinésithérapeutes

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



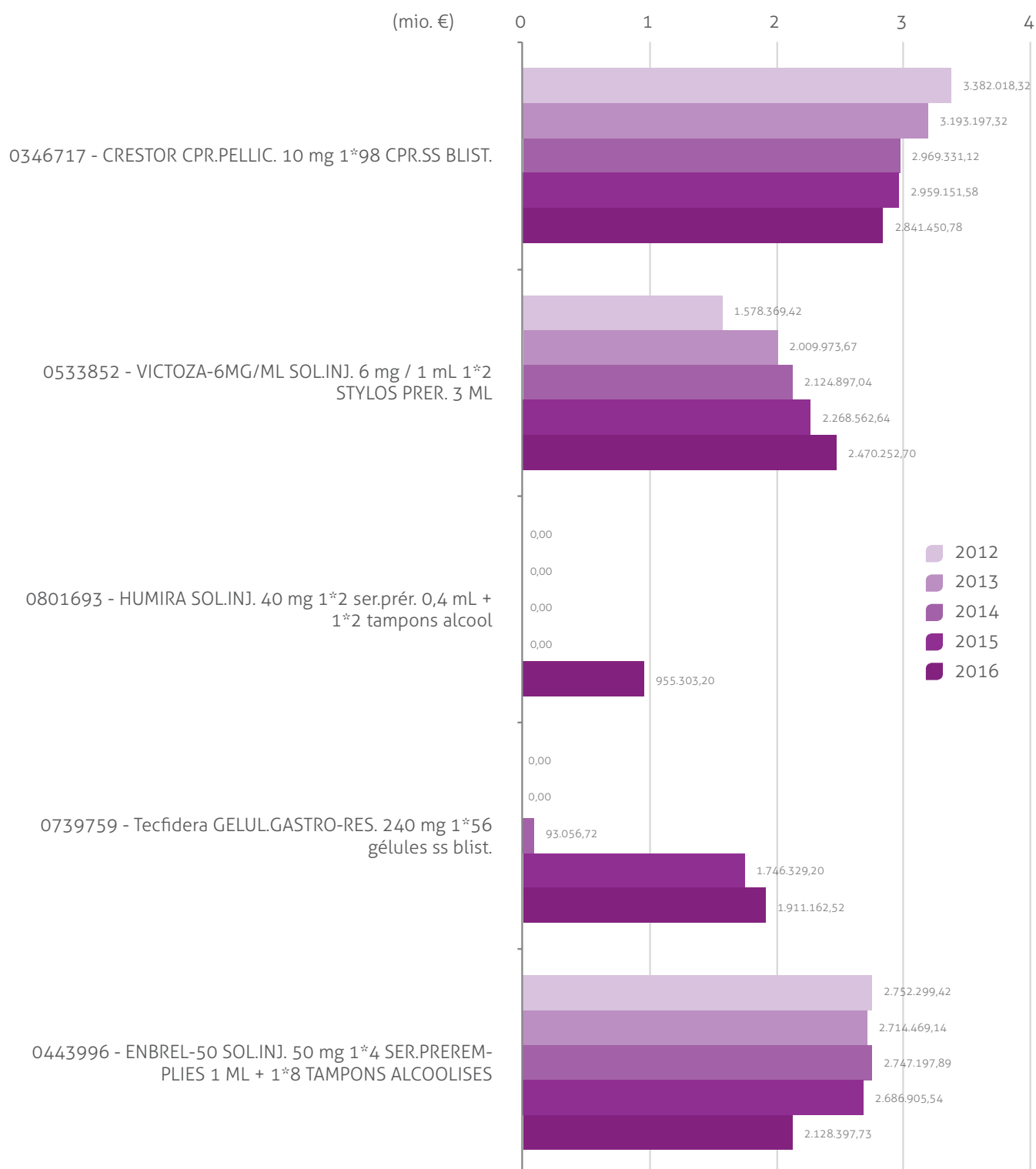
Part du net (en %) par chapitre de la nomenclature des actes et services des kinésithérapeutes



chiffres extraits en date du 05.07.2017



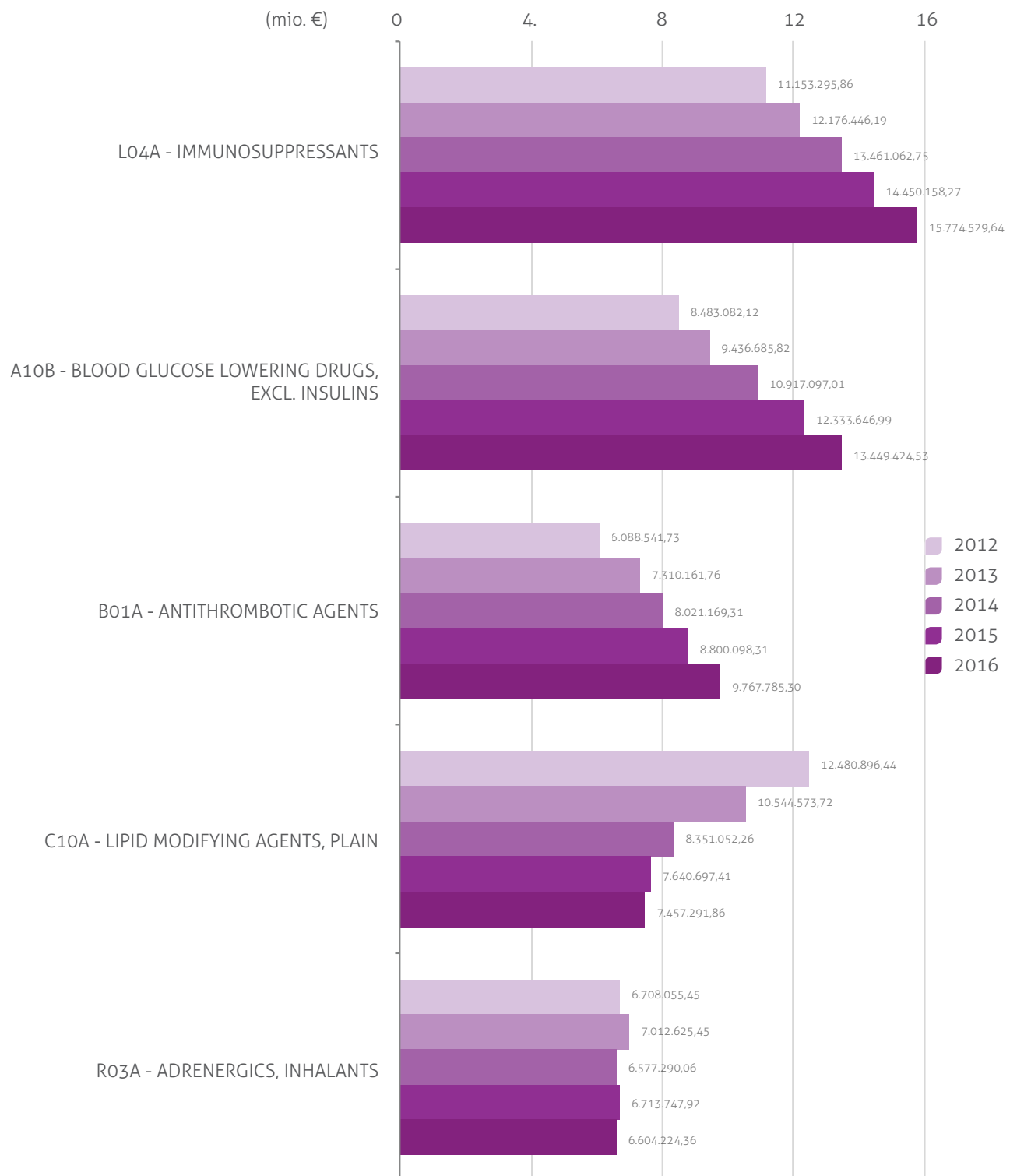
VI. Les médicaments - Net annuel (en €) des médicaments les plus remboursés



chiffres extraits en date du 05.07.2017



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



VII. Commentaire des statistiques

Tout d'abord, il convient de garder à l'esprit que les chiffres disponibles au moment où ce rapport d'activité est publié sont encore incomplets pour 2016: basé sur l'observation des années précédentes on peut estimer qu'il reste, suivant les postes, 1 à 3% de factures qui n'ont pas encore été transmises aux caisses de maladie. La partie relative à l'évolution des dépenses à la page 142 se base tout comme la présente analyse sur des données de l'exercice prestation, toutefois les données utilisées pour l'analyse de l'évolution des dépenses à la page 142 sont complétées par des estimations pour tenir compte des factures non encore introduites.

Concernant les soins médicaux, la croissance des montants liquidés dépasse légèrement celle de la population protégée combinée aux revalorisations de la cote indice, et atteint 13% entre 2012 et 2016. Même si le principal poste reste de loin celui des consultations médicales, ce sont les actes techniques non chirurgicaux et les examens d'imagerie qui connaissent la plus forte croissance relative parmi les postes principaux et qui sont les moteurs de la croissance globale. Plus précisément, les actes avec un volume de prestations significatif qui connaissent les plus fortes croissances sont les examens cardiologiques et la psychothérapie (pour les actes techniques non chirurgicaux), ainsi que les échographies et scanners (pour les examens d'imagerie). À noter enfin, pour les catégories dont le volume de prestation est un peu moins important, la croissance importante de l'ophtalmologie, là encore soutenue essentiellement par les examens ophtalmiques.

