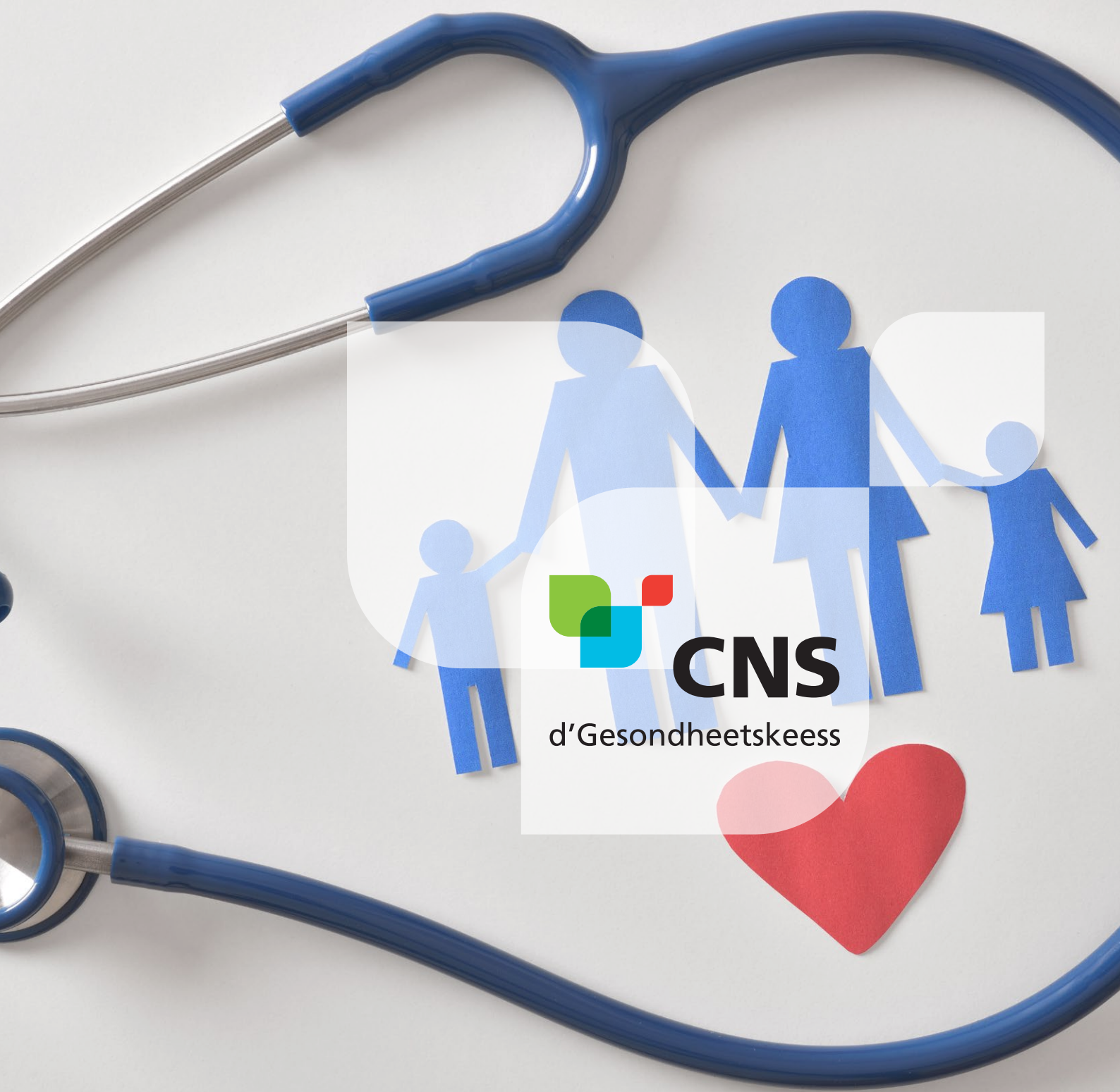
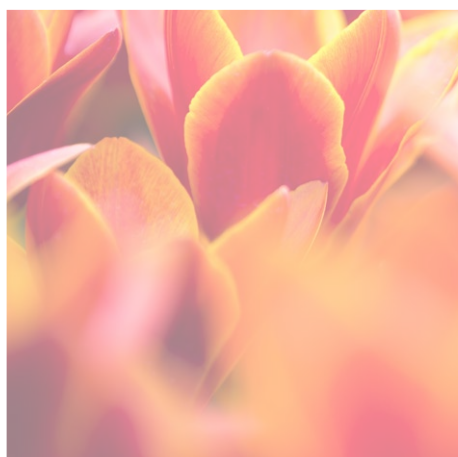




RAPPORT
ANNUEL | 2017

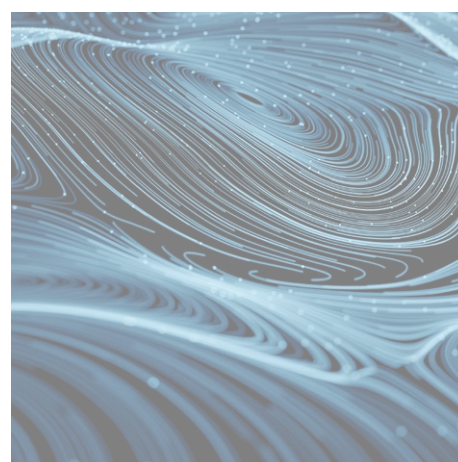


Sommaire

Le mot du président	6
Quelques chiffres pour l'année 2017	8

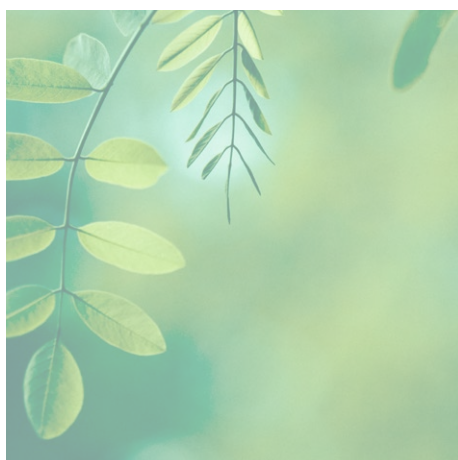
A. La CNS et son fonctionnement 12

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 01.03.2018	21
VI. Les ressources humaines	22



B. Les activités de la CNS 30

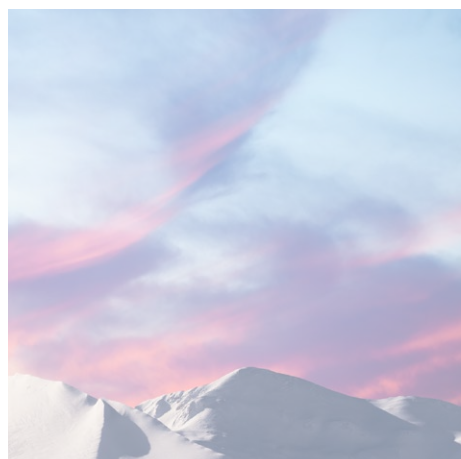
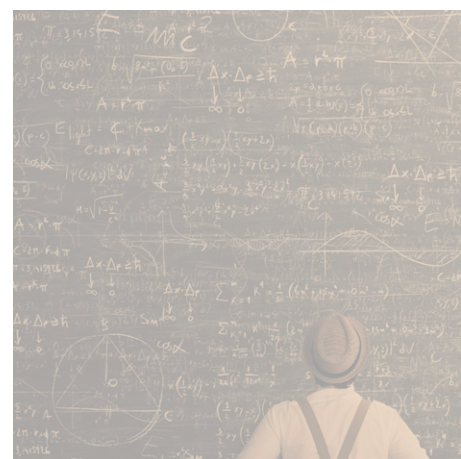
I. Les éléments marquants de 2017	30
II. La planification stratégique - la gestion par objectifs	52
III. Le travail quotidien de la CNS	58
1. Les indemnités pécuniaires de maladie et de maternité	58
2. Le remboursement des soins de santé	65
3. Le paiement complémentaire	73
4. Les agences	73
5. La coassurance et la signalétique	74
6. Les autorisations nationales	75
7. Les soins de kinésithérapie, de psychomotricité et d'orthophonie	77
8. Les enquêtes et contrôles administratifs	78
9. Les formulaires et décomptes internationaux	78
10. Le transfert à l'étranger	81
11. L'enregistrement des médecins et autres professionnels de santé	81
12. Les médicaments et dispositifs médicaux	84
13. L'assurance dépendance	87
14. Les établissements hospitaliers	89
15. Le contentieux et les affaires juridiques	95
16. La coordination juridique	98
17. Le courrier	101
18. La communication	102
19. Le support administratif	105
20. Les ressources humaines	106
21. La maîtrise d'ouvrage et le support informatique	106
22. La comptabilité et les finances	108



C. Les finances et chiffres-clés de la CNS

118

I. L'assurance maladie-maternité	118
II. L'assurance dépendance	130
III. Analyse de l'évolution des dépenses pour soins de santé et prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité entre 2011 et 2017	136



D. Les statistiques par thème

168

I. Les médecins	168
II. Les médecins-dentistes	170
III. Les laboratoires	172
IV. Les infirmiers	174
V. Les kinésithérapeutes	176
VI. Les médicaments	178

E. Les annexes

182

I. Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance maladie-maternité	182
II. Décomptes des dépenses et des recettes de l'assurance dépendance	185
III. Modifications statutaires entrées en vigueur en 2017	187
IV. Les dépliants de la CNS	188
V. Les communiqués de presse de 2017	190
Glossaire	190



Le mot
du président

Chères lectrices, chers lecteurs,

Le rapport d'activité de l'année 2017 donne une vue complémentaire sur le fonctionnement, les activités et les défis de la Caisse nationale de santé par rapport aux documents officiels que sont les budgets et les décomptes des assurances maladie-maternité et dépendance. Il est d'autant plus intéressant de compléter cette vue axée sur les prestations et leur coût financier par des éléments d'analyse ou d'ordre juridique qu'actuellement la situation financière saine de ces deux branches de la sécurité sociale permet de prendre un certain recul.

L'année 2017 fut d'abord caractérisée par des projets et initiatives d'ordre politique, mais impactant directement la CNS. En premier lieu il faut citer la réforme de l'assurance dépendance qui est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018. Axée sur une révision de certains types de prestations tels que l'introduction de la forfaitisation des actes essentiels de la vie, l'adaptation des tâches domestiques et des courses et des sorties, etc..., elle se veut toutefois de maintenir globalement le niveau de prise en charge des personnes dépendantes et le financement des prestataires actifs dans ce domaine.

Une importance particulière revient certainement au secteur hospitalier, avec tout d'abord la loi sur les établissements hospitaliers et la planification hospitalière, finalement entrée en vigueur au 1^{er} avril 2018. La budgétisation y prévue du centre de diagnostic d'anatomopathologie et de génétique humaine et du Centre de Convalescence de Colpach ont nécessité, ensemble avec la considération de l'impact financier des nouvelles conventions collectives de travail, une adaptation de l'enveloppe budgétaire globale.

Dans le cadre des discussions au sujet du désengorgement des urgences ou de la question des IRM, la CNS a insisté sur la réalisation d'analyses servant à objectiver les débats et à ne pas recourir simplement à des solutions de facilité motivées par la bonne situation financière de l'assurance maladie-maternité.

Il faut également évoquer les initiatives convenues entre le Ministre de la sécurité sociale et les partenaires sociaux par rapport à l'adaptation de certaines prestations de l'assurance maladie-maternité ou la volonté d'adapter les dispositions statutaires par rapport au mi-temps thérapeutique ou à la limite des 52 semaines.



La CNS de son côté a mis l'accent sur les projets stratégiques majeurs que sont l'introduction de la documentation hospitalière et la refonte de la nomenclature médicale. D'autres sujets comme la psychothérapie, la nouvelle nomenclature de laboratoires, la mise en œuvre de la nouvelle chaîne des kinésithérapeutes etc... ont également été traités.

Au niveau administratif, la CNS a continué ses démarches portant sur la dématérialisation et l'informatisation de ses flux et processus de traitement.

Je profite de l'occasion pour porter un regard sur l'année 2018, qui représentera aussi la 10^{ème} année de la création de la Caisse nationale de santé, dont la loi du 13 mai 2008 portant introduction du statut unique fut la base. Cet anniversaire mériterait certainement une célébration, mais aussi une analyse en relation avec les objectifs recherchés. Pour la CNS, l'année 2018 devrait ainsi aussi porter sur une analyse de la pertinence de ses axes stratégiques arrêtés maintenant il y a 6 ans. De pair avec la constitution d'un nouveau gouvernement à l'issue des élections nationales d'octobre 2018 et des élections sociales prévues pour début 2019, l'occasion se prêtera pour fixer dans ce nouveau contexte politique et dans un nouveau cadre de gouvernance, les orientations pour l'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance tout comme pour la CNS en tant qu'administration avec ses quelques 500 collaborateurs, ses multiples processus de gestion, ses défis internes notamment au niveau informatique et en vue du déménagement vers la nouvelle Cité de la sécurité sociale prévu pour l'année 2021.

Je suis persuadé que cette administration dynamique, ancrée sur les valeurs fortes de la solidarité et de la cohésion sociale, pourra relever les défis qui se posent à elle sur tous les niveaux. Je tiens à remercier les collaborateurs de la CNS et leurs équipes dirigeantes, les membres du Comité directeur et les différents partenaires de la CNS pour leur engagement et pour la bonne collaboration.



Paul Schmit

Président du Comité directeur
de la CNS

Quelques chiffres pour l'année 2017

7.796

PATIENTS ONT BÉNÉFICIÉ D'UN
TRANSFERT À L'ÉTRANGER

en diminution de 14,5% par rapport à 2016



664.979

CERTIFICATS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

pour maladie et accident ont été saisis par la CNS,
par rapport à 669.149 en 2016

235.835

CHÈQUES ONT ÉTÉ ÉMIS EN 2017

par les agences de la CNS (226.756 en 2016)



245,34

VALEUR MOYENNE (€)
DES CHÈQUES

émis par les agences de la CNS en 2017
(240,16€ en 2016)

16

AGENCES
DE LA CNS
sont à votre service



5.000

MOYENNE DES APPELS
QUOTIDIENS
tout numéro confondu,
contre 4.500 en 2016

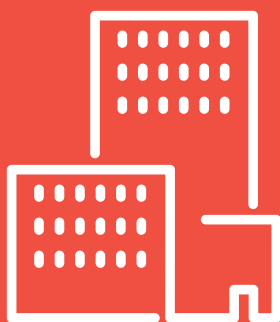


835.002

ASSURÉS AFFILIÉS À L'ASSURANCE
MALADIE-MATERNITÉ
en progression de 2,7 % par rapport à 2016

288.479

ASSURÉS NE RÉSIDENT
PAS AU LUXEMBOURG
en augmentation de 4,3 % par rapport à 2016



453,7
EFFECTIF
DE LA CNS

(par rapport à 441,5 au 31.12.2016)

38.567
FACTURES

saisies dans le cadre du tiers
payant social (TPS),
en comparaison à 33.116
factures en 2016



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 régulièrement tenue 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

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

Vous trouverez de plus amples informations au sujet de la planification stratégique sous « B.II. La planification stratégique – la gestion par objectifs » à la page 52.





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 31.12.2017

Président: Paul Schmit (représentant l'État)

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

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 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 par chèque 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 le remboursement par virement des soins délivrés au Luxembourg et à l'étranger, 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 01.03.2018

Comité directeur

Président

Bureau exécutif

Secrétariat général

Observatoire du coût de la santé

Audit interne

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 formation | 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 | Juristes

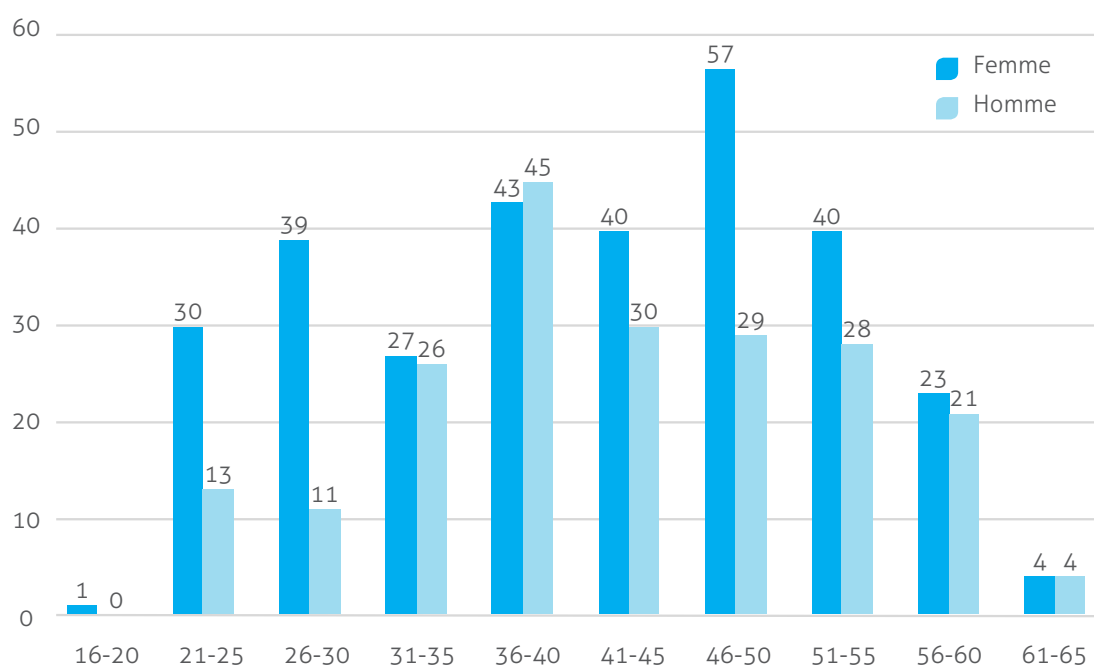
VI. Les ressources humaines

Effectif de la CNS (au 31 décembre de chaque année)

	2012			2013			2014		
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
Président	/	1	1	/	1	1	/	1	1
1 ^{er} Conseiller de direction	2	2	4	2	2	4	2	2	4
Pharmacien	/	1	1	/	1	1	/	1	1
Attaché	8	8	16	9,5	9,75	19,25	9,25	8,75	18
Chargé de gestion	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Rédacteur	79	82,25	161,25	84,25	82	166,25	80,5	85	165,5
Expéditionnaire	57,25	57,5	114,75	62	59	121	67	59,75	126,75
Agent de salle	/	1	1	/	1	1	/	1	1
Non-statutaires	74,5	39	113,5	78	32,5	110,5	67,5	33,25	100,75
Total	220,75	191,75	412,5	235,75	188,25	424	226,25	191,75	418

	2015			2016			2017		
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
Président	/	1	1	/	1	1	/	1	1
1 ^{er} Conseiller de direction	2	2	4	2	3	5	2	3	5
Pharmacien	/	1	1	1	1	2	1	0,8	1,8
Attaché	7	8,75	15,75	6,5	8	14,5	6,5	8,75	15,25
Chargé de gestion	/	/	/	/	/	/	1	/	1
Rédacteur	84	88	172	85,25	88,5	173,75	86,8	87,5	174,3
Expéditionnaire	62,25	59,75	122	65,25	57,25	122,5	59,5	50,75	110,25
Agent de salle	/	1	1	/	/	/	/	/	/
Non-statutaires	67,5	37,25	104,75	84,5	38,25	122,75	98,75	46,35	145,1
Total	222,75	198,75	421,5	244,5	197	441,5	255,55	198,15	453,7

Pyramide des âges 2017 (au 31 décembre)



Âge moyen des employés

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Âge moyen	42,80	43,40	43,50	43,40	43,10	42,70	42,00

Mouvement employés (au 31 décembre de l'année)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maternité	11	16	13	6	10	4	3
Congé parental plein-temps	9	3	7	4	5	2	9
Congé parental partiel	5	8	14	10	10	10	7
Tâche partielle 50 %	47	49	47	55	53	62	69
Tâche partielle 75 %	29	32	30	34	34	36	40
Étudiants	64	88	119	85	91	84	94

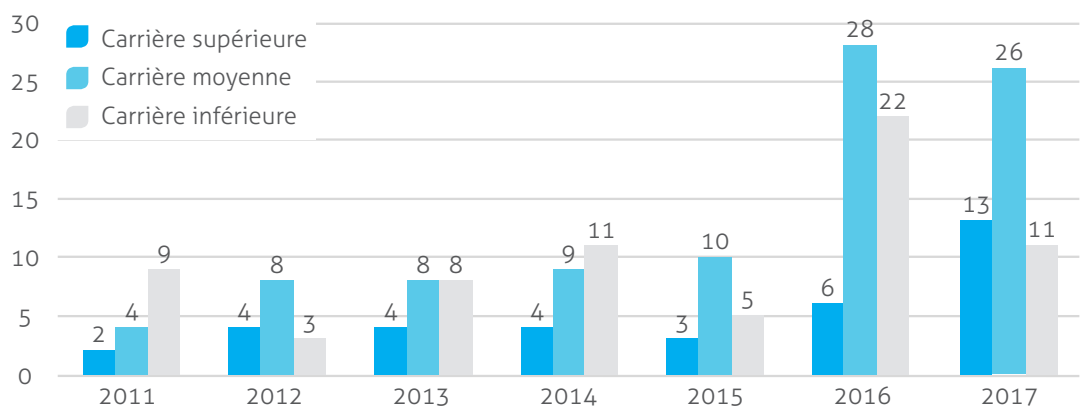
Examens

Examens de fin de stage							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de participations							
Attaché	1	1	2	4	0	0	0
Rédacteur	7	7	6	12	5	18	2
Expéditionnaire	5	8	4	7	7	12	2
Nombre de réussites							
Attaché	1	1	2	3	0	0	0
Rédacteur	5	7	4	6	4	14	2
Expéditionnaire	3	7	2	6	7	7	0
Examens de promotion							
Nombre de participations							
Rédacteur	14	3	2	2	4	4	3
Expéditionnaire	7	4	0	1	1	3	2
Nombre de réussites							
Rédacteur	8	2	2	2	3	3	3
Expéditionnaire	3	2	0	0	1	3	1
Examens de carrière							
Nombre de participations							
Examens de carrière	4	3	1	1	0	0	1
Nombre de réussites							
Examens de carrière	2	1	0	1	0	0	0
Carrière ouverte							
Nombre de participations	4	3	1	3	4	0	0
Nombre de réussites	0	1	1	1	2	0	0

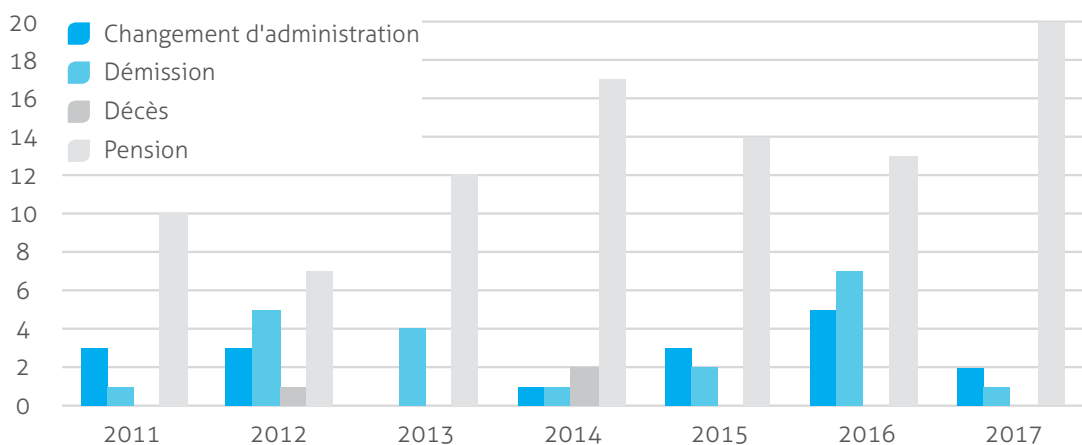
Formations

Formation spéciale 2017	
Total	117 heures
Printemps - 78 heures	44 participants
Automne - 39 heures	41 participants
Formation continue 2017	
Jours	447,3
Cours	191
Formation générale 2017	
	23 participants
Formation de début de carrière 2017	
	22 participants
Formation préparation carrière ouverte	
	1 participant

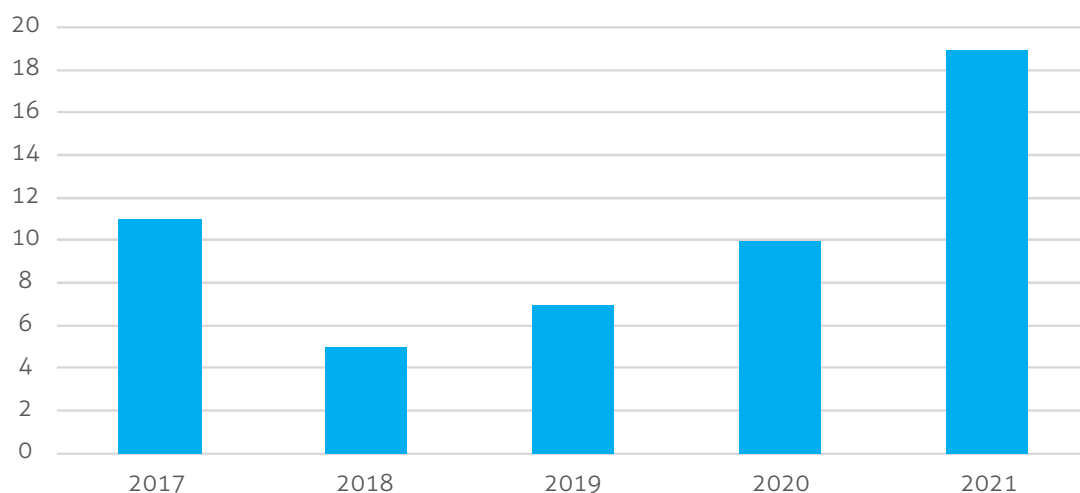
Recrutements



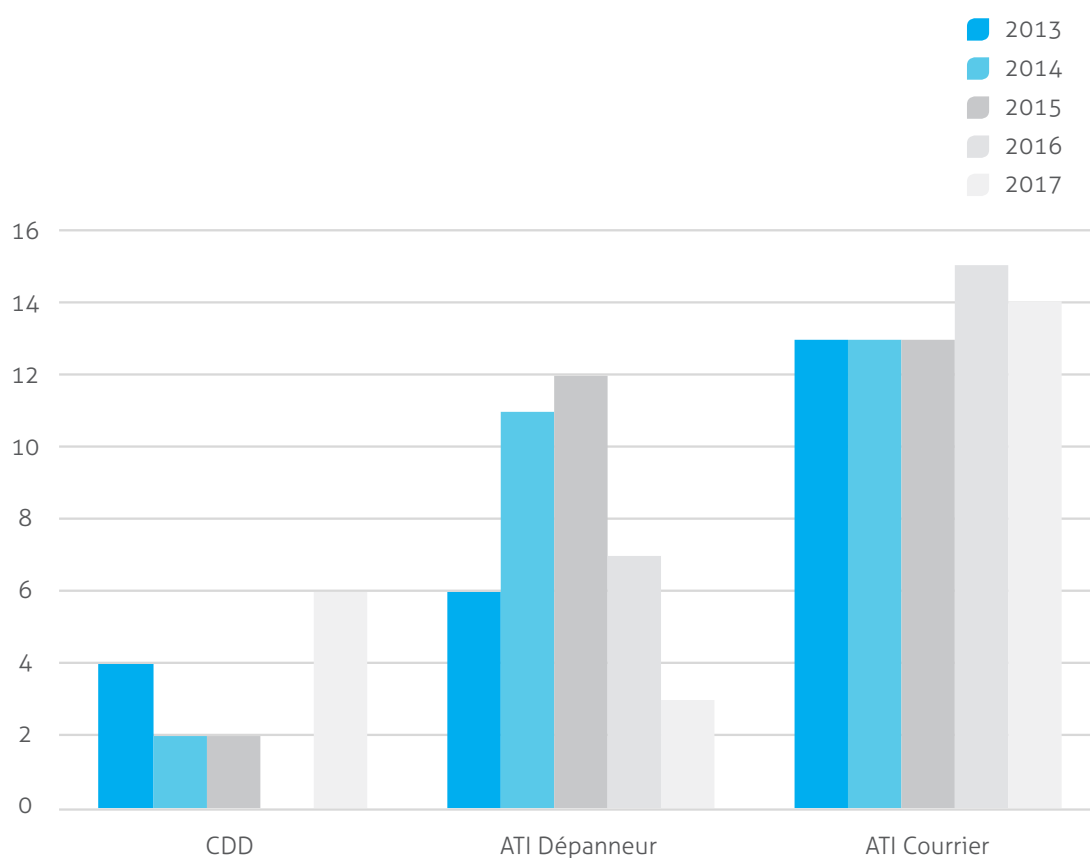
Départs



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

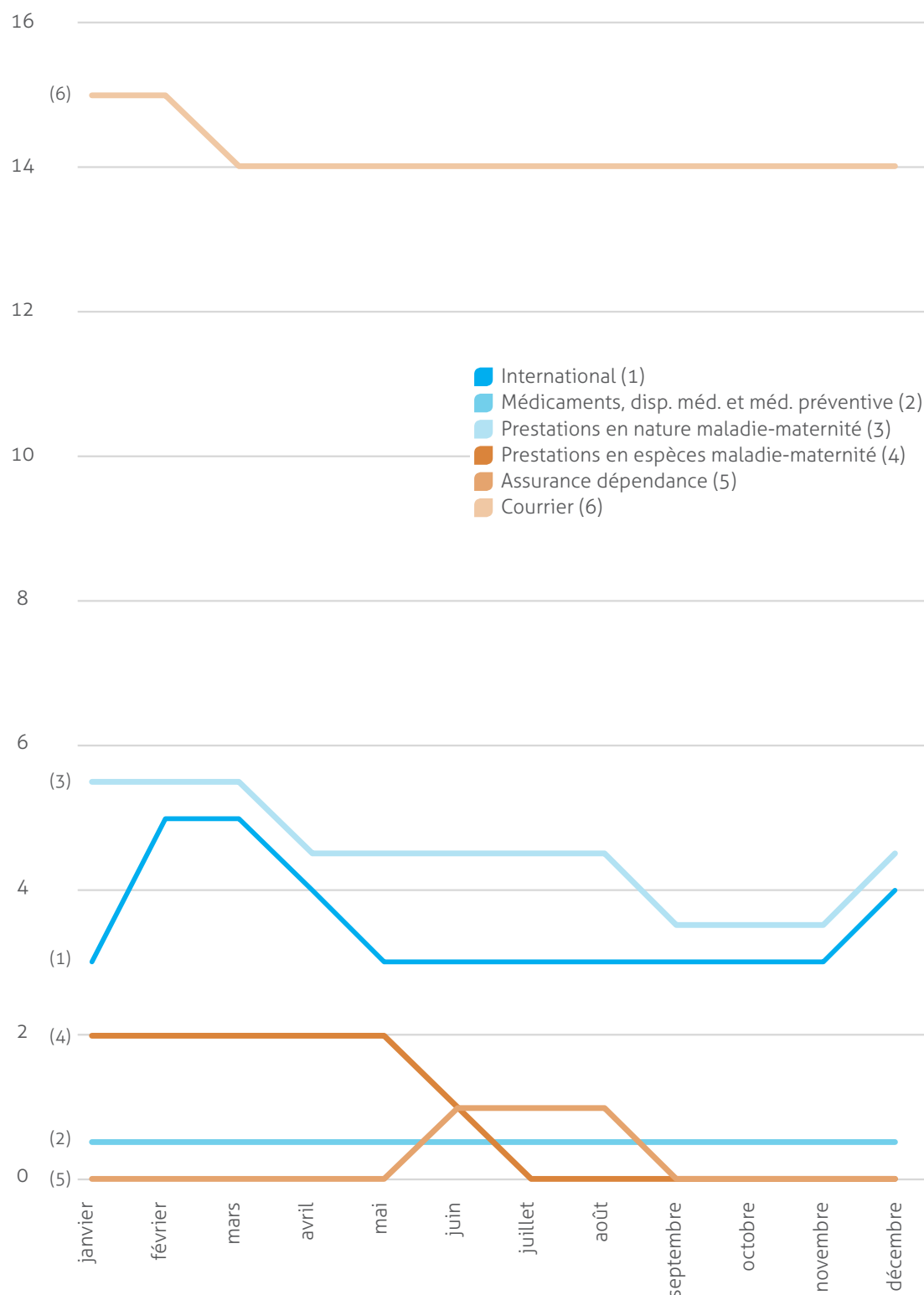


Nombre de dépanneurs (au 31 décembre)



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 2017





Les activités de la CNS

B. Les activités de la CNS

I. Les éléments marquants de 2017

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

En ce qui concerne les prestations en espèces, il y a d'abord lieu de citer que le CMSS a continué ses 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. La démarche consiste essentiellement dans la mise en place de mécanismes de contrôle afin que les salariés en situation de maladie

de longue durée puissent être vus par un médecin de contrôle de façon de plus en plus rapprochée, afin de pouvoir se prononcer aussi rapidement que possible sur leur inaptitude de travailler, voire de pouvoir les orienter si possible vers d'autres mesures de couverture sociale.

Considérant la discussion publique au sujet de la fin du droit aux indemnités pécuniaires après un total de 52 semaines de congé de maladie sur une période de référence de 104 semaines, le Ministre de la Sécurité sociale a essayé de dégager fin 2017 des pistes de solution avec les partenaires sociaux et en collaboration avec le CMSS et la CNS, se basant essentiellement sur les idées déjà discutées dans le passé au niveau du Comité directeur de la CNS. Ces propositions concernent en premier lieu une révision des dispositions en relation avec le congé thérapeutique à mi-temps, actuellement seulement sommairement décrit dans les statuts de la CNS, afin de



l'axer prioritairement sur une reprise thérapeutique partielle du travail, tout en le découplant du mécanisme de calcul de la limite des 52 semaines. Après analyse de toutes les options possibles et après concertation avec les partenaires sociaux, le Ministre de la sécurité sociale a finalement retenu de déposer en mai 2018 un projet de loi relevant la limite des 52 semaines à 78 semaines et créant une base légale pour la reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques,

Dans le cadre du groupe de travail instauré suite à l'entrée en vigueur de la loi du 7 août 2015 et 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. Néanmoins, il est pour diverses raisons difficile 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. Les travaux et discussions correspondantes ont été reportés sur l'année 2018, notamment en raison de la priorité donnée aux dossiers du mi-temps thérapeutique et de la limite des 52 semaines. Certains éléments de ce travail ont été intégrés au niveau des statuts de la CNS en juin 2018.

D'autres sujets en relation avec les prestations en espèces ont été au cours de l'année 2017:

- 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.

- La CNS a encore été fortement impactée au niveau administratif par les 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

Les procédures en relation avec l'autorisation des transferts à l'étranger sont restées un sujet critique au cours de l'année 2017. L'évaluation médicale de ces dossiers porte dorénavant et suite à une nouvelle modification statutaire au 01 juin 2017 essentiellement sur une éventuelle contre-indication médicale du traitement demandé et non plus sur la motivation de bénéficier de soins plutôt à l'étranger qu'au Luxembourg.

Au niveau du traitement administratif, la condition de l'accord préalable pour les demandes d'autorisation est restée un sujet de discussion. L'application stricte de cette condition s'est avérée délicate étant donné qu'elle risque de porter préjudice à l'assuré; celui-ci n'étant pas forcément responsable du non-respect de cette condition. Les discussions menées au sein du Comité directeur et aussi avec l'autorité de tutelle ont porté sur l'opportunité d'une adaptation statutaire correspondante. Néanmoins, une telle approche nécessitera aussi une adaptation du cadre légal et des mécanismes mis en place dans le cadre de la trans-



position de la directive 2011/24/UE sur l'application des droits des patients en matière de soins de santé, effectués par la loi de transposition du 17 juin 2014.

Après discussion, le Comité directeur a validé la proposition de l'administration de pouvoir déroger partiellement à la condition du préalable selon divers critères en se basant notamment sur l'urgence, la gravité du cas et les antécédents éventuels.

En général, il y a lieu de constater que les demandes de transfert à l'étranger ont considérablement diminué en 2017. Cette baisse provient de la mise en œuvre d'une adaptation de la procédure d'autorisation et concerne essentiellement les consultations et traitements ne nécessitant pas d'autorisation préalable. Toutefois, les adaptations statutaires adoptées en 2017 devraient dans le futur à nouveau engendrer un accroissement net des transferts à l'étranger.

La question de principe, déjà latente et récurrente depuis les affaires Decker/Kohll de la fin des années 90, à savoir comment notre système de soins de santé atypique se basant sur une médecine

prioritairement libérale exercée dans le cadre du conventionnement général et obligatoire et dans des hôpitaux couverts par la budgétisation, se positionne en matière de transferts à l'étranger, n'est pas encore entièrement clarifiée.

En effet, il reste difficile de concilier une approche libérale, se basant sur le libre choix et la libre circulation des assurés et un accès ouvert aux offres des soins d'autres pays, soins prévus ou non-prévus par le système luxembourgeois, et une approche plus protectionniste, ciblant pour diverses raisons, un maintien prioritaire des patients dans le système de soins national.

3. Mesures statutaires

Au cours de l'année 2017, le Comité directeur de la CNS a élaboré et adopté des modifications au niveau des statuts de l'administration:

Sont entrées en vigueur, en date du 1^{er} mars 2017, les modifications se rapportant à la prise en charge des prestations de voyage et de transport des malades du fichier B6.

Sont entrées en vigueur en date du 1^{er} juin 2017, les modifications statutaires en rapport avec le « Traitement des données à caractère personnel » (article 11 des statuts) et en rapport avec la « Procréation médicalement assistée » (article 143bis) et en rapport avec « l'indemnité funéraire » notamment la prise en charge des frais de transport lors d'un décès d'une personne protégée dans le cadre d'un traitement stationnaire à l'étranger dûment autorisé par la CNS au moyen d'un formulaire S2 (article 165).

En ce qui concerne le volet du Transfert à l'étranger, le Comité directeur de la CNS a adopté les modifications au niveau des statuts notamment l'abrogation de la dernière phrase du premier paragraphe et le quatrième paragraphe, en entier, de l'article 27 et la modification du deuxième paragraphe de l'article 27 ainsi que l'article 28 des statuts. Ces dispositions sont entrées en vigueur le 1^{er} juin 2017.

Au niveau du fichier B3, la CNS a adopté certaines modifications des montants forfaitaires qui seront pris en charge à un taux de remboursement de 100% notamment en terme du « Processeur d'implant vibratoire – Q04PC » et son extension stéréoacoustique et en terme du « Processeur d'implant cochléaire » et son extension stéréoacoustique. Ces modifications prennent effet au 1^{er} août 2017.

Lors de la réunion du Comité directeur de la CNS du 17 mai 2017, les modifications de l'article 152 des statuts se rapportant aux appareils audiophonologiques ont été validées et sont entrées en vigueur le 1^{er} août 2017.

Est entrée en vigueur en date du 1^{er} octobre 2017 la modification de l'annexe B des statuts de la CNS qui concerne les délais de renouvellement des moyens accessoires orthopédiques notamment les bas de contention et les collants de contention (article 91quinquies des statuts).