Concernant les soins médico-dentaires, la croissance des montants liquidés suit à peu près celle de la population protégée combinée aux revalorisations de la cote indice, et atteint 11% entre 2012 et 2016. La part des deux postes principaux, consultations du médecin-dentiste et soins gingivaux et dentaires, reste stable dans les montants remboursés par les caisses de maladie, alors que la part de la prothétique diminue légèrement et qu'au contraire la part de l'orthodontie et du radiodiagnostic augmente. Il est important de noter ici que les dépassements de tarif autorisés, qui constituent une part significative des honoraires médico-dentaires pour la prothétique et pour l'orthodontie, ne sont pas pris en compte car ils ne sont par définition pas remboursés par les caisses de maladie: ceci peut donc induire une perception différente des assurés quant au poids relatif des différents postes.

Concernant les analyses de laboratoire, il faut d'abord signaler que l'année 2015 est atypique en raison de la baisse de 20% de la lettre-clé qui est intervenue alors. Si on neutralise l'effet de cette mesure, et bien que les tarifs des laboratoires ne soient pas concernés par les revalorisations de la cote indice, la croissance des montants liquidés dépasse nettement celle du montant des soins médicaux puisqu'elle s'élève à 24% entre 2012 et 2016. Précisons ici toutefois que cette croissance est beaucoup plus modeste qu'entre 2008 et 2012 où elle s'était élevée à environ 60%, alors dopée par des changements exceptionnels intervenus en 2011 (reprise de l'activité ambulatoire du secteur hospitalier et évolutions des règles de facturation



des actes). Parmi les 4 postes principaux, le premier reste nettement la chimie biologique, suivi des hormones, de la microbiologie et des de la sérologie des maladies infectieuses et parasitaires : leur part relative est restée assez stable, sauf celle de la microbiologie qui est en nette hausse.

Concernant les actes de kinésithérapie, la croissance des montants liquidés dépasse nettement celle de la population protégée combinée aux revalorisations de la cote indice: elle s'élève à près de 40% entre 2012 et 2016 et c'est la plus élevée de toutes les catégories ici rapportées. La progression est homogène pour les trois principaux postes, rééducation de l'appareil locomoteur, rééducation pour affection du système nerveux central et électrothérapie, et est plus marquée pour les drainages lymphatiques dont la part est passée de 7.6% à 10.8%.

Concernant enfin les actes infirmiers, la croissance des montants liquidés est supérieure à celle de la population protégée combinée aux revalorisations de la cote indice, et dépasse 16% entre 2012 et 2016. Le poste principal reste les pansements, suivi des soins infirmiers dans le cadre de l'assurance-dépendance, mais ces derniers contribuent davantage à la croissance globale et leur part augmente donc, de même que celle (dans une moindre mesure) que celle des Injections, perfusions et prises de sang.

VIII. Transfert à l'étranger : Statistiques 2015-2016

Transferts à l'étranger : évolution 2012-2016

Autorisation	Motif	2012			2013			2014			2015			2016		
		Nombre Autorisations			Nombre Autorisations			Nombre Autorisations			Nombre Autorisations			Nombre Autorisations		
		accord	susp.	refus	accord	susp.	refus	accord	sus-pens (ou Accord Directive)	refus	accord	sus-pens (ou Accord Directive)	refus	accord	sus-pens (ou Accord Directive)	refus
S2 / E112	Analyse labora-toire	129	16	6	9	7	1	5	19	3	12	5	3	2	1	3
	Consul-tation ou exa-men	8.232	140	213	8.240	196	233	7.196	301	377	6.635	386	378	4.780	355	1.296
	Cure	61	4	11	62	1	25	67	4	16	66	8	4	77	17	23
	Traite-ment ambu-latoire	2.502	65	134	2.673	115	127	2.661	136	176	2.461	310	225	2.479	364	307
	Traite-ment station-naire	6.943	261	245	6.636	283	252	6.110	395	272	6.112	512	200	5.554	552	327
Total		17.867	486	609	17.620	602	638	16.039	855	844	15.286	1.221	810	12.892	1.289	1.956

Transferts à l'étranger sous la Directive 2011/24

Accords titres Directive	Pays	2015	2016
		Allemagne	185
	Espagne	36	25
	Portugal	11	10
	Belgique	10	16
	France	3	3
	Italie	2	4
	Suisse	2	9
	Autriche	2	4
	Pologne	1	3
	Rép. Tchèque	1	3
	Grande-Bretagne	1	1
	Roumanie	1	1
	Grèce		4
	Finlande		1
	Suède		1
Total		255	289

Accord Titres de prise en charge – Pays non lié	Pays	2015	2016
	Brésil	1	
	Jordanie	1	1
	Monaco	1	
	Inde	1	
	USA	1	1
	Canada	1	
	Chine	1	
Total		7	2

Nombre de S2 par pays (du 01.01.2016 au 31.12.2016)

Fournisseur/ Pays	Nombre Autorisations			Total	Nombre Patients			Total
	accordé	suspens (ou Accord Directive)	refusé		accordé	suspens (ou Accord Directive)	refusé	
A	13	7	11	31	13	7	8	25
B	3.295	199	533	4.027	1.887	175	463	2.203
BG	1	1	1	1				
BIH	1	1	1	1				
CH	285	22	37	344	157	20	34	182
CN	1	1	1	1				
CZ	2	3	5	10	2	3	3	7
D	7.250	795	916	8.961	4.416	678	824	5.315
DK	1	2	3	1	2	3		
E	7	30	16	53	6	23	14	39
F	1.856	128	336	2.320	1.064	117	286	1.296
GB	14	7	10	31	6	5	10	18
GR	3	8	11	2	6	8		
HR	1	1	2	1	1	2		
HU	1	2	3	1	2	2		
I	64	21	30	115	45	15	22	72
IL	3	3	3	3				
IRL	1	1	1	1				
IS	2	2	1	1				
LT	1	1	1	1				
LV	1	2	3	1	2	3		
N	2	2	1	1				
NL	50	4	14	68	31	4	13	46
P	30	34	18	82	18	30	17	64
PL	3	5	2	10	3	5	1	8
RO	1	4	5	1	4	5		
RS	1	1	2	1	1	2		
S	3	3	6	3	3	5		
SF	5	1	6	12	2	1	4	5
SI	1	1	2	1	1	1		
TR	2	2	1	1				
UKR	1	1	1	1				
USA	1	1	1	1				
XXX	13	6	19	13	5	18		
ZA	1	1	1	1				
Total	12.892	1.289	1.956	16.137	7.523	1.109	1.712	9.125

Nombre de S2 selon prescripteur généraliste-spécialiste

Nombre Autorisations 2016								
Motif	Généraliste			Généraliste Total	Spécialiste			Spécialiste Total
	accordé	suspens (ou Accord Directive)	refusé		accordé	suspens (ou Accord Directive)	refusé	
Analyse laboratoire	1	1	1	1	3	5		
Consultation ou examen	621	89	276	986	4.159	266	1.020	5.445
Cure impossible	2	1	9	12	75	16	14	105
Traitement ambulatoire	98	19	47	164	2.381	345	260	2.986
Traitement stationnaire	141	17	109	267	5.413	535	218	6.166
Total	863	126	441	1.430	12.029	1.163	1.515	14.707

Nombre Patients 2016								
Motif	Généraliste			Généraliste Total	Spécialiste			Spécialiste Total
	accordé	suspens (ou Accord Directive)	refusé		accordé	suspens (ou Accord Directive)	refusé	
Analyse laboratoire	1	1	1	1	3	5		
Consultation ou examen	494	83	265	760	2.930	257	943	3.739
Cure impossible	2	1	9	12	72	16	11	98
Traitement ambulatoire	84	19	47	144	1.856	297	239	2.229
Traitement stationnaire	126	17	107	243	4.165	485	203	4.664
Total	638	115	410	1.042	7.053	999	1.328	8.363

Nombre de S2 par diagnostic 01.01.2016 au 31.12.2016

Diag1 CD	Groupe	Nombre Autorisations		
		accordé	suspens (ou Accord Directive)	refusé
A00-B99	Certaines maladies infectieuses	68	6	8
C00-D48	Tumeurs	2.444	110	311
D50-D89	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	90	2	10
E00-E90	Maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques	195	14	42
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	1.057	252	87
G00-G99	Maladies du système nerveux	498	51	71
H00-H59	Maladies de l'oeil et de ses annexes	2.488	76	312
H60-H95	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	265	23	31
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	763	49	139
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	225	7	24
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	466	36	73
L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	139	15	25
M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif	1.560	134	192
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	756	90	128
O00-O99	Grossesse accouchement et puerpéralité	69	6	17
P00-P96	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	15	0	4
Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	499	23	70
R00-R99	Symptômes signes et résultats anormaux d examens cliniques et de laboratoire non classés ailleurs	122	21	31
S00-T98	Lésions traumatiques empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	429	38	58
V01-Y98	Causes externes de morbidité et de mortalité	22	0	3
Z00-Z99	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	686	172	95
Autres sans code diagnostic		36	164	225
Grand Total		12.892	1.289	1.956



Refus de transfert à l'étranger

Refus S2 + Directive	2015	2016
Refus présidentiels		
Refus présidentiels S2	278	231
Refus présidentiels Directive	28	66
Refus présidentiels Pays non liés	0	1
Total	306	298
Motifs fréquents (plusieurs motifs possibles)		
APCM		73
Traitement possible au Luxembourg		47
Conditions de l'art. 27 des statuts (Motivation)		39
Refus administratifs		
Total : S2, Directive, pays non liés	617	1.881
Motifs fréquents (plusieurs motifs possibles)		
Consultation / libre circulation		1.032
APCM	149	367
Conditions de l'art. 27 des statuts (Motivation)	140	328
Médecin généraliste pour traitement ambulatoire ou stationnaire	140	195
ICD-10 à 4 positions fait défaut	19	69

Soins de santé transfrontaliers: Vue d'ensemble

Coût: Règlement 883/2004 - Directive					
Prestations étrangères svt date prestation	2012	2013	2014	2015	2016
1. Règlement européen 883/2004 (avec estimations)					
Séjour temporaire	13.455.569	15.216.775	15.956.814	17.037.071	17.439.137
Frontaliers	257.248.597	262.936.079	271.372.022	281.038.618	290.575.954
Pensionnés frais effectifs	28.412.672	31.548.930	34.350.840	37.061.387	39.953.055
Pensionnés frais forfaitaires	1.684.075	700.794	695.095	712.300	724.000
Pensionnés MF	80.637	286.350	351.884	234.000	247.000
E112/S2 (3)	37.118.095	35.699.668	33.449.988	34.425.991	34.948.289
Prestations en dehors E125 (tarification E126 / S067)	4.858.079	4.964.267	4.433.154	4.210.000	3.915.300
Total (1)	342.857.725	351.352.862	360.609.796	374.719.366	387.802.734
2. Directive / Prestations svt législation lux.					
Total (2)	3.821.792	4.196.540	4.791.426	6.030.522	6.332.049
Rapport (2) / (1)	1,1%	1,2%	1,3%	1,6%	1,6%
Rapport (2) / (3)	10,3%	11,8%	14,3%	17,5%	18,1%

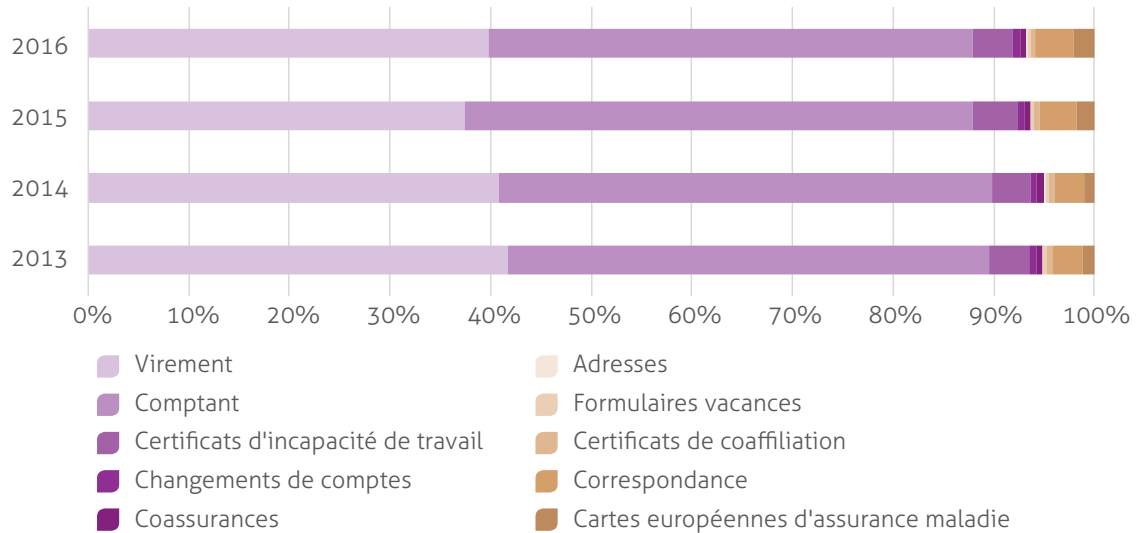
Coûts de transport liés au transfert à l'étranger autorisé 2015 et 2016

Acte	Nombre Lignes Facturation 2015	Nombre Patients 2015	Net 2015	Nombre Lignes Facturation 2016	Nombre Patients 2016	Net 2016
Transport simple lors d'un traitement à l'étranger et sur le continent européen, dûment autorisé						
VT4111 indemnité de voyage (aller)	4.431	1.513	142.011,14	3.469	1.263	113.230,80
VT4113 transport urgent en ambulance du SAMU	1	1	1.050,00	0	0	0,00
VT4114 transport simple en ambulance	1.014	561	170.989,18	689	415	112.962,74
VT4116 transport secondaire par air	174	64	289.325,00	123	44	227.246,05
VT4121 indemnité de voyage (retour)	4.418	1.509	141.510,94	3.463	1.261	112.550,67
VT4124 transport simple en ambulance (retour)	484	295	107.542,03	330	220	72.630,79
VT4125 transport par air (retour)	17	7	54.600,05	4	3	17.760,35
Transport en série lors d'un traitement à l'étranger et sur le continent européen, dûment autorisé						
VT4211 indemnité de voyage (aller)	14	13	525,13	4	4	110,16
VT4212 transport en taxi	2.961	102	222.943,80	2.563	79	166.864,30
VT4214 transport en ambulance	179	13	19.798,08	102	8	27.971,86
VT4221 indemnité de voyage (retour)	11	10	348,84	14	4	544,68
VT4222 transport en taxi (retour)	1.643	100	165.739,00	1.355	78	121.265,90
VT4224 transport en ambulance (retour)	96	13	15.219,68	58	5	17.315,20
VT4301 indemnité forfaitaire (en dehors du continent européen)	1	1	1.200,00	0	0	0,00
VT4404 transport simple en ambulance (Transfert d'un établissement hospitalier étranger vers un établissement hospitalier luxembourgeois)	13	13	4.736,31	14	13	4.807,67
VT4502 transport en taxi (Transport de biopsies, de prélèvements ou d'organes humains)	17	17	5.464,20	21	20	6.769,00
Total	15.474	2.260	1.343.003,38	12.209	3.417	1.002.030,17



IX. Agences CNS: Statistiques des activités

Résumé des activités des agences: 2013 – 2016

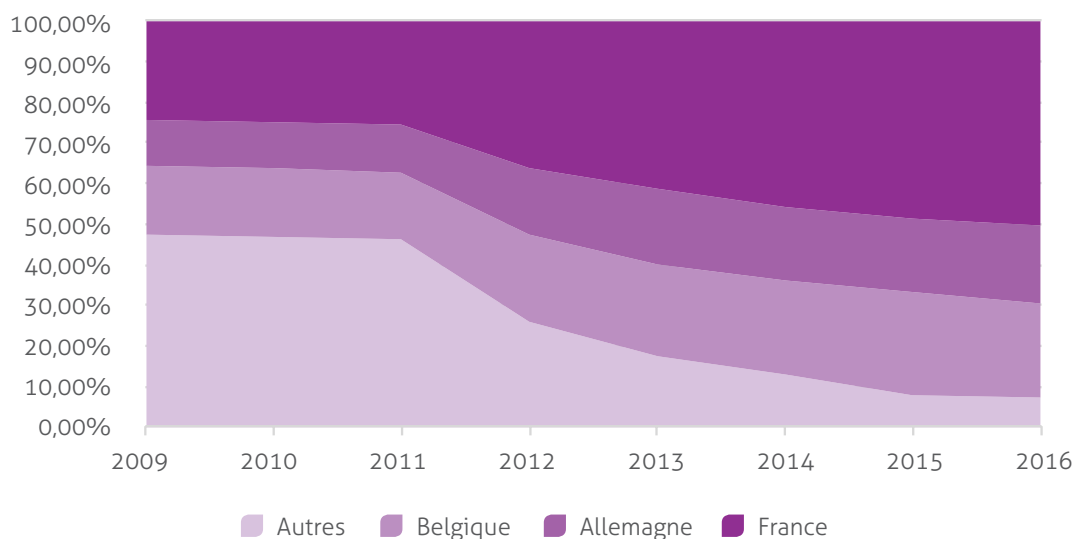


	2013	2014	2015	2016
Virement	41,76%	40,87%	37,48%	39,77%
Comptant	47,82%	48,93%	50,45%	48,20%
Certificats d'incapacité de travail	3,94%	3,84%	4,46%	3,97%
Changement de comptes	0,68%	0,68%	0,64%	0,68%
Coassurances	0,69%	0,68%	0,64%	0,67%
Adresses	0,03%	0,08%	0,06%	0,04%
Formulaire vacances	0,45%	0,42%	0,31%	0,32%
Certificats de coaffiliation	0,47%	0,47%	0,48%	0,53%
Correspondance	2,97%	3,05%	3,69%	3,72%
Cartes européennes d'assurance maladie	1,19%	0,98%	1,79%	2,09%