Lors de la réunion du Comité directeur de la CNS du 15 novembre 2017, le Comité directeur a adopté des modifications au niveau des statuts de la CNS en rapport avec le taux de prise en charge des différentes catégories de prestations de soins de santé et de fournitures (article 35 des statuts), des soins infirmiers (article 48), des soins de kinésithérapie (articles 55 et 57) et d'orthophonie (article 59) ainsi que des soins de psychomotricité (article 67). En outre, l'article 114 du « Chapitre 8. - Médicaments délivrés à charge de l'assurance maladie en dehors du secteur hospitalier » et l'article 190 du « Chapitre 6 – Prestations de maternité » ont été adaptés. En ce qui concerne l'annexe A de statuts de la Caisse nationale de santé, la position (16) de l'article 2 des conditions particulières applicable au fichier B1 concernant les « pompes à insuline », les conditions particulières applicables au fichier B2 concernant des « concentrateurs d'oxygène transportables » et les conditions particulières applicables au fichier B4 concernant les « dispositifs médicaux pour personnes laryngectomisées et pour personnes trachéotomisées ou pour personnes présentant une autre pathologie respiratoire soumise à un accord préalable par le Contrôle médical de la sécurité sociale » ont été modifiées. Les présentes dispositions sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2018, à l'exception de celles de l'Annexe A qui sont entrées en vigueur le 1^{er} février 2018.

Sont entrées en vigueur, en date du 1^{er} janvier 2018, les modifications se rapportant aux prothèses conjointes notamment les délais de renouvellement par périodes de douze ans (alinéa 1 de l'article 42 des statuts), à la limitation des prestations au niveau des soins infirmiers (article 51), aux soins de kinésithérapie (article 58) et aux exclusions concernant les soins de psychomotricité (article 72).

4. Médecins

Si l'année 2016 fut marquée par des avancées majeures dans les relations avec le corps médical (révision de la nomenclature médicale, lancement de la documentation hospitalière, transposition de l'accord de négociation de la lettre-clé pour 2017 et 2018 par une révision importante d'actes de la nomenclature), l'année 2017 s'est avérée plus difficile.

D'un côté, les travaux en relation avec la documentation hospitalière et avec la nomenclature médicale ont été continués normalement. Pour cette dernière, les chapitres de l'orthopédie et de la chirurgie viscérale ont été entamés et entrés en Commission de nomenclature en début 2018. Suite à l'avis de la Cellule d'expertise médicale, la recommandation circonscrite en relation avec la chirurgie viscérale a pu être finalisée à la fin du 1^{er} semestre 2018. Les travaux en relation avec d'autres chapitres de chirurgie ont été lancés en début de l'année 2018.

En dehors de ces projets prioritaires et stratégiques, les avancées ont été limitées. Ainsi, des dispositions d'ordre plus technique n'ont pas pu être intégrées au niveau de la convention médicale, telles que par exemple en relation avec les ordonnances médicales découlant de la nouvelle nomenclature pour les laboratoires ou de la mise en œuvre des mesures en matière de la kinésithérapie. De même, la proposition de la CNS par rapport à la dématérialisation des échanges (certificats d'incapacité de travail, mémoires d'honoraires et ordonnances médicales), se basant sur un appui de l'informatisation des cabinets médicaux sur base des standards à élaborer avec l'Agence eSanté et de la CNS, n'a pas pu trouver un suivi.

Les raisons de cette stagnation sont apparemment multiples. D'un côté il s'agit d'arguments se rapportant de façon plus

générale au système de soins de santé, notamment d'exercice de la médecine, par exemple dans le contexte de la nouvelle loi hospitalière. En ce qui concerne l'assurance maladie-maternité, certaines mesures statutaires (par exemple traitement par l'acide hyaluronique) tout comme les contrôles de facturation et la lutte abus et fraude ont rencontré une forte opposition. Puis, au niveau du Dossier de soins partagé, l'élaboration du projet de règlement grand-ducal et le lancement de deux phases-test par l'Agence eSanté ont également été contestés. De même, l'émergence de questions de principe, telles que la pétition en relation avec le tiers payant généralisé, ou la revendication d'une nouvelle convention personnelle à l'instar de la médecine dentaire, allant de pair avec un débat plus général sur le système de soins de santé et portant sur les risques d'une «Staatsmedizin», ont paralysé les travaux.

Il faut espérer que les discussions pourront, le moment venu, évoluer dans un esprit plus constructif et serein. À voir si les négociations tarifaires prévues pour le deuxième semestre et les nouvelles orientations politiques pourront aider à apporter des clarifications.

À noter encore que le dispositif du médecin référent a été continué sur base des nouvelles orientations arrêtées en 2015 et 2016. Il faut néanmoins constater que le dispositif peine à trouver une évolution plus dynamique, principalement en raison des contraintes administratives, de l'absence de la mise en place plus généralisée des solutions informatiques requises et du manque de visibilité de la plus-value concrète du dispositif du médecin référent pour les patients atteints d'une affection de longue durée.



5. Autres prestataires de soins

En dehors des différentes initiatives prises au niveau des médecins et des hôpitaux, l'année 2017 a été marquée par de nombreuses démarches au niveau des prestataires de soins.

La révision de la nomenclature des infirmiers 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.

L'introduction des forfaits implique aussi l'application de la disposition de la facturation obligatoire des soins infirmiers au bénéfice des personnes dépendantes par leur réseau d'aides et de soins. Ceci a entraîné des difficultés d'application vis-à-vis des infirmiers exerçant en libéral. Dès lors, et afin que des collaborations de sous-traitance puissent se mettre en place, la CNS a reporté l'application de cette disposition inscrite au niveau du Code de la sécurité sociale au 1^{er} février 2018.

Il n'avait en 2015 et en 2016 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. De pair avec l'introduction de la nouvelle nomenclature des laboratoires, une modification correspondante a été opérée fin 2017 au niveau de la nomenclature des infirmiers.

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 infirmière, 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.

Considérant l'impact considérable de la nouvelle convention collective de travail du secteur SAS également applicable

aux prestataires fournissant des soins infirmiers et des soins palliatifs en milieu extrahospitalier, une adaptation des lettres-clé correspondantes a été opérée par voie de la loi budgétaire pour l'exercice 2018.

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 voie de 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. Le volet le plus important concerne néanmoins le traitement informatique au niveau des processus de facturation, d'autorisation et de liquidation.

Les dispositions reprises dans la convention par rapport au caractère libéral de l'exercice de la profession se sont avérées difficilement réalisables, se heurtant notamment 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. Une adaptation rectificative correspondante, notamment par rapport à la clarification de l'inclusion des kinésithérapeutes salariés, a été opérée à la fin du 1^{er} semestre 2017 au niveau conventionnel.

Après des difficultés de lancement importantes, le traitement informatique des prestations de kinésithérapie a pu être réalisé au cours de l'année 2017, de sorte que les objectifs de simplification administrative et de dématérialisation des échanges ont pu être atteints et que les retards chroniques et récurrents au niveau des autorisations ont pu être évacués.

Suite aux orientations prises lors de la réunion du Comité Quadripartite du 18 octobre 2017 et suite aux discussions menées par le Ministre de la sécurité

sociale avec les partenaires sociaux, le Comité directeur de la CNS a retenu de négocier des conventions avec les professions de santé des diététiciens et des podologues, qui devraient normalement se conclure au cours de l'année 2018 par la finalisation des dispositions conventionnelles, tarifaires et statutaires correspondantes. De même, il avait été retenu de revoir certaines dispositions en relation avec la nomenclature des sages-femmes. Ces décisions impliquent aussi une refixation des priorités au niveau des différentes professions de santé, notamment en ce qui concerne la révision des conventions et des nomenclatures de professions de santé déjà liées à l'assurance maladie-maternité ou encore de nouvelles conventions éventuellement à conclure, ainsi que la modernisation et la dématérialisation des chaînes informatiques de traitement des différentes prestations.

Pour les psychomotriciens et les orthophonistes, il était prévu de traiter à la suite de la réforme des kinésithérapeutes des problèmes d'application des dispositions statutaires, conventionnelles et tarifaires, notamment soulevés par le CMSS. Sur base des considérations ci-avant, les travaux correspondants ne peuvent guère être envisagés avant 2019. Il en est de même par rapport à la demande d'un conventionnement de la profession des ergothérapeutes. En ce qui concerne l'ostéopathie, il y a lieu de remarquer que le Ministère de la Santé a lancé au cours de l'année 2017 les démarches aux niveaux légal et réglementaire en vue d'une reconnaissance de cette profession en tant que profession de santé. Après finalisation de ce processus, il appartiendra à la CNS de se positionner par rapport à la conclusion d'une convention et la prise en charge des prestations correspondantes par l'assurance maladie-maternité.

Par la loi du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothéra-



peute (Mem. A 136) a été instaurée une réglementation de la profession du psychothérapeute ainsi qu'une inscription de prestations correspondantes dans l'article 17 du CSS (Art. 17 (1) «les psychothérapies visant le traitement d'un trouble mental»). La loi ouvre l'exercice de la profession de psychothérapeute aux psychologues et aux médecins, ayant effectué des formations thérapeutiques reconnues. 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 ou d'alternatives 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 du 1^{er} trimestre 2017, la CNS a été informée de la constitution de la Fapsylux en tant qu'organisme représentatif, qui a demandé l'ouverture de négociations en vue de la conclusion d'une convention. La CNS a d'abord entrepris certaines démarches afin de s'assurer de la représentativité de cet organisme et arrêté au sein de son Comité directeur ses orientations et ses priorités en vue de la prise en charge de ces nouvelles prestations explicitement inscrites au niveau du Code de la sécurité sociale. Les négociations conventionnelles ont formellement été ouvertes en décembre 2017 et menées au cours du 1^{er} semestre 2018.

À la suite de l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016 de la nouvelle convention avec les laboratoires d'analyses médicales et de biologie chimique, l'année 2017 a été marquée par la révision globale de la nouvelle nomenclature. Les travaux correspondants se sont étalés sur toute l'année 2016 et se sont terminés vers mi-2017, pour repasser à la Commission de nomenclature et pour une entrée en



vigueur au 1^{er} janvier 2018. La réforme a aussi requis une transposition administrative et informatique et une refixation de la lettre-clé par voie de la loi budgétaire pour l'exercice 2018, sur base d'une négociation conclue entre la CNS et la FLLAM en tant que groupement représentatif. À noter qu'il n'a pas été possible de finaliser avec l'AMMD les discussions au sujet de l'ordonnance standardisée à intégrer au niveau conventionnel.

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 de la nomenclature 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.

Considérant l'envergure de la réforme entreprise, il a été convenu de mettre en place un monitoring rapproché de la mise en œuvre des nouvelles dispositions, voire de procéder en cas de besoin de façon rapide et flexible à des adaptations nécessaires. De même, sur base des premières expériences faites au cours de la phase de transition et de problèmes rencontrés par rapport à des analyses ne figurant plus dans la nomenclature ou pour lesquels des conditions spécifiques de prise en charge ont été intégrées, il a été convenu de procéder à certains amendements de la nomenclature.

À noter encore que les analyses d'anatomopathologie et de médecine génétique ne figurent plus ou pas dans la nouvelle nomenclature étant donné que la nouvelle loi hospitalière prévoit une exclusivité pour le LNS et un financement correspondant par voie de budgétisation.

En dernier lieu, il est nécessaire de sou-

lever encore le transport des malades, où d'un côté la création du CGDIS (Corps grand-ducal d'incendie et de sauvetage) crée un nouveau cadre national pour certains types de transports de malades et pour lequel le cadre d'implication de l'assurance maladie-maternité reste à être adapté, et où d'un autre côté les discussions interministérielles en relation avec une réglementation du transport en ambulance ont été menées sans néanmoins pouvoir aboutir à une conclusion rapide.

6. Commission de nomenclature

Le dossier majeur traité actuellement par la Commission de nomenclature concerne la révision de la nomenclature médicale. Sur base de l'introduction de l'arthroscopie du genou, initiée en 2016 et mise en vigueur au 1^{er} avril 2017, la CNS a chargé un expert d'élaborer avec le corps médical et les sociétés des spécialités concernées des saisines en vue de la révision des chapitres de l'orthopédie et de la chirurgie viscérale. Les saisines correspondantes ont été soumises à la Commission de nomenclature en début 2018 et les travaux en relation avec d'autres chapitres de la nomenclature ont été lancés. Les critiques par rapport à la nomenclature actuelle sont pertinentes sachant qu'elle se fonde dans ses parties essentielles sur des bases anciennes, qu'elle n'est ni complète, ni tenue à jour et que ses dispositions donnent à de nombreux égards lieu à des discussions d'application et d'interprétation. La CNS a opté, sur base des discussions menées dans la Commission de nomenclature, de procéder à une révision progressive de la nomenclature médicale, en mettant les priorités sur les chapitres relevant d'une haute technicité et/ou présentant des distorsions majeures. En outre, il est nécessaire de mettre en place un suivi systématique de l'impact des nouvelles dispositions de la nomenclature, notam-

ment en ce qui concerne le cadre financier et les questions d'application qui émergent. Il faudra aussi faire une évaluation de la démarche entreprise, notamment en ce qui concerne son aboutissement à moyen et long terme.

La CNS a début 2018 encore lancé les travaux préparatifs pour la révision progressive des prochains chapitres à traiter: chirurgie vasculaire, urologie, gynécologie obstétrique, cardiologie et chirurgie cardiologique, traumatologie. S'il est prévu de finaliser encore certains dossiers et de clôturer au moins les préparations pour les autres au cours de l'année 2018, il faudra certainement faire fin 2018 une évaluation de la démarche engagée, et ceci tant avec tous les acteurs impliqués, qu'avec les ministres de tutelle.

Les autres modifications de la nomenclature des médecins adoptées par la Commission de nomenclature concernent:

- la saisine du Collège médical portant sur une précision en relation à l'acte 1C80 de la sous-section 5 de la section cardiologie;
- la saisine du Contrôle médical de la sécurité sociale ciblant la suppression de la condition de l'accord du contrôle médical par rapport à l'acte 7A44 d'oxygénothérapie hyperbare;
- la saisine de l'AMMD en matière de modification des libellés et des coefficients pour les actes réalisés PET-CT;
- la saisine de la CNS concernant la mise en conformité des nomenclatures des médecins et médecins-dentistes avec le règlement grand-ducal du 27 juillet 2016 portant sur les modalités des examens médicaux des enfants en bas âge, sur la périodicité de ces examens et sur le modèle de carnet de santé et les inscriptions qui devront y être portées obligatoirement.

D'autres dossiers discutés au niveau de la nomenclature des médecins, mais n'ayant pas pu être clôturés en 2017 ou restant encore en suspens concernent:

- la saisine de la CNS concernant le prélèvement du foie chez un donneur décédé en vue d'une transplantation;
- la saisine du Contrôle médical de la sécurité sociale concernant les règles de cumul TDM;
- la saisine de la CNS en matière de suppression de la sous-section des films du chapitre en relation à l'imagerie médicale; la CNS ayant finalement retiré cette saisine;
- la saisine du Contrôle médical de la sécurité sociale concernant la demande de modification des coefficients de location d'appareil 1C14X et 1C15X, tenue en suspens en vue d'un traitement en 2018 soit dans le cadre de la révision du chapitre de la cardiologie soit dans le cadre de la transposition d'un futur accord de négociation de la lettre-clé;
- la saisine en relation avec l'introduction d'actes d'algologie, tenue en suspens jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle loi hospitalière avec définition des services hospitaliers compétents.

Pour les médecins-dentistes, des saisines ont été effectuées par le Ministre de la sécurité sociale concernant l'introduction de quatre nouveaux actes dans la nomenclature de médecine dentaire et d'un nouvel acte dans la nomenclature médicale dans le chapitre 9, section 7 – chirurgie maxillo-faciale. Ces saisines se situent dans le contexte des discussions menées par le Ministre avec les partenaires sociaux en 2016 en relation avec l'adaptation des prestations de l'assurance maladie-maternité et ayant aussi figuré dans ce contexte à l'ordre du jour des réunions du Comité quadripartite.

L'AMMD a exprimé certaines réserves par rapport à ces saisines et a notamment introduit une saisine alternative par rapport à un des nouveaux actes proposés. Après la réception de l'avis de la CEM par rapport à ces différentes saisines, les discussions au niveau de la Commission de nomenclature n'ont pas pu être continuées ou clôturées étant donné qu'il a été retenu de mener de prime abord une concertation entre le Ministère et l'Association des médecins-dentistes.

Pour les différentes professions de santé, les travaux de la Commission de nomenclature ont porté sur les sujets suivants :

- Révision de la nomenclature des laboratoires portant sur une refonte complète de la nomenclature avec l'introduction de nouvelles analyses et la suppression d'anciens actes, en raison du fait qu'ils ne correspondent plus à la pratique médicale ou qu'ils sont devenus obsolètes en raison des nouvelles missions exclusives du LNS. La nouvelle nomenclature, élaborée avec tous les acteurs concernés, comprend encore des règles d'application et de cumul plus précises, ainsi que des recommandations de bonne pratique à l'attention des médecins prescripteurs.
- Saisine de la COPAS par rapport aux coefficients des forfaits infirmiers en milieu stationnaire : Ces coefficients pour les maisons de soins et les CIPA datent de l'introduction de l'assurance dépendance. Il a été retenu fin 2017 de ne pas modifier à ce stade ces coefficients, aussi en raison de l'application du mécanisme du vase communicant, et de procéder au cours de l'année 2018 à une analyse du contenu et des coefficients de ces actes.
- Saisine de la CNS des actes de prise de sang dans la nomenclature infirmière, portant sur un alignement des tarifs et des modalités reprises dans

la nouvelle nomenclature des laboratoires.

- Introduction dans la nomenclature des orthopédistes-cordonniers-bandagistes d'un stimulateur neuromusculaire pour pied tombant.
- Saisine dans le cadre de la nomenclature des orthopédistes-cordonniers-bandagistes de bas de contention à tricotage rectiligne, découlant des mesures prises dans le cadre du traitement du lipoedème et du lymphoedème. L'introduction des actes correspondants a été opérée en début 2018

7. Secteur hospitalier

Le dossier majeur concernant le secteur hospitalier fut le projet de loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, qui a au cours de l'année 2017 encore été adapté dans le cadre du processus législatif. Le point de discussion principal concernait le statut du médecin hospitalier et son implication au niveau de la gouvernance hospitalière. Bien que ce point ne concerne pas directement l'assurance maladie-maternité, les discussions récurrentes en relation avec la gestion des établissements hospitaliers portant encore et toujours sur une conciliation de l'exercice libéral de la médecine dans le cadre de structures d'une certaine importance, soumise à un cadre de fonctionnement planifié et financé par voie de budgétisation, illustrent bien que le fonctionnement de ce secteur reste toujours marqué par des orientations vacillantes. Il faut espérer que la mise en œuvre des dispositions du nouveau cadre légal et réglementaire puissent contribuer à améliorer la gouvernance du secteur hospitalier, qui rappelons-le représente déjà actuellement avec plus ou moins 1 milliard d'euros pour l'enveloppe budgétaire globale et plus ou moins 300



millions d'euros d'honoraires médicaux l'élément essentiel de dépenses de l'assurance maladie-maternité en matière de prestations en nature.

À noter que pour la CNS les éléments essentiels furent et restent toujours l'amélioration de la gouvernance et de la pilotabilité, le développement de la gestion de la qualité, la transparence des prestations effectuées à travers la mise en place d'une documentation hospitalière et la maîtrise des risques financiers.

Les dispositions législatives concernant plus particulièrement la CNS sont :

- La création d'un cadre légal et réglementaire pour la documentation hospitalière, entérinant notamment les orientations prises au niveau conventionnel par la CNS avec l'AM-MD et la FHL ;
- La budgétisation du LNS en ce qui concerne la Centre de diagnostic d'anatomo-pathologie et de génétique humaine, qui représente un défi tant en ce qui concerne le cadre financier et le périmètre de prise en charge de l'assurance maladie-maternité que la mise en place des filières notamment avec les établissements hospitaliers ;
- La budgétisation de l'ancien Centre de convalescence de Colpach qui assurera le Service national de réhabilitation physique et de réhabilitation post-oncologique ;
- Le dispositif en relation avec l'autorisation et l'attribution des différents services hospitaliers, ainsi que l'élaboration du cadre normatif correspondant ;
- La mise en place des réseaux de compétence, aussi sous la gouverne du nouveau Comité de gestion interhospitalière, par rapport auxquels il n'est actuellement pas prévisible dans quelle mesure ils pourront contribuer à la bonne gouvernance du secteur hospitalier et sous quelle forme ils impacteront le cadre financier de l'assurance maladie-maternité ;

- Les normes par rapport aux gardes et aux astreintes médicales dans les établissements hospitaliers et par rapport aux professions de santé affectées aux différents services, tant inscrites directement dans la loi ou à fixer par voie réglementaire auront un impact important sur le cadre conventionnel et financier à gérer par la CNS.
- Le nouveau processus d'autorisation des équipements hospitaliers, dont la gouverne reviendra dorénavant au Ministre de la Santé sur base d'avis de la Commission permanente du secteur hospitalier (CPH); le rôle de la CNS, et plus particulièrement au niveau de la convention avec la FHL se voyant ainsi notablement réduit.

Par rapport à ce dernier point, il y a lieu d'évoquer le dossier des IRM qui fut d'actualité au cours de l'année 2017. En effet les Ministres de la Santé et de la Sécurité sociale avaient exprimé leur volonté politique de répondre favorablement à une demande des hôpitaux concernant l'attribution d'une IRM supplémentaire à chacun des quatre centres hospitaliers. Considérant qu'avec l'entrée en vigueur de la nouvelle loi hospitalière au 1^{er} avril 2018, la décision d'attribution d'IRM ne revient plus à la CNS, le Comité directeur, qui dans un premier temps soutenait la position que deux équipements supplémentaires devraient largement suffire pour répondre à la demande actuelle et dans un deuxième temps a pris la position de ne pas se focaliser sur le nombre d'IRM à attribuer, mais de revendiquer des engagements de tous les acteurs par exemple en matière de guidelines d'imagerie médicale (« guide du bon usage des examens d'imagerie médicale ») et de recommandations du groupe de travail « Mise en place des recommandations de prescription en imagerie médicale », de l'établissement d'un modèle de prescription standardisée, de la révision des tarifs d'imagerie médicale et du respect

des standards de bonne prescription et la réalisation des examens d'imagerie médicale.

En ce qui concerne l'enveloppe budgétaire globale des hôpitaux, arrêtée fin 2016 par le Conseil de gouvernement, il s'est avéré au cours du premier semestre 2017 que les montants prévus pour les exercices 2017 et 2018 étaient insuffisants, notamment pour les raisons suivantes:

- L'impact considérable de la nouvelle convention collective pour le secteur hospitalier, entrée en vigueur au 1^{er} octobre 2017, mais prévoyant des dispositions rétroactives allant jusqu'en 2015 et arrêtant des évolutions financières importantes pour le futur;
- Les effets de la loi hospitalière avec notamment la budgétisation du LNS et du Centre de Colpach, mais aussi d'autres mesures telles que la documentation hospitalière;
- L'évolution sous-estimée de certaines dépenses telles que notamment les frais variables liés au progrès médical et aux médicaments innovants.

La CNS avait insisté dans son avis du 14 septembre 2016 par rapport à l'enveloppe budgétaire globale, d'exclure la prise en compte des deux premiers points, notamment étant donné que les impacts financiers n'étaient à ce moment-là pas évaluables. Si l'enveloppe budgétaire globale arrêtée prévoyait la prise en compte partielle de ces différents surcoûts, elle se voyait néanmoins définitivement et notablement insuffisante pour couvrir l'impact substantiel correspondant. Les marges laissées par les EBG des exercices antérieurs permettaient de couvrir l'effet des mesures rétroactives. De même il a été possible pour la CNS de respecter le cadre de l'EBG de l'exercice 2017. Néanmoins, pour l'exercice 2018, il s'avérait néces-

saire de procéder à une révision du montant prévu, opérée par la création d'une base légale habilitante correspondante à travers la loi budgétaire pour l'exercice 2018 et par une décision du Conseil de gouvernement en date du 5 janvier 2018 majorant l'EBG 2018 initiale de 99 millions d'euros (montant total de 1033,9 millions d'euros).

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 également ses limites. Aussi, il a toujours été évoqué que ce mécanisme de pilotage devait être accompagné par une gouvernance déterminée du secteur hospitalier. La mise en place d'un cadre réglementaire plus normatif découlant de la nouvelle loi hospitalière aura un impact important sur la prochaine enveloppe budgétaire globale 2019-2020 à fixer par le Gouvernement avant le 1^{er} octobre 2018.

Au cours de l'année 2017, les discussions au sujet de la problématique de la surcharge des urgences hospitalières ont été continuées. Sur base des orientations prises lors des réunions du Comité Quadripartite, un audit de fonctionnement des urgences a été effectué portant tant sur un état des lieux nourri par des

groupes de travail de tous les acteurs concernés que sur une analyse des processus internes au niveau des établissements hospitaliers concernés. La CNS avait notamment insisté que les mesures à arrêter ne devaient pas porter exclusivement sur la question des ressources médicales et soignantes. Les rapports en question ont été remis début 2018 et les mesures concrètes à être arrêtées ont été traitées, tant au niveau de la CNS que du nouveau Comité de pilotage instauré par la Ministre de la Santé.

D'autres sujets en relation avec le secteur hospitalier ont encore été la continuation de la réalisation de contrats d'objectifs et de moyens, notamment en ce qui concerne l'informatique et l'achat en commun et la détermination des objectifs et les modalités de prise en charge au niveau des budgets hospitaliers du Dossier patient informatisé (DPI).

8. Documentation hospitalière

Suite à l'accord commun trouvé avec l'AMMD et la FHL en 2016, portant sur l'utilisation de la CIM-10-CM pour la documentation des diagnostics et de l'ICD-10-PCS pour la documentation des procédures, afin de permettre un groupage en DRG (Diagnosis related groups), l'année 2017 aura permis le démarrage de la documentation hospitalière.

Actuellement, l'exploitation de la documentation hospitalière apparaît encore comme déficiente et reste une des priorités absolues de notre système de soins de santé. La CNS estime 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.

Le cadre d'application existe donc de-

puis lors, et se voit renforcé par la mise en application de la nouvelle loi hospitalière, entrée en vigueur au 1^{er} avril 2018.

Les travaux préparatoires d'implémentation ont été réalisés au cours du premier semestre 2017 et portaient sur la mise à disposition des référentiels de documentation aux hôpitaux, l'installation des outils informatiques 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 la standardisation de la pratique de la documentation hospitalière. Les équipes DIM des différents hôpitaux ont également pu bénéficier de 15 jours de formation spécifique à ce nouveau système de documentation.

La documentation hospitalière, avec les

DRG obtenus pour chaque séjour, va de pair avec la comptabilité analytique. Outre une analyse plus performante des activités hospitalières, elle permettra ainsi la détermination du coût moyen d'un traitement par patient. 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 efficience des coûts en pouvant comparer les structures des coûts entre hôpitaux et avec l'étranger, principalement la Belgique.

9. 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 constate qu'en 2017 le phénomène de redistribution des parts de marché des médicaments génériques aux dépens des médicaments princeps persiste. Le dispositif de la base de remboursement n'a pas été élargi à d'autres classes de médicaments.

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'entrée en vigueur étant prévue au cours du 2^{ième} semestre 2018, la CNS a commencé avec l'aide du Contrôle médical de la sécurité sociale à faire l'analyse de l'impact sur leurs procédures.

10. Lutte abus et fraude

En matière de lutte contre les abus et la fraude (LAF), l'année 2017 a tout d'abord été marquée par un bilan des actions entreprises durant les années 2015 et 2016. Si le bilan global du lancement de la démarche a été considéré comme globalement positif, le nombre important de dossiers tout comme la grande diversité d'affaires traitées ou transmises ont mené à une réflexion par rapport aux orientations et aux priorités par rapport à la démarche engagée.

En mai 2017 le Comité directeur de la CNS a refixé les priorités de la démarche LAF, se basant d'un côté sur la mise en place de mesures de contrôle et d'information par rapport à la conformité des mémoires d'honoraires et de l'autre côté sur un ciblage des mesures de LAF sur des comportements abusifs et fraudu-

leux plus graves. Pour diverses raisons, la mise en place des mesures correspondantes n'a pas pu être effectuée. La CNS a de son côté réévalué certains dossiers pouvant être considérés en lien avec les travaux de révision de la nomenclature médicale.

De façon globale, le bilan de l'année 2017 se conclut par le constat, que la CNS doit continuer à affiner sa démarche en matière LAF vis-à-vis des prestataires et notamment par rapport aux médecins. Tout en remarquant que les contraintes liées à la facturation et au remboursement des prestations, tout comme la continuation de la révision de la nomenclature médicale doivent être prises en compte, les discussions par rapport au ciblage des mesures correspondantes ont été continuées en début d'année 2018.

11. L'assurance dépendance

Comme en 2016, la CNS continuait au cours de l'année 2017 à être impliquée dans l'élaboration et l'adaptation progressive 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 des règlements grand-ducaux prévus et également à présenter diverses analyses demandées par son Comité directeur.

Le projet de loi N°7014 avait été déposé à la Chambre des députés le 8 juillet 2016 et a, avec les adaptations effectuées au cours de la procédure législative, été adoptée par la Chambre des députés le 12 juillet 2017 avec une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018. Les règlements grand-ducaux prévus par le



projet de réforme sont également entrés en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

Dans ce contexte, la CNS a dû procéder à l'adaptation des processus impactés et contribuer à la mise en place des nouveaux systèmes informatiques. Au cours du 2^{ème} semestre, et aussi en relation avec la mise en œuvre de la réforme, la CNS a procédé à une révision de la convention-cadre la liant à la COPAS, organisme représentatif des prestataires d'aides et de soins actifs dans le domaine de l'assurance dépendance. La CNS a également procédé à l'établissement du budget de l'assurance dépendance en effectuant des simulations et projections sur base des nouvelles dispositions incluses dans la réforme.

De pair, les négociations des 4 valeurs monétaires ont eu lieu suivant les dispositions du Code de la sécurité sociale pour l'année 2018. À noter que dans le futur, les négociations à prévoir en 2018 porteront alors sur les années 2019 et 2020. En dehors de l'impact de la nouvelle convention collective de travail pour le secteur SAS (social et aides et soins), découlant de la transposition de la réforme de la fonction publique et se basant sur des engagements pris

par le Gouvernement dans le cadre des accords bipartite de fin 2014, l'évolution des valeurs monétaires arrêtées avec la COPAS est restée modérée.

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, la CNS a transposé, sur base des dispositions conventionnelles arrêtées avec la COPAS, le mécanisme de compensation visant à atténuer l'effet des mesures précitées. La loi budgétaire pour l'exercice 2017 avait créé la base juridique pour la mise en œuvre de ce mécanisme, dont les dépenses sont à charge du budget de l'État. En 2017, 24 établissements à séjour continu, 7 réseaux d'aides et de soins, 12 établissements à séjour intermittent et 19 centres semi-stationnaires ont été identifiés comme étant éligibles au mécanisme pour un montant compensatoire total d'approximativement EUR 12.3 mio, représentant par rapport à 2016 une évolution de 30%. La CNS s'est néanmoins réservé le droit d'exiger le remboursement, auprès des prestataires d'aides et de soins, d'une partie ou de l'intégralité de l'indemnité payée

en cas de facturation supplémentaire prise en charge par la CNS pour l'année de prestation 2015. En analysant les cas de facturation supplémentaire, il s'est avéré qu'un remboursement équivalant à 40.823 EUR était redevable de la part d'un réseau d'aides et de soins et de 6 centres semi-stationnaires.

12. Agence eSanté

Au cours de l'année 2017, les travaux de l'Agence eSanté se sont essentiellement concentrés sur:

- des contributions dans le cadre de la finalisation du texte du projet de règlement grand-ducal devant préciser les modalités et les conditions de mise en place du DSP: Après approbation par le Conseil de gouvernement en septembre, le projet est entré en procédure. En dehors de divers avis des diverses parties prenantes, les avis obligatoires de la CNPD et du Conseil d'État étaient seulement disponibles en avril et mai 2018. Sur base de ces avis, les ministres de tutelles devront décider des suites à donner.
- du lancement d'une phase test de déploiement du DSP et ceci en prévision de l'entrée en vigueur du règlement grand-ducal indiqué ci-dessus, afin de tester les chaînes de production auprès d'un échantillon de la population cible, c'est-à-dire auprès d'assurés résidents et frontaliers et ce afin de déterminer, si l'Agence est en mesure de maîtriser le déploiement généralisé du DSP le moment venu. En l'espèce, il s'agissait de tester notamment la compréhension du courrier d'ouverture du DSP, contenant aussi bien toutes les informations relatives au DSP que les codes d'activation et d'accès au DSP;
- des travaux relatifs à la mise en place du Carnet de radiologie électronique (CRE), et ceci dans le cadre du Plan cancer, mais qui n'ont duré que quelques mois, alors que ce projet a été arrêté par le Ministère de la Santé en novembre 2017, au motif qu'il constituerait un doublon avec le projet «Anim.lu» piloté par LuxITH. Cependant, il est à noter qu'entretemps, les investissements réalisés pour le CRE seront récupérés dans le cadre de la mise en place du service elmagerie, devant répondre au besoin du projet Anim.lu, dont notamment le fait de permettre à la patientèle des quatre structures hospitalières du pays, de visualiser leur imagerie médicale au travers du DSP;
- des préparatifs en vue d'entamer l'implémentation de l'ePrescription au Grand-Duché de Luxembourg, notamment l'identification et la définition des divers cas d'usage en matière de prescription, ainsi que la rédaction des spécifications fonctionnelles requises, suivi par l'élaboration du cahier des charges y afférent. Un «démonstrateur» a été créé et des séances de présentation ont été organisées au courant de l'année 2017;
- des travaux d'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) nationales en oncologie pour lesquelles l'Agence a été mandatée par le Ministère de la Santé.

Ainsi, en 2017, l'outil Ideo-RCP a été finalement choisi comme référence nationale pour l'organisation desdites réunions. Actuellement, l'outil Ideo-RCP se trouve en phase d'évaluation afin de permettre par la suite la création de liens directes avec les DPI (Dossier patient informatisé) des diverses structures hospitalières du pays. L'Agence eSanté viendra y greffer également l'outil d'aide à la décision d'intelligence artificielle "Watson for Oncology", afin de permettre aux divers professionnels de santé participant à ces réunions, de disposer des dernières connaissances et référentiels thérapeutiques en matière de cancers et autres maladies rares, à l'instar des sarcomes, etc.;

En outre, l'année 2017 a également été marquée par les événements importants suivants, à savoir:

- de la volonté de l'Agence de se conformer au RGPD (Règlement général sur la protection des données), et ceci préalablement à son entrée en vigueur en date du 25 mai 2018.
- la réalisation d'un audit d'évaluation de la politique e-santé nationale instaurée par le gouvernement, dont notamment une analyse des premiers résultats obtenus par l'Agence eSanté depuis son lancement en 2012;
- les préparatifs pour le lancement en mode «production» du Service de pseudonymisation de santé (SPS) pour les identités des patients pris en charge au Luxembourg et dont les travaux remontent à 2015,
- le développement d'une application mobile de géolocalisation et de disponibilité des cabinets de ville «DispoDoc» pour Smartphones, application qui a été développée sur demande et en collaboration avec le Cercle des médecins généralistes;

- la mise en place d'un groupe de travail et d'échange, auquel tous les acteurs principaux du secteur de la santé furent invités pour les faire profiter du savoir-faire de l'Agence en matière de protection des données à caractère personnel et ce en vue de l'entrée en vigueur du RGPD, ainsi qu'en matière de sécurité des systèmes d'information;
- l'organisation de deux sessions de formation continue en matière de gestion de crise pour les responsables informatiques et autres cadres dirigeants du secteur de la santé;

La participation a quatre projets européens d'envergure, à savoir:

- Connecting Europe Facility (CEF), initié en 2014 et couvrant tous les projets d'infrastructure numérique pour les services de santé en ligne. L'idée sous-jacente est de disposer à terme d'une infrastructure uniforme facilitant de fait, l'échange d'informations entre les pays européens;
- Trillium Bridge II, reprenant les principes de base du projet CEF dont question ci-dessus, en y ajoutant une connotation mondiale et non plus uniquement européenne. Les États-Unis d'Amérique font ainsi partie de ce projet;
- EURO-CAS: l'objectif principal du projet eHealth Interoperability Conformity Assessment Scheme for Europe est de développer, puis de maintenir des processus de test vérifiant (ou non) l'interopérabilité de solutions informatiques vis-à-vis des standards et des profils tels que définis par la Commission européenne;
- Depuis mai 2015 et sous mandat du Ministère de la Santé, implication active de l'Agence eSanté à l'action conjointe JASeHN (Joint Action to Support the eHealth Network), et

ceci en application des dispositions de l'article 14 de la directive 2011/24/EU sur les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

La rétrospective des activités 2017 de l'Agence eSanté étant sommairement effectuée, les priorités fixées pour l'année 2018 sont les suivantes :

- l'élaboration du troisième plan stratégique de l'Agence eSanté pour la période allant de 2019 à 2023;
- la signature du troisième Contrat d'objectifs et de moyens (COM III) de l'Agence eSanté pour la période 2019 à 2021;
- la préparation du lancement du déploiement généralisé du DSP l'amélioration de fonctionnalités existantes et la création de nouvelles fonctionnalités de services eSanté, ainsi que le déploiement de nouveaux services au travers de la plateforme eSanté.

13. Programmes de médecine préventive

Le programme de prévention et dépistage organisé du cancer colorectal a été déployé au cours de l'année 2017, après la conclusion de la convention correspondante entre l'État et la CNS en date du 16 mars 2016 et l'entrée en vigueur des tarifs spécifiques dans la nomenclature des actes et services des médecins au 1^{er} novembre 2016. La présentation du premier bilan et l'évaluation correspondante restent encore à être faites.

Le programme de vaccination contre la grippe saisonnière a été élargi aux femmes enceintes.

Les autres programmes de médecine préventive (mammographie, soins dentaires au profit des enfants, etc...) ont été continués.

Dans le cadre des nouvelles prestations (cf. ci-avant) il avait été retenu d'instaurer un programme par rapport à la vaccination contre le pneumocoque et l'élargir le programme par rapport à la contraception. Les travaux correspondant sont encore en cours.

14. Sécurité de l'information – Protection des données

Après avoir mis en place lors de l'exercice précédent une politique et des procédures en matière de sécurité de l'information, respectivement de protection des données à caractère personnelles, la CNS a poursuivi plus en avant ses actions de mise en conformité au 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 (en vigueur fin mai 2018).

Ces actions de mise en conformité ont été effectuées en tenant compte d'un périmètre élargi permettant de combiner des démarches communes ou rapprochées qui touchent à la fois la protection des données, la gestion de la confidentialité, la sécurité de l'information ou encore la gestion du risque.

C'est dans cette optique qu'un outil de gestion des risques a été identifié et pour lequel décision a été prise de l'utiliser pour satisfaire aux besoins de monitoring de la CNS. Il s'agit de MONARC développé par CASES/SMILE du Ministère de l'Économie. Et c'est sous la coordination de l'IGSS que l'implémentation de l'outil MONARC se poursuit maintenant au sein de la CNS, mais aussi des ISS. Un groupe de travail dénommé « plateforme gestion des risques » a d'ailleurs été institué, groupe au sein duquel la CNS et le CCSS jouent un rôle moteur, sous la coordination de l'IGSS.

Afin de poursuivre les démarches entamées de sensibilisation et de formation interne, un ensemble d'actions précises ont été menées. Des départements ont été spécifiquement visés et sensibilisés et l'ensemble même des agences du pays ont été visitées et les agents rencontrés. Une considération toute particulière est dorénavant accordée aux nouveaux arrivants au sein de la CNS. Toutes les actions évoquées ont permis de préciser et d'affiner la démarche de sensibilisation que cela soit tant au niveau des supports que de l'approche tenue envers nos agents. Toujours avec l'idée d'instituer une véritable conscience et culture de la sécurité de l'information au sein de notre institution.

Concernant les partenaires et autres tiers, le travail de documentation des échanges de données avec eux s'est poursuivi en considérant chacun d'entre eux au cas par cas. En ce sens deux conventions spécifiques en matière de sécurité de l'information ont été conclues en 2017 :

- Convention entre la CNS et l'IGSS relative aux modalités d'accessibilité de l'IGSS à des données de la CNS, signée en avril 2017,
- Accord de niveau de service relatif au dispositif Médecin Référent, entre la CNS et l'Agence eSanté, signé en septembre 2017.