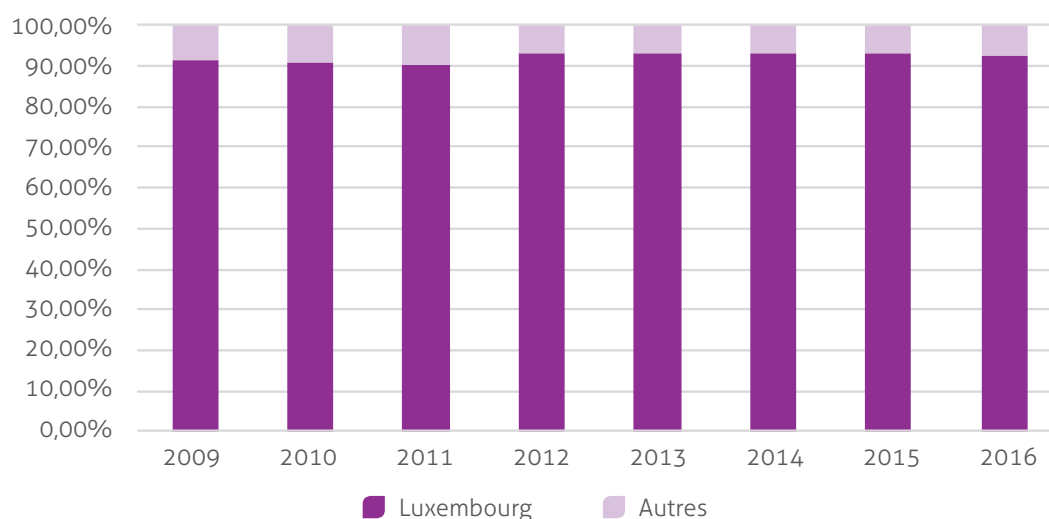
Chèques: Évolution de la distribution régionale en 2009, 2013 et 2016



Chèques : Bénéficiaires par pays de résidence

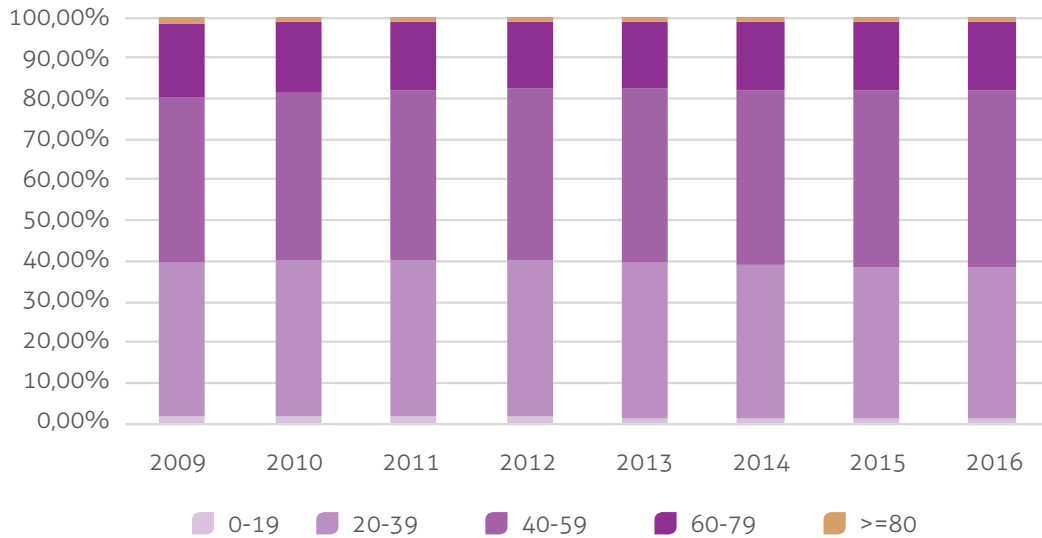


	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Autres	47,13%	47,03%	46,01%	26,17%	17,42%	12,68%	8,05%	7,31%
Belgique	17,38%	16,86%	16,77%	21,34%	22,53%	23,41%	25,01%	23,08%
Allemagne	11,24%	11,45%	11,48%	16,32%	18,62%	17,95%	18,55%	19,04%
France	24,26%	24,66%	25,74%	36,17%	41,44%	45,96%	48,39%	50,57%



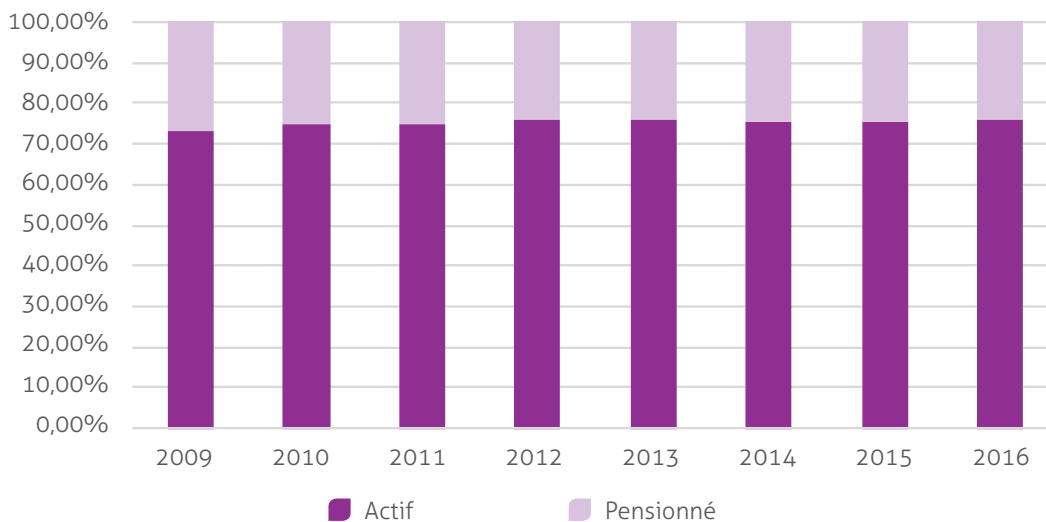
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Luxembourg	91,50%	90,65%	90,29%	92,86%	92,91%	92,94%	92,90%	92,32%
Autres	8,50%	9,35%	9,71%	7,14%	7,09%	7,06%	7,10%	7,68%

Chèques: Bénéficiaires par tranche d'âge



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
0-19	1,99%	1,70%	1,72%	1,55%	1,43%	1,34%	1,32%	1,36%
20-39	37,58%	38,56%	38,24%	38,68%	38,13%	37,71%	37,35%	37,00%
40-59	40,57%	41,33%	41,75%	42,12%	42,79%	42,93%	43,22%	43,54%
60-79	18,44%	17,12%	16,97%	16,41%	16,37%	16,71%	16,82%	16,75%
>=80	1,42%	1,29%	1,32%	1,24%	1,28%	1,30%	1,28%	1,36%

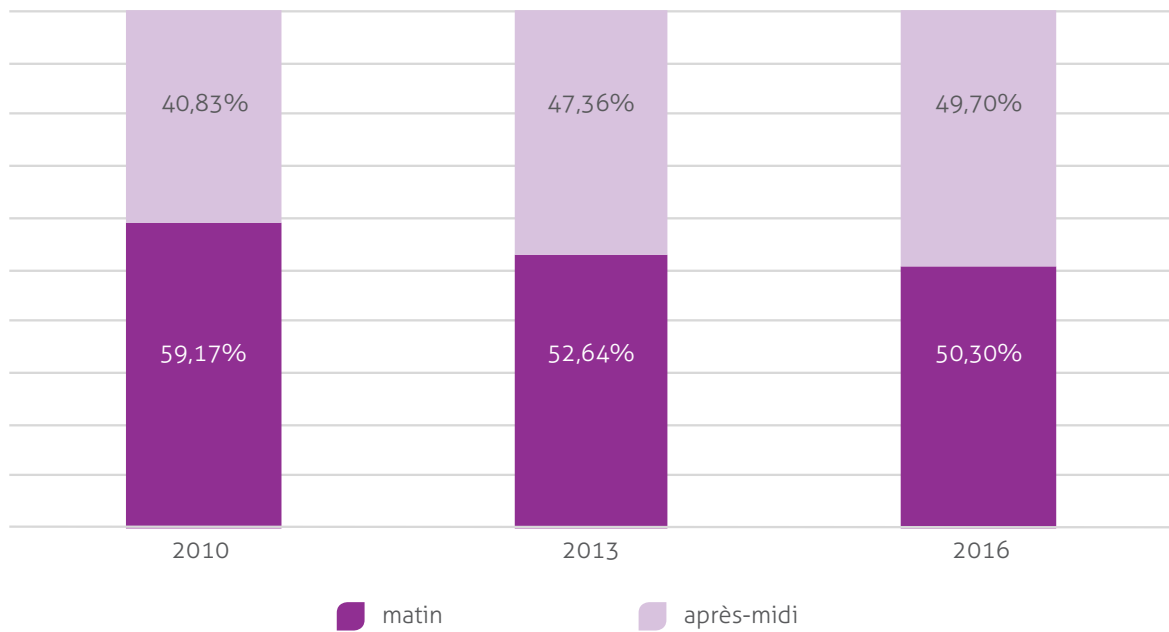
Chèques: Bénéficiaires par catégorie



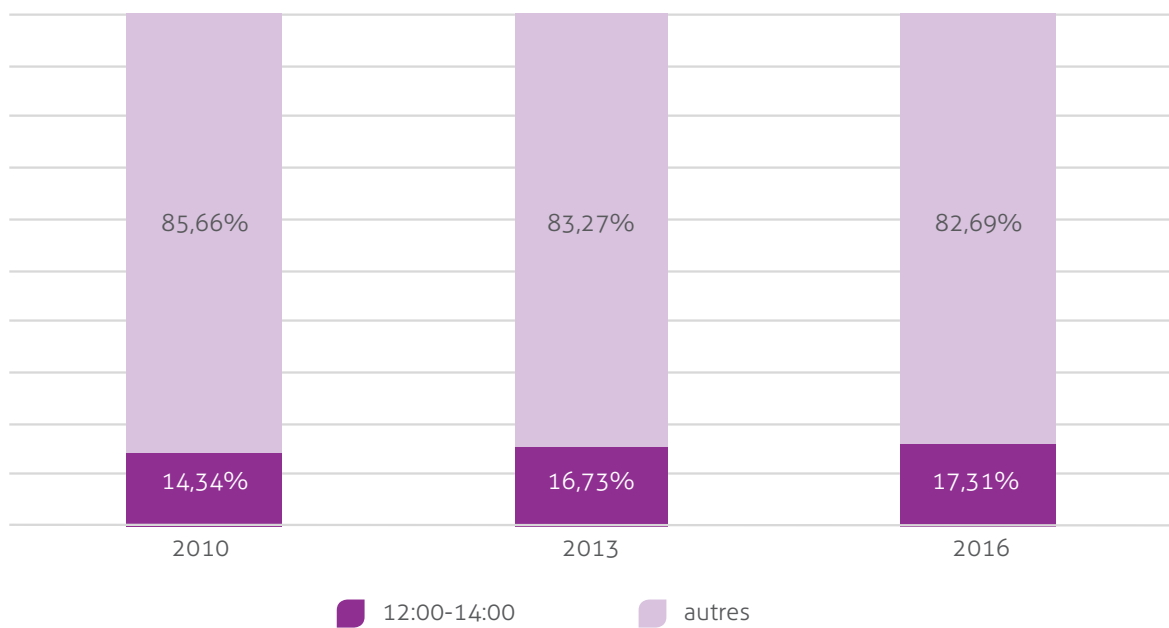
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Actif	72,95%	74,83%	75,12%	75,98%	76,14%	75,56%	75,56%	75,97%
Pensionné	27,05%	25,17%	24,88%	24,02%	23,86%	24,44%	24,44%	24,03%



Chèques : Répartition matin vs. après-midi (toutes agences)



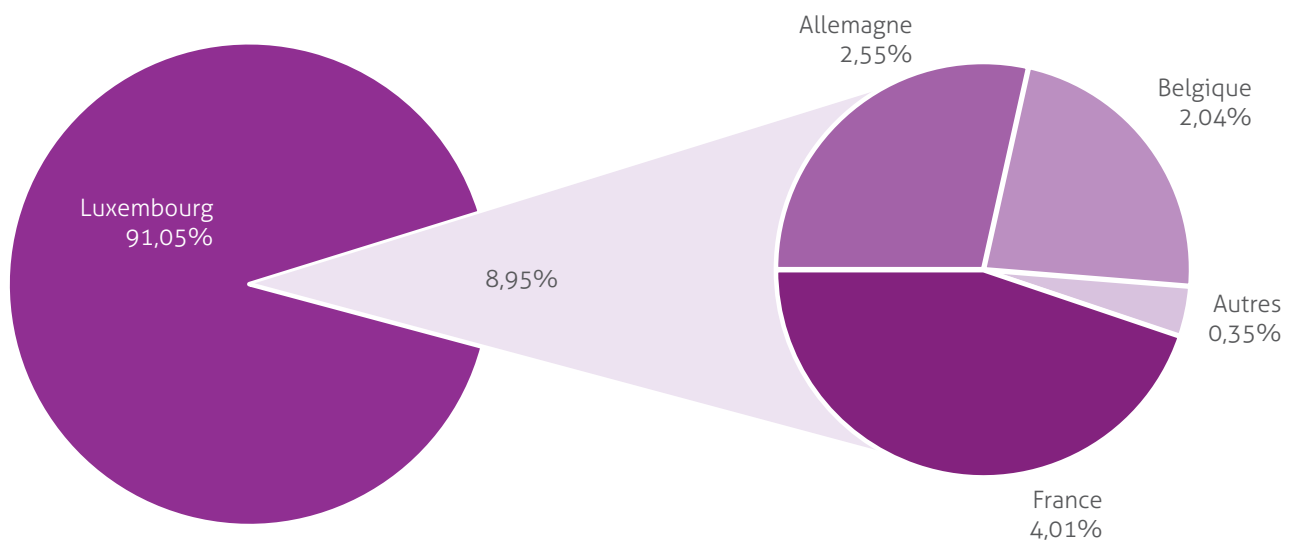
Chèques : Répartition 12-14 heures vs. autres plages (Hollerich)



Virements : Distribution régionale 2010, 2013 et 2016



Virements : Bénéficiaires 2016 par pays de résidence



Les annexes



CNS
d'Gesondheidskeess

INFORMASIE



E. Les annexes

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

Décompte des dépenses

	Année	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
		2016	2015	2016 / 2015
Nombre indice		775,17	775,17	0,0%
60 FRAIS D'ADMINISTRATION		82.908.185,02	78.309.027,63	5,9%
Frais de personnel		48.859.896,07	48.485.688,29	0,8%
Frais d'exploitation		3.576.756,52	3.347.783,54	6,8%
Frais de fonctionnement		7.335.906,43	6.983.052,11	5,1%
Frais généraux		54.926,98	67.005,66	-18,0%
Frais d'acquisitions		141.977,12	93.418,81	52,0%
Participation aux frais d'adm. d'autres ISS		8.056.145,09	5.396.122,38	49,3%
Frais communs		14.882.576,81	13.935.956,84	6,8%
61 PRESTATIONS EN ESPÈCES		255.386.930,55	260.733.541,34	-2,1%
ASSURANCE MALADIE		127.096.722,57	131.462.984,87	-3,3%
ASSURANCE MATERNITÉ		128.290.207,98	129.270.556,47	-0,8%
62 PRESTATIONS EN NATURE		2.092.528.984,16	2.099.786.444,62	-0,3%
PRESTATIONS ASSURANCE MALADIE		2.084.339.631,54	2.090.648.229,37	-0,3%
Prestations de soins de santé au Luxembourg		1.715.319.859,54	1.643.291.191,31	4,4%
Soins médicaux		357.860.415,84	344.627.509,09	3,8%
Soins médico-dent., prothèses, trait. ortho.		75.548.140,77	74.335.459,22	1,6%
Frais de voyage et de transport		9.438.773,42	9.194.722,81	2,7%
Médicaments (extra-hospitalier)		210.947.626,40	196.135.374,72	7,6%
Soins des autres professions de santé		121.408.770,92	111.045.174,09	9,3%
Dispositifs médicaux		44.464.122,14	42.516.689,35	4,6%
Analyses de laboratoires extra-hospitalier		67.829.856,40	69.687.868,77	-2,7%
Cures thérapeutiques et de convalescence		10.611.392,20	10.032.367,22	5,8%
Réadaptation en foyers de psychiatrie		5.957.312,09	5.475.823,54	8,8%
Soins hospitaliers		805.007.734,46	773.830.878,75	4,0%
Médecine préventive		5.433.201,34	5.600.654,15	-3,0%
Prestations diverses		812.513,56	808.669,60	0,5%