De plus, sur base de l'inventaire des tiers accédant aux applications de la CNS, et en fonction du nombre d'accès et de la qualité du tiers visé, des travaux d'analyse ont débuté en interne, voire pour certains tiers, des discussions ont déjà été entamées entre parties. Un travail conséquent avec les établissements hospitaliers a d'ailleurs été entamé sur l'exercice.

Des actions plus individuelles ont aussi été menées sur l'exercice. Ces interventions, pour conseil, avis et décisions, ont

consisté à se positionner sur des cas concrets posés par les agents CNS pour les besoins de leurs activités métier. Cela a concerné presque l'ensemble des départements. Les interventions évoquées ont bien évidemment permis d'affiner la compréhension des situations posant des questions de protection de données personnelles à intégrer dans la mise à jour de la documentation existante à la CNS.

Sur l'exercice, la CNS a aussi pleinement donné suite à des demandes d'affiliés, respectivement citoyens dans des cadres divers : demandes d'accès à leurs données, demande de justification d'utilisation de leurs données ou d'autres demandes d'information.

La détermination des points sensibles pour la CNS, et les réponses faites aux citoyens, sont aussi complétées sur l'exercice par une considération globale des services étatiques luxembourgeois. En effet, la CNS participe très activement avec les autres ISS au groupe de travail interministériel de mise en conformité General Data Protection Regulation – GDPR, coordonné par le Commissaire du gouvernement à la protection des banques de données, Ministère d'État. Il existe d'ailleurs un sous-groupe de travail propre aux ISS, que la CNS coordonne via son responsable de la protection des données. Dans le cadre de ces réunions et autres échanges, les ISS travaillent sur la mise en conformité GDPR et les points de convergences possibles.

II. La planification stratégique – la gestion par objectifs

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

1. l'entrée en vigueur de la réforme de la fonction publique au 1^{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'éta-

blissement 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.

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

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

Le programme de travail est soumis deux fois par an au Comité directeur.

Le projet de loi N° 7004 prévoit également qu'il appartient aux ISS de mettre en place une gestion des risques. À ce stade la gestion des risques se concentre sur la sécurité de l'information.

La mise en place d'une gestion des risques implique l'organisation d'un contrôle interne suivi par une évaluation. Fin 2017, le Comité directeur a pris la décision de mettre en place un audit interne. En 2018, une personne expérimentée sera engagée.

Le point sur la planification

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

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

La collaboration entre la CNS, le CCSS et le CTIE s'est poursuivie.

Depuis le 28 septembre 2017, l'assuré peut demander des services relatifs à l'assurance maladie via le portail en ligne des démarches administratives de l'État luxembourgeois Guichet.lu. Il peut

- demander une version en ligne de son détail du remboursement de ses frais de maladie-maternité;
- consulter des données personnelles;
- ou faire les démarches suivantes:
- demander un certificat provisoire de remplacement de sa carte européenne de sécurité sociale;
- demander une attestation de droit aux prestations rendues nécessaires lors d'un séjour temporaire au Cap Vert, au Québec, en Bosnie et Herzégovine, en Tunisie ou en Turquie;
- demander un certificat de coassurance;
- changer ses coordonnées bancaires.

S'agissant de la revue de la conception des agences, les travaux d'aménagement de la nouvelle agence à Marnach se sont poursuivies. Depuis mars 2018, l'agence de Clervaux a déménagé vers le nouveau site à Marnach. La recherche d'un nouveau site pour l'agence CNS à Wiltz a abouti. L'actuelle agence va déménager

au courant de l'année 2018 dans les locaux aménagés du «Verband» se situant idéalement entre Uewerwoltz et Nidderwoltz. De même, les travaux d'aménagement sont en planification pour réaménager l'agence d'Ettelbrück qui se trouvait dans les anciens locaux du Monopol. Il est prévu de déménager l'agence actuelle fin 2018, début 2019 de nouveau vers ledit site sur lequel Cactus ouvrira ses portes.

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

Il est renvoyé à ce sujet sur les «Éléments marquants 2017».

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

Il est renvoyé à ce sujet sur les «Éléments marquants 2017».

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

La CNS documente, révisé et maintient activement ses processus métier et de support

La CNS documente, révisé et maintient activement l'ensemble de ses processus

En automne 2017, la mission du consultant externe supportant la documentation des processus a été clôturée et la transition vers l'intégration dans les activités opérationnelles de la CNS s'est poursuivie avec la création d'une unité organisationnelle dédiée. Le recours à cette de base de connaissance et à son exploitation se sont également intensifiés depuis lors.

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

Début 2017 a vu la mise en production des nouvelles chaînes de facturation et d'autorisation des kinésithérapeutes. Après une période de stabilisation interne et de déploiement des outils équivalents au niveau des cabinets de kinésithérapie, ceci a permis d'automatiser la quasi-totalité des processus relatifs aux activités d'autorisations et de facturation (kiné). Afin de capitaliser au maximum du référentiel construit dans le projet cadre CDF (Chaînes de facturation), des travaux de consolidation et de documentation ont été menés, et l'approche « software product line » a été étendue au projet cadre CDA (chaînes d'autorisation).

La nouvelle nomenclature des laboratoires a également été introduite en adaptant la chaîne ESILABO, et des travaux de support en analyse et conception ont été réalisés dans le cadre de la réforme de l'assurance dépendance.

En outre des projets « core business » (autorisation/facturation) le déploiement du module de recouvrement pour les prestations en nature a eu lieu, et la CNS a aussi, en collaboration avec son partenaire informatique classique (CCSS) ainsi que le CTIE, mis à disposition des services à ses assurés via le guichet.lu. Ces services peuvent être classifiés en 3 catégories, les démarches classiques, les sources exactes, ainsi que l'eDelivery (dépôt de documents électroniques dans des espaces personnels des assurés, à l'initiative de la CNS). Fin 2017 ont commencé les travaux de mise en œuvre de la nouvelle législation pour le congé pour raisons familiales, qui va d'ailleurs aussi impacter le guichet.lu. En vue du déménagement de la CNS, une démarche centralisée de dématérialisation des documents a été mise sur pied, avec comme objectifs principaux la diminution de la

quantité de papier archivé dans le bâtiment, la diminution de la quantité de papier qui entre et circule au sein de la CNS et la facilitation de l'échange d'information avec les tiers (assurés / prestataires / employeurs).

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

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

Le développement du volet des analyses financières et statistiques continue en 2017 et provient de la volonté de la CNS d'analyser et de comprendre son environnement, pour anticiper son comportement et répondre au mieux aux besoins de la collectivité. La finalité de cette démarche est de donner des informations objectives sur des sujets spécifiques, en complétant l'analyse économique traditionnelle - qui s'intéresse aux montants par grandes catégories de prestation et au nombre de personnes protégées - avec une étude approfondie qui peut descendre au niveau des actes et des patients.

En particulier, la CNS a publié son premier cahier d'études relatif aux médicaments délivrés par les pharmacies hospitalières à des patients ambulatoires au mois de mars 2017. Ce premier cahier d'études a été transmis aux prestataires de soins de santé concernés, notamment aux hôpitaux et aux médecins, mais également au Ministre de la sécurité sociale, au ministre de la santé, à l'IGSS, etc.

La fin de l'année fut marquée par l'élaboration du deuxième cahier d'études de la CNS relatif aux dépenses liées à la gros-

sesse et à l'accouchement entre 2006 et 2015. Ce deuxième cahier a été publié au mois de février 2018. Il y a lieu de préciser que ce cahier d'études a également été publié sur le site du Statec et transmis aux différents prestataires de soins de santé concernés par le sujet.

D. La CNS cherche activement à développer ses potentiels

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

Par rapport aux quatre objectifs stratégiques retenus en 2016 pour cet axe, la CNS a continué à progresser en 2017.

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

Une révision des dotations allouées aux différentes unités organisationnelles a été faite et les vacances de postes ont été pourvues au fur et à mesure.

Le département RHO a réorganisé ses services en mettant en place, à côté du service gestion du personnel, un service recrutement et dépannage commun afin de répondre davantage aux besoins du métier.

En outre, un groupe de suivi d'étude «Absentéisme: analyse et proposition d'action» a analysé le sujet de l'absentéisme à la CNS sur base d'une approche participative. Suite à plusieurs entretiens, recueils et analyses de règles et usages, données, statistiques et références nationales ainsi qu'euro-péennes, un plan d'action sera élaboré.

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

Les priorités du plan d'action découlant de l'initiative Z1CNS ont été définies et le travail sur les différents sujets a commencé, tels que l'élaboration d'une charte des

valeurs, l'amélioration continue du site intranet de la CNS en promouvant l'information des collaborateurs et en développant une visibilité du «qui fait quoi» sur base de l'analyse des processus.

La collaboration avec le MFPRA a été intensifiée dans plusieurs domaines (gestion des compétences, qualité de vie au travail, service psychosocial, INAP pour le volet formations, absentéisme).

- Arrêter les descriptions des rôles et responsabilités du personnel

Des référentiels de compétences ont été élaborés en groupe d'amélioration dans le cadre de l'initiative z1cns pour les postes chef de département, chef de service et gestionnaire. Pendant toute l'année, la démarche d'établissement des descriptions de poste s'est poursuivie pour atteindre un taux de couverture d'environ 85% des postes en fin d'année.

Suite à l'élaboration des descriptions de poste, les plans de travail individuels ont été établis. Cette démarche sera finalisée en 2018 avant de débiter les entretiens individuels pour la prochaine période de référence (2019-2021).

- Développer la formation et le transfert de compétences

En ce qui concerne les actions de formation et de développement des compétences du personnel, la CNS a mis en 2017 l'accent sur plusieurs sujets: la formation des chefs à mener les entretiens individuels, la formation du personnel d'accueil par rapport à la qualité de service, l'orientation client, le développement de l'esprit d'équipe et la gestion de situations difficiles et de conflits (agences et standard téléphonique) et le développement du programme de leadership pour les fonctions encadrantes (priorité du plan d'action de l'initiative Z1CNS).

De plus, l'encadrement des stagiaires a été renforcé en développant des opportunités diverses d'échange et d'information (p.ex. matinées d'intégration, «Ges-

préichsronnen», accompagnement des rapports d'aptitudes professionnelles).

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

La lutte contre les abus et la fraude est une priorité essentielle de la CNS. Le projet de loi 7004 en relation avec la gouvernance des institutions de sécurité sociale prévoit l'élaboration d'une politique globale en matière de lutte contre les abus et la fraude.

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

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

En 2017, la CNS s'est dotée d'un Observatoire du coût de la santé.

Cette nouvelle structure a pour mission d'apporter un support à la CNS sur les différents dossiers qui peuvent nécessiter une expertise médico-économique, afin de les accompagner dans les prises de décision.

Dans un premier temps, cet Observatoire a été chargé de deux missions principales:

- le suivi et la mise en œuvre dans les hôpitaux de la documentation hospitalière, projet phare pour le suivi de l'activité
- la refonte de la nomenclature des actes médicaux, afin de permettre de disposer d'une nomenclature actualisée pour la facturation des honoraires médicaux.

D'autres missions sont également

confiées à l'Observatoire du coût de la santé, telles que le suivi des indicateurs pour les projets dossier patient Informatisé des hôpitaux, ou l'analyse de l'évolution des dépenses de santé.



III. Le travail quotidien de la CNS

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

1. Les indemnités pécuniaires de maladie et de maternité



Département Prestations en espèces maladie-maternité



Le département Prestations en espèces maladie-maternité est responsable pour tout ce qui concerne 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

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
PE Maladie	509.093	541.724	577.889	556.886	606.258	627.535	626.604
PE Accident	44.651	44.054	43.607	41.401	44.296	41.614	38.375
PE Maternité							
congé de maternité proprement dit	5.938	6.295	6.615	6.662	6.741	6.554	6.592



Nombres de certificats d'incapacité de travail

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
dispense (enceinte)	2.358	2.522	2.628	2.649	2.728	2.778	2.713
transferts de poste (enceinte)	27	35	22	30	31	3	6
PE Accueil	26	23	25	29	21	21	15
PE Congé pour raisons familiales	31.153	33.560	36.561	37.683	42.342	48.915	45.558
PE Congé accompagnement fin de vie	230	267	318	350	380	418	440

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

	2013	2014	2015	2016	2017
Envoi informations					
Janvier	964	839	785	794	1.221
Février	870	724	919	1.038	1.125
Mars	1.190	990	1.137	1.163	1.261
Avril	1.192	788	1.282	1.263	950
Mai	775	579	817	922	1.203
Juin	807	564	847	666	778
Juillet	709	440	750	787	982
Août	695	860	665	806	700
Septembre	1.407	764	767	773	800
Octobre	623	603	792	785	782
Novembre	598	743	923	953	944
Décembre	786	760	970	1.034	910
Total	10.616	8.654	10.654	10.984	11.656
Demandes de motivation					
Janvier	162	113	123	138	212
Février	132	80	137	177	182



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

	2013	2014	2015	2016	2017
Mars	125	119	158	204	246
Avril	154	85	162	183	171
Mai	108	73	148	141	263
Juin	120	91	151	128	152
Juillet	81	43	154	187	220
Août	96	132	101	162	165
Septembre	90	105	123	162	169
Octobre	100	76	133	152	149
Novembre	86	103	169	163	242
Décembre	101	119	175	174	171
Total	1.355	1.139	1.734	1.971	2.342

Prises de position acceptées

Janvier	142	107	109	92	292
Février	158	80	49	110	123
Mars	127	128	224	156	233
Avril	155	106	216	135	135
Mai	89	76	77	93	105
Juin	93	38	57	128	71
Juillet	110	98	56	190	163
Août	103	102	86	132	143
Septembre	98	72	28	137	59
Octobre	101	100	52	206	125
Novembre	84	56	39	136	221
Décembre	94	65	87	83	18
Total	1.354	1.028	1.080	1.598	1.688

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	2017
Janvier	288	343	266	323
Février	224	310	279	298
Mars	269	487	286	354
Avril	270	360	355	223
Mai	231	261	283	308
Juin	243	273	246	261
Juillet	252	289	246	271
Août	235	223	271	278
Septembre	227	235	248	277
Octobre	269	237	291	267
Novembre	196	256	341	277
Décembre	254	233	283	211
Total	2.958	3.507	3.395	3.348

Mainlevées d'office 2017

	Hospitali- sation	Duplicatas/ rectificatifs	ITT 1-2 jours	Couverture par ITT précédente	Divers	Total
Janvier	155	38	14	82	22	311
Février	141	47	19	65	15	287
Mars	156	60	27	62	28	333
Avril	103	40	14	19	19	195
Mai	147	41	21	34	20	263
Juin	114	34	30	18	32	228
Juillet	142	44	22	29	22	259
Août	137	52	19	46	15	269
Septembre	129	38	10	60	35	272
Octobre	114	51	8	48	12	233
Novembre	99	44	10	46	15	214
Décembre	103	25	13	32	7	180
Total	1.540	514	207	541	242	3.044



Mainlevées suite aux explications 2017

	Hospitalisa- tion	Duplicata/er- reur médecin	ITT manquante	Divers	Total
Janvier	0	6	1	5	12
Février	3	2	0	6	11
Mars	1	6	1	12	20
Avril	5	0	2	12	19
Mai	7	4	3	7	21
Juin	2	1	0	6	9
Juillet	3	0	1	3	7
Août	5	3	2	2	12
Septembre	3	1	2	3	9
Octobre	6	3	0	0	9
Novembre	6	1	0	1	8
Décembre	5	0	0	1	6
Total	46	27	12	58	143

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

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Janvier	22	32	279	177	243	286
Février	16	81	229	128	204	266
Mars	17	147	175	215	228	318
Avril	11	168	151	229	291	207
Mai	9	202	139	193	387	256
Juin	19	259	117	226	349	256
Juillet	10	243	159	257	262	246
Août	11	167	116	184	275	279
Septembre	11	173	200	347	269	230



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

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Octobre	7	174	192	254	273	283
Novembre	16	212	195	211	281	243
Décembre	13	201	181	251	238	194
Total	162	2.059	2.133	2.672	3.300	3.064

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

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Janvier	1.282	1.103	1.588	1.365	1.954	2.415
Février	1.014	1.059	1.388	1.325	2.115	2.292
Mars	1.242	1.333	1.383	1.670	2.063	2.821
Avril	877	1.324	1.275	1.517	2.141	1.840
Mai	717	1.354	1.381	1.411	2.137	2.459
Juin	963	1.371	1.242	1.808	2.504	2.417
Juillet	912	1.457	1.575	1.798	2.358	2.203
Août	678	1.091	847	1.530	1.938	2.308
Septembre	749	1.220	1.535	1.650	2.206	2.695
Octobre	1.100	1.583	1.450	1.897	2.329	3.353
Novembre	1.106	1.473	1.440	1.847	2.549	3.676
Décembre	953	1.175	1.270	1.986	2.502	2.984
Total	11.593	15.543	16.374	19.804	26.796	31.463

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
PE Accident				

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
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 n.i. 775,17	2015 n.i. 775,17	2016 n.i. 775,17	2017 n.i. 794,54
PE Maladie				
coût financier (sans période d'essai)	117.975.593,38	121.590.776,53	115.692.473,94	118.124.105,70
coût financier (avec période d'essai)	126.752.509,69	131.275.304,93	126.901.334,39	130.724.877,50
dont période d'essai	8.776.916,31	9.684.528,40	11.208.860,45	12.600.771,80
PE Accident				
coût financier	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
PE Maternité				
coût financier	117.150.577,98	119.078.562,24	116.945.921,01	125.372.186,61
PE Accueil				
coût financier	245.100,80	194.086,28	161.752,48	160.462,14
PE Congé raisons familiales				
coût financier	9.239.403,96	9.997.907,95	11.182.534,49	11.473.129,89
PE Congé accomp. fin de vie				
coût financier	152.584,56	187.679,94	195.388,18	219.898,51

2. Le remboursement des soins de santé



- Service Remboursements nationaux
- Service Remboursements internationaux
- Service Agences



Les remboursements des soins de santé sont faits par les services Remboursements et par les agences. Il s'agit ici de prestations de soins de santé au Luxembourg ou ailleurs pour lesquelles l'assuré a avancé les frais. D'autres versements sont également prévus, p. ex. l'indemnité funéraire.



Services Remboursements:

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

	2014	2015	2016	2017
Saisies effectuées par le service Remboursements nationaux	2.784.547	2.892.184	2.981.810	2.867.812
- dont article 162 statuts CNS (assistance exceptionnelle)	420	206	260	228
- dont Tiers payant social (article 24 CSS)	17.136	24.819	33.372	38.809
- dont Lecture optique	/	/	124.211	535.500
Saisies effectuées par le service Remboursements internationaux	117.686	123.669	140.136	120.170
Saisies Virements des agences	955.927	880.608	953.425	1.079.757
Total des virements effectués	3.858.160	3.896.461	4.075.371	4.067.739

Saisie Virements - Nombre de factures saisies (exercice 2017) - 1^{ère} partie

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

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet
Bettembourg	5.907	4.994	5.690	4.268	4.678	4.276	4.996
Clervaux	6.335	4.641	5.469	4.100	4.041	4.702	5.978
Diekirch	7.458	5.375	5.790	4.491	6.258	5.385	5.669
Differdange	15.672	11.382	12.736	12.948	10.182	8.493	13.227
Dudelange	3.830	1.344	1.115	823	2.289	2.043	3.598
Echternach	7.227	5.155	6.090	4.612	5.256	5.304	4.720
Esch / Centre	6.783	4.874	4.219	6.115	7.101	4.735	2.990
Ettelbruck	9.964	7.473	8.055	6.465	7.408	6.867	2.997
Grevenmacher	6.296	3.220	3.281	3.498	3.880	4.093	5.257
Hollerich	5.401	3.934	4.131	3.692	3.367	3.985	14.409
Ville	5.659	4.424	5.387	4.469	4.764	4.791	4.205


Saisie Virements - Nombre de factures saisies (exercice 2017) - 1^{ère} partie

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

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet
Mersch	9.209	6.713	7.676	6.270	6.333	7.282	7.584
Redange	6.525	5.235	6.178	4.330	4.325	5.190	5.652
Remich	6.646	4.454	5.451	4.494	4.289	4.951	3.608
Rumelange	6.079	4.032	5.149	4.295	4.273	4.430	4.891
Wiltz	5.411	4.509	4.806	3.524	3.761	4.097	4.886
Total Agences	114.402	81.759	91.223	78.394	82.205	80.624	94.667
Services Rembours.	344.372	220.094	256.241	232.547	267.952	227.354	274.925

Saisie Virements - Nombre de factures saisies (exercice 2017) - 2^{ème} partie

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

	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 2017
Bettembourg	4.939	4.118	5.542	3.653	3.656	56.717
Clervaux	6.522	6.345	7.032	5.572	5.769	66.506
Diekirch	4.521	4.775	5.904	5.239	6.973	67.838
Differdange	7.312	8.163	16.558	10.876	6.059	133.608
Dudelange	2.518	3.318	2.128	3.258	1.570	27.834
Echternach	4.267	4.746	4.037	5.362	5.927	62.703
Esch / Centre	5.172	6.084	6.157	5.606	4.809	64.645
Ettelbruck	3.611	5.372	7.284	6.523	6.849	78.868
Grevenmacher	4.137	4.463	5.662	4.892	5.194	53.873
Hollerich	22.566	14.271	13.752	14.152	18.791	122.451
Ville	3.315	3.312	3.258	3.209	4.305	51.098
Mersch	7.360	7.979	8.700	7.007	10.420	92.533
Redange	5.912	6.618	5.098	4.531	5.284	64.878



Saisie Virements - Nombre de factures saisies (exercice 2017) - 2^{ème} partie

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

	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 2017
Remich	3.015	3.366	3.502	3.095	4.151	51.022
Rumelange	3.647	4.680	5.164	4.589	4.900	56.129
Wiltz	4.215	4.332	5.996	9.517	4.682	59.736
Total Agences	93.029	91.942	105.774	97.081	99.339	1.110.439
Services Rembours.	246.538	241.561	240.157	253.904	293.744	3.099.389

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 Remboursements (Hollerich).

Saisie Comptant et Virements des Agences (exercice 2017) - 1^{ère} partie

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

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet
Bettembourg	1.343	1.064	1.209	1.027	1.107	936	1.189
Clervaux	1.558	1.305	1.448	1.227	1.206	1.461	1.139
Diekirch	3.561	2.948	3.574	2.665	2.697	2.993	2.762
Differdange	10.736	8.625	10.590	7.921	9.084	9.282	8.945
Dudelange	4.501	3.528	4.000	3.158	3.701	3.840	3.657
Echternach	1.735	1.570	1.507	1.123	1.444	1.530	1.393
Esch / Centre	11.017	9.016	10.632	8.158	9.240	9.405	9.393
Ettelbruck	3.686	3.194	3.504	2.620	3.082	3.207	2.796
Grevenmacher	1.985	1.606	1.910	1.485	1.507	1.781	1.635
Hollerich	13.212	10.859	11.896	9.428	10.526	9.723	10.327
Ville	3.822	3.375	3.802	3.038	3.303	3.506	3.498
Mersch	3.317	2.687	2.788	2.372	2.599	2.738	2.628
Redange	1.668	1.480	1.585	1.388	1.385	1.461	1.481
Remich	2.032	1.523	1.777	1.513	1.406	1.596	1.604



Saisie Comptant et Virements des Agences (exercice 2017) - 1^{ère} partie

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

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet
Rumelange	2.536	1.917	2.177	1.792	1.980	2.095	2.145
Wiltz	2.771	2.119	2.487	1.956	2.041	2.274	2.043
Total comptant	69.480	56.816	64.886	50.871	56.308	57.828	56.635
Total virements	114.402	81.759	91.223	78.394	82.205	80.624	94.667
Total général	183.882	138.575	156.109	129.265	138.513	138.452	151.302

Saisie Comptant et Virements des Agences (exercice 2017) - 2^{ème} partie

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

	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 2017
Bettembourg	720	808	1.142	935	1.281	12.761
Clervaux	985	934	1.227	1.139	1.475	15.104
Diekirch	2.028	2.697	3.118	2.640	3.298	34.981
Differdange	5.779	8.247	9.829	8.350	11.805	109.193
Dudelange	2.831	3.467	4.051	3.392	5.042	45.168
Echternach	1.085	1.388	1.602	1.225	1.773	17.375
Esch / Centre	5.656	8.387	10.411	8.293	11.672	111.280
Ettelbruck	1.962	2.671	3.115	2.413	3.441	35.691
Grevenmacher	1.203	1.585	1.788	1.368	2.086	19.939
Hollerich	7.326	9.051	11.314	8.754	11.792	124.208
Ville	2.698	3.146	4.019	3.174	4.392	41.773
Mersch	1.996	2.311	2.842	2.427	3.339	32.044
Redange	964	1.149	1.504	1.356	1.691	17.112
Remich	1.222	1.503	1.780	1.410	1.815	19.181
Rumelange	1.292	1.941	2.302	1.901	2.490	24.568



Saisie Comptant et Virements des Agences (exercice 2017) - 2^{ème} partie

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

	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 2017
Wiltz	1.634	2.198	2.632	1.844	2.627	26.626
Total comptant	39.381	51.483	62.676	50.621	70.019	687.004
Total virements	93.029	91.942	105.774	97.081	99.339	1.110.439
Total général	132.410	143.425	168.450	147.702	169.358	1.797.443

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

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

Saisie comptant (chèques) des agences - 1^{ère} partie

	2010	2011	2012	2013
Factures saisies	609.158	624.961	633.943	658.985
Chèques émis	187.557	191.862	199.984	212.548
Valeur moyenne par chèque en €	257,65	246,31	245,42	245,50
Total liquidé en €	48.307.286,99	47.230.394,01	49.096.052,97	52.191.733,19

Saisie comptant (chèques) des agences - 2^{ème} partie

	2014	2015	2016	2017
Factures saisies	681.198	657.618	658.230	660.422
Chèques émis	225.607	222.761	226.756	235.835
Valeur moyenne par chèque en €	246,62	243,94	240,16	245,34
Total liquidé en €	55.672.587,09	54.373.753,24	54.491.479,92	57.888.012,20



Émission annuelle de chèques par agence

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Bettembourg	4.626	4.537	4.892	4.777	4.447	4.525	4.346
Clervaux	5.346	4.799	4.897	5.148	4.853	4.911	4.522
Diekirch	8.980	9.147	9.733	10.099	9.933	10.211	10.961
Differdange	30.984	33.648	35.444	37.165	35.239	34.755	37.987
Dudelange	11.819	11.644	11.775	12.976	14.201	14.256	15.781
Echternach	5.025	5.253	5.674	5.795	5.852	6.190	6.293
Esch-Alzette	28.650	30.653	32.390	35.742	36.667	37.834	41.022
Ettelbrück	11.619	11.451	12.675	13.134	12.481	12.439	12.254
Grevenmacher	5.525	5.726	6.161	6.513	6.154	5.993	6.264
Hollerich	33.980	37.435	40.627	42.675	41.582	41.996	42.066
Ville	10.333	11.614	12.794	13.297	13.413	14.236	14.740
Mersch	7.664	8.177	9.180	10.311	10.436	10.714	11.075
Redange	3.851	4.641	4.972	5.456	4.957	5.128	4.914
Remich	5.313	5.403	5.855	6.014	6.163	6.794	6.492
Rumelange	7.347	7.402	7.732	8.151	7.993	8.079	8.362
Steinfurt	2.564	1.005	/	/	/	/	/
Wiltz	8.236	7.449	7.747	8.354	8.390	8.695	8.756
Total comptant	191.862	199.984	212.548	225.607	222.761	226.756	235.835

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

	2015		2016*		2017*	
	Factures	Montant liquidé (€)	Factures	Montant liquidé (€)	Factures	Montant liquidé (€)
Janvier	23	8.169,02	18	6.705,64	48	15.414,64
Février	20	5.323,63	20	8.050,98	0	0,00
Mars	0	0,00	25	7.878,19	25	8.770,20
Avril	27	5.799,28	27	7.688,81	26	9.849,09
Mai	27	7.338,76	0	0,00	26	8.594,03



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

	2015		2016*		2017*	
Juin	26	12.004,21	7	1.874,03	17	4.261,48
Juillet	36	8.269,82	48	13.905,93	14	3.826,00
Août	13	4.810,05	0	0,00	21	6.796,17
Septembre	21	7.668,44	34	9.921,07	32	8.173,11
Octobre	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Novembre	13	4.436,54	34	9.207,67	26	7.878,21
Décembre	0	0,00	25	8.343,12	18	7.504,30
Total	206	63.819,75	238	73.575,44	253	81.067,23

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

Tiers payant social (TPS)

	2015		2016		2017	
	Fac- tures	Montant liquidé (€)	Fac- tures	Montant liquidé (€)	Fac- tures	Montant liquidé (€)
Janvier	1.703	102.439,03	1.794	111.697,94	3.012	180.443,49
Février	1.805	113.949,14	2.264	146.601,20	2.188	143.635,85
Mars	1.788	119.921,34	2.712	180.804,27	4.168	282.257,91
Avril	2.420	157.278,79	3.205	204.115,77	3.914	264.951,54
Mai	1.235	77.437,49	1.885	120.103,46	2.460	166.421,86
Juin	2.503	165.413,40	3.646	234.627,14	3.465	227.962,44
Juillet	2.427	157.967,70	2.998	201.040,89	2.981	204.128,93
Août	1.754	111.044,23	2.781	173.004,62	4.126	277.488,21
Septembre	1.414	93.059,37	2.621	166.290,05	3.103	205.350,31
Octobre	2.607	166.472,57	3.243	219.642,01	3.044	205.640,42
Novembre	2.151	135.292,62	2.082	134.086,21	3.685	254.896,67
Décembre	2.870	183.303,54	3.885	245.899,83	2.421	160.529,97
Total	24.677	1.583.579,22	33.116	2.137.913,39	38.567	2.573.708

3. Le paiement complémentaire



■ Service Paiements PN et recouvrement



L'article 154bis 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. 154bis).



Paielements complémentaires

	2014	2015	2016	2017
Demandes introduites	3.699	6.458	5.387	9.475
Nombre de demandes d'assurés ayant droit	1.556	1.926	1.786	2.239
Montants liquidés (€)	670.608,20	810.313,76	827.203,14	933.982,65

4. Les agences



■ Service Agences



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

Bettembourg, Clervaux (n'existe plus depuis 2018; nouvelle agence : Marnach), 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

	2015	2016	2017
Correspondances	41.640	46.642	nd
Certificats d'affiliation (pour pensionnés et bénéficiaires RMG)	1.046	1.073	nd
Certificats de coassurance	5.430	6.156	nd
Formulaires conventions (Cap-Vert, Tunisie, Turquie etc.)	3.763	4.413	nd
E104	536	521	nd
Prestation en espèces - Gestion de certificats d'incapacité de travail	786	910	nd

5. La coassurance et la signalétique



■ Service Coassurance et signalétique



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



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



Émission de documents

	2015	2016	2017
Correspondance via templates	13.218	14.930	15.506
Certificats pour obtention visa (Cuba, Russie...)	257	315	361
Certificats de coassurance (demandes via internet incluses)	5.397	6.093	5.759

Demandes reçues via internet

	2015	2016	2017
Changement d'adresses	10.334	8.428	9.925
Changement de comptes*	5.070	5.558	5.821
Cartes EHIC / certificat provisoire de remplacement*	2.751	5.208	3.340
Info affiliation dans le cadre du TPS	235	271	316
Formulaires de vacances*	1.944	1.960	1.850
Certificats de coassurance*	1.400	2.518	2.602
Contact mail	non disponible	non disponible	10.955
Démarches sur GUICHET.LU - À partir du 28.09.2017 jusqu'au 11.01.2018	/	/	1.107

* (également disponible sur guichet.lu depuis fin sept. 2017)

6. Les autorisations nationales



- Service Autorisations médicales et médico-dentaires



- 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).



Service Autorisations médicales et médico-dentaires

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

* 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 2017

Actes nomenclature	Accords	Refus
2S73 - Reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire après opération antérieure,		
2S74 - Implantation ou échange d'une prothèse mammaire,	115	19
2S75 - Plastie d'augmentation d'un sein par prothèse en cas d'aplasie ou d'hypoplasie unilatérale avec asymétrie importante		
2G36 à 2G38 - Lipectomies	51	30



Détail des dossiers APCM traités en 2017

Actes nomenclature	Accords	Refus
3N48 - Rhinoplastie reconstructrice de la pyramide nasale	43	4
2A62 - Gastroplastie pour obésité pathologique	174	0
6G91 et 92 - Stérilisations	60	32
1C38 - Enregistrement continu de la tension artérielle pendant 24 heures par enregistreur portable (APCM pour répétition de cet examen dans les 6 mois)	51	1
1N60 - Psychothérapie de soutien par médecin non psychiatre, durée minimum 15 minutes (APCM pour plus de 6 séances par an)	97	1
Divers	15	17

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



- Service Autorisations et liquidation kinésithérapie, psychomotricité et 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

	2013	2014	2015	2016	2017
Kinésithérapie	251.243	228.196	237.708	307.472	271.761
Psychomotricité *	/	950	2.841	2.770	3.201
Orthophonie	2.919	3.307	3.867	3.993	4.308

* 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 Contrôle et gestion des certificats d'incapacité de travail (CIT)



- Assurer, organiser et gérer le contrôle administratif, avec rédaction des courriers et pièces y relatives (contrôle administratif proprement dit, départ à l'étranger, dérogation aux horaires de sortie).



Contrôles administratifs

		2012	2013	2014	2015	2016	2017
Employeurs	présent	1.390	1.377	1.540	1.511	1.413	1.314
	absent	704	827	882	822	870	752
	valablement excusé	334	384	415	435	452	388
	non-excuse	370	443	467	387	418	364
	Total	2.094	2.204	2.422	2.333	2.283	2.066
CNS	présent	5.270	4.477	7.710	6.976	6.692	5.819
	absent	1.324	1.458	2.684	2.359	2.388	1.971
	valablement excusé	704	721	1.376	1.293	1.442	1.114
	non-excuse	620	737	1.308	1.066	946	857
	Total	6.594	5.935	10.394	9.335	9.080	7.790
Total des exercices		8.688	8.139	12.816	11.668	11.363	9.856

9. Les formulaires et décomptes internationaux



- Service Inscriptions
- Service Décomptes



Service Inscriptions:

- 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:

- 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)

	2014	2015	2016	2017
S1 - actif (E106)	133.126	137.451	142.978	150.062
S1 - membre de famille d'actif (E109)	1.330	1.343	1.242	1.203



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

	2014	2015	2016	2017
S1 - pensionné	9.733	10.664	11.511	12.240
S1 - membre de famille d'un pensionné	1.745	2.014	2.128	2.191
BL1 - actif belge	42.822	44.032	45.190	46.932
BL2 / BL3 - pensionné belge	6.544	6.872	7.154	7.323

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

	2014	2015	2016	2017
EHIC ou certificat remplacement	3.704	3.249	3.625	3.736
S3	197	167	164	235
S2	1.184	1.021	1.698	1.933
BL1	127	107	145	279
BL2	9	9	7	21
S1 actif	931	876	929	1.290
S1 actif MF (E109)	58	55	51	67
S1 pensionné	635	457	471	597
S1 pensionné MF	87	75	72	98

Dépenses relatives aux conventions internationales suivant la date de prestation

en millions d'euros	2014	2015	2016	2017
Séjour temporaire	16,3	17,5	18,1	18,6
Frontaliers	267,4	274,4	283,0	294,3
Traitement E112 / S2	33,0	36,7	35,5	36,2
Pensionnés Frais effectifs	33,9	37,9	41,3	43,2
Forfaits (pens. et mem. fam.)	1,5	1,4	1,4	1,4
Complément belgo-lux	6,2	6,8	7,0	7,2
Total	358,2	374,6	386,3	400,9

Source: décompte annuel global de l'assurance maladie-maternité, exercice 2017
L'ensemble des décomptes relatifs aux années 2016 et 2017 n'a pas encore été introduit à la CNS et a de fait dû être estimé en partie.

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.



Nombre de patients ayant bénéficié d'un transfert à l'étranger

	2014	2015	2016	2017
Consultations ou examens	4.673	4.337	3.238	1.349
Traitements ambulatoires	2.056	1.890	1.948	1.847
Traitements stationnaires	4.520	4.463	4.332	4.249
Cures	65	65	68	65
Analyses	5	8	1	12
Nombre de refus	746	715	1.812	1.365
Total	9.726	9.387	9.118	7.796

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



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



- Effectuer l'enregistrement et la gestion centralisés de tous les médecins, médecins-dentistes, professionnels de santé et fournisseurs en relation avec les assurances maladie-maternité, accident et dépendance (agrégation, enregistrement dans une banque de données, attribution d'un code prestataire / fournisseur, ...);
- fournir aux professionnels de santé toutes les informations et documents officiels, qui sont d'obligation générale à l'exercice de leur profession en relation avec les assurances maladie-maternité, accident et dépendance (nomenclature, convention, cahier des charges, ...);



- assurer la coordination et le paiement aux médecins et médecins-dentistes des indemnités pour les formules réalisées par leur propre moyen informatique;
- dépanner les médecins qui sont en rupture de stock en formulaires pré-imprimés à utiliser dans ses relations avec les assurances maladie-maternité, accident et dépendance;
- coordonner et mettre à disposition un relevé des montants imputés pendant une année donnée par prestataire pour des fins fiscales.