Décompte des dépenses

	Compte annuel		Variation en %	
	Année	2016	2015	2016 / 2015
	Nombre indice	775,17	775,17	0,0%
Prestations de soins de santé à l'étranger		369.019.772,00	447.357.038,06	-17,5%
Conventions internationales		358.030.330,23	437.062.080,10	-18,1%
Autres prest. transférées à l'étranger		10.989.441,77	10.294.957,96	6,7%
INDEMNITÉS FUNÉRAIRES		3.470.879,56	3.660.756,19	-5,2%
PRESTATIONS DE MATERNITÉ		4.718.473,06	5.477.459,06	-13,9%
Prestations de maternité au Luxembourg		4.374.500,80	4.672.631,78	-6,4%
Prestations de maternité à l'étranger		343.972,26	804.827,28	-57,3%
63 TRANSFERTS DE COTISATIONS		24.126.405,47	24.988.869,91	-3,5%
Cotisations assurance maladie		6.831.650,05	7.087.572,28	-3,6%
Cotisations assurance pension		17.294.755,42	17.901.297,63	-3,4%
64 DÉCHARGES ET RESTITUTIONS COTISATIONS		2.531.682,91	1.712.077,63	47,9%
Cot. irrécouvrables et cotisation indues		2.531.682,91	1.705.111,51	48,5%
dont État		344.366,77	210.587,77	63,5%
Autres décharges		0,00	6.966,12	
65 PATRIMOINE		299.963,69	409.708,31	-26,8%
66 CHARGES FINANCIÈRES		1.341,32	0,00	p.m.
67 DOTATIONS AUX PROVIS. ET AMORT.		399.609.840,68	366.360.736,47	9,1%
Prestations à liquider		394.900.000,00	361.980.000,00	9,1%
Autres provisions		4.550.000,00	4.200.000,00	8,3%
Amortissements		159.840,68	180.736,47	-11,6%
68 QUOTE-PART ÉTAT DANS RÉCUPÉRATIONS		0,00	0,00	
69 DÉPENSES DIVERSES		811,76	3.122.814,77	p.m.
TOTAL DES DÉPENSES COURANTES		2.857.394.145,56	2.835.423.220,68	0,8%
Dotation au fonds de roulement		1.560.092,49	35.849.051,93	
Dotation de l'excédent de l'exercice		180.133.266,49	69.260.483,66	
TOTAL DES DÉPENSES		3.039.087.504,54	2.940.532.756,27	3,4%

Décompte des recettes

	Compte annuel		Variation en %	
	Année	2016	2015	
	Nombre indice	775,17	775,17	
70 COTISATIONS		1.567.895.833,64	1.512.658.257,54	3,7%
PRESTATIONS EN ESPÈCES		81.176.183,93	77.945.495,35	4,1%
Cotisations PE CNS		81.176.183,93	77.945.495,35	4,1%
dont FOA		183.825,86	187.464,57	-1,9%
SOINS DE SANTÉ		1.486.719.649,71	1.434.712.762,19	3,6%
Cotisations actifs et autres		1.214.449.434,61	1.172.223.044,13	3,6%
dont – État		352.097,72	293.885,47	19,8%
– FOA		2.060.991,39	2.102.106,77	-2,0%
Cotisations pensionnés		272.270.215,10	262.489.718,06	3,7%
71 COTISATIONS FORFAITAIRES ÉTAT		1.045.244.265,93	1.008.178.219,45	3,7%
72 PARTICIPATION DE TIERS		38.018.306,62	37.107.313,98	2,5%
FRAIS D'ADMINISTRATION		17.930.053,95	17.019.186,74	5,4%
Frais d'administration: charge État		33.831,15	43.550,22	-22,3%
Employeurs, caisses d'entreprises + organismes		17.896.222,80	16.975.636,52	5,4%
PARTICIPATION DANS PRESTATIONS (ÉTAT)		20.088.252,67	20.088.127,24	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		88.252,67	88.127,24	0,1%
73 TRANSFERTS		5.324.853,94	6.635.692,43	-19,8%
Cotisations du régime contributif		490.521,59	843.672,35	p.m.
Pensions cédées		4.834.332,35	5.792.020,08	-16,5%
Restitution de cotisations		0,00	0,00	
Remboursement congé pour mandat		0,00	0,00	
74 REVENUS SUR IMMOBILISATIONS		196.163,60	199.031,72	-1,4%
75 BÉNÉFICE DE RÉALISATION SUR IMMEUBLES		0,00	0,00	
76 PRODUITS DIVERS		10.604.926,10	9.699.284,18	9,3%
77 PRODUITS FINANCIERS		5.569.400,10	6.197.841,80	-10,1%
78 PRÉLÈVEMENTS AUX PROVISIONS		366.180.000,00	359.810.000,00	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%
79 RECETTES DIVERSES		53.754,61	47.115,17	14,1%
Divers		53.754,61	47.115,17	14,1%
TOTAL DES RECETTES COURANTES		3.039.087.504,54	2.940.532.756,27	3,4%
Prélèvement au fonds de roulement		0,00	0,00	
Prélèvement découvert de l'exercice		0,00	0,00	
TOTAL DES RECETTES		3.039.087.504,54	2.940.532.756,27	3,4%

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

Décompte des dépenses

	Année	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
		2016	2015	2016 / 2015
Nombre indice		775,17	775,17	0,0%
60 FRAIS D'ADMINISTRATION		16.540.451,47	15.462.146,22	7,0%
61 PRESTATIONS EN ESPÈCES		5.144.217,22	5.388.519,85	-4,5%
Allocation spéciale pour pers. grav. handicapées		5.144.217,22	5.380.421,05	-4,4%
Allocations de soins			8.098,80	p.m.
62 PRESTATIONS EN NATURE		570.440.592,86	567.336.123,39	0,5%
Prestations au Luxembourg		562.030.686,88	557.788.101,61	0,8%
- Prestations à domicile		223.028.473,19	227.343.732,06	-1,9%
Aides et soins		147.950.102,26	151.330.206,29	-2,2%
Réseau aides et soins (RAS)		126.996.780,39	130.780.412,43	-2,9%
Centre semi-stationnaire (CSS)		20.953.321,87	20.549.793,86	2,0%
Prestations en espèces subsidiaires		54.466.422,85	57.108.358,49	-4,6%
Forfaits pour produits d'aides et de soins		3.888.996,00	3.842.598,00	1,2%
Appareils		12.424.243,83	11.973.565,88	3,8%
Location.		5.911.529,32	5.494.142,05	7,6%
Acquisition		6.512.714,51	6.479.423,83	0,5%
Adaptation logement		2.684.098,25	3.089.003,40	-13,1%
Mécanisme de compensation aux RAS		1.324.613,00		p.m.
Mécanisme de compensation aux CSS		289.997,00		p.m.
- Prestations en milieu stationnaire		339.002.213,69	330.444.369,55	2,6%
Aides et soins		339.002.213,69	330.444.369,55	2,6%
Établissement à séjour continu (ESC)		292.982.855,93	290.253.222,11	0,9%
Étab. à séjour intermittent (ESI)		39.228.104,76	40.191.147,44	-2,4%
Mécanisme de compensation aux ESC		6.054.656,00		p.m.
Mécanisme de compensation aux ESI		736.597,00		p.m.
Prestations étrangères		8.409.905,98	9.548.021,78	-11,9%
Prestations en espèces transférées à l'étranger		4.167.894,13	3.692.598,21	12,9%
Conventions internationales		4.242.011,85	5.855.423,57	-27,6%
- Frontaliers		1.815.697,40	1.835.847,14	-1,1%
- Séjour temporaire				
- Traitement E112/S2			4.127,00	p.m.
- Pensionnés		2.330.046,53	3.859.910,48	-39,6%
- Renonciation frais effectifs		96.267,92	155.538,95	p.m.
- Renonciation MF				
- Excédent des dépenses: inscriptions pens.				p.m.

Décompte des dépenses

	Année	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
		2016	2015	2016 / 2015
		Nombre indice	775,17	775,17
63 TRANSFERTS DE COTISATIONS		6.909.275,60	6.126.594,30	12,8%
Cotisations assurance pension (art. 355)		6.909.275,60	6.126.594,30	
64 DÉCHARGES ET EXTOURNES		399.196,30	91.539,21	336,1%
Décharges		102.672,29	74.629,57	
Extournes		296.524,01	16.909,64	
66 CHARGES FINANCIERES		405,90		p.m.
67 DOTATION AUX PROV. ET AMORT.		32.180.000,00	73.200.000,00	-56,0%
Prestations à liquider		29.530.000,00	73.200.000,00	
Prestations à liquider Mécanisme de compensation		2.650.000,00		
69 DÉPENSES DIVERSES		54,65	6.207,44	p.m.
TOTAL DES DÉPENSES COURANTES		631.614.194,00	667.611.130,41	-5,4%
Dotation au fonds de roulement		0,00	128.154,54	
Dotation de l'excédent de l'exercice		50.253.058,23	11.833.996,22	
TOTAL DES DÉPENSES		681.867.252,23	679.573.281,17	0,3%

Décompte des recettes

	Année	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
		2016	2015	2016 / 2015
		Nombre indice	775,17	775,17
70 COTISATIONS		373.582.283,00	355.941.250,11	5,0%
Cotisations actifs et autres		301.196.063,30	287.234.209,69	4,9%
Cotisations pensionnés		51.810.413,45	49.825.252,74	4,0%
Cotisations sur patrimoine - art. 378		20.575.806,25	18.881.787,68	9,0%
72 PARTICIPATION DE TIERS		230.780.698,62	233.206.978,22	-1,0%
Contribution forfaitaire État - AD (art. 375, sub 1)		217.709.220,42	231.335.713,98	-5,9%
Contribution de l'État: Méc. de comp. mt. Liquidé		8.405.863,00		
Contribution de l'État: Méc. de comp. mt. Prov.		2.650.000,00		
Redevance AD du sect. de l'énergie (art. 375 sub 2)		1.869.003,86	1.696.487,53	10,2%
Organismes		85.145,25	84.885,96	0,3%
Participation État Outre-mer		61.466,09	89.890,75	-31,6%

Décompte des recettes

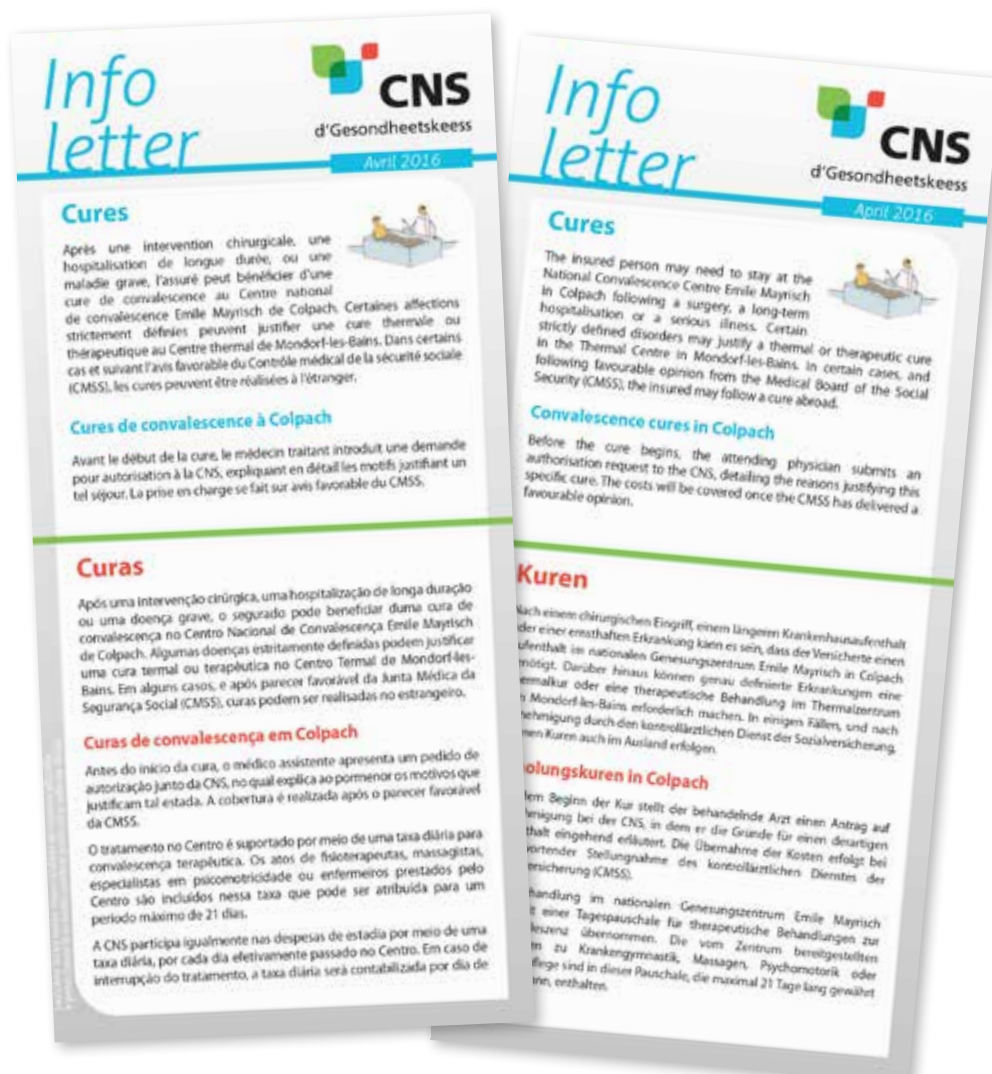
	Compte annuel		Variation en %	
	Année	2016	2015	
	Nombre indice	2016	2015	
		775,17	775,17	0,0%
76 PRODUITS DIVERS		594.179,39	591.817,93	0,4%
77 PRODUITS FINANCIERS		57.143,82	139.958,20	-59,2%
78 PRÉLÈVEMENTS AUX PROVISIONS		73.200.000,00	89.400.000,00	-18,1%
79 RECETTES DIVERSES		567.667,46	293.276,71	p.m.
TOTAL DES RECETTES COURANTES		678.781.972,29	679.573.281,17	-0,1%
Prélèvement au fonds de roulement		3.085.279,94	0,00	
Prélèvement découvert de l'exercice		0,00	0,00	
TOTAL DES RECETTES		681.867.252,23	679.573.281,17	0,3%

III. Modifications statutaires entrées en vigueur en 2016

Entrée en vigueur	Arrêté ministériel	Comité directeur	Mémorial	Modifications
01.01.2016	14.12.2015	14.10.2015	A-235 du 16.12.2015 pages 5180-5182	Annexe A, fichier B5 Annexe A, fichier B5, article 1 ^{er} Annexe D, liste 8
01.01.2016	18.12.2015	09.12.2015	A-248 du 24.12.2015 pages 6146-6147	Annexe K
01.01.2016	21.12.2015	11.11.2015	A-260 du 29.12.2015 pages 6262-6266	Nouvel article 35bis chapitre 5 du Titre II de la Pre- mière partie (Cures de convales- cence et cures thérapeutiques) Article 173 (abrogé) Articles 35, 174, 175, 177, 187 Annexe C, point 1 abrogé Annexe C, nouveau point 17
01.02.2016	21.12.2015	11.11.2015	A-260 du 29.12.2015 pages 6262-6266	Annexe A, fichier B1
01.04.2016	25.02.2016	13.01.2016	A-33 du 11.03.2016 pages 770-793	Article 152 Annexe B Annexe D, fichiers B1, B3, B5 et B7
01.04.2016	10.03.2016	17.02.2016	A-35 du 16.03.2016 pages 800-803	Annexe D, liste 2
01.05.2016	10.03.2016	17.02.2016	A-35 du 16.03.2016 pages 800-803	Annexe D, fichiers B1 et B4
01.06.2016	25.04.2016	16.03.2016	A-72 du 28.04.2016 pages 1130-1133	Annexe A, fichiers B4 et B7 Annexe D, listes 8 et 9 Annexe A, fichier B7, article 2
01.07.2016	29.04.2016	13.04.2016	A-83 du 09.05.2016 pages 1365-1368	Annexe A, fichier B5 Annexe D, listes 5, 6 et 9
01.08.2016	09.06.2016	11.05.2016	A-105 du 24.06.2016 pages 1898-1918	Annexe A, fichiers B1 et B4 Annexe D, liste 6
			A-120 du 07.07.2016 page 2175	rectificatif du Mémorial A n°105 (concernant le chapitre 13 au titre II des statuts)

01.08.2016	26.07.2016	13.07.2016	A-148 du 01.08.2016 pages 2534-2541	Annexe A, fichier B1 Annexe D, listes 2 et 8 Annexe A, fichier B1, article 2
01.09.2016	28.06.2016	15.06.2016	A-116 du 05.07.2016 pages 2154-2155	Annexe A, fichier B1
01.10.2016	28.06.2016	15.06.2016	A-116 du 05.07.2016 pages 2154-2155	Annexe A, fichier B1
01.10.2016	26.07.2016	13.07.2016	A-148 du 01.08.2016 pages 2534-2541	Annexe A, fichier B1
01.10.2016	30.08.2016	27.07.2016	A-183 du 06.09.2016 pages 3040-3045	Annexe D, liste 8
01.11.2016	05.10.2016	14.09.2016	A-211 du 17.10.2016 pages 3982-3991	Annexe A, fichiers B1, B4 et B5 Article 76, alinéa 2 Annexe D, liste 1
01.12.2016	08.11.2016	12.10.2016	A-227 du 11.11.2016 pages 4236-4238	Annexe A, fichier B4 Annexe A, fichier B1, article 2

IV. Les dépliants de la CNS



Info letter

The primary care

The primary care doctor, introduced in the healthcare system reform, has a new phase.

What is a primary care doctor, and how can he be a primary care doctor?

1. Why have a primary care doctor?

The primary care doctor coordinates the patient and plays a central role. He knows the patient and orients him towards the specialist.

The primary care doctor is the patient's first point of contact. The patient consults him first for a chronic illness or who needs the intervention of several specialists, who each provide different services.

Le médecin référent

Le médecin référent, introduit en 2011 par la réforme des soins de santé, est entré récemment dans une nouvelle phase.

Quel est ce médecin référent, qui peut en choisir un, quel médecin peut être médecin référent et comment le système fonctionne-t-il?

1. Pourquoi un médecin référent?

Le médecin référent coordonne l'ensemble des soins reçus par son patient, il joue ainsi un rôle central dans le suivi de son état de santé. Il connaît l'état de santé du patient et peut l'orienter au mieux dans le monde médical qui l'entoure.

Le médecin référent est le médecin le plus accessible pour le patient. C'est celui que le patient consulte prioritairement. Il joue un rôle important pour le patient qui est atteint d'une maladie grave ou chronique ou qui souffre de problèmes de santé complexes. En effet, l'intervention de plusieurs médecins

Info letter

Der Referenzarzt

Der 2011 mit der Reform des Referenzarzt ist kürzlich in eine neue Phase eingetreten.

Wer ist dieser Referenzarzt, wie kann man einen Referenzarzt wählen und wie funktioniert das System eigentlich?