Gestion des codes fournisseurs

Catégorie de fournisseurs	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de codes fournisseurs (actifs ou non) existant en fin d'année					
Médecins et médecins-dentistes	5.786	6.021	6.273	6.550	6.859
Médecins étrangers (codes uniquement utilisés pour facturation de rapports au CMSS)	7.553	8.259	8.583	8.829	9.121
Infirmiers et Sages-femmes	5.895	6.152	6.310	6.519	6.760
Kinésithérapie	1.748	1.861	1.958	2.089	2.244
Psychomotricité	68	77	85	94	99
Orthophonie	102	107	117	125	135
Laboratoires*	46	47	156	167	183
Autres	6.249	6.406	6.794	6.965	7.448
Total	27.447	28.930	30.276	31.338	32.849
Nombre de créations de codes fournisseurs en cours d'année					
Médecins et médecins-dentistes	218	235	252	277	309
Médecins étrangers (codes uniquement utilisés pour facturation de rapports au CMSS)	434	706	324	246	292
Infirmiers et Sages-femmes	240	257	158	209	241



Gestion des codes fournisseurs

Catégorie de fournisseurs	2013	2014	2015	2016	2017
Kinésithérapie	101	113	97	131	155
Psychomotricité	6	9	8	9	5
Orthophonie	4	5	10	8	10
Laboratoires*	1	1	109	11	16
Autres	70	157	388	171	483
Total	1.074	1.483	1.346	1.062	1.511

* 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	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de codes tarifs (actif ou non) existant en fin d'année					
Médecins et médecins-dentistes	2.316	2.323	2.396	2.408	2.447
Infirmiers	52	52	52	52	105
Sages-femmes	19	19	19	19	19
Masseurs-Kinésithérapeutes	75	75	75	75	85
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	3.302	3.672	3.785	4.039	4.284
Assurance dépendance	797	797	797	797	797
Autres	4.707	4.749	4.790	4.819	4.862
Total	12.897	13.316	13.543	13.838	14.228
Nombre de créations ou modifications de codes tarifs en cours d'année					
Médecins et médecins-dentistes	250	140	176	179	1.499
Infirmiers	0	0	0	0	53
Sages-femmes	0	0	2	0	16



Gestion des codes tarifs

Catégorie de prestation	2013	2014	2015	2016	2017
Masseurs-Kinésithérapeutes	0	0	0	0	23
Psychomotriciens	0	0	0	0	0
Orthophonistes	0	0	0	0	0
Laboratoires	0	3	0	0	0
Listes statutaires	238	428	1.909	300	449
Assurance dépendance	0	2	0	0	0
Autres	3.030	395	628	465	707
Total	3.518	968	2.715	944	2.747

12. Les médicaments et dispositifs médicaux



- Département Médicaments, dispositifs médicaux et médecine préventive
- Service Autorisations et liquidation médicaments et dispositifs médicaux



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



Département Médicaments, dispositifs médicaux et médecine préventive:

- 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 Autorisations et liquidation 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

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



Demandes d'autorisations

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

Dispositifs Médicaux : Dossiers de demandes

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

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

	2014	2015	2016	2017
Premières demandes	4.188	4.241	4.138	4.328
Demandes de réévaluation	3.037	3.126	2.913	2.232
Changements de partage prestations en nature/prestations en espèces	2.392	2.701	2.453	2.527
Transcriptions d'un plan de prise en charge vers une autre structure de prise en charge	1.551	1.754	1.575	1.738
Transcriptions sur base d'une décision postérieure (changement de structure pendant évaluation)	638	804	859	711



Activités du service Gestion des demandes

	2014	2015	2016	2017
Demandes pour des adaptations de logement	306	253	285	297
Déclarations d'entrées/sorties	7.458	5.585	5.622	5.967
Nombre de titres de prise en charge portant sur des aides techniques	18.898	17.881	18.899	17.696
Nombre de commandes passées pour des aides techniques	3.438	2.709	2.667	2.295

Activités du service Liquidation

	2014	2015	2016	2017
Nombre de factures traitées émanant des prestataires d'aide et de soins	108.339	131.477	132.613	125.960
Nombre de factures en relation avec les aides techniques / adaptations voiture	2.794	5.005	5.242	4.973
Nombre de factures émises par l'ADAPTH	707	808	697	856
Nombre de factures en relation avec des adaptations logement	310	281	233	198
Nombre de mensualités versées au titre des prestations en espèces	95.333	95.047	93.542	92.929

Chiffres-clés

	2014	2015	2016	2017
Nombre de personnes bénéficiant de l'allocation spéciale pour personne gravement handicapée	669	642	616	588
Nombre de personnes bénéficiant de l'allocation de soins	0	1	0	0
Nombre de bénéficiaires de prestations en nature dispensées par un réseau d'aides et soins	4.548	4.613	4.692	4.360
Nombre de bénéficiaires de prestations en nature dispensées par un établissement à séjour intermittent	589	581	592	560



Chiffres-clés

	2014	2015	2016	2017
Nombre de bénéficiaires de prestations en nature dispensées par un centre semi-stationnaire	907	900	1.037	834
Nombre de bénéficiaires de prestations en nature dispensées par un établissement à séjour continu	4.507	4.592	4.655	3.356
Nombre de bénéficiaires du forfait pour produits d'aides et soins	3.066	2.968	3.066	3.159
Nombre de bénéficiaires de prestations en espèces à domicile (au Luxembourg)	6.787	6.609	6.605	6.697
Nombre de bénéficiaires de prestations en espèces transférées à l'étranger	362	371	387	428
Nombre d'aides techniques en location	28.780	29.664	30.979	31.937
Nombre d'aides techniques prises en charge par voie d'acquisition *	6.968	6.737	12.984	6.051
Nombre d'adaptations voiture *	200	142	321	258
Nombre de bénéficiaires en établissement	4.388	4.499	4.573	4.578
Nombre de bénéficiaires à domicile avec réseau	7.250	7.048	6.988	7.074

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 2017
- 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 Budgets



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 Budgets:

- 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 2017 (en mio. €)

Frais fixes	735,3
Frais variables	164,0
Total	899,3
Prime annuelle	16,5
Indemnités pour religieuses retraitées	0,3
Indemnités pour médecins de garde	0,8
Décomptes	9,0
Divers	2,9
Total	928,8
Enveloppe	910,7
Écart	-18,1



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

	FF (budget accordé rectifié)	FV (montant liquidé brut)	Total	Évolution
2007	512,1	135,2	647,29	
2008	541,8	140,1	681,91	6,9%
2009	570,7	141,8	712,56	5,3%
2010	585,8	141,8	727,60	4,5%
2011	605,5	143,4	748,91	2,1%
2012	623,5	144,6	768,09	2,9%
2013	646,7	143,4	790,10	2,4%
2014	660,4	148,1	804,20	1,8%
2015	685,5	151,4	823,40	2,4%
2016	697,2	159,1	836,40	1,6%
2017	735,3	164,0	899,26	7,5%

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

Nombre d'équivalents temps plein (ETP) accordés

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



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

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

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

	2013	2014	évo. 2014/ 2013	2015	évo. 2014/ 2013	2016	évo. 2016/ 2015
Salles opératoires	63.145	64.753	2,5%	64.790	0,1%	67.204	3,7%
Salles d'accouchement	5.658	5.781	2,2%	5.743	-0,7%	5.689	-0,9%
Chirurgie cardiaque	787	811	3,0%	791	-2,5%	771	-2,5%
Cardiologie interventionnelle	3.078	3.016	-2,0%	2.871	-4,8%	2.873	0,1%
Laboratoires	1.099.925	1.114.757	1,3%	1.126.936	1,1%	1.130.824	0,3%
Imagerie médicale	522.797	527.260	0,9%	526.613	-0,1%	540.712	2,7%
IRM	46.463	47.117	1,4%	47.602	1,0%	49.591	4,2%
Radiothérapie	26.950	26.397	-2,1%	26.674	1,0%	26.261	-1,5%
Médecine nucléaire	15.475	16.546	6,9%	15.727	-4,9%	17.042	8,4%
PET Scan	2.484	2.573	3,6%	2.660	3,4%	2.862	7,6%
Lithotritie extracorporelle	696	810	16,4%	703	-13,2%	630	-10,4%



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

	2013	2014	évo. 2014/ 2013	2015	évo. 2014/ 2013	2016	évo. 2016/ 2015
Caisson d'oxygénéothérapie hyperbare	736	751	2,0%	813	8,3%	578	-28,9%
Hémodialyse	53.187	56.279	5,8%	59.233	5,2%	61.928	4,5%
Kinésithérapie	514.983	511.348	-0,7%	520.185	1,7%	535.545	3,0%
Ergothérapie	193.851	197.627	1,9%	196.951	-0,3%	206.339	4,8%
Hydrothérapie	20.266	20.409	0,7%	20.056	-1,7%	19.916	-0,7%
Gymnase	22.690	21.606	-4,8%	18.821	-12,9%	26.739	42,1%
Appartements thérapeutiques	865	872	0,8%	853	-2,2%	838	-1,8%
Soins palliatifs patients hospitalisés	8.867	9.559	7,8%	0		0	
Policlinique	1.123.397	1.154.739	2,8%	1.133.220	-1,9%	1.146.765	1,2%
Places de surveillance patients ambulatoires	24.210	26.112	7,9%	27.058	3,6%	28.401	5,0%
Hospitalisation - soins normaux	695.011	691.251	-0,5%	703.181	1,7%	715.784	1,8%
Hospitalisation - soins intensifs	45.583	44.824	-1,7%	43.774	-2,3%	44.519	1,7%
Chimiothérapie	21.514	21.331	-0,9%	21.367	0,2%	23.793	11,4%
Hôpital de jour psychiatrique	23.517	24.149	2,7%	25.683	6,4%	26.553	3,4%
Fécondation in vitro (FIV)	412	482	17,0%	415	-13,9%	446	7,5%
Curiethérapie	10	482	4720,0%	13	-97,3%	11	-15,4%
Endoscopie	10	10	0,0%	44.204	441.940%	45.930	3,9%



Nombre d'épisodes, nombre de journées et DMS par chapitre ICD-10 (exercice 2016)

	Nombre d'épisodes	Nombre de journées	En %age du total des journées	Durée moyenne de séjour (DMS)
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1.236	11.383	1,3%	9,21
Tumeurs	12.508	81.198	9,2%	6,49
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	1.420	5.394	0,6%	3,80
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	2.128	16.569	1,9%	7,79
Troubles mentaux et du comportement	6.333	170.575	19,3%	26,93
Maladies du système nerveux	6.849	26.563	3,0%	3,88
Maladies de l'oeil et de ses annexes	6.295	7.900	0,9%	1,25
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	829	2.613	0,3%	3,15
Maladies de l'appareil circulatoire	11.503	90.112	10,2%	7,83
Maladies de l'appareil respiratoire	7.754	52.769	6,0%	6,81
Maladies de l'appareil digestif	14.312	51.587	5,8%	3,60
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1.574	6.142	0,7%	3,90
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	16.024	69.443	7,9%	4,33
Maladies de l'appareil génito-urinaire	8.992	34.296	3,9%	3,81
Grossesse, accouchement et puerpéralité	7.823	39.456	4,5%	5,04
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	876	10.266	1,2%	11,72
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	491	1.809	0,2%	3,68
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	3.505	21.276	2,4%	6,07
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	8.581	64.275	7,3%	7,49
Causes externes de morbidité et de mortalité	341	3.674	0,4%	10,77



Nombre d'épisodes, nombre de journées et DMS par chapitre ICD-10 (exercice 2016)

	Nombre d'épisodes	Nombre de journées	En %age du total des journées	Durée moyenne de séjour (DMS)
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	5.700	56.205	6,4%	9,86
Diagnostic de sortie pas disponible	12.411	60.275	6,8%	4,86
Total	137.485	883.780	100,0%	6,43

15. Le contentieux et les affaires juridiques



Département Contentieux et affaires juridiques:

- Service Contentieux assurés
- Service Recours contre tiers
- Juristes



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.



Les chiffres qui suivent se rapportent à l'exercice 2017.

Perquisitions

Nombre de perquisitions	9
-------------------------	---

Décisions du Comité directeur

Nombre dossiers PE	823
Nombre total dossiers PN	54
Nombre total doss. concernant prestations nat.	25
Nombre total doss. concernant traitement à l'étranger	29
Nombre dossiers AD	106
Nombre total des décisions préparées	983

Juridictions de sécurité sociale - Conseil arbitral de la sécurité sociale

Total jugements définitifs pris par CASS 161

Nombre total gain de cause assuré	56
Nombre total gain de cause CNS	91
Nombre total partiellement gain de cause pour les deux parties	10
Nombre total affaires devenues sans objet ou rayées du rôle	4

Nombre total des jugements définitifs concernant PE 128

Nombre total gain de cause assuré	49
Nombre total gain de cause CNS	66
Nombre total partiellement gain de cause pour les deux parties	9
Nombre total affaires devenues sans objet ou rayées du rôle	4

Nombre total des jugements définitifs concernant PN 12

Nombre affaires PN gain de cause assuré	3
Nombre affaires PN gain de cause CNS	8
Nombre total partiellement gain de cause pour les deux parties	1

Nombre total des jugements définitifs concernant AD 21

Nombre affaires AD gain de cause assuré	4
Nombre affaires AD gain de cause CNS	17

Juridictions de sécurité sociale - Conseil supérieur de la sécurité sociale

Total arrêts pris par CSSS 17

Nombre total gain de cause assuré	1
Nombre total gain de cause CNS	15
Nombre partiellement gain de cause pour les deux parties	1


Arrêts pris en matière PE sur appel de l'assuré 10

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

Nombre total gain de cause CNS	9
--------------------------------	---

Arrêts pris en matière PE sur appel de la CNS 2

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

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

Nombre partiellement gain de cause pour les deux parties	1
--	---

Arrêts pris en matière PN sur appel de l'assuré 1

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

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

Arrêts pris en matière PN sur appel de la CNS 1

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

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

Arrêts définitifs pris en matière AD sur appel de l'assuré 2

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

Nombre total gain de cause CNS	2
--------------------------------	---

Arrêts pris en matière AD sur appel de la CNS 1

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

Recours contre tiers
Nombre total des dossiers en cours au 31.12 2.119

Nombre de dossiers en cours contre assureurs nationaux	430
--	-----

Nombre de dossiers en cours contre assureurs étrangers	279
--	-----

Nombre de dossiers en cours dans lesquels la CNS se dirige contre des particuliers	1.126
--	-------

Nombre affaires dans lesquelles la CNS est assistée par des avocats nationaux	123
---	-----

Nombre affaires dans lesquelles la CNS est assistée par des avocats étrangers	161
---	-----

Montant (€) total récupéré 9.354.326,68

Montant récupéré pour la Mutualité des employeurs	413.622,87
---	------------

Montant récupéré en relation avec les PE (charge CNS)	452.710,53
---	------------

Montant récupéré en relation avec les PN	8.058.263,97
--	--------------

Montant récupéré en relation avec l'AD	429.756,31
--	------------

Nombre total nouveaux dossiers ouverts au cours de l'exercice en question	980
---	-----

16. La coordination juridique



Département Coordination juridique:

- 5 juristes
- 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;
- participer aux réunions de négociations conventionnelles avec les différents prestataires de soins de santé, en 2017 notamment avec:
 - l'Association luxembourgeoise des diététiciens,
 - la Fédération luxembourgeoise des podologues,
 - la Fédération des associations représentant les psychothérapeutes au Grand-Duché de Luxembourg et
 - le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains.
- 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;
- gérer les dossiers transmis à la CNS par les médiateurs (Ombudsman, médiateur-santé...).

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 - 2017

Nombre de questions parlementaires transmises par le Ministère de tutelle à la CNS et préparées par le département	+20
Nombre de mises à jour du tableau de la veille juridique	3
Avis juridiques rédigés par le département dans des dossiers concernant la CNS.	+30
Dossiers transmis à la CNS par l'Ombudsman et traités par le département (nouvelle mission depuis 01.04.2017)	24
Nombre de réunions pendant lesquelles le service Support instruments juridiques a assuré le secrétariat de la Commission de nomenclature	11
composition telle que prévue à l'article 65 alinéa 8 du Code de la sécurité sociale, dite « COPAS-ANIL »	3
composition telle que prévue à l'article 65 alinéa 9 du Code de la sécurité sociale, dite « LABO »	1
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 « DENT »	2
composition telle que prévue à l'article 65 alinéa 8 du Code de la sécurité sociale, dite « ORTHOPEDISTES-CORDONNIERS-BANDAGISTES »	2
composition telle que prévue à l'article 65 alinéa 9 du Code de la sécurité sociale, dite « MEDHOSP »	5
Nombre de dossiers réceptionnés et enregistrés par le Service Lutte contre les abus et la fraude	209
Nombre d'actions entreprises par le Service LAF	120
Lettres d'avertissements aux prestataires	65
Plaintes au pénal	13
Amendes d'ordre prononcées à l'égard des assurés sur base de l'article 447 du Code de la sécurité sociale	8
Dénonciation au parquet	2
Saisines de la Commission de surveillance	19
Retrait de dossiers de la Commission de surveillance	13

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

	2013	2014	2015	2016	2017
Total caisses ETP	11.336	12.031	11.719	11.607	11.024
Total caisses Boîte OAS	850	885	931	931	912,5
Total ETP + Boîte OAS	12.186	12.916	12.652	12.536	11.936,5
distribués à:					
- Virement	30%	27%	30%	34%	35%
- CIT	9%	9%	10%	10%	11%
- autre Glesener	7%	6%	4%	4%	4%
- Coassurance/Signalétique	4%	4%	2%	1%	1%
- International	2%	2%	3%	3%	4%

Les chiffres présentés sont approximatifs. Le nombre d'enveloppes par caisse Post peut varier fortement (taille de l'enveloppe etc.). Moyenne approximative d'enveloppes par jour: ~10.000

Total caisses ETP = Total des caisses que la CNS reçoit de la Post

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

CIT = certificat 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

	2015	2016	2017
Traité	343.345	491.072	504.043
Non traité	249.252	326.256	446.398
Traitement indéterminé	369.889	351.045	304.072

Total sollicitations CNS 962.486 1.168.373 1.254.513

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

	2015	2016	2017
Central	309.323	202.005	317.183
Call-centers	290.218	370.163	264.912
Messagerie automatique (FS)	113.459	138.258	150.687
Autres services	249.486	457.947	521.731

Nombre de sollicitations acheminées vers les call-centers CNS

	2015	2016	2017
4140 (Ménage privé)	4.956	4.884	5.012
4220 (Formulaires frontaliers sauf Belgique)	15.616	14.146	10.667
Remboursements nat. - Équipe 1	8.945	10.289	11.046
Remboursements nat. - Équipe 2	7.360	7.455	7.848
Remboursements nat. - Équipe 3	6.854	7.666	7.377
Remboursements nat. - Équipe 4	6.614	9.684	9.922
4240 (Coassurance & Signalétique)	33.789	33.077	24.498
4250 (Formulaires frontaliers belges)	6.168	6.146	3.926
4252 (Complément Belge)	2.388	2.478	1.862
4260 (Remboursements nationaux)	19.601	16.841	15.107
4300 (Transfert à l'étranger)	22.863	25.437	19.463
4332 (Enquêtes et contrôles administratifs)	15.294	17.912	10.696
4350 (Prothétique)	6.289	5.924	4.553
4360 (Orthodontie)	1.980	2.917	3.089



Nombre de sollicitations acheminées vers les call-centers CNS

	2015	2016	2017
4370 (Traitements soumis à APCM)	8.084	12.041	11.275
4530 (Professions de santé - Autorisations)	9.657	11.044	15.653
4540 (Professions de santé - Liquidations)	3.386	3.746	6.890
4646 (Règlement 883)	16.602	80.025	14.705
4774 (Helpdesk CNS)	375	397	237
4810 (Prestations en espèces - équipe 1)	28.150	28.210	23.176
4820 (Prestations en espèces - équipe 2)	16.993	18.795	15.144
4830 (Prestations en espèces - équipe 3)	18.044	17.841	14.550
4960 (Remboursements internationaux)	17.181	18.143	17.649

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

	2013	2014	2015	2016	2017
Janvier	1.760	2.294	2.615	3.595	3.370
Février	1.808	2.065	2.338	3.781	3.542
Mars	1.867	2.116	2.943	3.614	4.585
Avril	1.774	1.949	2.524	3.385	3.669
Mai	1.791	1.891	2.275	3.618	4.206
Juin	1.608	2.064	2.744	3.700	4.166
Juillet	1.858	2.513	2.765	3.797	4.068
Août	1.659	2.010	2.380	3.597	4.074
Septembre	1.738	2.276	2.908	3.698	3.988
Octobre	1.985	2.399	2.896	3.943	5.092
Novembre	1.855	2.310	3.230	4.358	4.968
Décembre	1.562	2.005	2.887	3.621	4.226
Total	21.265	25.892	32.505	44.707	49.954
Moyenne par jour ouvré	85	103	128	177	200

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

19. Le support administratif



■ Service Support administratif



■ Gérer l'ensemble des services de support nécessaires au fonctionnement journalier de la CNS:

- gérer le parc immobilier et automobile;
- gérer l'équipement et le mobilier bureautique;
- gérer la logistique (archivage, transports, déménagements);
- aménager les espaces de travail;
- gérer les achats y relatifs (négociation et gestion des contrats, gestion des stocks et du matériel);
- négocier et gérer les contrats d'entretien des agences.
- Assurer la fonction de délégué à la sécurité.



Service Support administratif - Chiffres-clés

	2015	2016	2017
Mobilier	82.838,36 €	80.537,60 €	96.924,48 €
Matériel de bureau	82.850,74 €	86.408,38 €	91.186,07 €
Déménagement	18.228,14 €	21.005,25 €	27.003,25 €
Entretien fax	4.816,82 €	6.146,35 €	4.489,15 €
Téléphonie siège	14.802,87 €	16.044,55 €	21.149,15 €
Courier entrant	1.005.778,68 €	1.299.850,00 €	1.114.284,49 €
Courier sortant	885.303,64 €	351.698,00 €	325.692,38 €
Participation aux frais d'affranchissement CCSS	1.554.694,18 €	2.134.492,00 €	2.229.257,93 €
Total affranchissement	3.445.776,50 €	3.786.040,00 €	3.669.234,80 €

20. Les ressources humaines



Département Ressources humaines et organisation:

- Service Gestion du personnel
- Service Recrutement et formation



Service Gestion du personnel:

- Assurer la gestion administrative du personnel, la gestion de l'horaire de travail, des congés et toutes autres absences, la gestion des paies, prestations sociales, carrières, pensions, la gestion administrative de l'intégration et des sorties;
- dans le cadre des examens du personnel, assurer l'évaluation et l'analyse des besoins en examen et le secrétariat des différentes commissions d'examen/de contrôle.

Service Recrutement et formation:

- Gérer l'ensemble du processus de recrutement pour les fonctionnaires, employés, étudiants, intérimaires et personnes sous convention ATI, du recensement des besoins, l'établissement de profils de poste, annonces, entretiens de sélection;
- suivre l'intégration et la formation des nouveaux collaborateurs;
- gérer la mobilité interne;
- gérer les dotations en personnel;
- gérer l'affectation des dépanneurs, étudiants et des personnes sous convention ATI;
- évaluer et analyser les besoins en formation ainsi qu'apporter les solutions adéquates y relatives;
- gérer les demandes de formation continue.

21. La maîtrise d'ouvrage et le support informatique



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



Service Maîtrise d'ouvrage:

- coordonner et planifier les 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);



- suivre les projets au niveau des priorités, des ressources disponibles tant en interne CNS que surtout au niveau du CISS (PMO – Project management office);
- recueillir de nouvelles idées de projet (PMO et MOA Board);
- garantir la cohérence des majeurs outils informatiques de la CNS;
- garantir la bonne utilisation des ressources et des compétences du département MOA;
- conduire les projets MOA en définissant le périmètre et les objectifs;
- mettre en oeuvre des actions d'appropriation;
- gérer une équipe projet;
- analyser les besoins métier (fonctionnelle et procédurale);
- rédiger le cahier des charges.

Service Support informatique:

- gérer les incidents du Help-Desk;
- administrer les applications;
- formater les utilisateurs (appropriation);
- concevoir et administrer Intranet;
- gérer la conception, le développement et le support à tous les départements de la CNS pour la mise à disposition de fonctionnalités dans les environnements bureau-tique et / ou applicatif interne.

Service Analyses décisionnelles et statistiques:

- centraliser le reporting des informations issues des applications métier de la CNS;
- mettre à disposition une source de données commune et fiable aux départements et à la direction leur permettant de se concentrer sur l'analyse décisionnelle;
- créer des rapports à valeur ajoutée sur base de cette source pour le compte des départements ou de la direction;
- concevoir et maintenir un modèle des données;
- concevoir et maintenir les flux de transformation;
- gérer les processus ETL;
- concevoir et maintenir des rapports;
- gérer le processus de visualisation;
- assister les utilisateurs.

Service Analyse et gestion des processus:

- aider l'organisation dans la maîtrise de ses activités et dans la réduction de ses risques, en veillant à ce que les processus soient en tout temps documentés de façon adéquate, accessibles et à jour;
- veiller à ce que les bonnes pratiques et exigences liées à la documentation des processus soient appliquées;
- améliorer et optimiser l'efficacité en examinant d'un point de vue critique les flux de travaux liés aux processus;
- accompagner et assister un maître d'ouvrage dans les différentes phases constituant un processus de déroulement de projet dans le cadre d'une mission d'assistance à maîtrise d'ouvrage;



- participer au développement d'un système de management de la qualité;
- coordonner et /ou réaliser les activités principales pour remplir les missions du service comme :
 - documenter et réviser les processus ou assister le métier dans cette activité;
 - modéliser et alimenter les bases de connaissances;
 - analyser et exploiter les bases de connaissances;
 - proposer les indicateurs clés de performance – (KPI – Key Performance Indicator) et tableaux de bord associés;
 - accompagner et soutenir les fonctions de gouvernance, de contrôle, de gestion des risques, de gestion de la qualité et des non-conformités etc.

22. La comptabilité et les finances



Département Finances:

- Service Comptabilité générale
- Service Budget
- 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 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 Finances représente le point de contact pour l'IGSS pour toutes leurs actions en relation avec leurs missions de contrôle auprès de la CNS. Il s'agit d'une participation lors de la présentation de leur programme d'audit, de la participation au volet contradictoire ainsi qu'au plan de suivi;

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 du comité quadripartite est 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, en fournissant les explications relatives aux différentes évolutions de dépenses et en révisant leur version provisoire dudit rapport;

Élaboration d'un concept de cahier d'études de la CNS destiné à être publié et transmis aux différentes parties intéressées tel que les prestataires de soins de santé, le Ministère de la sécurité sociale, le Ministère de la Santé, l'IGSS, la presse, etc. La CNS s'interroge sur de nombreuses problématiques en lien avec les domaines de l'assurance maladie-maternité et dépendance. Cette volonté d'analyser et de comprendre son environnement, pour anticiper son comportement et répondre au mieux aux besoins de la collectivité, l'amène à développer le volet des analyses statistiques et financières. Dans ce cadre, l'idée et la finalité des cahiers d'études de la CNS est de donner des informations objectives sur des sujets spécifiques. À l'élaboration du concept s'ajoute, en 2017, l'établissement d'un premier programme d'études et la mise au point des principes de collaboration entre le département Finances et le service Décisions statistiques et décisionnelles.

En particulier, le Département a publié son premier cahier d'études relatif aux médicaments délivrés par les pharmacies hospitalières à des patients ambulatoires au mois de mars 2017. Ce premier cahier d'études a été transmis aux prestataires de soins de santé concernés, notamment aux hôpitaux et aux médecins, mais également au Ministre de la sécurité sociale, au Ministre de la santé, à l'IGSS, etc.

La fin de l'année a été marquée par l'élaboration du deuxième cahier d'études relatif aux dépenses liées à la grossesse et à l'accouchement entre 2006 et 2015. Ce deuxième cahier a été publié au mois de février 2018. Il y a lieu de préciser que ce cahier d'études a également été publié sur le site du Statec et transmis aux différents prestataires de soins de santé concernés par le sujet.

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 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.

Établissement du plan de travail de la stagiaire recrutée au mois de mars 2017 et des plans de travail des responsables des différents services du département. Tenue des entretiens individuels des personnes concernées par les plans de travail cités ci-dessus.

Gestion d'un groupe de travail composé d'agents du département Finances et du département International destiné à clarifier les différences entre les données du fichier liquidation du CISS et les données du décompte OUT E125 du CISS, à répondre aux points d'actions définis dans le rapport d'audit de l'IGSS concernant la convention belgo-luxembourgeoise, et aux questions relatives au compte comptable lié à la gestion des décomptes IN.



Représentation de la CNS auprès de l'EHFCN (European Healthcare Fraud and Corruption Network) en tant que membre du Comité exécutif de l'EHFCN et en gérant la trésorerie de celle-ci.

Membre du Conseil d'administration de l'ALOSS (Association luxembourgeoise des organismes de sécurité sociale)

Service Budget:

■ Budget assurance maladie-maternité et Budget assurance dépendance:

Établissement d'un plan de travail individuel pour chaque collaborateur dudit service;

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;

■ Budget administratif de la CNS:

Établissement d'un plan de travail individuel pour chaque collaborateur dudit service;

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;

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 Comptabilité générale:

Établissement d'un plan de travail individuel pour chaque collaborateur dudit service;

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 Service Comptabilité générale;

Comptabilisation des écritures de fin d'année, entre autres les dotations et prélèvements aux provisions et diverses régularisations;

Établissement du bilan fin d'année de l'assurance maladie-maternité et de l'assurance dépendance 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 comptabilisations des écritures d'amortissements en rapport avec le patrimoine, établissement du tableau d'amortissement, calculs et comptabilisations des écritures de ventes, et 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:

Établissement d'un plan de travail individuel pour chaque collaborateur dudit service;

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 et finaliser la première phase du projet relative aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité;

Traiter et gérer les retours-virements du service département Prestations en nature maladie-maternité 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;

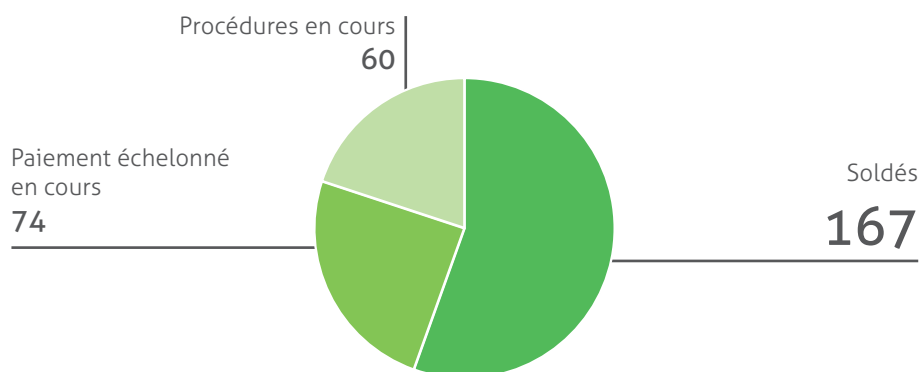
Pointage de divers comptes du plan comptable général dans l'outil Integrix;

Supporter les utilisateurs pour toute question relative à la liquidation PEN2 et au traitement des dossiers de recouvrement.

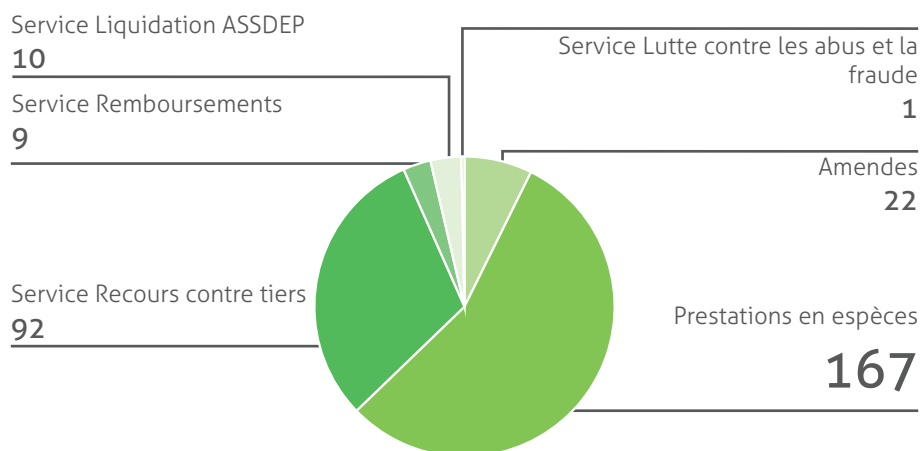


Les chiffres qui suivent se rapportent à l'exercice 2017.

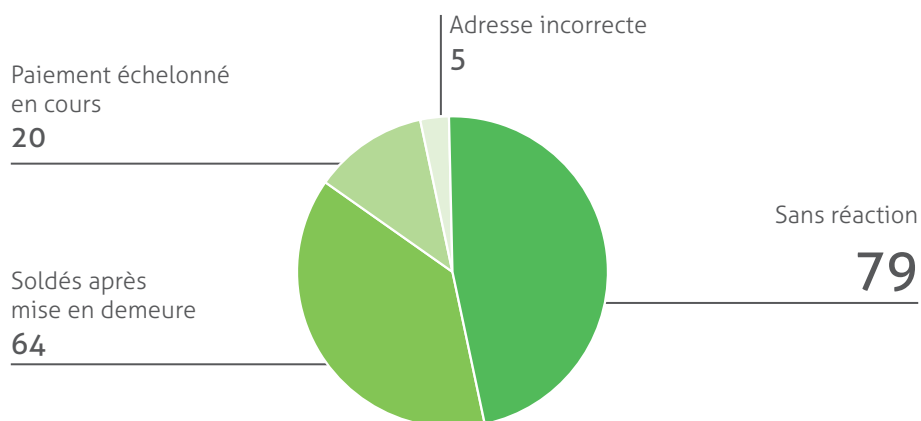
Cas suivis par le service Paiements PN et recouvrement



Provenance des dossiers du service Paiements PN et recouvrement



Détail des mises en demeure envoyées par le service Paiements PN et recouvrement





Rappels Service Paiements PN et recouvrement

Paiement échelonné
en cours

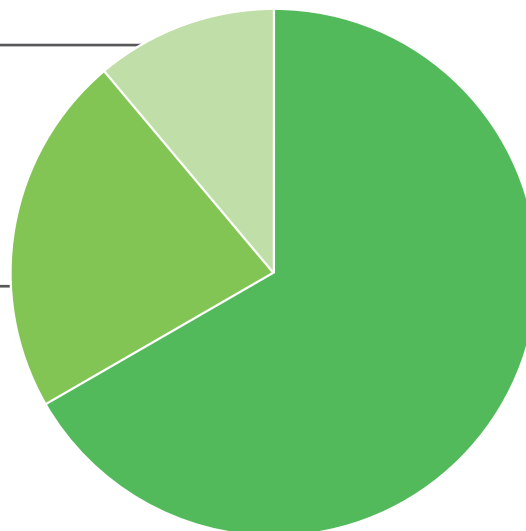
2

Soldés après rappel

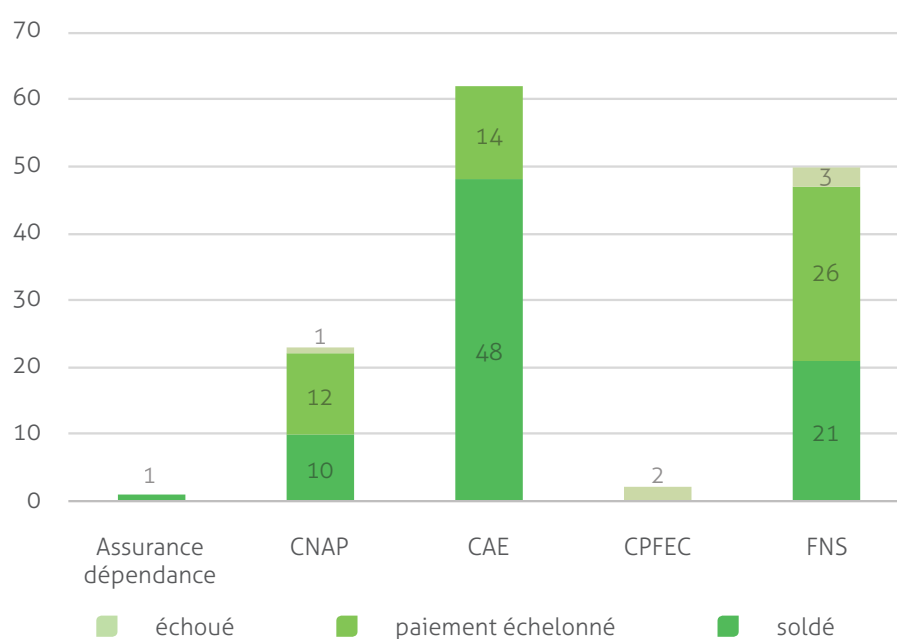
4

Sans réaction

12

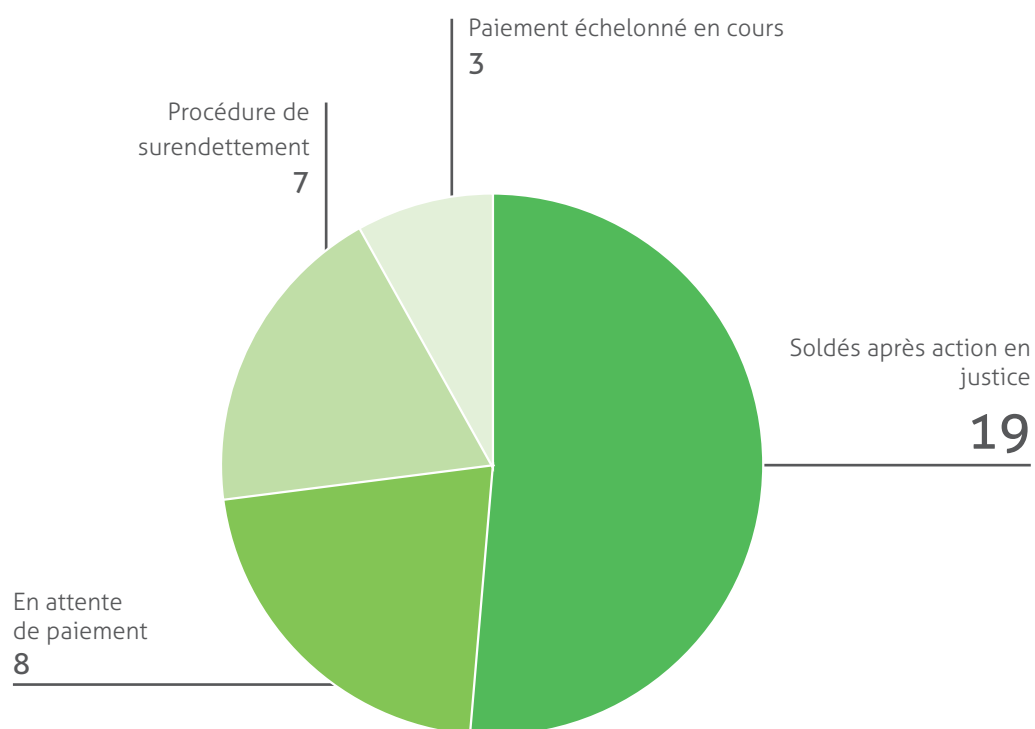


Détail des cas d'entraide administrative du service Paiements PN et recouvrement

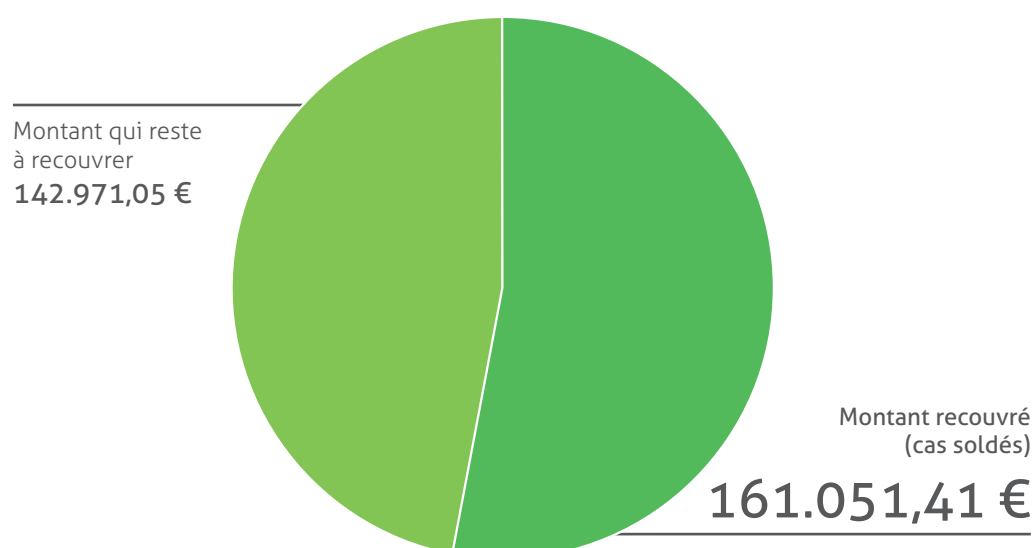




Actions en justice du service Paiements PN et recouvrement



Montants Service Paiements PN et recouvrement





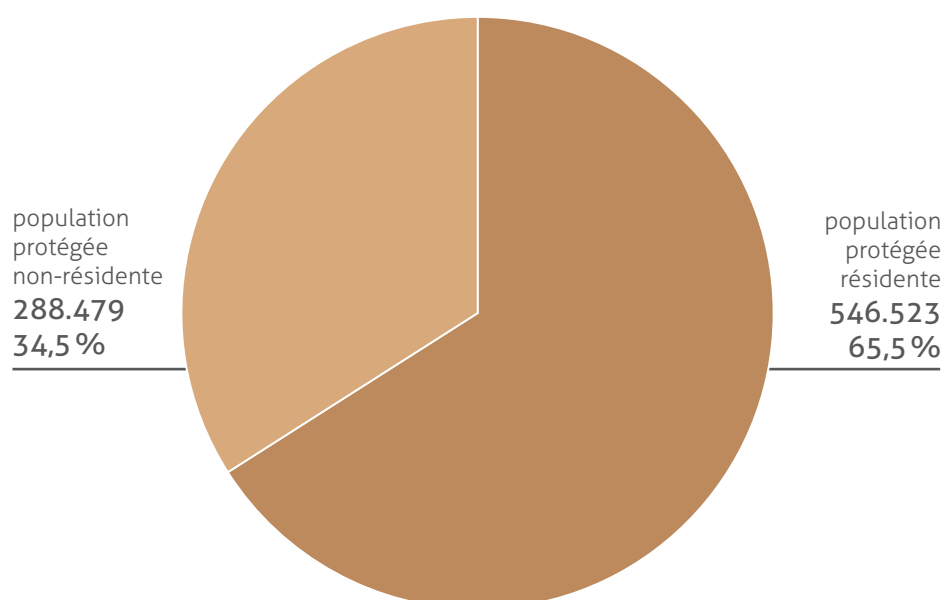
Les finances et chiffres-clés de la CNS



C. Les finances et chiffres-clés de la CNS

I. L'assurance maladie-maternité

Contexte démographique



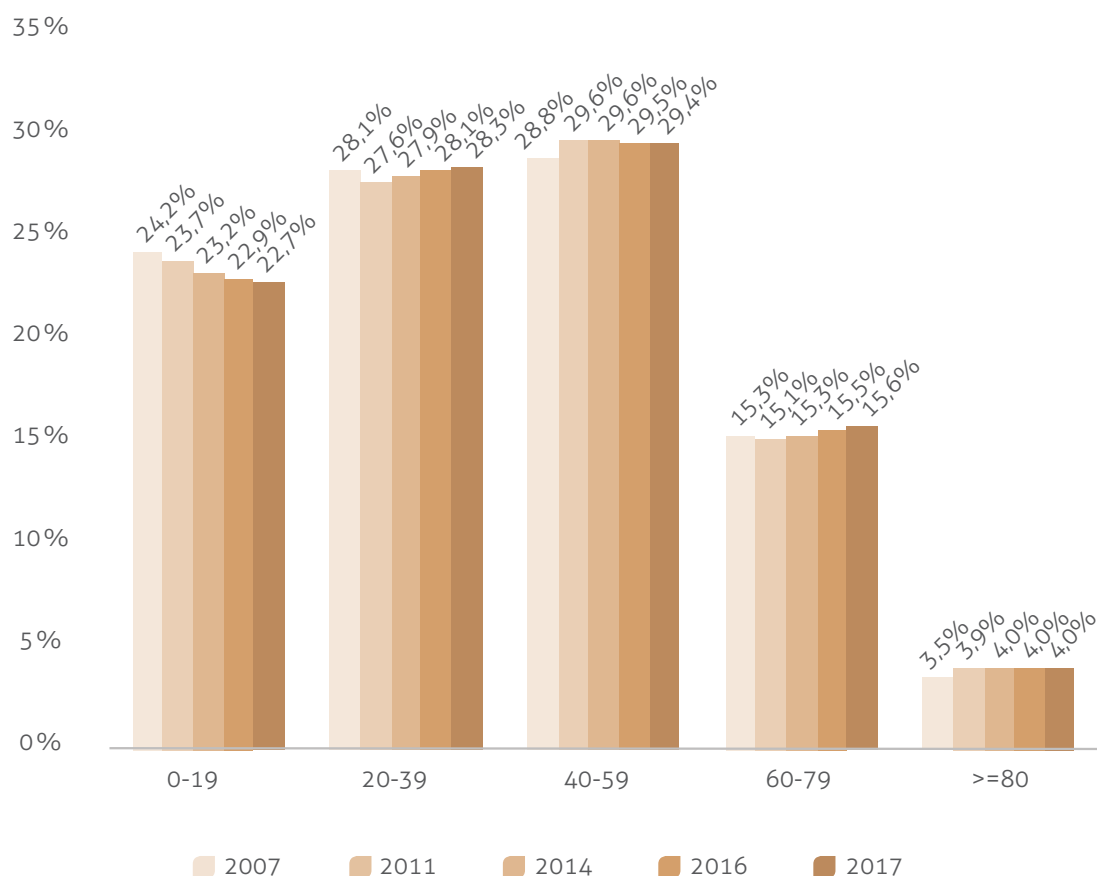
En 2017, la population protégée résidente atteint 546.523 personnes en moyenne annuelle et est en progression de 1,9% par rapport à 2016.