1. Warum einen Referenzarzt?

Der Referenzarzt koordiniert die Versorgung des Patienten und spielt eine zentrale Rolle. Er kennt den Gesundheitszustand des Patienten und kann ihn in die richtige medizinische Umgebung weiterleiten.

Der Referenzarzt ist der erste Ansprechpartner für den Patienten bei einer chronischen Erkrankung oder bei der Notwendigkeit der Intervention mehrerer Spezialisten, die jeweils unterschiedliche Leistungen erbringen.

O médico de referência

O médico de referência, introduzido em 2011 no âmbito da reforma dos cuidados de saúde, entrou recentemente numa nova fase.

O que é o médico de referência? Quem pode escolher um? Que médico pode ser um médico de referência? Como funciona o sistema?

1. Porquê um médico de referência?

O médico de referência coordena todos os cuidados de saúde do seu paciente, assim desempenha um papel central no acompanhamento do seu estado de saúde. Ele conhece o estado de saúde do paciente e pode orientá-lo melhor no mundo médico.

O médico de referência é o médico mais acessível para o paciente. É aquele a quem o paciente consulta primeiro. Ele desempenha um papel importante para o paciente que tem uma doença grave ou crónica ou que sofre de problemas de saúde complexos. Na realidade, a intervenção de vários médicos

Info letter

Kinésithérapie

Les séances de kinésithérapie sont prises en charge par la CNS aux taux et tarifs préférentiels, à condition qu'elles soient autorisées par le médecin traitant.

Quelles sont les conditions de soins de kinésithérapie pour l'assurance maladie?

1. Ordonnance médicale: Contenu

Une ordonnance médicale est obligatoire pour consulter un kinésithérapeute et bénéficier du traitement. La prescription doit être écrite en français et mentionner le diagnostic, le type de traitement et le nombre de séances.

Info letter

Fisioterapia

As sessões de fisioterapia são pagas pelo paciente, desde que a prescrição médica tenha sido autorizada pelo seu médico de referência.

Quais são as condições para a cobertura de fisioterapia pelo SNS?

1. Prescrição médica: Teor e conteúdo

É obrigatória uma prescrição médica para consultar um fisioterapeuta e beneficiar do tratamento. O tratamento é prescrito pelo médico de referência.

As prescrições estrangeiras são obrigatórias de acordo com o país de origem e devem ser redigidas em português. Prescrições em outras línguas devem ser tratadas pelos serviços de interpretação.

O número de sessões cobertas pelo SNS depende da patologia com a qual o paciente é tratado.

Info letter

Physiotherapy

Physiotherapy sessions are covered by the CNS at the defined rates and tariffs, as long as they are authorised. The insured person is free to choose their physiotherapist.

What are the eligibility criteria for physiotherapy treatment covered by the health insurance?

1. Medical prescription: content and number of sessions

A medical prescription is mandatory if the insured person wishes to see a physiotherapist and apply for insurance cover for the treatment. To ask for a treatment, a standardised prescription must be issued.

Foreign prescriptions must contain the same indications as the standardised prescription and must be written in French.

Info letter

Krankengymnastik

Die Krankengymnastik wird, sofern sie bewilligt wurde, von der CNS zu den vorgesehenen Sätzen und Tarifen übernommen. Der Versicherte kann seinen Physiotherapeuten frei wählen.

Unter welchen Bedingungen wird Krankengymnastik von der Krankenversicherung übernommen?

1. Ärztliche Verschreibung: Inhalt und Zahl der Sitzungen

Wenn der Versicherte einen Physiotherapeuten konsultieren will und möchte, dass die Behandlungskosten übernommen werden, benötigt er eine standardisierte ärztliche Verschreibung.

Ausländische Verschreibungen müssen die gleichen Informationen wie die standardisierte Verschreibung enthalten und müssen in Französisch, Deutsch oder Englisch formuliert sein. Verschreibungen in einer anderen Sprache werden zurückgesandt, da sie nicht von der CNS bearbeitet werden können.

Die Anzahl der Sitzungen pro Verschreibung hängt davon ab, ob es sich um eine gewöhnliche Pathologie (max. 8), eine schwere Pathologie (max. 64) oder eine postchirurgische Rehabilitation handelt (max. 32).



V. Les communiqués de presse de 2016

N°	Date	Sujet
1	21.03.2016	Article 94 de la convention collective CNS/AMMD
2	14.07.2016	Comptes annuels et bilan de clôture de l'année 2015 de l'assurance maladie-maternité
3	27.07.2016	Comptes annuels et bilan de clôture de l'année 2015 de l'assurance dépendance
4	01.08.2016	La CNS présente son rapport annuel 2015
5	09.11.2016	Vote du budget annuel 2017 de l'assurance maladie-maternité
6	14.12.2016	Vote du budget annuel 2017 de l'assurance dépendance
7	16.12.2016	Les changements en matière d'assurance maladie-maternité à partir du 01.01.2017
8	28.12.2016	Nouvelle cote d'application de l'échelle mobile des salaires de 794,54 points

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



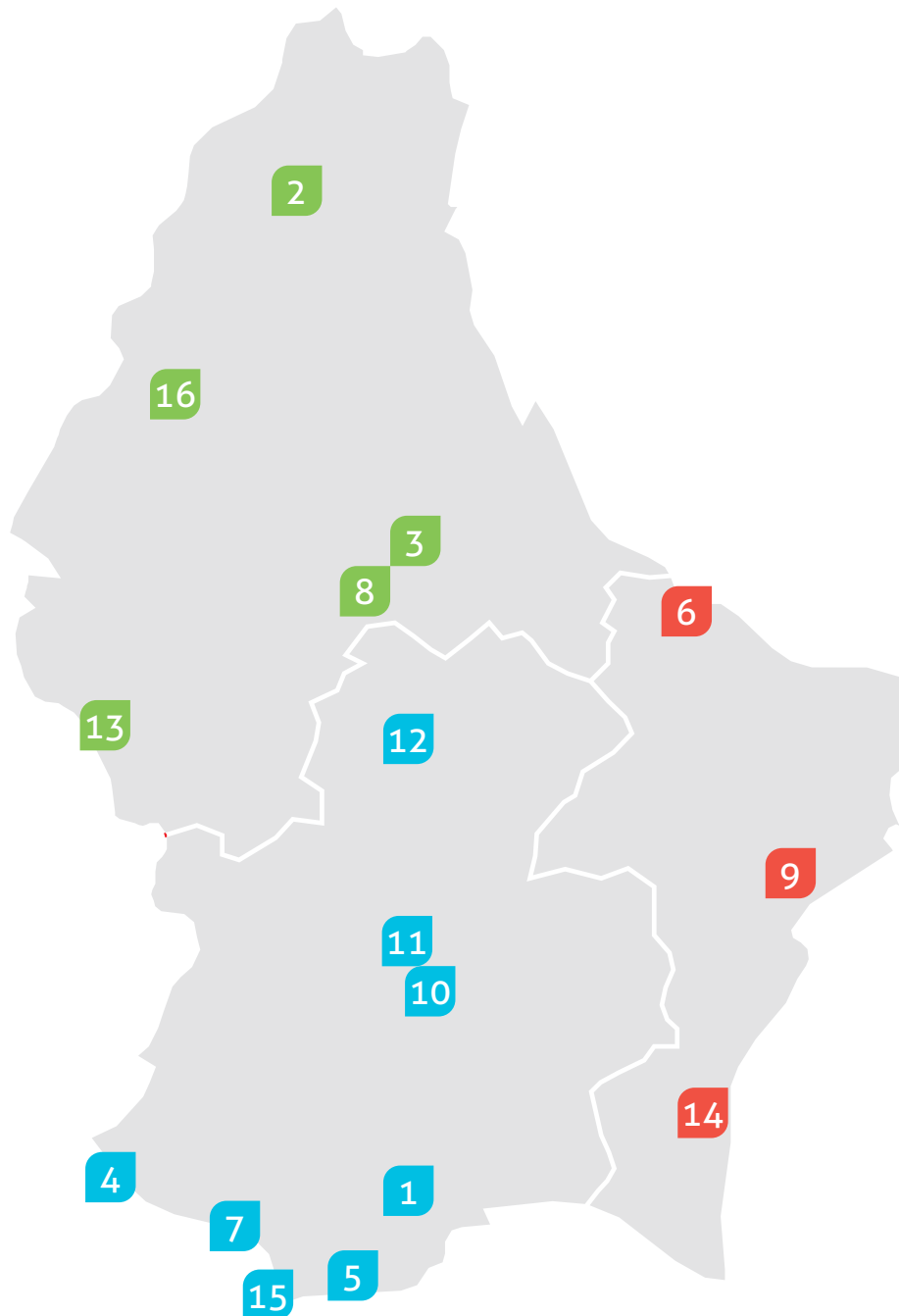
CSSS	Conseil supérieur de la sécurité sociale
CTIE	Centre des technologies de l'information de l'État
CTMSP	Classification par Type en Milieux de Soins Prolongés (système canadien)
DSP	Dossier de soins partagé
EEE	Espace économique européen
EFQM	Modèle d'excellence de la Fondation européenne pour la 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

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





WWW.CNS.LU