La population protégée non-résidente a connu en 2017 une augmentation de 4,3%, contre une augmentation de 3,8% en 2016.

En 2017, la population protégée totale atteint 835.002 personnes en moyenne annuelle et est en progression de 2,7% par rapport à 2016 (variation 2016/2015: +2,5%).

Le taux de croissance de la population protégée non-résidente (4,3%) dépasse le taux de croissance de la population protégée résidente (1,9%), de sorte que la population protégée totale évolue de 2,7% en 2017. La population protégée non-résidente représente 34,5% de la population protégée totale (34,0% en 2016). 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 66,0% en 2016 à 65,5% en 2017.

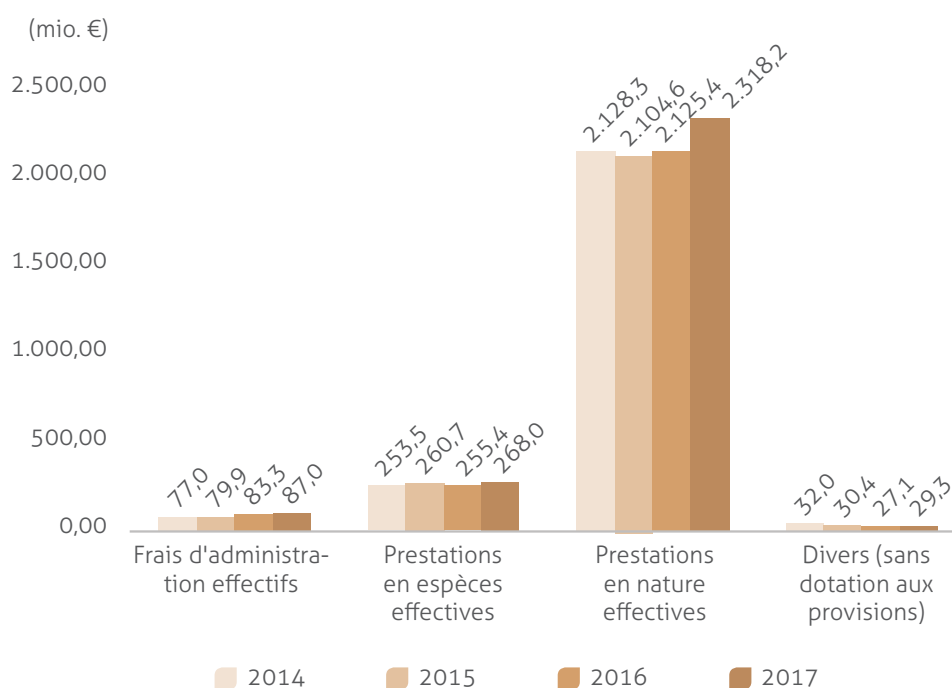
Structure d'âge de la population protégée résidente



Ce tableau reprend la structure d'âge de la population protégée résidente au 31 décembre. Comme en 2016, la part du groupe d'âge des personnes âgées entre 60 et 79 ans augmente très légèrement en 2017 (de 15,5% à 15,6%). La part des personnes âgées de 80 ans et plus augmentait 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 (de 28,1% en 2016 à 28,3% en 2017), alors que la part du groupe d'âge des 40 à 59 ans diminue très légèrement (29,5% en 2016 et 29,4% en 2017).

Dépenses effectives



En 2017, les dépenses effectives de l'assurance maladie-maternité s'élèvent à 2.702,4 millions d'euros, contre 2.491,2 millions d'euros en 2016, soit une hausse en valeur absolue de 211,2 millions d'euros. La hausse en valeur nominale s'élève à 8,5% et celle en valeur réelle à 5,8%. Le montant des dépenses effectives est obtenu en déduisant du montant des dépenses courantes le montant du prélèvement aux provisions de 399,5 millions d'euros.

Tout d'abord, les frais administratifs s'élèvent en 2017 à 87,0 millions d'euros. Ce montant se décompose en des frais administratifs comptabilisés de 86,9 millions d'euros, en une dotation aux provisions de 4,6 millions d'euros et en un prélèvement aux provisions de 4,6 millions d'euros réalisé en 2016. Ces

provisions concernent des frais administratifs à verser aux mutualités belges relatifs aux compléments.

Les frais administratifs effectifs augmentent de 4,5% en 2017, soit de 3,7 millions d'euros.

En particulier, les frais de personnel ont augmenté de 7,8% (+3,8 millions d'euros) en 2017. D'un côté, il y a lieu de remarquer que les traitements et salaires des actifs ont augmenté de 6,5% par rapport à 2016 (2016/2015: -0,3%) et d'un autre côté, la tendance des fortes croissances observées au niveau du personnel retraité subsiste, à savoir +13,8% (+1,2 million d'euros en valeur absolue) par rapport à 2016. En particulier, le nombre de pensionnés s'est accru de 18 personnes en 2017.

En ce qui concerne les prestations en espèces de maladie, les indemnités pécuniaires de maladie évoluent de +3,0% voire de +3,8 millions d'euros. Le montant de la dépense s'élève à 130,9 millions d'euros en 2017, contre 127,1 millions d'euros en 2016. Alors que les indemnités pécuniaires proprement dites ont augmenté de 2,1% (var. 2016/2015: -4,8%), les indemnités en cas de période d'essai ont, à nouveau, connu une croissance importante de 12,4%, contre +15,7% en 2016 et +10,3% en 2015. Suivant la statistique relative à la date prestation pour les années 2016 et 2017 (y compris les indemnités pécuniaires pour femmes de charge), le nombre de bénéficiaires en cas d'indemnités pécuniaires proprement dites a diminué de 0,7%, la durée moyenne par bénéficiaire a diminué de 2,1%, alors que l'indemnité moyenne brute par jour accordée a augmenté de 4,4%.

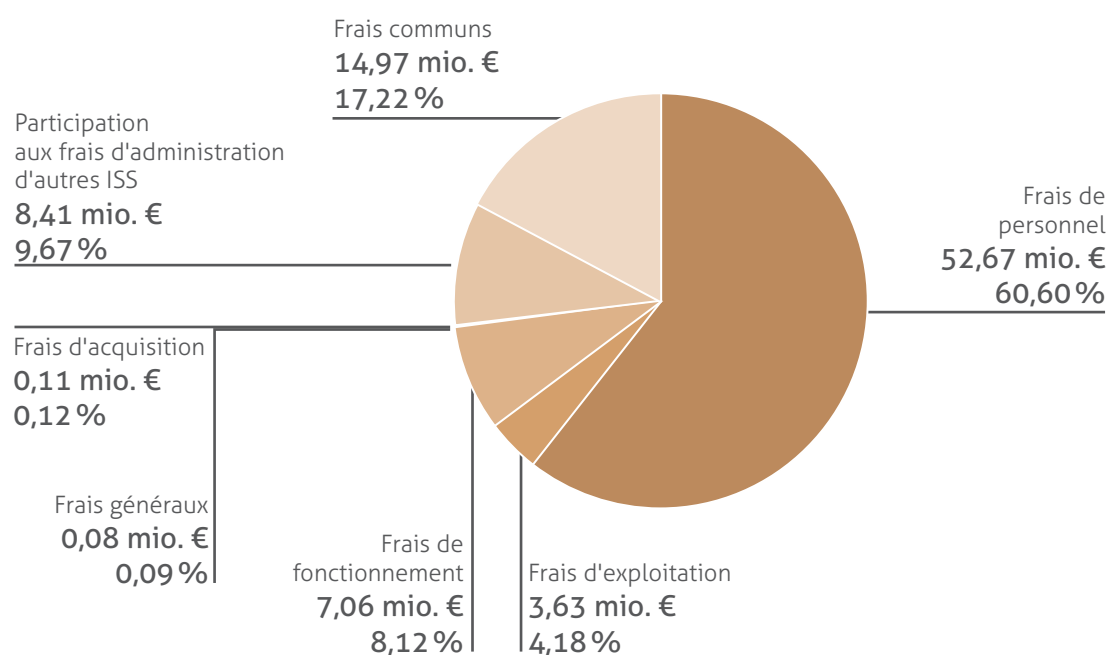
Concernant les prestations en espèces de maternité, celles-ci affichent également une croissance en 2017, à savoir de 6,8%, contre une diminution de 0,8% en 2016.

Alors que les indemnités pécuniaires de maternité proprement dites (99,3 millions d'euros), ainsi que celles pour protection de la femme enceinte (26,3 millions d'euros) ont augmenté de 7,2% (var. 2017/2016: -1,9%), les indemnités de congé pour raisons familiales ont évolué de 2,6% pour atteindre 11,5 millions d'euros (var. 2016/2015: +11,8%).

Parmi les dépenses pour prestations en nature, il faut souligner que les dépenses pour soins au Luxembourg augmentent de 9,6% en 2017 (+164,3 millions d'euros), contre +3,5% en 2016.

Les prestations en nature à l'étranger s'élèvent à 426,3 millions d'euros en 2017, ce qui correspond à une hausse de 27,8 millions d'euros ou de 7,0% (Var. 2016/2015: -8,2%). Ceci en tenant compte d'une provision de 233,0 millions d'euros, d'un prélèvement aux provisions de 265,0 millions d'euros, (d'un montant régularisé de 137,5 millions d'euros et d'un prélèvement aux régularisations de 88,9 millions d'euros).

Frais administratifs



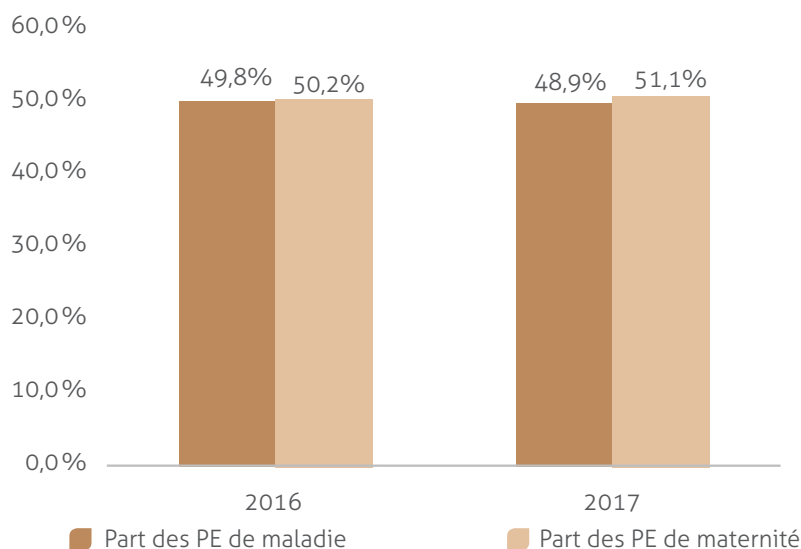
On constate que les frais de personnel représentent 61% du total des frais d'administration, contre 17% pour les frais communs (participation aux frais du Centre commun de la sécurité sociale). En calculant la part totale des deux postes dans l'ensemble des frais administratifs, celle-ci représente 78% 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, les frais généraux et les frais d'exploitation ne représentent plus que 22% des frais administratifs. En particu-

lier, ces cinq postes s'élèvent à 19,2 millions d'euros, contre une somme de 67,6 millions d'euros concernant 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 un montant de 76,05 millions d'euros, voire une part de 87,5%, de l'ensemble des frais administratifs en 2017.

Prestations en espèces



(en millions d'euros)	2016	2017	Var. en %
Prestations en espèces de maladie	127,1	130,9	3,0%
Prestations en espèces de maternité	128,3	137,0	6,8%
TOTAL	255,4	268,0	4,9%

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 :

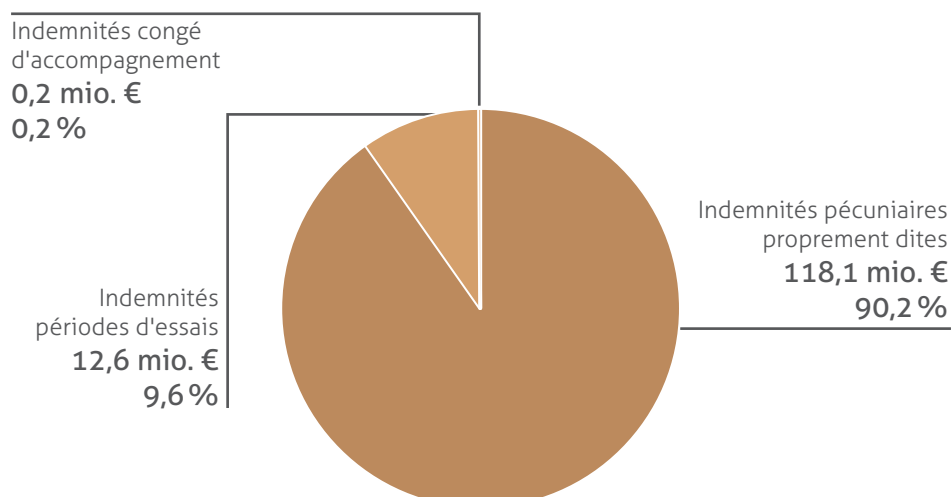
- prestations en espèces de maladie
- prestations en espèces de maternité.

En 2016, les indemnités pécuniaires de

maladie représentent 49,8% du total des indemnités pécuniaires, contre 50,2% pour les indemnités pécuniaires de maternité.

En 2017, les indemnités pécuniaires de maternité s'imposent aussi avec 51,1%, contre 48,9% pour les indemnités pécuniaires de maladie.

Prestations en espèces de maladie



Après une croissance modérée en 2015 (+3,6%) et une baisse en 2016 (-3,3%), les dépenses pour indemnités pécuniaires de maladie affichent en 2017 de nouveau une hausse de 3,0%. En effet, elles s'élèvent à 130,9 millions d'euros, contre 127,1 millions d'euros en 2016.

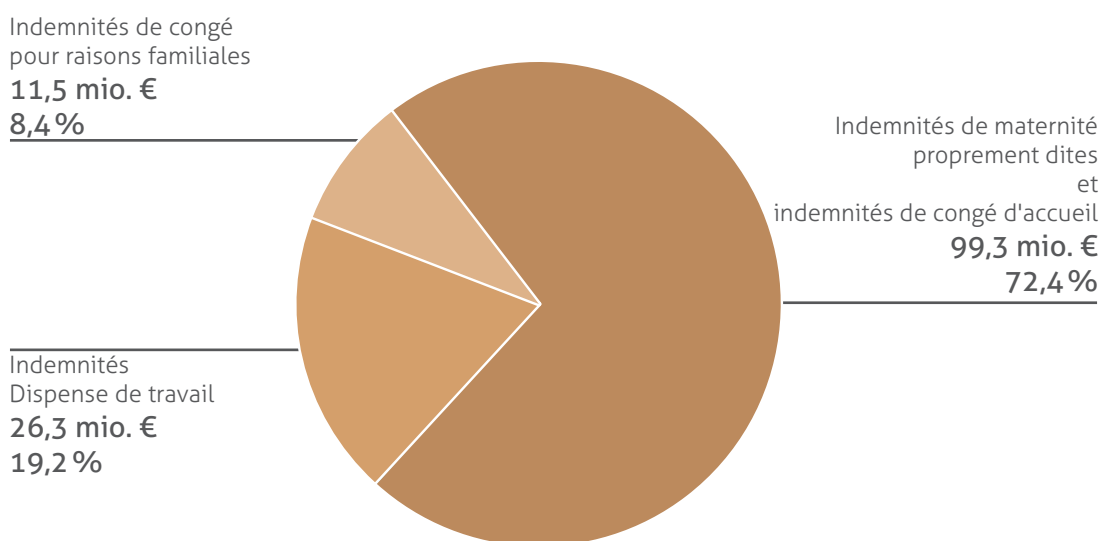
Une remarque importante s'impose: les tableaux et commentaires du présent document relatifs aux prestations en espèces de maladie se limitent aux dépenses à charge de la CNS, prises en charge à partir de la fin du mois comprenant le 77^{ème} jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs, et ne prennent pas en compte les indemnités à charge de la Mutualité des employeurs.

Le montant de 130,9 millions d'euros du poste des indemnités pécuniaires de maladie comprend les indemnités pécuniaires de maladie proprement dites pour

un montant de 118,1 millions d'euros (+2,1%), les indemnités pour périodes d'essai pour un montant de 12,6 millions d'euros (+12,4%) et les indemnités de congé d'accompagnement pour un montant de 0,22 million d'euros (+12,5%).

Le nombre d'assurés cotisants pour les prestations en espèces a évolué de +3,5% en 2017 (+3,2% en 2016). Il y a lieu de signaler qu'en 2017, il y a eu une variation de l'échelle mobile des salaires (+2,5%). 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 2017 entre 9,7 millions et 11,8 millions d'euros. L'évolution des indemnités pécuniaires au cours du premier semestre 2017 présente une baisse de 0,1% par rapport à la même période de 2016, et l'évolution du second semestre de 2017 présente une hausse de 5,3% par rapport à la même période de 2016.

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 in-

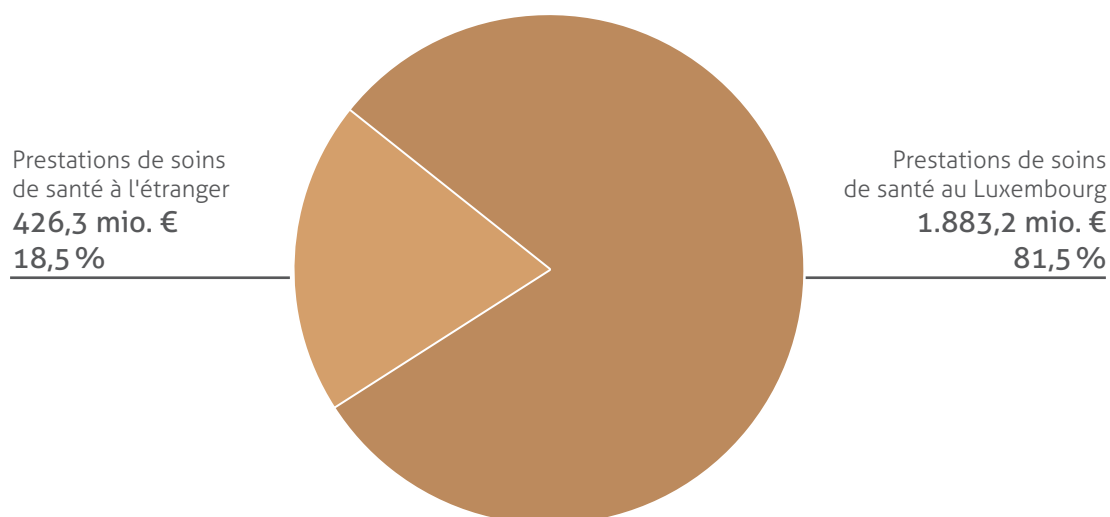
demnités relatives aux dispenses de travail (indemnités pour femme enceinte et indemnités pour femme allaitante) et les indemnités de congé pour raisons familiales (CPRF).

Après une croissance en 2015 (+2,1%) et une baisse en 2016 (-0,8%), les indemnités pécuniaires de maternité augmentent à nouveau en 2017, à savoir de 6,8% pour s'établir à 137,0 millions d'euros, contre 128,3 millions d'euros en 2016.

La représentation graphique permet de constater que les indemnités pécuniaires de maternité proprement dites repré-

sentent 72,4% en 2017 (2016: 72,2%) du total des prestations en espèces de maternité. Le deuxième poste le plus important est celui des dispenses de travail pour la femme enceinte ou allaitante avec 19,2% en 2017 (2016: 19,1%), et en troisième lieu figure le congé pour raisons familiales qui représente 8,4% en 2017 (2016: 8,7%) du total des prestations en espèces de maternité.

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

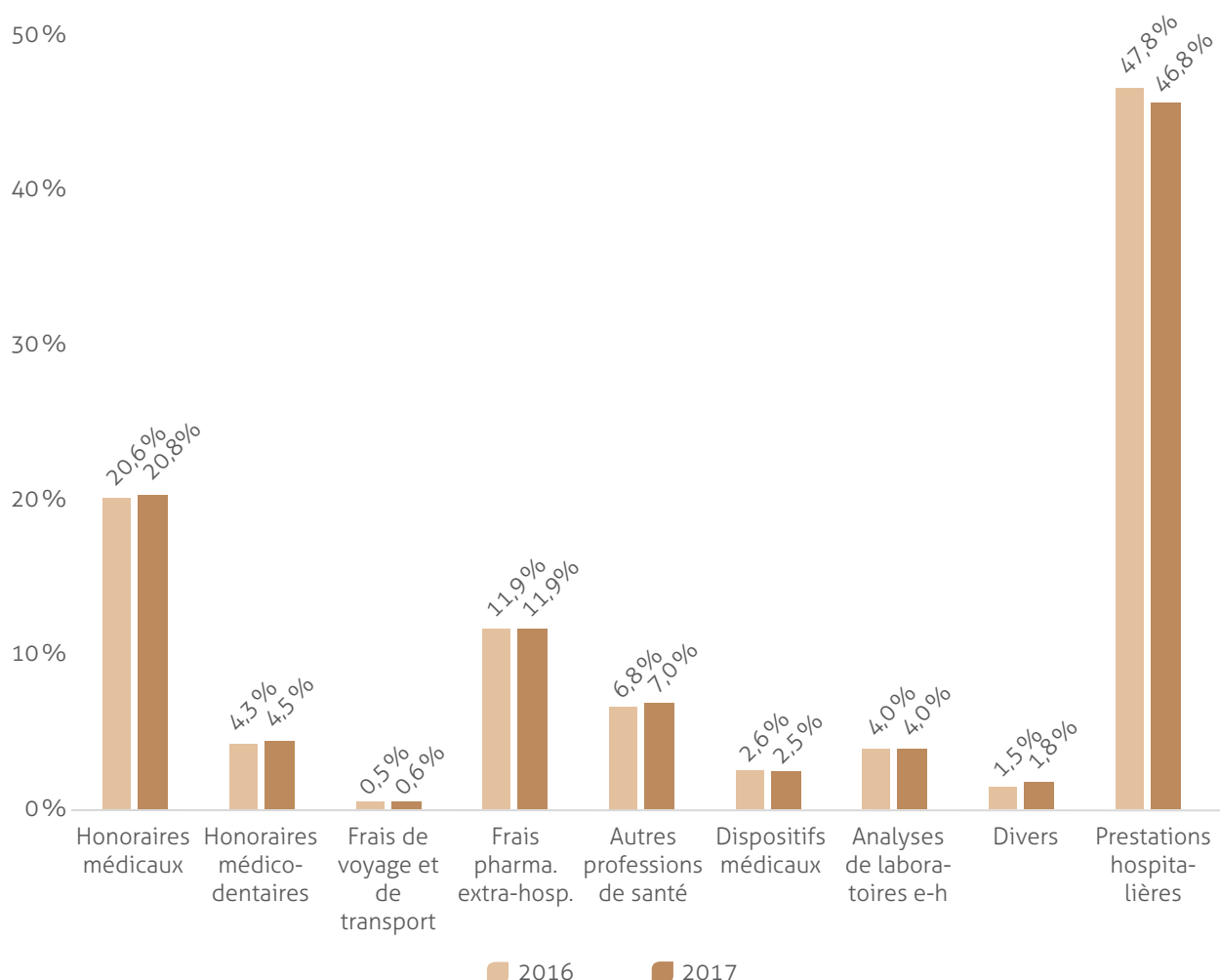


Par prestations en nature, on entend les prestations de soins de santé délivrées par les prestataires et fournisseurs aux assurés.

En tenant compte des corrections relatives aux provisions, les prestations de soins au Luxembourg, ont évolué de 9,6% en 2017, contre 3,5% en 2016.

Les prestations de soins de santé à l'étranger (après opérations sur provisions et après régularisations de fin d'exercice) augmentent en 2017, à savoir de 7,0% pour s'élever à 426,3 millions d'euros (var. 2016/2015: -8,2%). L'origine principale de ces variations importantes se trouve dans l'introduction différée des factures par les institutions étrangères.

Postes de prestations en nature au Luxembourg



Le graphique ci-dessus révèle que les poids des différents postes des prestations en nature au Luxembourg ne varient que légèrement de 2016 à 2017. Le poste le plus important est celui des prestations hospitalières, aussi bien en 2016 qu'en 2017, avec respectivement 47,8% et 46,8% de l'ensemble des prestations en nature au Luxembourg.

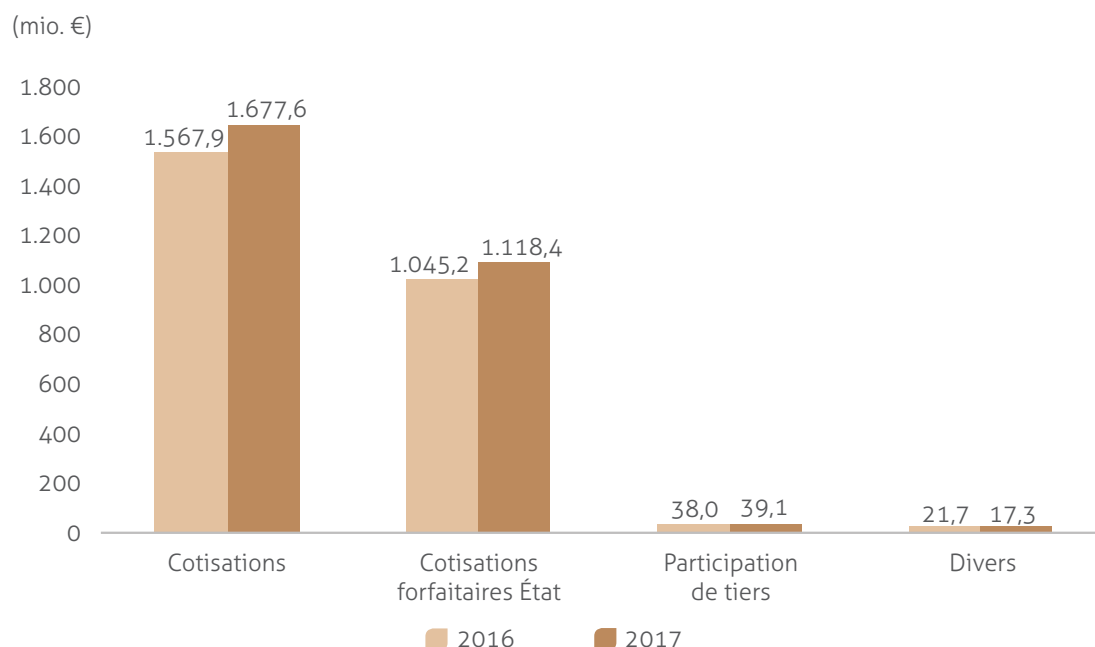
En deuxième position figurent les honoraires médicaux, avec respectivement 20,6% et 20,8% de l'ensemble des prestations en nature au Luxembourg.

Les frais pharmaceutiques extra-hospitaliers représentent le troisième poste le plus important, avec 11,9% aussi bien en 2016 qu'en 2017.

En quatrième lieu figurent les autres professions de santé, dont 7,0% de la totalité des prestations en nature au Luxembourg leur sont attribués en 2017 (6,8% en 2016).

Le poste «Divers» comprend la médecine préventive, les foyers de psychiatrie, les soins palliatifs, les indemnités funéraires et les cures.

Part des postes dans les recettes



En 2017, les recettes courantes atteignent 3.251,9 millions d'euros. Ceci correspond à une hausse de 7,0% par rapport à 2016. Elles sont de 150,0 millions d'euros supérieures aux dépenses courantes qui elles s'élèvent à 3.101,9 millions d'euros.

En déduisant le montant des prélèvements aux provisions de 366,2 millions d'euros en 2016 et de 399,5 millions d'euros en 2017, la hausse des recettes effectives s'élève à 6,7%. Ceci contre une hausse des dépenses effectives de 8,5%.

En 2017, les recettes en cotisations présentent une hausse de 7,0%, contre une hausse de 3,7% en 2016.

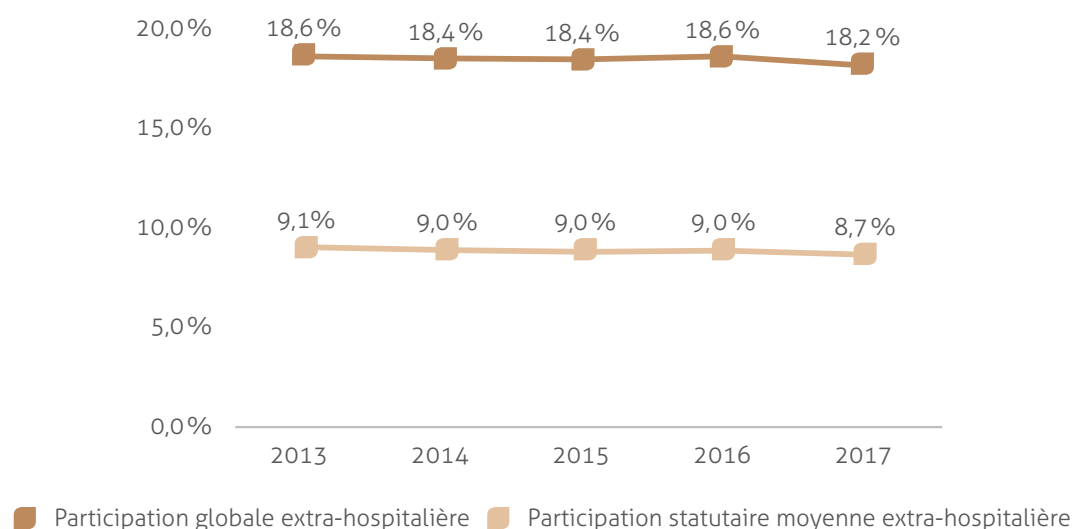
En particulier, l'année 2017 se caractérise par une croissance du nombre d'assurés actifs et volontaires cotisants pour prestations en nature de 3,4%, contre +3,0% en 2016. En 2017, il y a eu une revalorisation du salaire social minimum

et des minima et maxima cotisables de 1,40%. Les pensions du régime général et des régimes spéciaux ont bénéficié d'un ajustement de +0,90% à partir du 1^{er} janvier 2017. S'y ajoute la variation de l'échelle mobile des salaires de +2,50% en moyenne annuelle pour l'exercice 2017.

Le poste «Participation de tiers» a connu une évolution positive de 2,8% (+1,1 million d'euros), hausse principalement due à l'augmentation des frais d'administration remboursés par l'assurance dépendance de 6,2%, voire de 1,0 million d'euros.

La baisse des recettes diverses de l'ordre de 4,4 millions d'euros résulte essentiellement d'une baisse des produits financiers (-5,3 millions d'euros) et des pensions cédées par divers organismes de pension (-1,6 million d'euros), ainsi que d'une hausse des produits divers de 2,4 millions 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.

La participation statutaire des assurés dans les prestations en nature au Luxembourg s'élève à 5,1% en 2017, par rapport à 5,3% en 2016. Hors séjour à l'hôpital, la participation s'élève à 8,7% en 2017, contre 9,0% en 2016. La participation statutaire relative au séjour à l'hôpital s'élève à 1,0% en 2017.

La baisse de la participation statutaire des prestations dites «extra-hospitalières», donc hors séjour à l'hôpital, provient entre autres de la nouvelle

nomenclature mise en vigueur au niveau du poste «Kinésithérapeute» et d'une amélioration de la prise en charge des médicaments «antipsychotiques» portée de 80% à 100%.

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, et la participation statutaire ne représente donc pas l'intégralité de la participation personnelle des assurés. Ceci en raison des :

- dépassements de tarifs (dépassement sur devis auprès des dentistes, dépassement des tarifs des médecins pour hospitalisation 1re classe, etc.);
- convenances personnelles (CP1-CP7, CP8);
- actes non remboursés.

Au niveau du tableau ci-dessous, on estime le taux de participation globale des assurés par rapport aux prix facturés, ceci sur la base du montant brut des factures communiquées à la CNS. Il ne s'agit donc toujours pas de la totalité de la participation personnelle des assurés étant donné que le taux se limite aux factures introduites à la CNS.

Le taux de la participation global concerne uniquement les prestations dites «extra-hospitalières», donc hors séjour hospitalier.

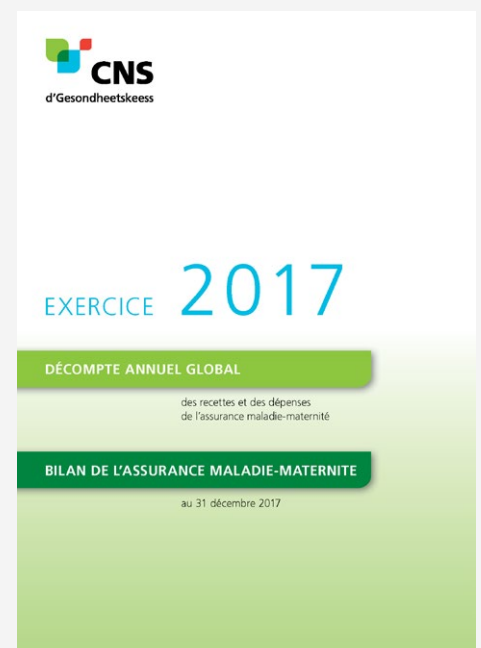
Cette participation se situe à 18,2% en 2017 (en dehors des frais d'hospitalisation), contre 18,6% en 2016. La participation la plus élevée se situe auprès des opticiens, à savoir 74,5% (2016: 74,6%), suivie par les honoraires médico-dentaires, à savoir 45,7% (2016: 46,8%). On note des reculs pour les honoraires médicaux (-0,2%), les honoraires médico-dentaires (-1,1%), les frais de voyage et de transport (-1,6%), les frais pharmaceutiques extrahospitaliers

(-0,9%), les frais de massage et kinésithérapie (-1,5%), les frais de psychomotricité (-0,1%), les dispositifs médicaux (-0,1%) et les opticiens (-0,1%). Pour les postes suivants, on observe des participations plus élevées: Soins infirmiers et de sages-femmes (+0,4%); Orthophonie (+0,7%) et Cures et foyers de psychiatrie (+0,7%). Les autres postes n'ont pas enregistré de changements.

Concernant les honoraires médico-dentaires, la baisse de la participation globale peut être liée aux adaptations statutaires au 1^{er} janvier 2017 concernant le détartrage et l'anesthésie. Concernant les frais pharmaceutiques et les kinésithérapeutes, il y a lieu de renvoyer aux commentaires concernant la participation statutaire.

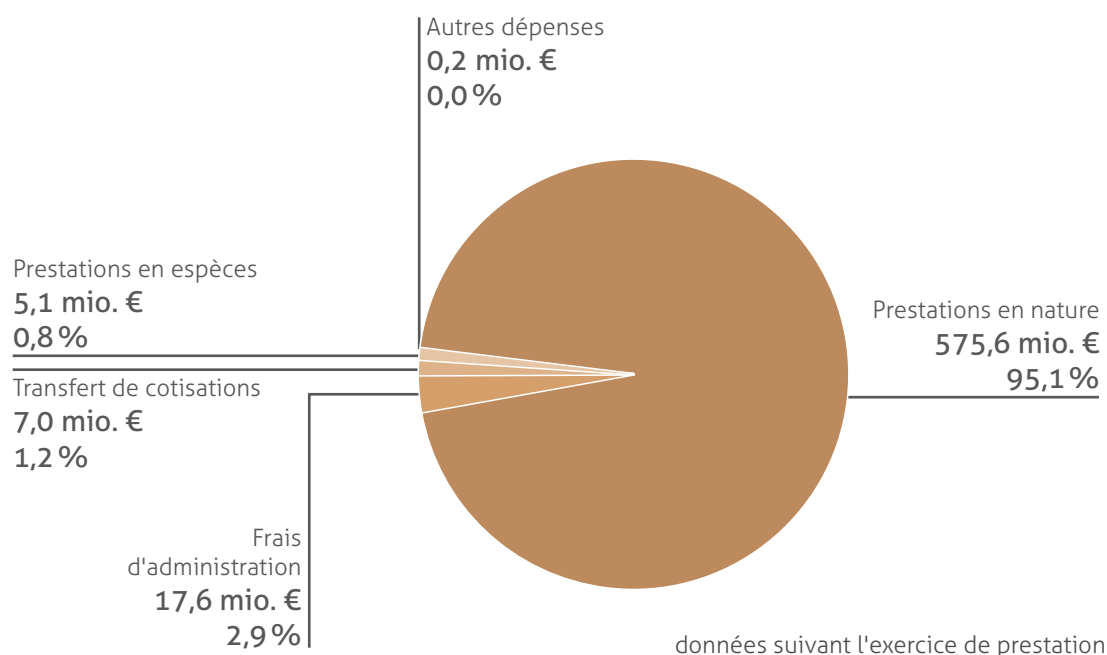
En date du 11 juillet 2018, le Comité directeur de la CNS a approuvé les comptes annuels et le bilan de clôture de l'année 2017 de l'assurance maladie-maternité.

Le document «Décompte des recettes et dépenses de 2017 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 2017



Ce graphique illustre suivant l'exercice prestation le poids des différents postes de dépenses par rapport à l'ensemble des dépenses de l'assurance dépendance.

Pour l'exercice 2017, les prestations en nature s'élèvent à 575,6 millions d'euros, contre 554,2 millions en 2016, soit une croissance de 3,9%. Or, ces montants ne correspondent pas aux montants pour prestations effectives de ces exercices.

Fin 2017, il subsiste des retards au niveau de la facturation des prestations en nature (24,6 millions d'euros), qui entraînent des retards au niveau de la liquidation des prestations en espèces, dont le montant se chiffre à 3,1 millions d'euros (voir explication au niveau du poste 67 «Dotation aux provisions»). S'y ajoute des décomptes non encore introduits de la part des institutions d'assurance maladie étrangères de l'ordre

de 11,7 millions d'euros. Par ailleurs, le présent décompte prévoit une provision relative à l'exercice prestation 2016 de l'ordre de 12,3 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 dans le cadre du paquet d'avenir. Ainsi, une dotation aux provisions pour prestations échues mais non liquidées de 51,6 millions d'euros a été comptabilisée en 2017.

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 2017, un montant de 7,0 millions d'euros (+1,7%) a été comptabilisé, contre 6,9 millions d'euros en 2016 (+12,8%). Fin 2017, 1.733 personnes (+7,1%) étaient affiliées auprès du Centre commun de la sécurité sociale au titre de l'article 355 du CSS, contre 1.618 personnes en 2016 (+8,4%).

Pour les prestations en espèces, les prestations en espèces proprement dites se distinguent des prestations en espèces subsidiaires. En effet, les prestations en espèces proprement dites correspondent aux allocations spéciales pour personnes gravement handicapées. Les prestations en espèces subsidiaires peuvent remplacer des prestations en nature, ceci uniquement en cas de respect de la condition suivante: la prestation en espèces doit être utilisée afin qu'une ou plusieurs personnes de l'entourage de la personne dépendante puissent assurer les aides et soins prévus par le plan de prise en charge à la personne dépendante à son domicile et ceci en dehors d'un réseau d'aides et de soins ou d'un établissement d'aides et de soins à séjour intermittent. Les prestations en espèces subsidiaires ne sont pas reprises séparément dans l'illustration ci-contre mais font partie des prestations en nature.

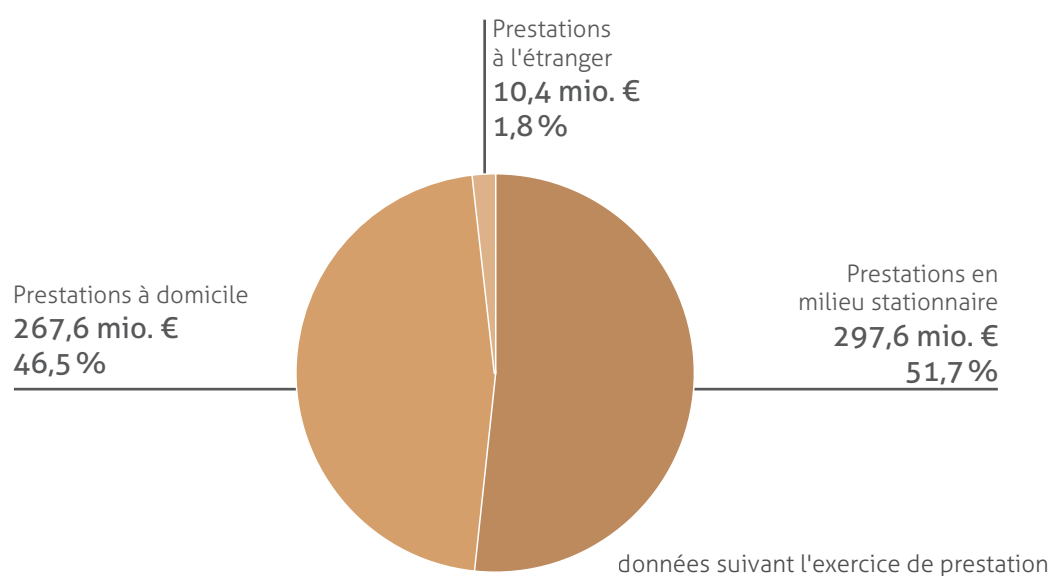
Les bénéficiaires d'une allocation pour personnes gravement handicapées maintiennent ce droit aussi longtemps que leur demande de prestations au titre de l'assurance dépendance pour la même période ne leur aura pas été accordée. Le montant de ces prestations s'élève mensuellement par cas à 89,24 euros au nombre cent de l'indice du coût de la vie, soit 709,05 euros à l'indice courant en 2017 (en moyenne annuelle). La CNS, en tant que gestionnaire de l'assurance dépendance, rembourse mensuellement les prestations pour personnes gravement handicapées au Fonds national de solidarité.

Après des diminutions de 4,6% en 2015 et de 4,4% en 2016, les allocations pour personnes gravement handicapées continuent à diminuer, à savoir de 1,2% pour s'élever à 5,1 millions d'euros en 2017.

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 17,6 millions d'euros en 2017, contre 16,5 millions en 2016 (+6,2%).

Le poste «autres dépenses» s'élève à 186.292 euros en 2017 et renferme les décharges et extournes (181.133 euros) et les dépenses diverses (5.159 euros).

Prestations en nature en 2017



En 2017, suivant l'exercice prestation, les prestations en milieu stationnaire représentent 51,7% de l'ensemble des prestations en nature (51,9% en 2016). 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, qui représentent en 2017 46,5% du total des dépenses en matière de prestations en nature (46,2% en 2016). Pour des besoins d'analyses dans le cadre du décompte de l'assurance dépendance, les trois types d'in-

tervenants 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, les prestations en espèces transférées à l'étranger se distinguent des prestations à payer aux institutions de sécurité sociale étrangères conformément aux conventions internationales.

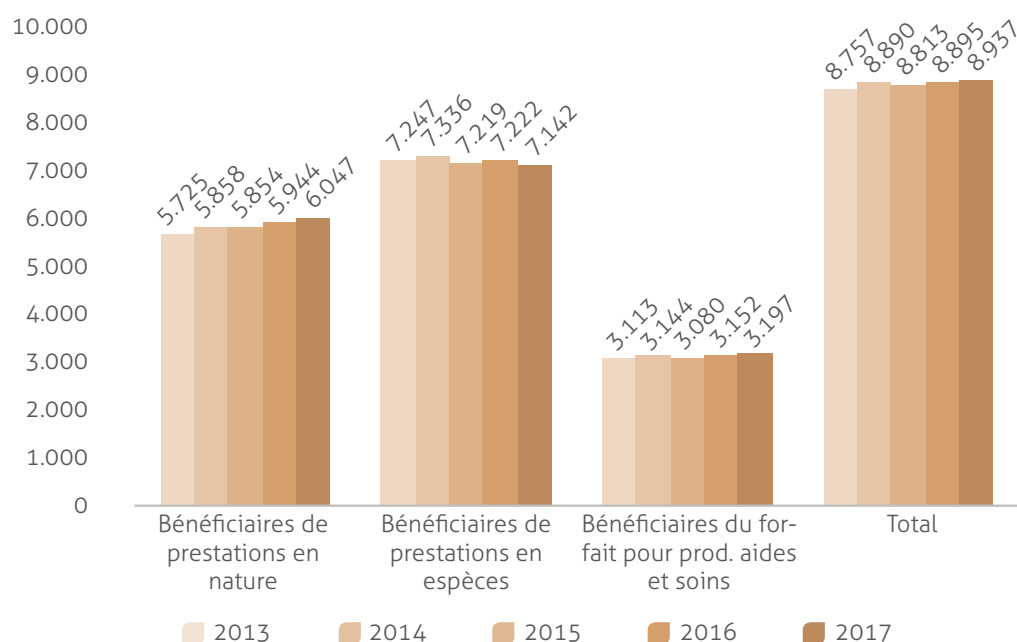
Bénéficiaires des prestations en nature en 2017

Bénéficiaires de prestations en nature au Luxembourg: **13.754** (+0,7%)

- Prestations à domicile*: **8.937** (+0,5%)
- Prestations en milieu stationnaire: **4.817** (+0,1%)

* 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 2017, le nombre moyen mensuel de bénéficiaires de prestations à domicile s'établit à 8.937 personnes (+0,5%), contre 8.895 personnes en 2016.

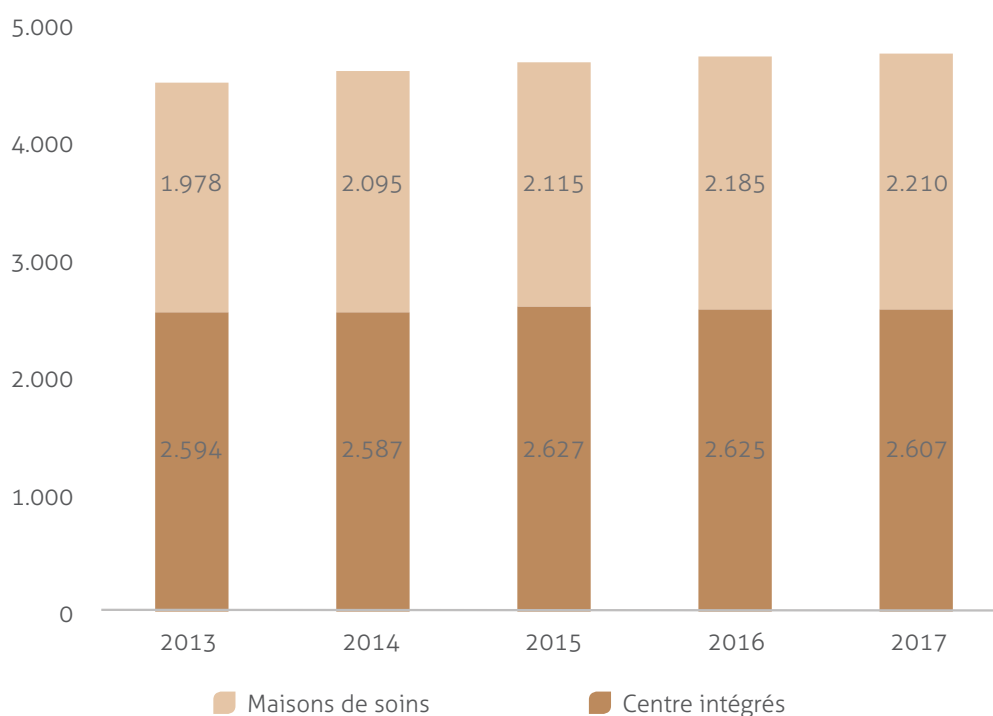
Après la baisse de 0,9% enregistrée en 2015, le nombre de bénéficiaires à domicile a évolué modérément en 2016 et en 2017. Depuis 2005, le nombre de bénéficiaires s'est accru de 47,8%. Le taux de croissance annuel moyen s'établit à 3,3% entre 2005 et 2017. Pour la période 2010 à 2017, le taux de croissance annuel moyen s'élève à 2,3%.

Parmi les bénéficiaires de prestations à domicile, 67,7% (6.047 personnes) touchent des prestations fournies par un réseau d'aides et de soins, un centre semi-stationnaire ou un établissement à séjour intermittent.

En 2017, 7.142 personnes en moyenne ont bénéficié de prestations en espèces, ce qui correspond à 79,9% 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 2017, ce montant forfaitaire mensuel s'est établi à 113,78 euros en moyenne à l'indice courant égal à 794,54. En 2017, environ 35,8% des personnes touchant des prestations à domicile ont bénéficié de ce forfait (35,4% en 2016).

Nombre moyen de bénéficiaires de prestations en établissements à séjour continu



Parmi les établissements d'aides et de soins, les établissements d'aides et de soins à séjour continu se distinguent des 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.

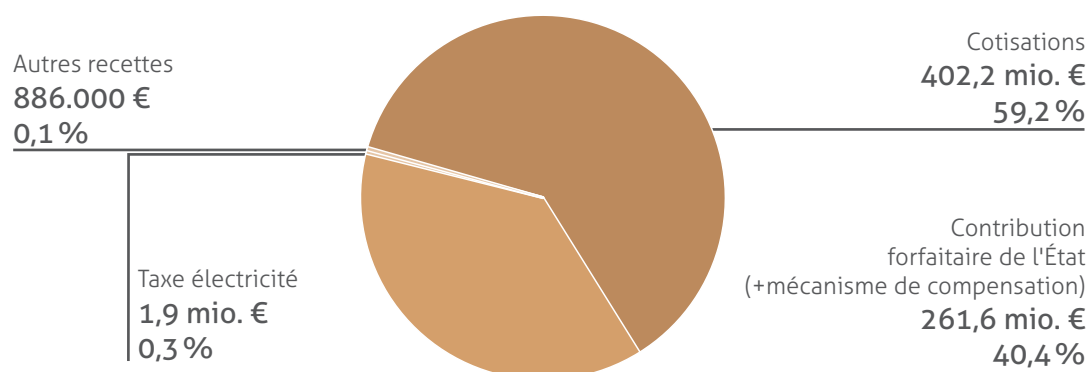
Les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent hébergent de jour et

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 2017, le nombre moyen de personnes dans les établissements d'aides et de soins se chiffre à 4.817 personnes (+0,1%), dont 2.607 personnes pour les centres intégrés (-0,7%) et 2.210 personnes pour les maisons de soins (+1,1%).

Depuis 2005, le nombre moyen de personnes a augmenté de 43,5%, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 3,1%. Depuis 2010, le taux de croissance annuel moyen s'élève à 2,4%.

Postes de recettes en 2017



Le montant total des cotisations de l'assurance dépendance s'élève en 2017 à 402,2 millions d'euros, contre 373,6 millions d'euros en 2016, soit une croissance de 7,7% en 2017, contre une croissance de 5,0% en 2016. Ce taux est influencé partiellement par l'adaptation de l'échelle mobile des salaires de 2,5% en 2017. Le taux de croissance réel obtenu en éliminant les effets de l'échelle mobile des salaires s'élève à 5,0% tout comme en 2016.

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 2017 s'élève à 250,9 millions d'euros, ce qui correspond à une hausse de 15,2% en 2017, contre une baisse de 5,9% en 2016.

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 (article 10 de la loi budgétaire des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2006). Le produit de cette redevance destiné à l'assurance dépendance atteint 1,9 million d'euros en 2017, tout comme en 2016.

S'y ajoute un montant de 10,7 millions d'euros pour le mécanisme de compensation, contre 11,1 millions d'euros en 2016. Le montant de 10,7 millions d'euros résulte d'un montant provisionné de 12,3 millions d'euros se référant à l'exercice prestation 2016 et de la restitution de 1,6 millions d'euros à la trésorerie de l'État. Cette restitution s'explique par la différence entre un montant provisionné en 2016 de 2,65 millions d'euros qui était trop élevé et le montant réellement comptabilisé de 1,1 millions d'euros en 2017.

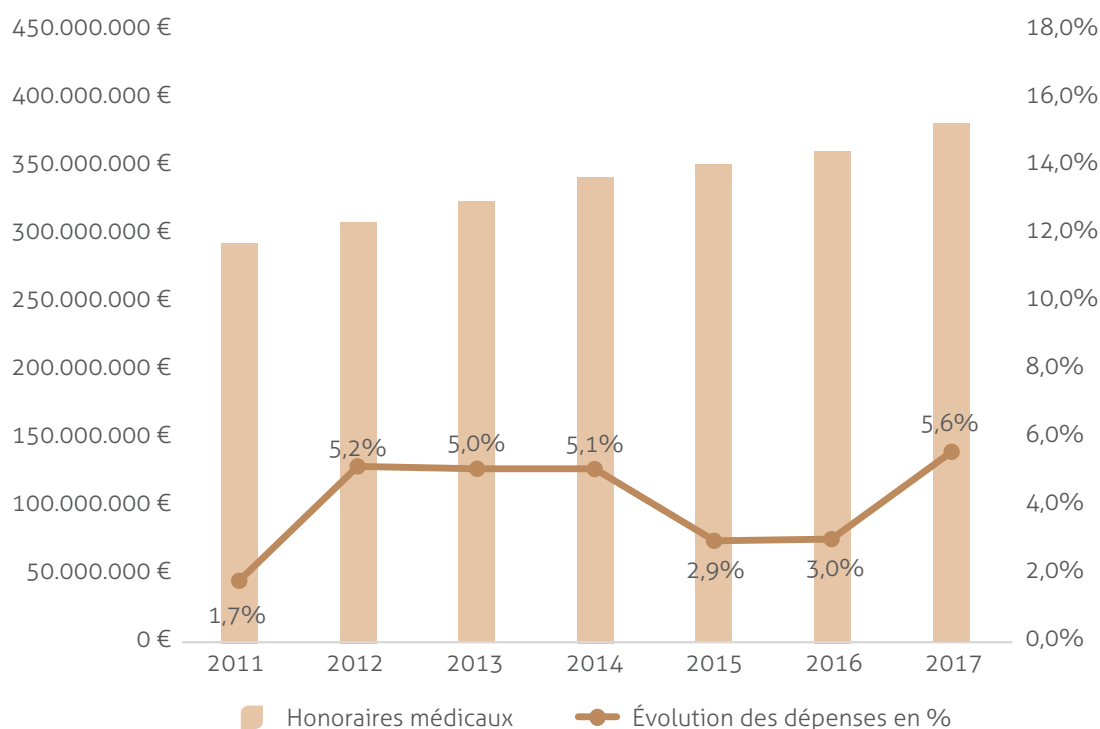
En date du 25 juillet 2018, le Comité directeur de la CNS a approuvé les comptes annuels et le bilan de clôture de l'année 2017 de l'assurance dépendance.

Le document «Décompte des recettes et dépenses de 2017 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 2011 et 2017

Honoraires médicaux



Les dépenses pour honoraires médicaux atteignent 381,4 millions d'euros en 2017, contre 293,2 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 4,5% entre 2011 et 2017.

Un ralentissement de l'évolution des honoraires médicaux est 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'except-

tion 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 allant de 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 5,1% 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 prestataires 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.

Les dépenses concernant l'exercice de prestation 2016 affichent une hausse de 3,0% par rapport à 2015. En 2016, l'échelle mobile des salaires n'a pas va-

rié et au niveau de la lettre-clé, il y a lieu de noter qu'au 1^{er} janvier 2016, le facteur de rattrapage des négociations de 2013/2014 a été déduit. Ces éléments permettent de conclure à une évolution de l'activité de l'ordre de +/-4,0% en 2016. La mesure d'économie sur les coefficients des actes techniques de la nomenclature des médecins décrits ci-dessus a été continuée jusqu'à la fin de l'exercice 2016.

Pour l'exercice prestation 2017, une hausse de 5,6% est constatée par rapport à 2016. Cette croissance provient entre autres d'une adaptation de l'échelle mobile des salaires de 2,5% et d'une évolution de la masse des coefficients. Concernant l'évolution de la masse des coefficients, il y a lieu de renvoyer aux négociations en relation avec la lettre-clé des médecins telle que prévue à l'article 67, alinéa 1^{er} du Code de la sécurité sociale, dans le cadre desquelles la Caisse nationale de santé et l'Association des médecins et médecins-dentistes ont décidé d'accorder à la profession médicale une augmentation de 1,01% de la lettre-clé, ce qui représentait le maximum par rapport aux dispositions prévues à l'article susmentionné. Ils ont également convenu dans cet accord d'appliquer le principe du vase communicant prévu à l'article 65, alinéa 13 du Code de la sécurité sociale, en neutralisant l'augmentation 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 santé, qui engendraient une diminution de 4,35% des coefficients de

presque l'ensemble des coefficients des actes techniques de la nomenclature médicale;

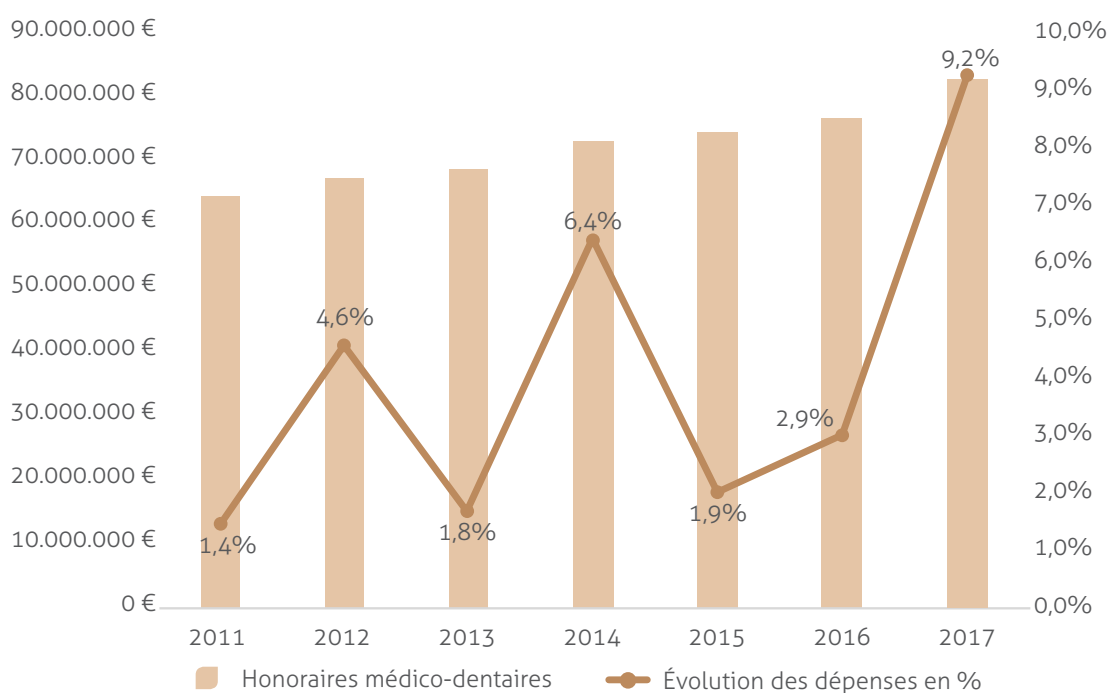
b. La diminution des coefficients d'actes d'imagerie médicale et des locations d'appareils jugés disproportionnés par les deux parties.

Sur base de cette masse de coefficients d'un total de plus de 3,5 millions d'unités, les deux parties ont convenu de procéder à une revalorisation sélective des actes et services de la nomenclature

médicale qui s'oriente selon les axes suivants:

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

Honoraires médico-dentaires



Les dépenses pour honoraires médico-dentaires atteignent 83,1 millions d'euros en 2017, contre 64,0 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 4,5% entre 2011 et 2017.

Un ralentissement de l'évolution des honoraires médico-dentaires est constaté en 2011. Cette évolution 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'économies 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 médico-dentaires 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 1,8% 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 la masse des coefficients. 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 0,65% pour les actes médico-dentaires, avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2013. Pour tenir compte de l'application tardive des résultats des négociations 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 si-

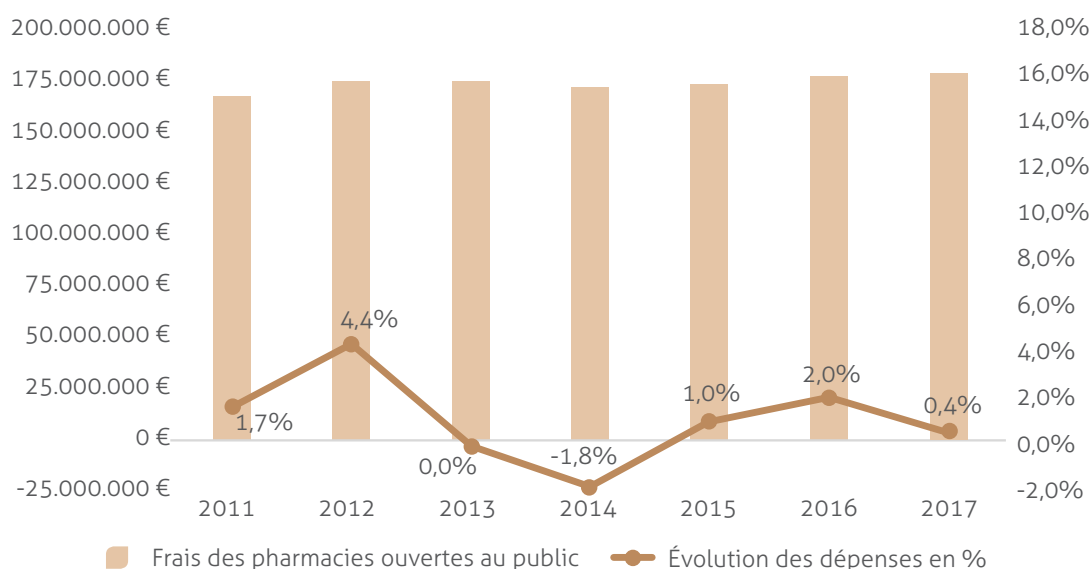
multanément effet au 1^{er} mars 2014 avec un impact total de 1,02%. À ceci s'ajoute une adaptation indiciaire des tarifs de 1,86% et une évolution de l'activité d'environ 3,4%.

L'évolution des honoraires médico-dentaires ralentit à nouveau en 2015 et atteint un niveau de 1,9%. Ceci s'explique en partie par un gel des lettres-clés sur base des décisions prises dans le cadre du budget nouvelle génération (BNG). 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 2,9% 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.

Pour l'exercice de prestation 2017, les dépenses affichent une évolution de 9,2% par rapport à 2016. La hausse observée en 2017 s'explique entre autres par une adaptation de l'échelle mobile des salaires de 2,5%, par une adaptation tarifaire de 1,01% et par l'introduction au 1^{er} janvier 2017 de mesures au bénéfice des patients, notamment en ce qui concerne les anesthésies et le détartrage.

Frais pharmacies ouvertes au public



Depuis le 1^{er} avril 2011, il y a lieu de différencier au niveau du poste «frais pharmaceutiques» entre les frais des pharmacies ouvertes au public et les frais pour médicaments à délivrance hospitalière. En effet, les médicaments à délivrance exclusivement hospitalière vers des patients en ambulatoire 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. En 2017, ces frais atteignent 174,7 millions d'euros, contre 164,7 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 1,0% entre 2011 et 2017.

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 concer-

nant 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%. En 2014, l'évolution de ces dépenses 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.

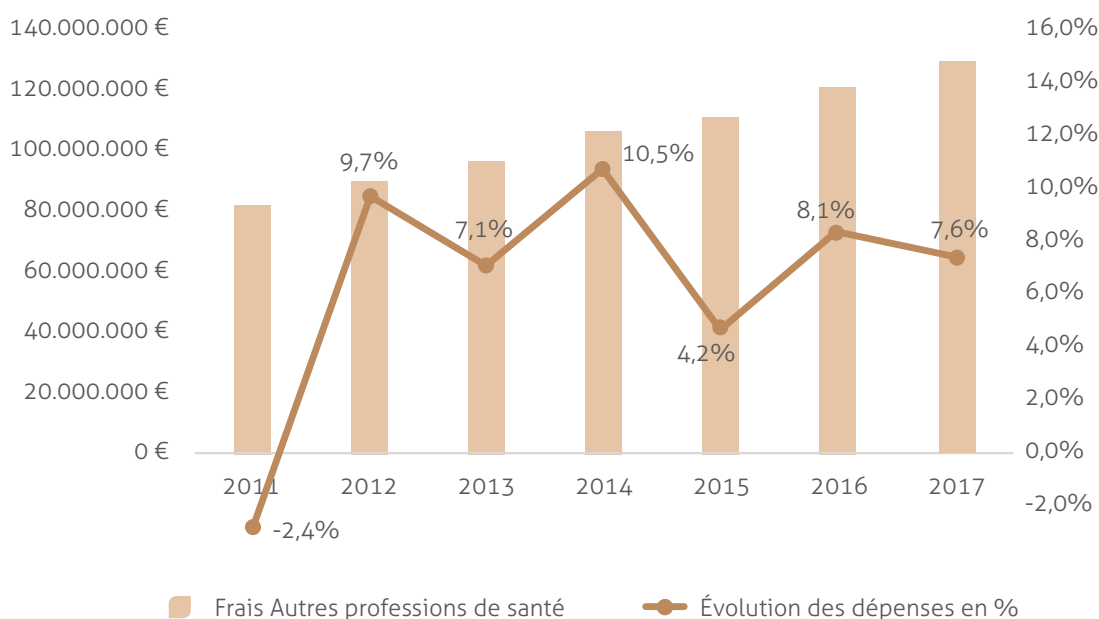
L'évolution des frais pour médicaments délivrés par les officines repart à la hausse à partir de 2015 avec une légère croissance de 1,0% en 2015 et une hausse de 2,0% en 2016.

Les dépenses des pharmacies ouvertes au public s'élèvent à 174,7 millions

d'euros en 2017, contre 174,1 millions d'euros en 2016 et affichent donc une croissance très faible de 0,4% par rapport à 2016.

Les médicaments à délivrance hospitalière n'apparaissent pas sur ce graphique, mais ils représentent approximativement 44,4 millions d'euros en 2017. En additionnant ces dépenses aux frais pharmaceutiques ci-dessus, on obtient une somme totale de 219,1 millions d'euros de frais pharmaceutiques en 2017.

Frais des autres professions de santé

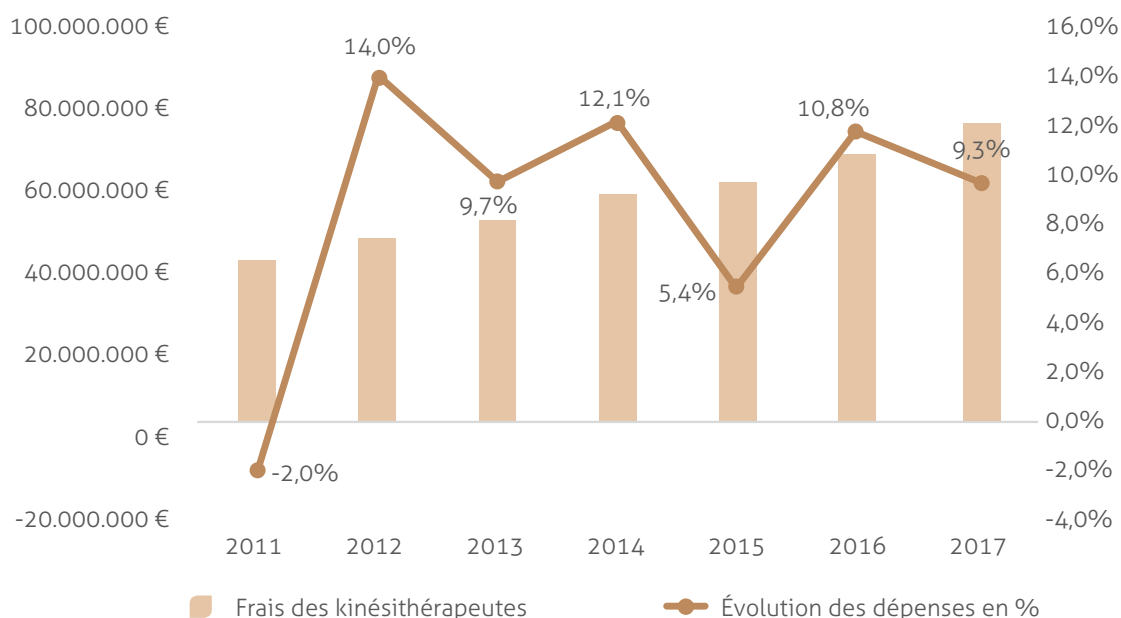


Sur la période allant de 2011 à 2017, les dépenses relatives aux « autres professions de santé » présentent de fortes croissances et regroupent les dépenses des kinésithérapeutes, des infirmiers, des sages-femmes, des psychomotriciens et des orthophonistes. Les frais des kinésithérapeutes et des infirmiers représentent 96,4% 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 129,0 millions d'euros en 2017, contre 82,0 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 7,8% sur la période observée.

a. Frais des kinésithérapeutes



Les dépenses pour kinésithérapeutes atteignent 76,8 millions d'euros en 2017, contre 42,9 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen important de 10,2% entre 2011 et 2017.

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) soient 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 pas-

sant 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 une 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 et atteint une croissance de 5,4%. Il y a lieu de noter qu'il n'y a pas eu d'adaptation indiciaire des tarifs en 2015 et que le budget nouvelle 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 10,8% 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.

L'exercice prestation 2017 affiche une hausse de 9,3% des dépenses par rapport à 2016. Au niveau des actes de kinésithérapie, il est important de signaler que le nombre de séances prises en charge est resté relativement stable entre 2016 et 2017 et qu'en conséquence, la croissance des dépenses pour les masseurs-kinésithérapeutes n'est pas le résultat d'une augmentation des volumes, mais de diverses évolutions au niveau des tarifs de la masse des coefficients.

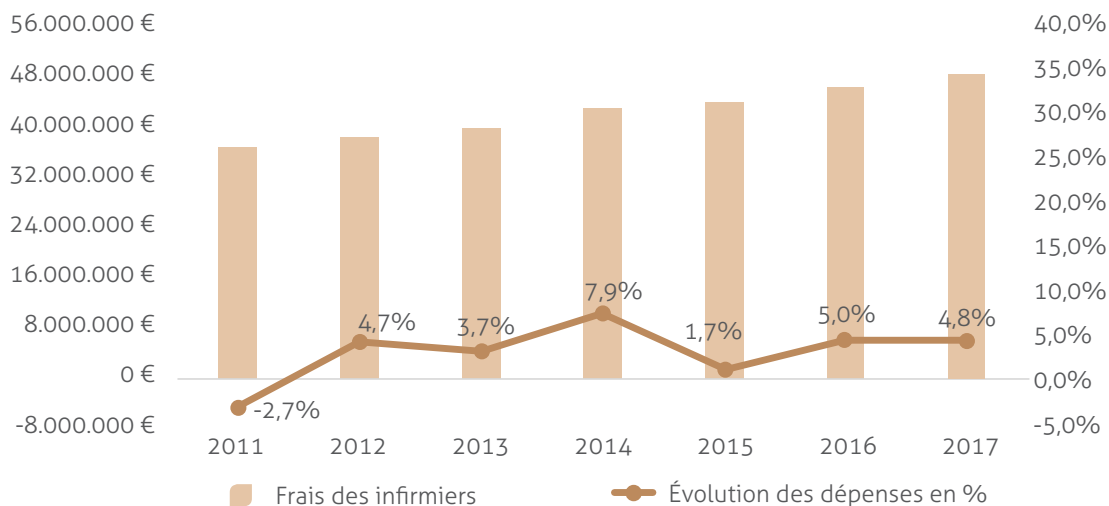
Concernant les tarifs, il faut tout d'abord tenir compte de l'évolution de l'échelle mobile des salaires et d'une hausse des

tarifs provenant d'une part d'une adaptation de la lettre-clé de 1,01% dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins pour 2017/2018 et d'autre part d'une adaptation extraordinaire de 3,0% de la lettre-clé prévue pour l'accompagnement des changements relatifs à la nouvelle nomenclature introduite au 1^{er} janvier 2017.

Lors de la fixation de la valeur lettre-clé applicable pour la nouvelle nomenclature, l'objectif principal était d'atteindre la stabilité des dépenses entre 2016 et 2017. Pour ce faire, le volume des nouveaux actes prestés en 2017 a dû être simulé sur base d'une table de correspondance entre les anciens et les nouveaux actes. Dans ce contexte, la fréquence des actes complexes à coefficient 1,2 (ZK11, ZK15 et ZK17) par rapport aux actes simples correspondants à coefficient 1,0 (ZK10, ZK14 et ZK16) a été sous-estimée. En réalité, la proportion des actes complexes prestés en 2017 a donc été plus importante que prévu dans la simulation ce qui a impacté les dépenses d'environ +1,5%.

Finalement, les mesures statutaires accompagnant la nouvelle nomenclature ont introduit des nouvelles conditions de prise en charge. Tandis que le taux de base restait au niveau de 70%, une prise en charge de 100% a été introduite pour les traitements post-chirurgicaux et pour une liste préétablie de pathologies lourdes.

b. Frais des infirmiers



Les dépenses pour infirmiers atteignent 47,4 millions d'euros en 2017, contre 36,2 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 4,6% entre 2011 et 2017.

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 3 actes englobent 72,5% 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 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 0,7% 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 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, l'année 2014 affiche 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 engendre une augmentation de 7,9% pour l'année en question.

Les honoraires d'infirmiers ont augmenté de 1,7% pendant l'exercice 2015. Cette évolution correspond d'un côté à une adaptation de la valeur lettre-clé 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 et les dépenses évoluent de 5,0% par rapport à 2015.

En 2017, les dépenses présentent une croissance de 4,8% par rapport à 2016; croissance qui tient compte de la variation de l'échelle mobile des salaires de 2,5%, des adaptations tarifaires de 1,01% et de la variation de la masse des coefficients de l'ordre de 1,2%. Dans le cadre des soins infirmiers, deux nouveaux actes forfaitaires ont été introduits en 2017, à mettre en compte par les réseaux d'aides et de soins pour les personnes dépendantes au sens des articles 348 et 349, alinéa 1 du Code de

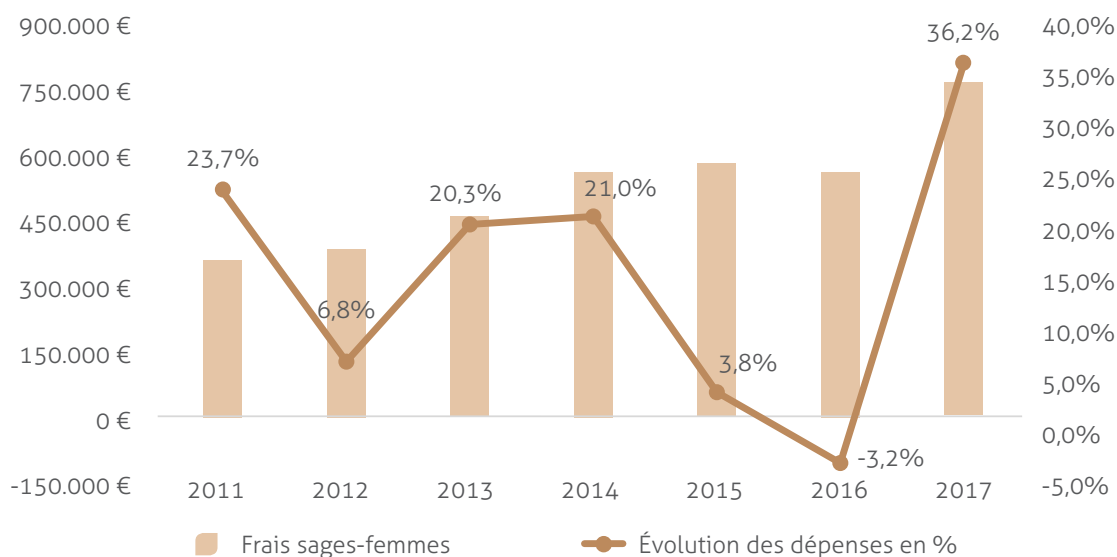
la sécurité sociale. Ces nouveaux forfaits remplacent tous les autres actes techniques précédemment mis en compte pour cette patientèle relativement importante, ce qui a causé un transfert des actes techniques de la nomenclature vers les actes forfaitaires.

Lors de l'analyse détaillée des données enregistrées pour le poste des soins infirmiers, on constate que les forfaits dans le cadre de l'assurance dépendance, dont les deux nouveaux forfaits dédiés aux réseaux d'aides et de soins, englobent 67,94% de toutes les prestations réalisées et 64,00% des frais pris en charge par l'assurance maladie-maternité. Le forfait de déplacement représente 11,82% de toutes les prestations réalisées et 6,57% des frais pris en charge.

Faite abstraction des forfaits susmentionnés, veuillez trouver ci-dessous le prorata par rapport au total des frais pris en charge des actes techniques représentant ensemble avec les forfaits ci-dessus plus que 90% des dépenses au niveau des actes et services infirmiers:

- N306 - Détersion, débridement mécanique et pansement d'une plaie nécrotique, d'une lésion ulcérée ou d'une brûlure étendue (4,58%)
- N308 - Bandage compressif ou bas de contention pour stase veineuse ou lymphatique pour affection aiguë de deux membres (4,14%)
- N209 - Prélèvement de sang capillaire et détermination de la glycémie des personnes diabétiques par glucomètre et injection sous-cutanée (3,71%)
- N106 - Prélèvement de sang veineux pour analyse (3,47%)
- N305 - Pansement pour plaies multiples (3,41%)
- N302 - Pansement pour plaies simples (3,01%).

c. Frais des sages-femmes



Les frais des sages-femmes s'élèvent à 766.376,6 euros en 2017, contre 359.961,1 euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 13,4% 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 à l'acte SD9 (frais de déplacement – frais de voyage par km parcouru d'après la carte officielle des distances) 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.

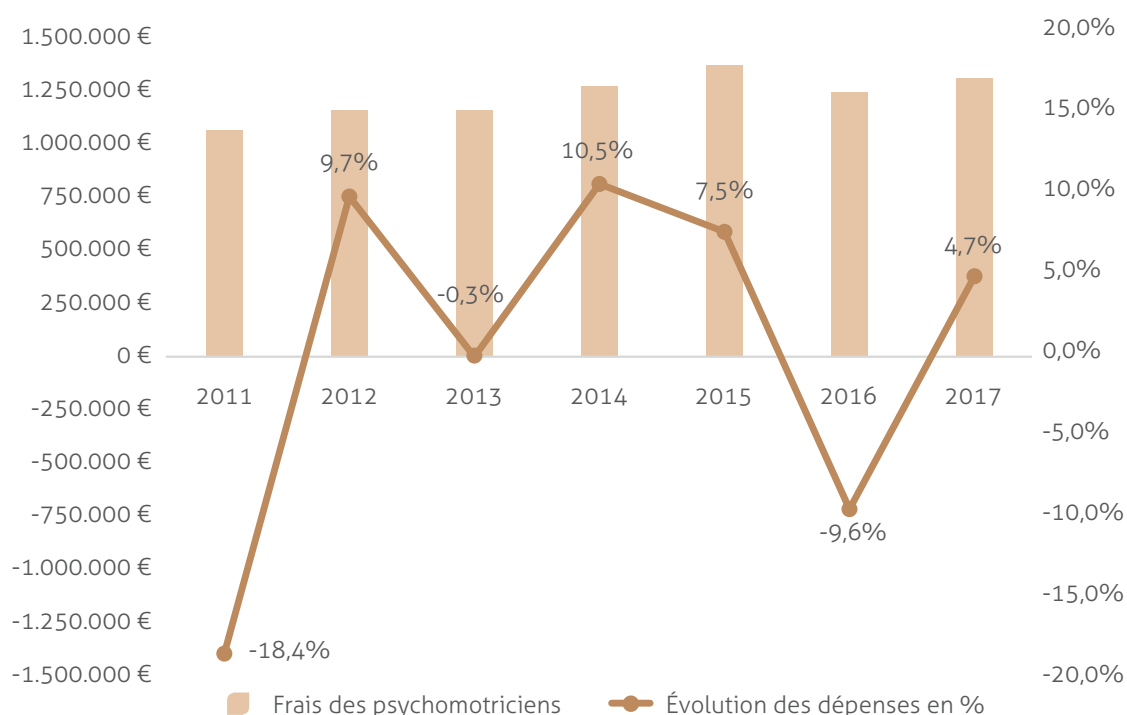
2015 est marqué par un ralentissement de la croissance par rapport à l'année précédente, ce qui est partiellement dû à une diminution de la valeur lettre-clé à indice 100 suite à la déduction du facteur de rattrapage en raison de l'application tardive des résultats des négociations 2013/2014. En particulier, il s'agit d'une hausse de 3,8%. Il reste à noter que les frais de déplacement constituent 71,1% des montants pris en charge.

En 2016, les dépenses pour soins des sages-femmes diminuent de 3,2% pour s'élever à 562.493,79 euros.

En 2017, les dépenses pour sages-femmes évoluent de 36,2%. Les fortes variations de ce poste de dépenses s'expliquent surtout par l'arrivée de nouvelles sages-femmes pour lesquelles leur activité s'ajoute à celle des

sages-femmes qui sont déjà présentes dans le système. D'autres facteurs qui expliquent l'évolution des dépenses du poste des sages-femmes sont l'évolution de l'échelle mobile des salaires de 2,5% et l'adaptation tarifaire de 1,01%..

d. Frais psychomotriciens



Les frais des psychomotriciens s'élèvent à 1.307.893,2 euros en 2017, contre 1.063.676,1 euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 3,5% 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 indi-

viduel 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, Y22 et Y51.

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

- Y21: régression de 4,6% (2014: + 8,0%);
- Y22: progression de 9,3% (2014: +11,4%);

- Y51: régression de 3,9% (2014: +5,9%).

Les valeurs lettres-clés à indice 100 qui correspondent aux rééducateurs en psychomotricité (0,39990) relatives à l'année 2014 n'ont pas subies d'adaptations par rapports à leurs valeurs respectives de l'exercice précédent.

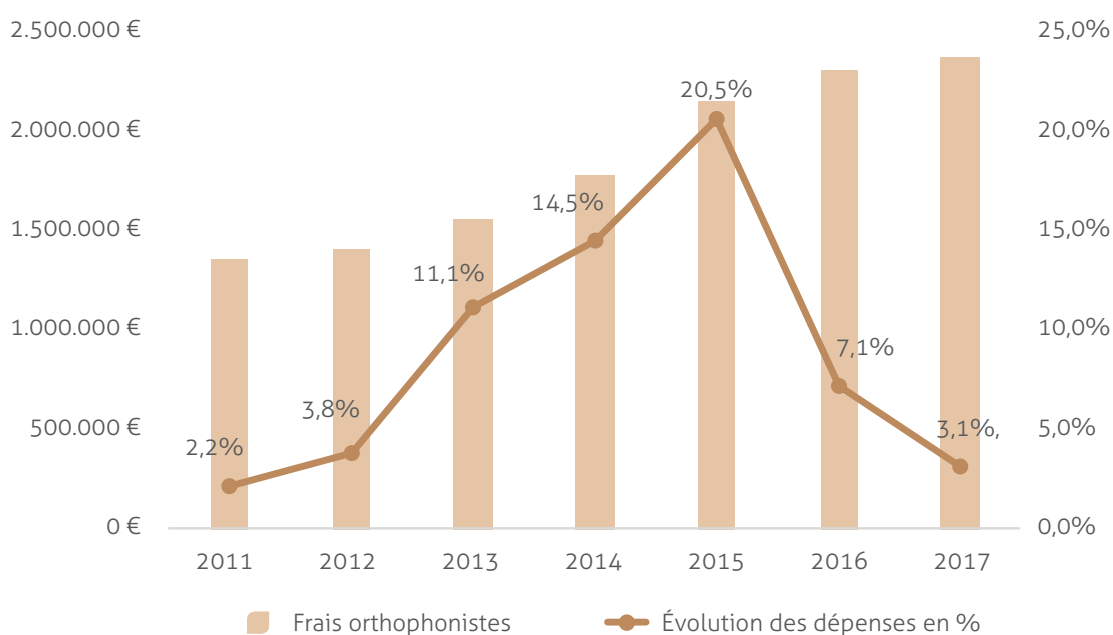
Suite aux dispositions de la loi budgétaire 2015, les valeurs des lettres-clés au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948 sont restées inchangées pour l'année 2015. Elles ont donc été fixées pendant la période du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2015 pour les actes 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 9,6% par rapport à 2015 et s'élèvent à 1.248.815,4 euros.

En 2017, les dépenses relatives au poste des psychomotriciens ont évolué de 4,7%. Cette évolution s'explique d'une part par l'évolution de l'échelle mobile des salaires de 2,5%, par l'adaptation de la lettre-clé de 1,01% et par une évolution de 1,2% de la masse des coefficients.

e. Frais orthophonistes



Les frais des orthophonistes s'élèvent à 2.367.994,9 euros en 2017, contre 1.347.976,4 euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 9,8% sur la période observée.

Après une évolution moins prononcée des dépenses concernant les actes des orthophonistes de 3,8% constatée en 2012, celles-ci évoluent 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'orthophonie 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, l'année 2014 se caractérise par une progression de 14,5%. 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, la rééducation orthophonique de l'enfant après l'âge de 4 ans et avant l'âge de 7 ans pour dyslalie universelle et la rééducation de l'aphasie et/ou de la dysarthrie après affection cérébrale aiguë, à partir du 7e mois de l'affection. En outre, les dépenses pour frais de déplacement subissent une hausse de près de 20,0% en 2014.

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

En 2015, on note également 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 7e mois de l'affection, la rééducation orthophonique de la dysarthrie et/ou de troubles de la déglutition par atteinte chronique et évolutive de noyaux gris centraux, la rééducation orthophonique de l'enfant après l'âge de

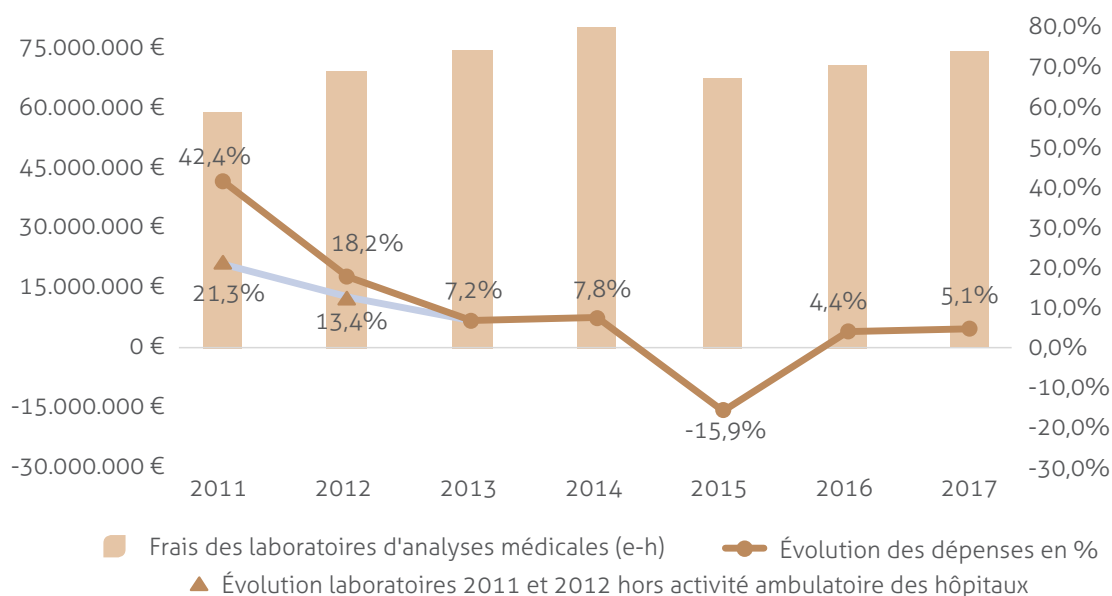
4 ans et avant l'âge de 7 ans pour dyslalie universelle et le traitement orthophonique des troubles du langage dans le cadre d'un handicap mental d'origine génétique.

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 7,1%. 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 7e mois de l'affection, la rééducation orthophonique de l'enfant après l'âge de 4 ans et avant l'âge de 7 ans pour dyslalie universelle, 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).

En 2017, les dépenses relatives au poste des orthophonistes ont évolué de 3,1%. Cette évolution s'explique d'une part par l'évolution de l'échelle mobile des salaires de 2,5%, par l'adaptation de la lettre-clé de 0,51% et par une évolution très faible de 0,1% de la masse des coefficients.

Laboratoires



Au niveau des laboratoires, il y a lieu de noter une croissance de 42,4% en 2011. Cette hausse s'explique par le transfert au 01.04.2011 de l'activité des laboratoires hospitaliers pour les patients en ambulatoire depuis le poste des frais des hôpitaux vers le poste des frais des laboratoires extra-hospitaliers. En excluant cet élément, la croissance s'élève à 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.

Les dépenses sur ce poste évoluent entre 7,0% et 7,8% en 2013 et 2014. Le 1^{er} janvier 2015, une diminution de la lettre-clé de 20,0%, ce qui résulte en une baisse des dépenses de l'ordre de 15,9% en 2015. L'activité a donc évolué de l'ordre de +/-4% en 2015. Ce niveau de l'évolution de l'activité est aussi constaté en 2016 avec une croissance des dépenses de 4,4% pour l'année 2016.

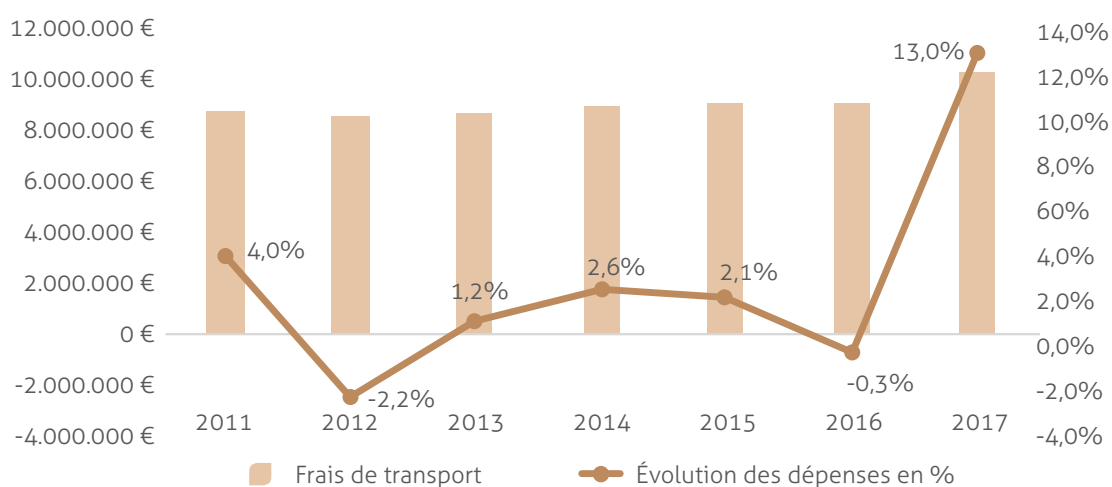
Les laboratoires privés affichent une hausse de 12% en 2016 et les dépenses relatives à l'activité des hôpitaux pour des patients en ambulatoire diminuent de +/- 37%. L'évolution de l'ensemble des dépenses du poste laboratoires extra-hospitalières s'explique en 2016 entre autres par les éléments suivants. 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 de l'hôpital HRS. Enfin, en 2016, les dépenses représentent un montant de 70,2 millions d'euros.

En 2017, les dépenses s'élèvent à 73,8 millions d'euros. À noter que suivant l'exercice de prestation, les laboratoires privés évoluent de l'ordre de 8,0% en 2017 par rapport aux laboratoires des hôpitaux pour lesquels les dépenses diminuent de l'ordre de 33,0% en 2017. L'évolution des dépenses des laboratoires tout comme celle des laboratoires

privés s'expliquent en partie par l'activité du CHEM relative aux analyses de laboratoires pour patients en ambulatoire qui a été reprise par un des laboratoires privés au début de l'année 2017. En tenant compte de l'évolution de l'ordre de 10% des dépenses pour le compte du LNS et

de l'évolution des analyses faites par les médecins et les autres laboratoires, la croissance totale du poste « laboratoires d'analyses médicales » s'élève à 5,1% en 2017.

Frais de transport



Les dépenses pour frais de transport atteignent 10,3 millions d'euros en 2017, contre 8,9 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 2,6% entre 2011 et 2017.

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. Entre 2009 et 2016, 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. L'augmentation 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 2011, tout comme les frais relatifs aux transports en ambulances et les frais de transport par air.

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, seules 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 2,1% 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» 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

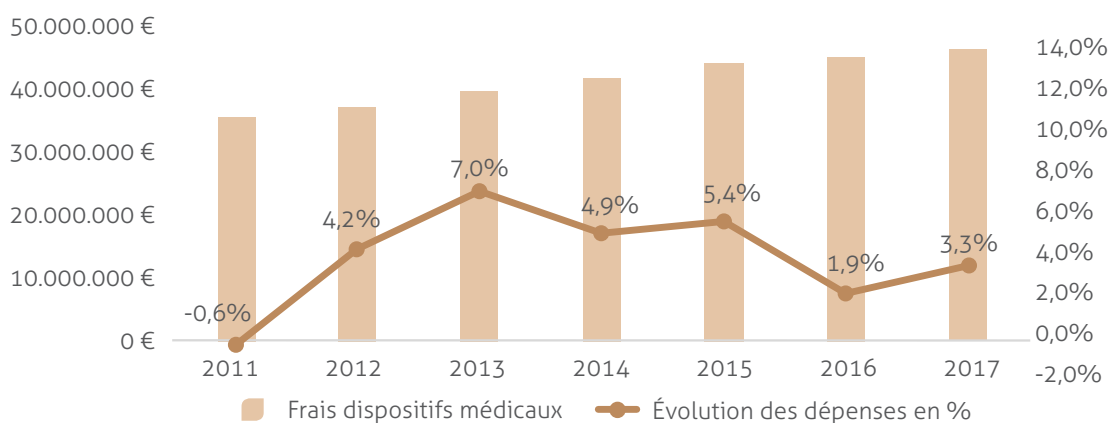
retenue au niveau de la convention. De même, elle prévoit la prise en charge exceptionnelle d'une distance maximale de vol entre l'hôpital de départ et l'hôpital de destination de 600 km. Auparavant, la distance maximale de vol prise en charge par l'assurance maladie-maternité était de 400km.

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.

En 2015, l'évolution de 2,1% 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. En 2016, les frais de transport présentent une quasi-stagnation de leur évolution ceci avec une légère baisse de 0,3%.

Finalement en 2017, les dépenses pour frais de transport s'élèvent à 10,4 millions d'euros et présentent une évolution de 13,0% qui s'explique par une forte hausse de 18,8% au niveau des transports en taxi et par une croissance de 10,0% au niveau des transports par air. Pour le LAR en particulier, il y a lieu de noter que les tarifs ont augmenté de 44,55 euros à 53,22 euros au 1^{er} août 2017.

Frais dispositifs médicaux



Les dépenses pour dispositifs médicaux atteignent 46,7 millions d'euros en 2017, contre 36,0 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 4,4% entre 2011 et 2017.

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

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. Par ailleurs, il y a lieu de noter que les produits diététiques sont à charge du budget de l'assurance maladie-maternité à partir de 2011. Globalement les dépenses liées aux dispositifs médicaux ont diminué de 0,6% en 2011. Les dépenses liées aux dispositifs médicaux ont évolué entre 4,2% et 7% entre 2012 et 2016.

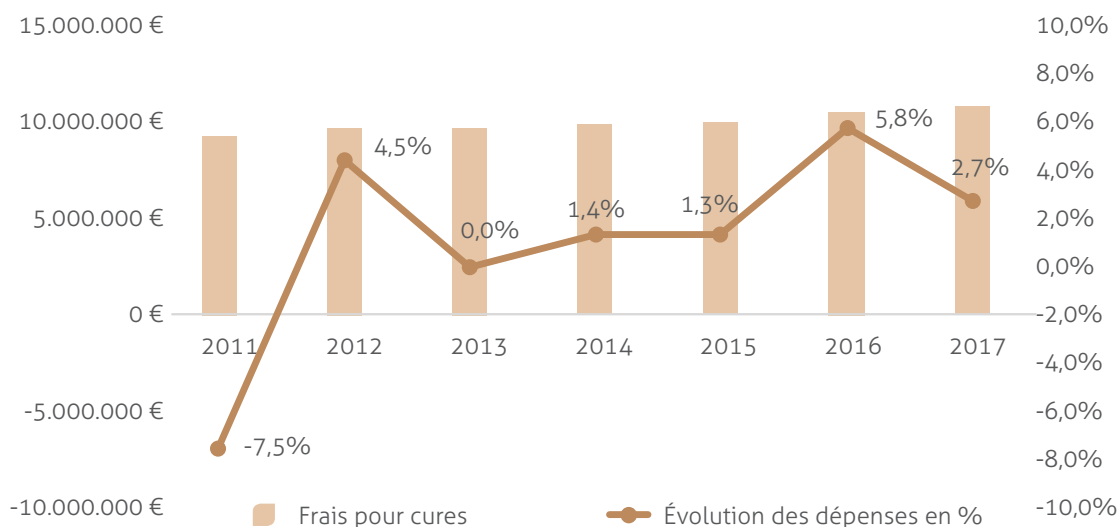
En 2016, les dépenses liées aux dispositifs médicaux ont connu une légère croissance de 1,9%. Globalement les dépenses liées aux produits de santé concernant les fichiers B1 et B5 ont augmenté de 4,1%. Les dépenses liées aux dispositifs médicaux du fichier B2 ont augmenté de 9,1%. Le nombre de prestations 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.

En 2017, les dépenses pour dispositifs médicaux connaissent une croissance de 3,3% suivant l'exercice de prestation. Cette évolution s'explique en gros par les dépenses liées aux prothèses auditives détaillées dans les fichiers B3 (+10,0%), par les dépenses liées aux produits de

santé relatives au fichier B2 (+8,4%) et par l'augmentation des dépenses pour aides visuelles qui s'élève en 2017 à 9,5%. Cette croissance s'explique en partie par les mesures introduites au 1^{er} janvier 2017 qui consistent en une amélioration de la prise en charge des aides visuelles par l'assurance maladie-maternité. En particulier, la prise en charge des verres organiques n'est plus soumise à une ordonnance, le seuil à partir duquel les lentilles de contact sont remboursées est porté de 8 à 6 dioptries et le délai de renouvellement pour une lentille de contact est porté à 3 ans. L'effet de ces mesures représente en 2017 un coût de 600.000 euros.

Frais pour cures



Ce poste de frais renseigne uniquement sur les cures délivrées sur le territoire luxembourgeois et ne renseigne pas sur les cures dont bénéficient les assurés à l'étranger.

Les dépenses pour cures au Luxembourg atteignent 10,9 millions d'euros en 2017, contre 9,3 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen (TCAM) de 2,6% entre 2011 et 2017. Le niveau de ce TCAM 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 de cures comprennent les frais

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

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.

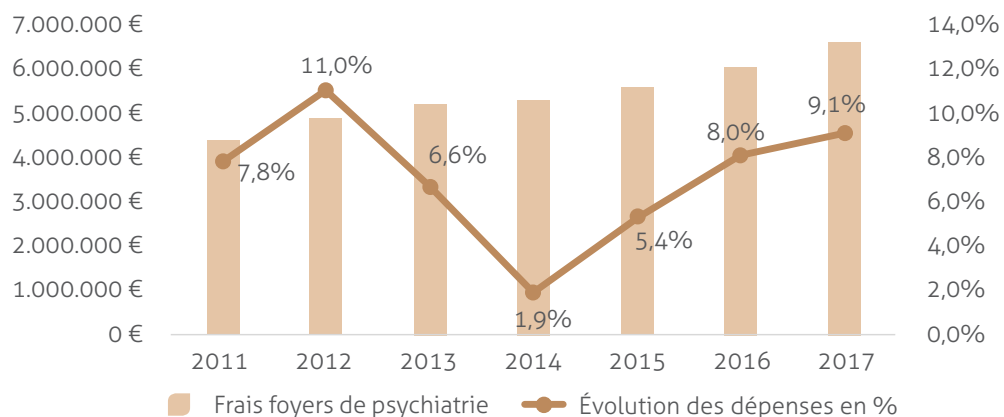
L'ensemble des frais des cures présente des légères augmentations de 1,4% en 2014 et de 1,3% en 2015. En particulier, les frais des cures thermales à Mondorf ont connu une évolution de 2,4% en 2014 et de 0,3% en 2015. Cette plus faible croissance par rapport à 2014 s'explique par le nombre de séjours 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 5,8%, 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.

Finalement en 2017, le poste affiche une croissance de 2,7% en 2017 suivant l'exercice prestation. Cette évolution s'explique par une hausse de 1,9% des dépenses pour cures thermales et une évolution de 6,8% pour les cures de convalescence dispensées au Centre de Convalescence à Colpach. Pour les cures thermales, on prévoit une hausse des frais de cures de l'ordre de 3,2% et une baisse des frais de séjour de 2,5%. La croissance de 6,8% des dépenses pour cures à Colpach s'explique principalement par une hausse du tarif qui a été porté de 109,45 euros à 115,37 euros (+5,4%).

Frais foyers de psychiatrie



Les dépenses pour foyers de psychiatrie atteignent 6,6 millions d'euros en 2017, contre 4,4 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 7,0% entre 2011 et 2017.

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 7,8% en 2011. Les montants pris en charge correspondent 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 aux 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.

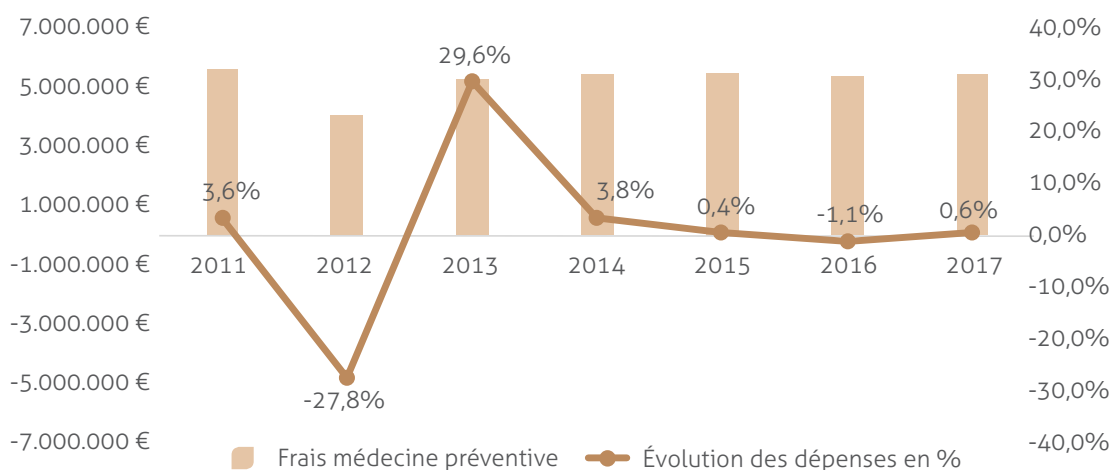
L'évolution des frais liés aux foyers de psychiatrie repart à la hausse en 2015 avec une croissance de 5,4%. La dépense suivant l'exercice de prestation s'élève à 5.563.519,0 euros pris en charge pour 2015 et correspond à 209 places occupées en moyenne annuelle et à 76.455 euros forfaits journaliers facturés avec un tarif de 73,06 euros. Le tarif (non indexé) de 2013 est maintenu inchangé en 2015.

Ensuite, 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%).

Le montant pris en charge en 2017 suivant l'exercice prestation est de 6.581.765 euros, contre 6.048.851 euros en 2016. Cette dépense correspond à 229 places occupées en moyenne an-

nuelle en 2017, contre 223 en 2016 et à 83.419 forfaits journaliers facturés en 2017, contre 81.466 en 2016. Le tarif s'élève à 78,92 euros en 2017, contre 74,25 euros en 2016 (+6,3%).

Frais de médecine préventive



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.

Les prestations comptabilisées au niveau du poste budgétaire « Médecine préventive » ne représentent pas l'intégralité des dépenses liées à la médecine préventive. Tout d'abord et comme décrit ci-dessus, les dépenses comptabilisées sur ce poste ne correspondent que aux dépenses en liens avec les conventions entre la CNS et l'État pour lesquelles il n'y a pas de refacturation à l'État. Ceci signifie que les dépenses en lien avec les dites conventions et imputées au budget de l'État ne sont pas affichées à ce niveau vu que ces frais ne sont pas à charge du

budget de l'assurance maladie-maternité. Ensuite, d'autres dépenses pour soins de santé correspondent aussi à de la médecine préventive alors que celles-ci sont imputées sur divers autres postes du budget de l'assurance maladie-maternité tel que par exemple sur le poste des laboratoires d'analyses médicales, des honoraires médicaux et des frais pharmaceutiques.

Les frais de médecine préventive atteignent 5,4 millions d'euros en 2017, contre 5,6 millions d'euros en 2011. 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 une croissance 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.

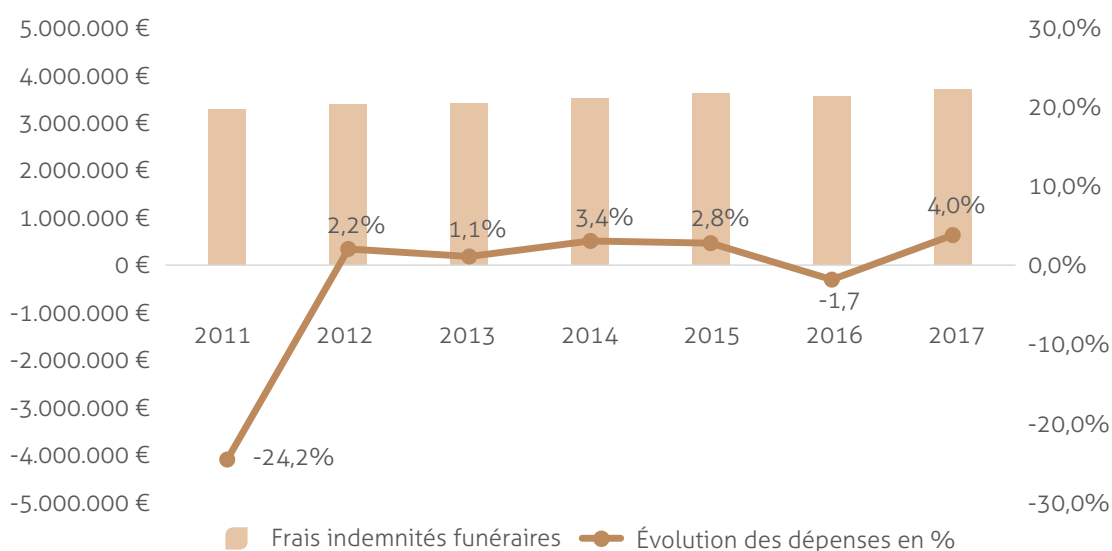
La forte croissance en 2013 de 29,6% s'explique principalement par le fait que les coefficients des examens médicaux des enfants en bas âge par un pédiatre E8 à E13 ont été augmentés avec effet au 1^{er} janvier 2013, ceci dans le cadre du dispositif du médecin référent.

Les dépenses en matière de médecine préventive progressent de 3,8% en 2014 et présentent une faible hausse de 0,4% 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 po-

sitives, 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. En 2016, les dépenses évoluent de manière négative de 1,1% en 2016. En particulier, il y a lieu de noter que le programme de dépistage du cancer colorectal a été lancé fin 2016.

En 2017, les dépenses relatives à la médecine préventive s'établissent à 5,4 millions d'euros. Entre 2012 et 2017, ce poste de dépenses présente un taux de croissance annuel moyen de 6,1%. En particulier, les dépenses pour l'examen médical de la femme enceinte ont évolué de 2,5%, les dépenses pour examen dentaire de la femme enceinte ont évolué de 6,5%, les dépenses pour examens des enfants en bas âge ont évolué de 2,8% et finalement les dépenses concernant les programmes de médecine préventive entre la CNS et l'État sans refacturation ont diminué de 3,5%.

Frais indemnités funéraires



L'article 165 des statuts prévoit qu'en cas de décès de l'assuré ou d'un membre de famille, il est alloué une indemnité funéraire s'élevant à 130,0 euros à l'indice 100, soit 1.032,90 euros à l'indice courant en 2017*.

Les indemnités funéraires atteignent 3,7 millions d'euros en 2017, contre 3,3 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 2,0% entre 2011 et 2017.

* S'il s'agit d'enfants âgés de moins de 6 ans accomplis ou d'enfants mort-nés, les statuts prévoient qu'il ne sera alloué que respectivement la moitié ou le cinquième de l'indemnité funéraire. En cas de décès d'une personne protégée dans le cadre d'un traitement stationnaire à l'étranger dûment autorisé par la CNS au moyen d'un formulaire S2 l'assurance maladie contribue au rapatriement de la dépouille mortelle jusqu'à concurrence d'un montant forfaitaire de cent trente euros (130,00 €) au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948. Le paiement se fait à la personne déterminée conformément à l'article 167 alinéa 1^{er}.

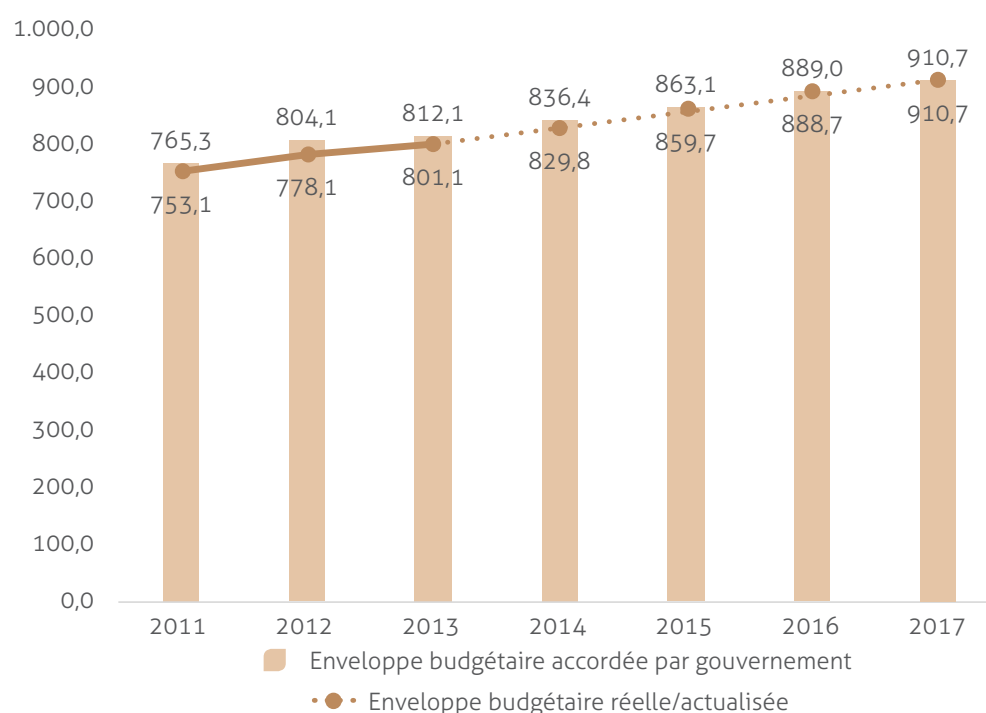
Les indemnités funéraires présentent une diminution de 24,2% en 2011 et s'établissent à 3,3 millions d'euros, contre 4,4 millions d'euros en 2010. Cette diminution est intégralement due à la nouvelle fixation des indemnités funéraires à partir du 1^{er} janvier 2011 sur base des modifications statutaires. 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 2011 à 2017. En 2012, les indemnités funéraires augmentent modérément de 2,2% respectivement 1,1% en 2013. En 2014, la croissance s'accroît à 3,4% et s'affaiblit à 2,8% en 2015.

Pour 2016, les indemnités funéraires diminuent de 1,7% par rapport à 2015 pour s'élever à 3,6 millions d'euros. En 2017, les dépenses relatives aux indemnités funéraires repartent à la hausse avec une croissance de 4,0% pour atteindre un montant de 3,7 millions d'euros.

Enveloppe budgétaire globale des hôpitaux



La représentation des dépenses du secteur hospitalier sur le graphique ci-dessus donne une vue de l'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers. En particulier, le principe de l'enveloppe budgétaire globale a été introduit en 2011 et comprend les dépenses à charge de l'assurance maladie-maternité, les dépenses à charge du dommage de guerre et de l'assurance contre les accidents ainsi que les participations payées par les assurés.

Le deuxième graphique relatif aux dé-

penses des établissements hospitaliers ci-après se limite aux soins hospitaliers à charge de l'assurance maladie-maternité

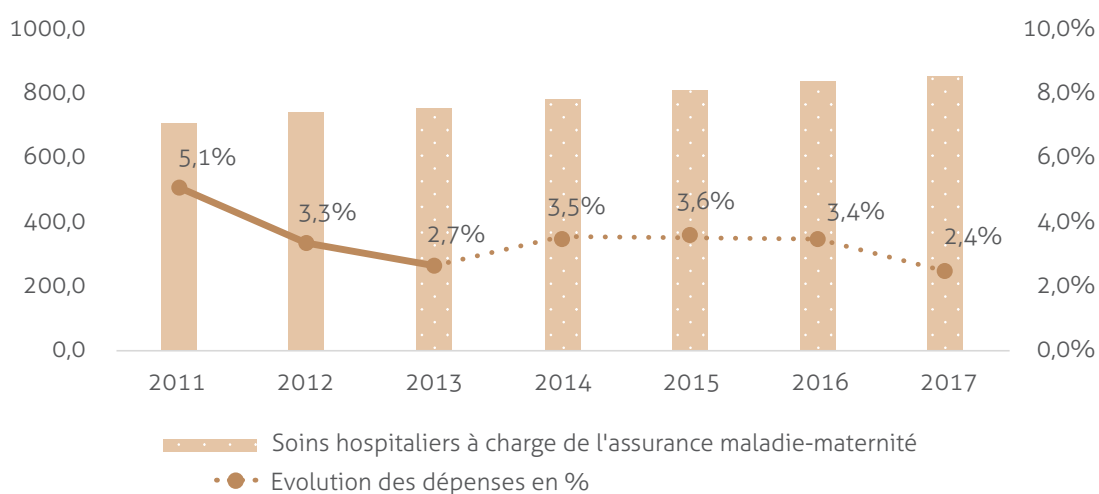
Tout d'abord, les données actuelles permettent de constater que, les dépenses réelles voire prévisibles des années 2011 à 2015 restent en dessous de l'enveloppe budgétaire accordée par le gouvernement. Toutefois, en 2016 et 2017, l'enveloppe accordée par le gouvernement est entièrement dépensée. Ceci pour couvrir les dépenses résultant de l'entrée en vigueur de la nouvelle

convention collective de travail. Les dépenses de la convention collective de travail concernent les exercices de prestation de 2014 à 2017 et ont été financées par les montants restants des enveloppes respectives.

Les dépenses prévisibles de l'enveloppe budgétaire globale s'élèvent à 910,7 millions d'euros en 2017, contre 753,1 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 3,2% entre 2011 et 2017. Les dépenses réelles ou prévisibles de l'EBG évoluent de manière stable entre 2012 et 2016, notamment entre 3,0% et 3,6%. L'évolution de l'exercice prestation 2017 s'élève à 2,4%.

En passant de l'enveloppe budgétaire globale aux dépenses à charge de l'assurance maladie-maternité, il y a lieu de noter que ces dernières s'élèvent à 859,7 millions d'euros en 2017, contre 815,7 millions d'euros en 2016. En particulier, les effets des efforts des efforts de «cost-containment» mis en œuvre depuis 2010 (stand-still, introduction de l'enveloppe budgétaire globale accordée par le gouvernement) résultent en une baisse de la part des dépenses pour soins hospitaliers dans l'ensemble des soins de santé au Luxembourg pris en charge par l'assurance maladie-maternité. En effet, cette part diminue en passant d'environ 50% avant 2010 à 46,8% des soins de santé au Luxembourg en 2017.

Soins hospitaliers à charge de l'assurance maladie-maternité

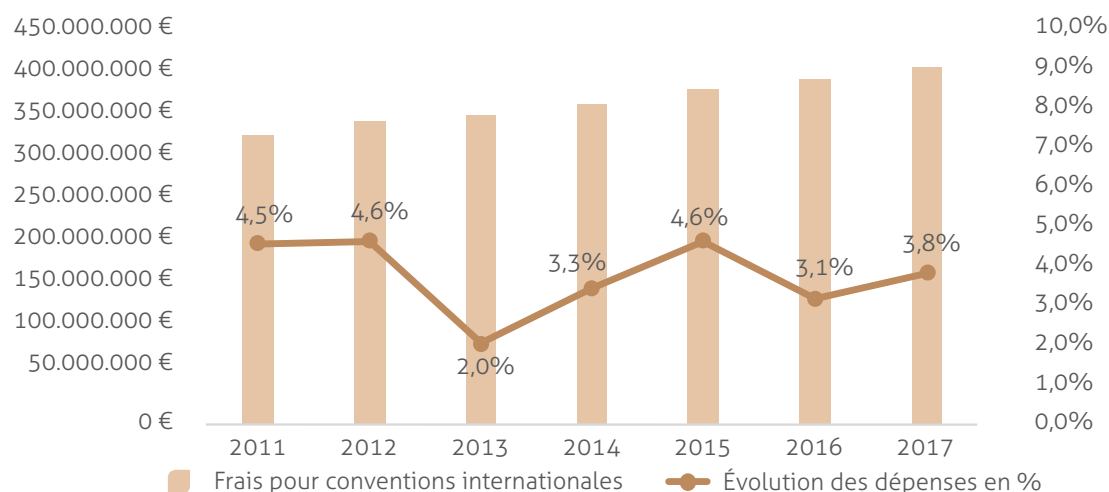


Soins de santé à l'étranger

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 ajoutent aussi les prestations obtenues dans le cadre de la directive des soins transfrontaliers.

Les soins à l'étranger distinguent entre le poste «Conventions internationales» et le poste «autres prestations étrangères». 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 400,9 millions d'euros en 2017, contre 325,1 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 3,6% entre 2011 et 2017. Ces dépenses contiennent les postes de frais suivants :

- Prestations pour frontaliers (294,3 millions d'euros)
- Frais effectifs des pensionnés étrangers (43,2 millions d'euros)
- Traitement à l'étranger sur autorisation du contrôle médical (36,2 millions d'euros)
- Séjour temporaire (18,6 millions d'euros)
- Complément belgo-luxembourgeois (7,2 millions d'euros)
- Forfaits (pensionnés et membres de famille) (1,4 millions d'euros)

Pour 2017, en particulier, on observe une hausse de 3,8% des dépenses pour conventions internationales, contre une évolution de +3,1 % en 2016.

La part essentielle des dépenses, notamment 73,4%, concerne les prestations pour frontaliers. Le taux de croissance annuel moyen de ces dépenses s'établit à 3,2% par an pour la période de 2011 à 2017. Il est supérieur au taux de croissance annuel moyen du nombre de frontaliers (actifs et membres de famille) qui s'est établi à 2,8% par an pour la même période. Les prestations pour frontaliers sont estimées à 294,3 millions d'euros en 2017.

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 44,6 millions d'euros. Cette part s'établit à 11,1%. 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	2017
Pensionnés et membres de famille (E121 ou BL2)	9.090	9.965	10.902	12.913	14.338	15.576	16.585
Membres de famille d'assurés actifs (E109)	1.374	1.469	1.465	1.496	1.435	1.366	1.236

En 3^{ème} lieu figurent les dépenses pour traitements à l'étranger sur autorisation du contrôle médical (9,0%) qui atteignent une dépense de 36,2 millions

d'euros. En 2017, au total 6.207 personnes ont eu un accord pour transfert à l'étranger sur base d'un S2. Le tableau ci-dessous reprend le détail concernant le

nombre de patients ayant eu un accord d'un transfert à l'étranger sur autorisa-

tion du contrôle médical de la sécurité sociale (S2) ainsi que le nombre de refus.

	2013	2014	2015	2016	2017	Var. en %			
						14/13	15/14	16/15	17/16
Consultations ou examens	5.184	4.673	4.337	3.238	1.349	-9,9%	-7,2%	-25,3%	-58,3%
Traitements ambulatoires	2.044	2.056	1.890	1.948	1.847	0,6%	-8,1%	3,1%	-5,2%
Traitements stationnaires	4.836	4.520	4.463	4.332	4.249	-6,5%	-1,3%	-2,9%	-1,9%
Cures	61	65	65	68	65	6,6%	0,0%	4,6%	-4,4%
Analyses	9	5	8	1	12	-44,4%	60,0%	-87,5%	p.m.
Nombre de refus	570	746	715	1.812	1.365	30,9%	-4,2%	153,4%	-24,7%

Le nombre de patients qui ont demandé un transfert a diminué de 14,5% en 2017, soit de 1322 personnes. En particulier, les transferts pour consultations ou examens ont diminué de 58,3%. Ceci correspond à une baisse de 1.839 patients, qui provient de la mise en œuvre d'une adaptation de la procédure d'autorisation. Ensuite, les transferts pour traitements ambulatoires ont diminué de 5,2% en 2017.

Concernant le nombre de refus administratifs, ce dernier a également diminué en 2017, à savoir de 24,7%. 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, la CNS a pris en charge 34 transferts en 2014; 255 transferts en 2015, 289 transferts en 2016, 406 transferts en 2017, 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 (4,6% et 1,8%). Pour l'exercice 2017, le taux de remboursement moyen, prévu dans la convention belgo-luxem-

bourgeoise et jusqu'à concurrence duquel est calculé le complément, a été fixé à 93,7%.

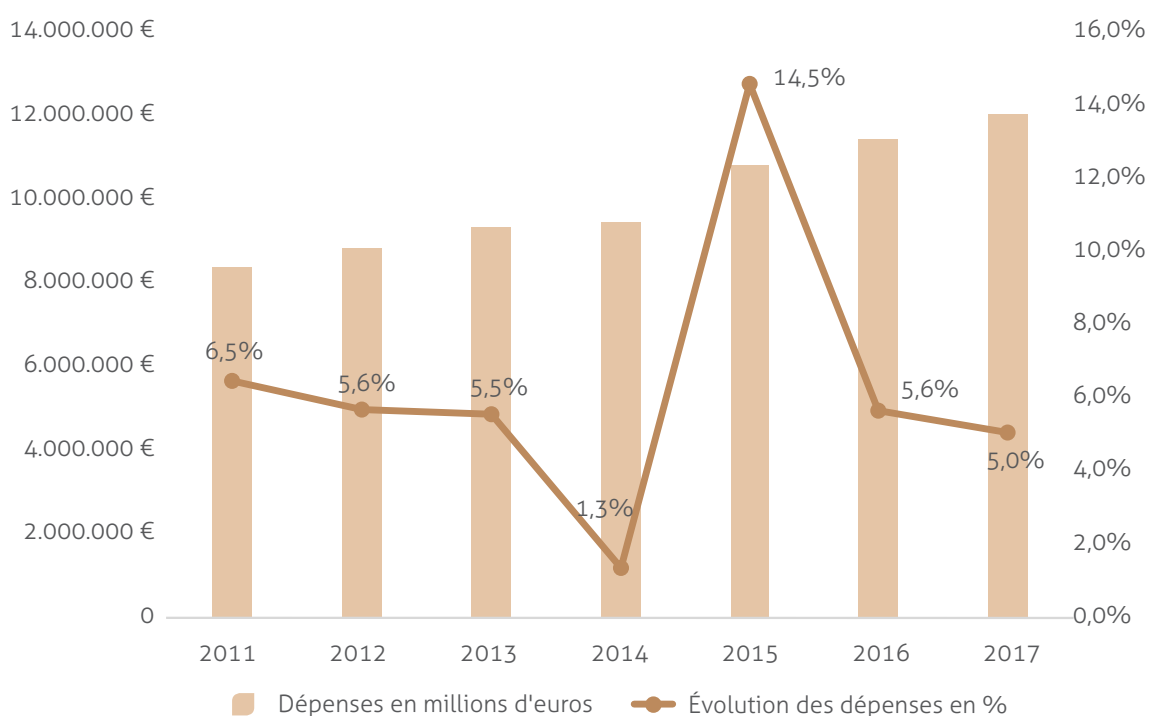
Le poste «excédent des dépenses: inscription pensionnés» correspond au solde, d'une part, des dépenses effectives des pensionnés étrangers qui résident au Luxembourg au cours de cette année et, d'autre part, des remboursements de forfaits au cours de la même année, mais se rapportant à des exercices 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 2017, les recettes se sont élevées à 246.534 euros, contre 167.022 euros en 2016.

De manière générale, il y a lieu de noter qu'au niveau du poste «conventions internationales», la provision comptabilisée en 2017 comprend tous les décomptes en suspens introduits mais non liquidés ou à introduire, et donc aussi l'ensemble des reports concernant l'exercice en cours et les exercices antérieurs. Ces reports peuvent également être qualifiés de dette restante envers les ISS étrangères. Avec la comptabilisation sous forme de provision de ces montants, le risque de l'introduction accélérée d'une demande de paiement y relative est couvert. Il s'agit de factures

non encore introduites à la clôture de l'exercice 2017 et qui concernent l'exercice 2017 et les exercices antérieurs. À titre d'info, lors de l'exercice comptable 2016, le montant total provisionné de la dette restante relatif à l'exercice de prestation 2016 et aux exercices antérieurs s'est établi à 226,8 millions d'euros.

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 12,1 millions d'euros sur les institutions étrangères.

b. Autres prestations étrangères



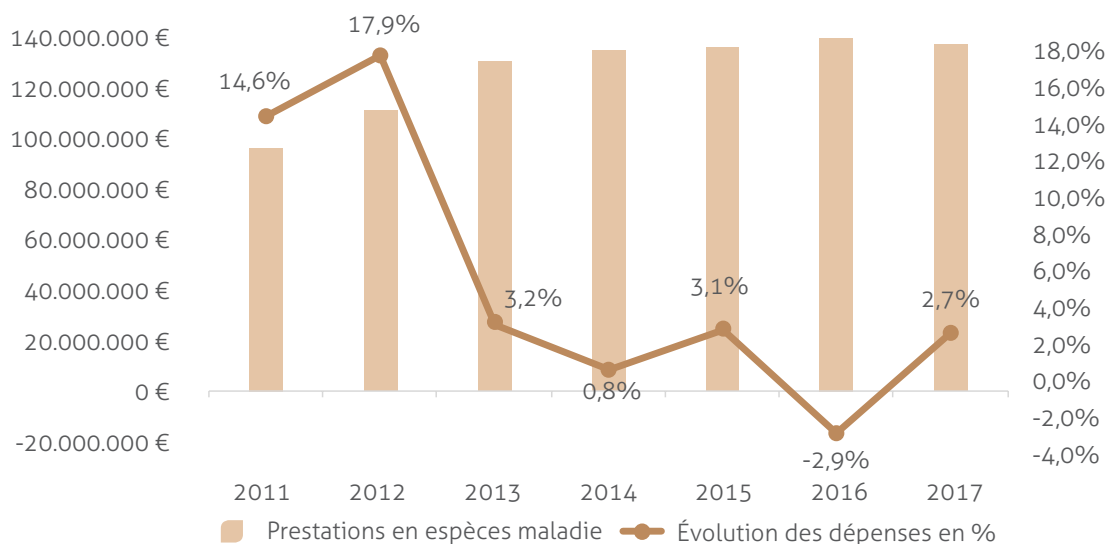
Le poste «prestations en dehors E125» comprend les prestations délivrées à l'étranger, qui sont remboursées par l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise selon les tarifs étrangers grâce au formulaire S067 (ancien formulaire E126), ainsi que les participations et franchises éventuelles, prévues par 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 Deccker/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 12,0 millions d'euros en 2017, contre 8,3 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 6,2% sur la période de 2011 à 2017.

Prestations espèces de maladie



Les prestations en espèces de maladie atteignent 130,6 millions d'euros en 2017, contre 103,6 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 3,9% entre 2011 et 2017.

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.

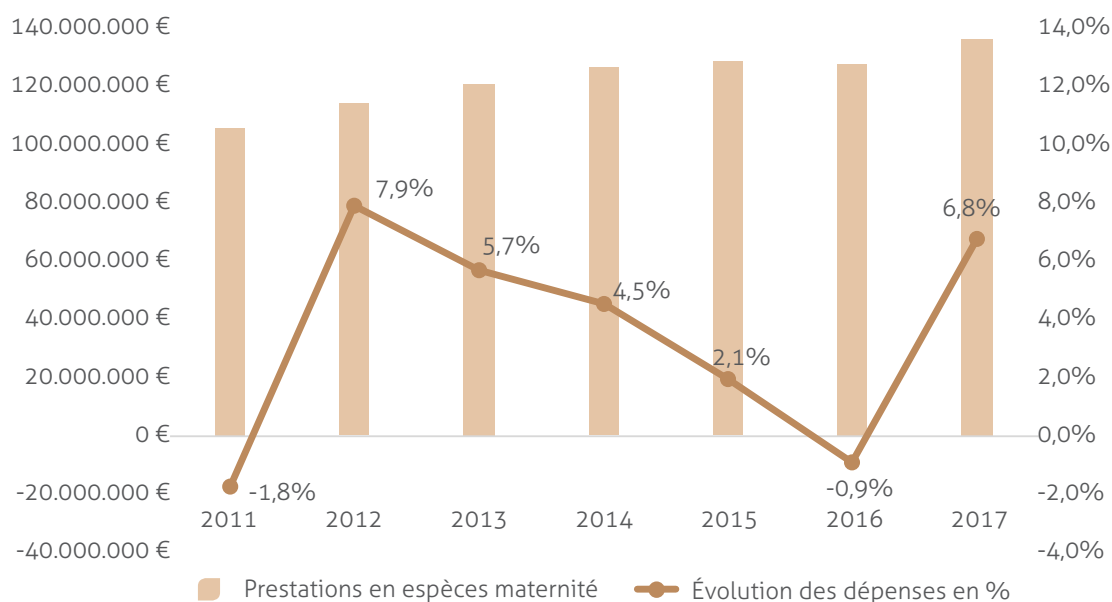
Ces frais ont connu des croissances très fortes de 14,7% respectivement 17,9% en 2011 et 2012. L'évolution de ces frais est à nouveau freinée à partir de l'exercice 2013 avec une évolution de 3,2%,

ceci provient principalement d'une politique rigoureuse du Contrôle médical de la sécurité sociale de l'évaluation des cas de maladie de longue durée. En 2014, on observe une quasi-stagnation de l'évolution de ces dépenses. En 2015, les prestations en espèces de maladie évoluent de 3,1%.

Pour l'exercice prestation 2016, la CNS a dépensé 127,14 millions d'euros en matière de prestations en espèces de maladie. Cela représente une baisse de 2,9% par rapport à l'année 2015.

En 2017, les prestations en espèces de maladie présentent une évolution de 2,7% par rapport à 2016 et s'élèvent à 130,6 millions d'euros. Le détail des dépenses pour prestations en espèces de maladie en 2017 est présenté ci-après selon une vue comptable ce qui explique une légère différence de 0,3 million entre le total des dépenses suivant l'exercice de prestation et les dépenses de ses différents postes suivant l'exercice comptable: les indemnités pécuniaires proprement dites s'élèvent à 118,1 millions d'euros, les dépenses liées aux périodes d'essais atteignent 12,6 millions d'euros et les frais pour congé d'accompagnement s'élèvent à 0,22 millions d'euros en 2017.

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% sur la période allant de 2010 à 2016. En particulier, entre 2013 et 2016, l'évolution de ces frais se caractérise par un ralentissement continu avec une évolution de 5,7% en 2013, de 4,4% en 2014, et de 2,0% en 2015 voire une baisse de 0,6% en 2016. Enfin, les dépenses s'élèvent à 128,5 millions d'euros en 2016.

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 diminué 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%.

L'exercice 2017 est caractérisé par une hausse considérable des indemnités pécuniaires de maternité de 6,8%. En particulier en 2017, le montant total s'établit à 136,9 millions d'euros et se compose des prestations en espèces de maternité proprement dites pour un montant de 99,1 millions d'euros, des dépenses pour dispenses de femmes enceintes pour un montant de 26,3 millions d'euros, et du congé pour familiales pour un montant de 11,5 millions d'euros.



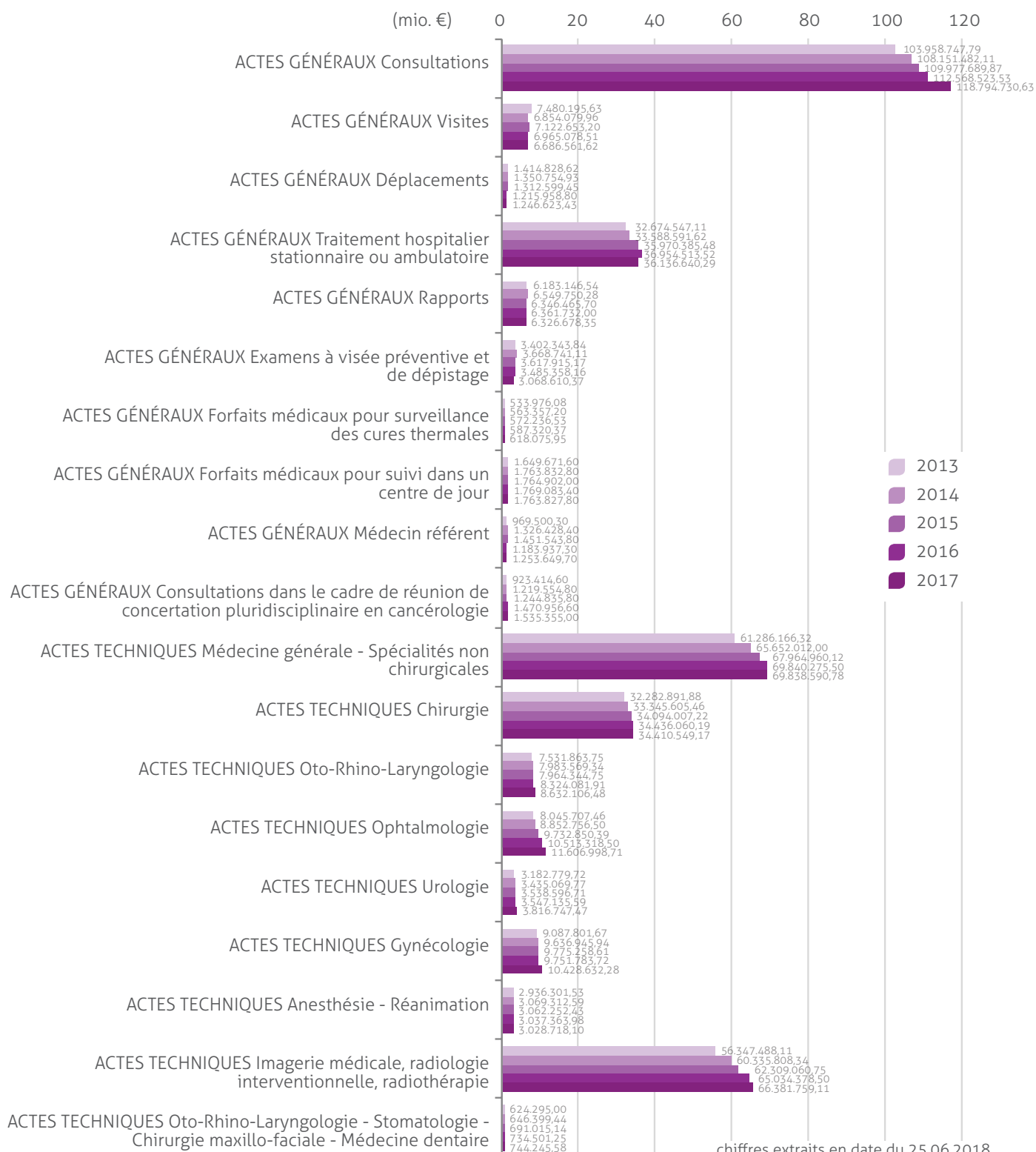
The background consists of three horizontal bands of color: a light purple band at the top, a medium purple band in the middle, and a darker magenta band at the bottom. The text is positioned in the middle band.

Les statistiques par thème

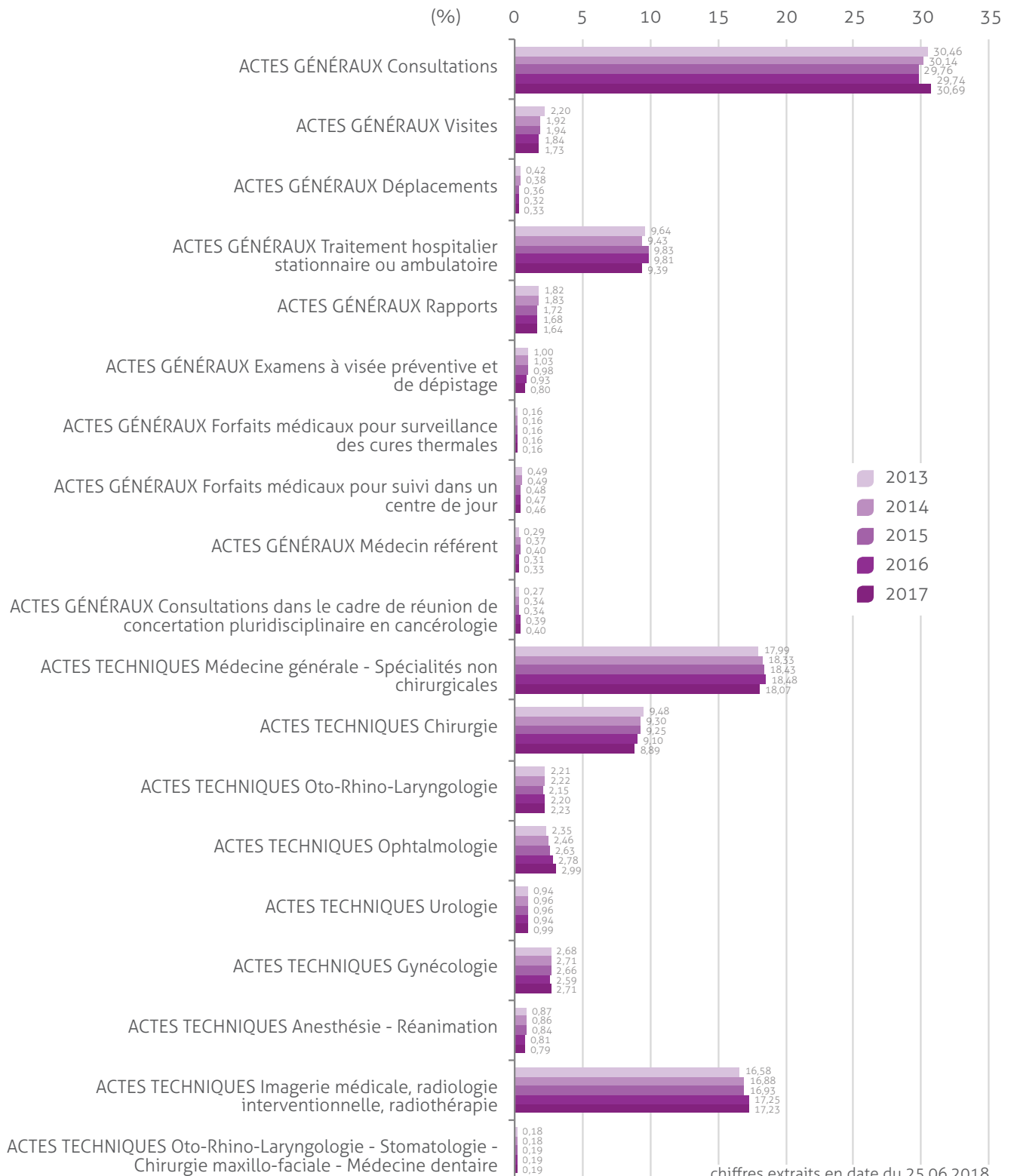
D. Les statistiques par thème

I. Les médecins

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

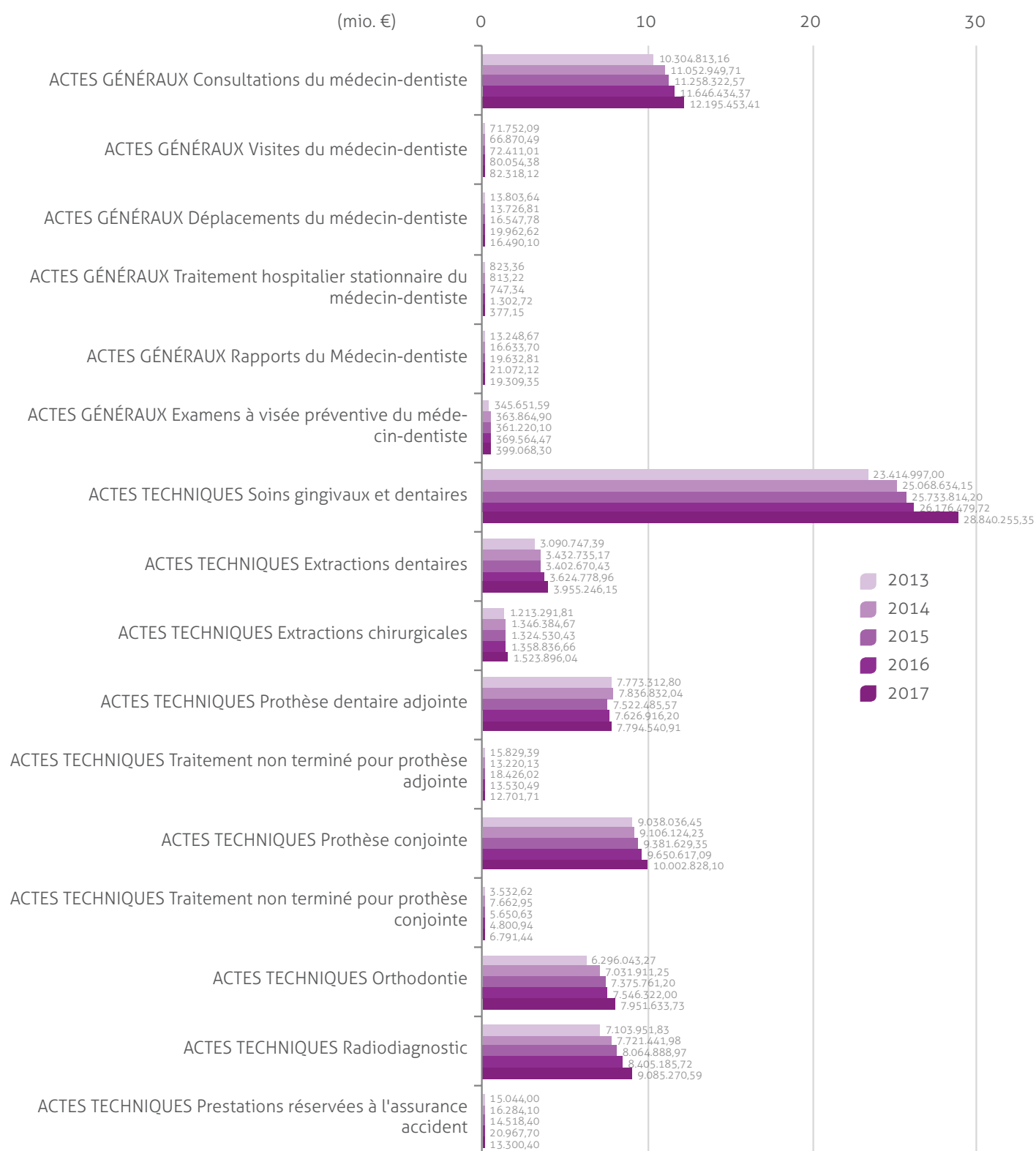


Part du net (en %) par chapitre de la nomenclature des actes et services des médecins



II. Les médecins-dentistes

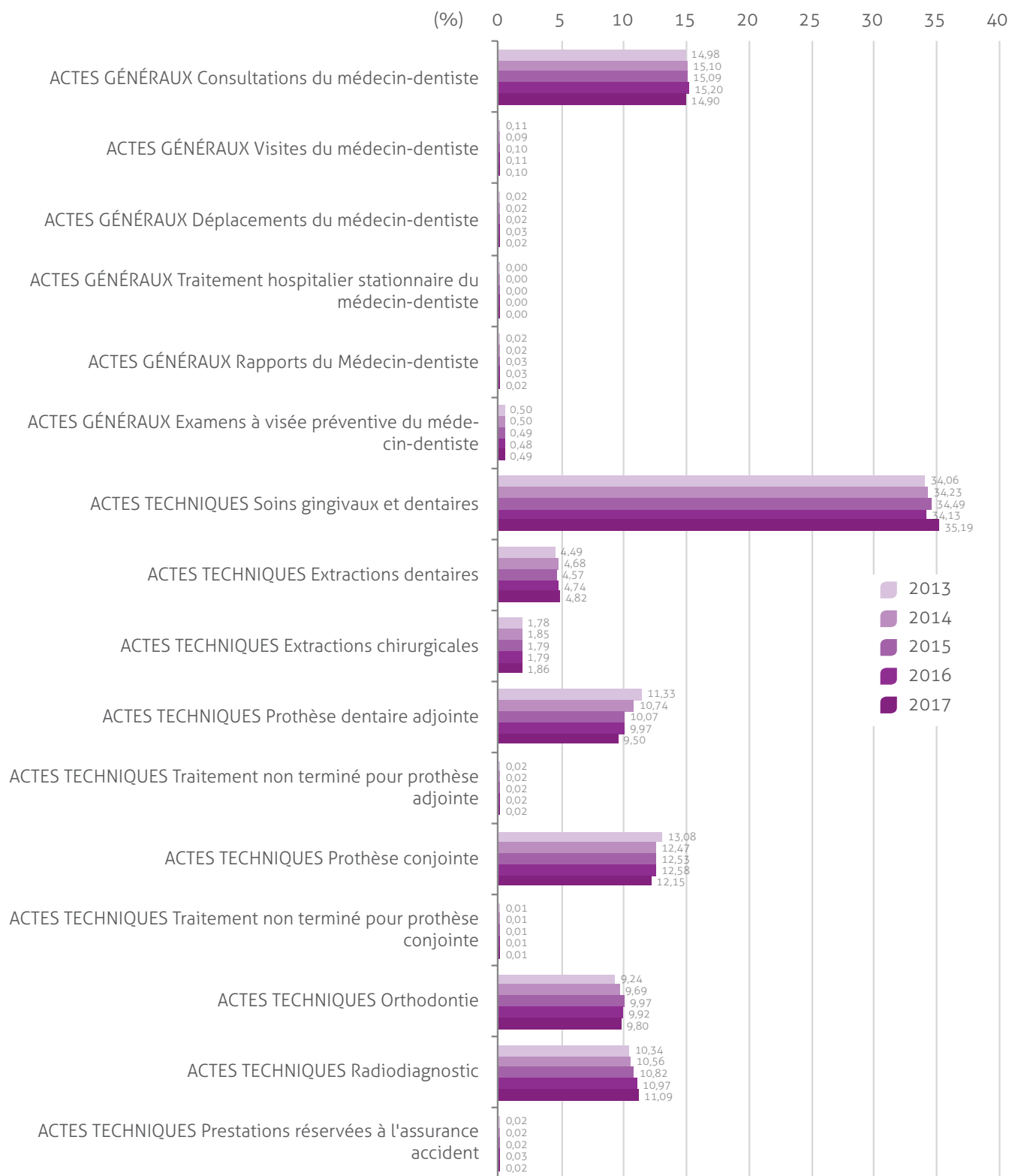
Part du net (en €) par chapitre de la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes



chiffres extraits en date du 25.06.2018



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

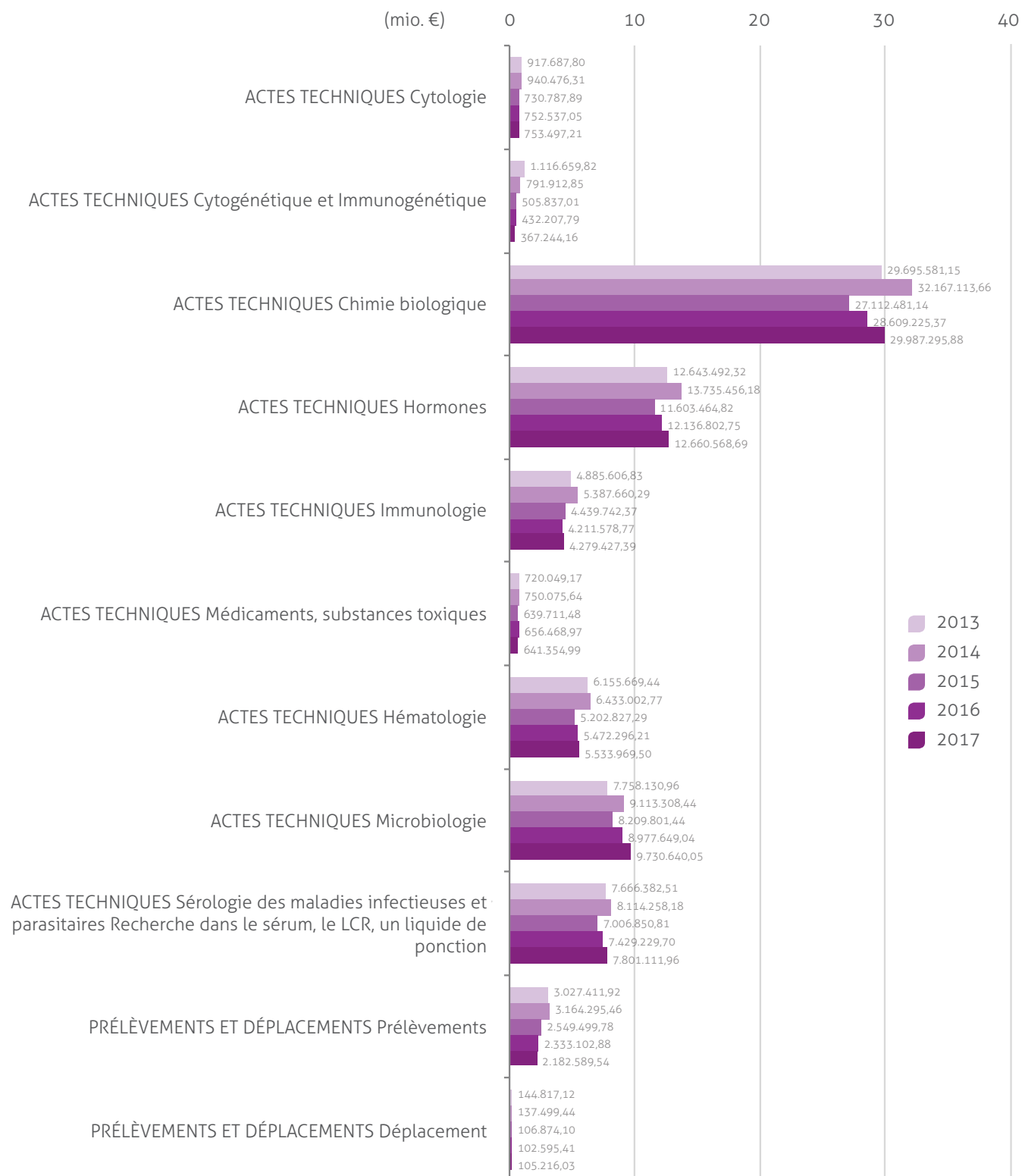


chiffres extraits en date du 25.06.2018



III. Les laboratoires

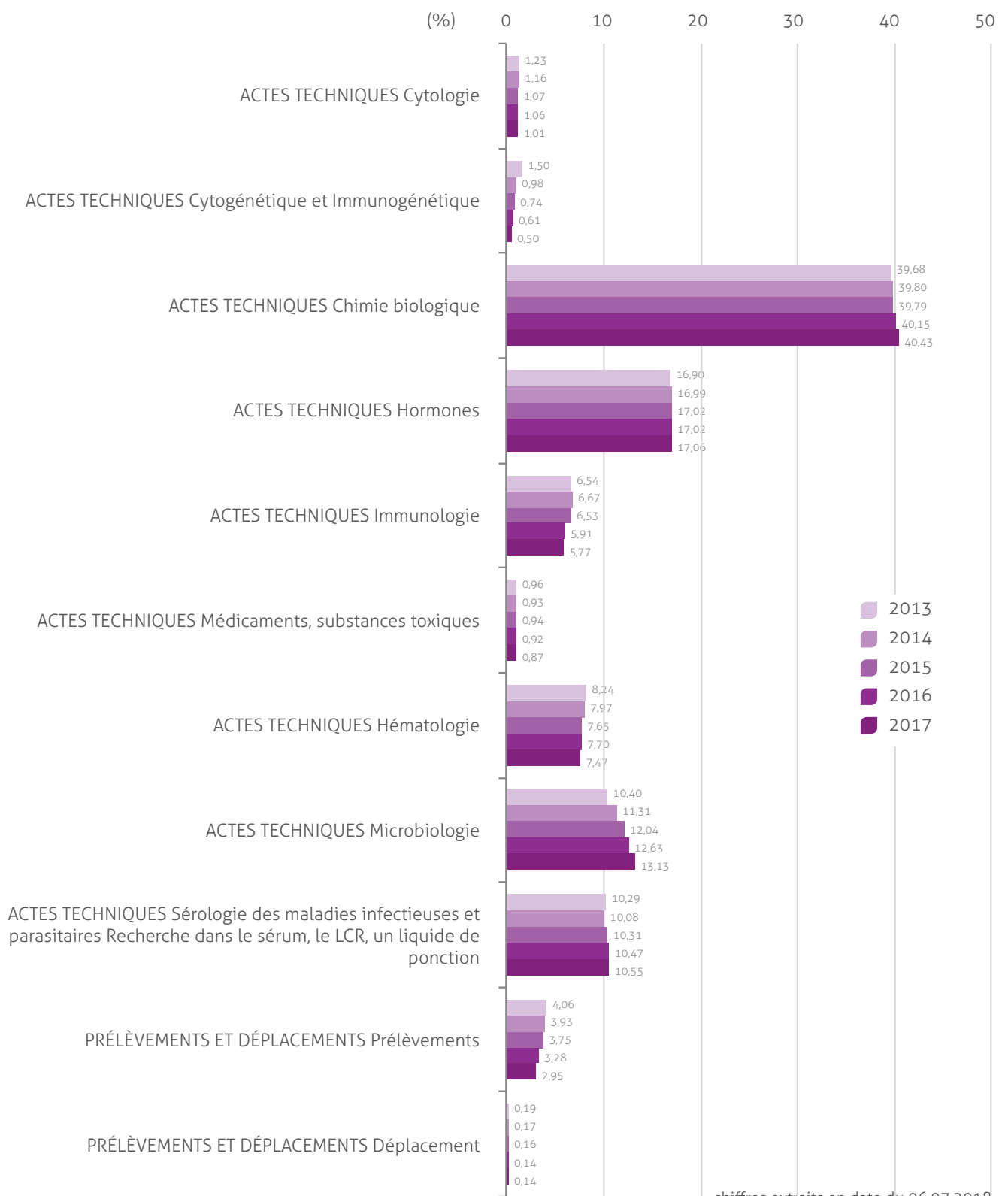
Part du net (en €) par chapitre de la nomenclature des actes et services des laboratoires



chiffres extraits en date du 06.07.2018

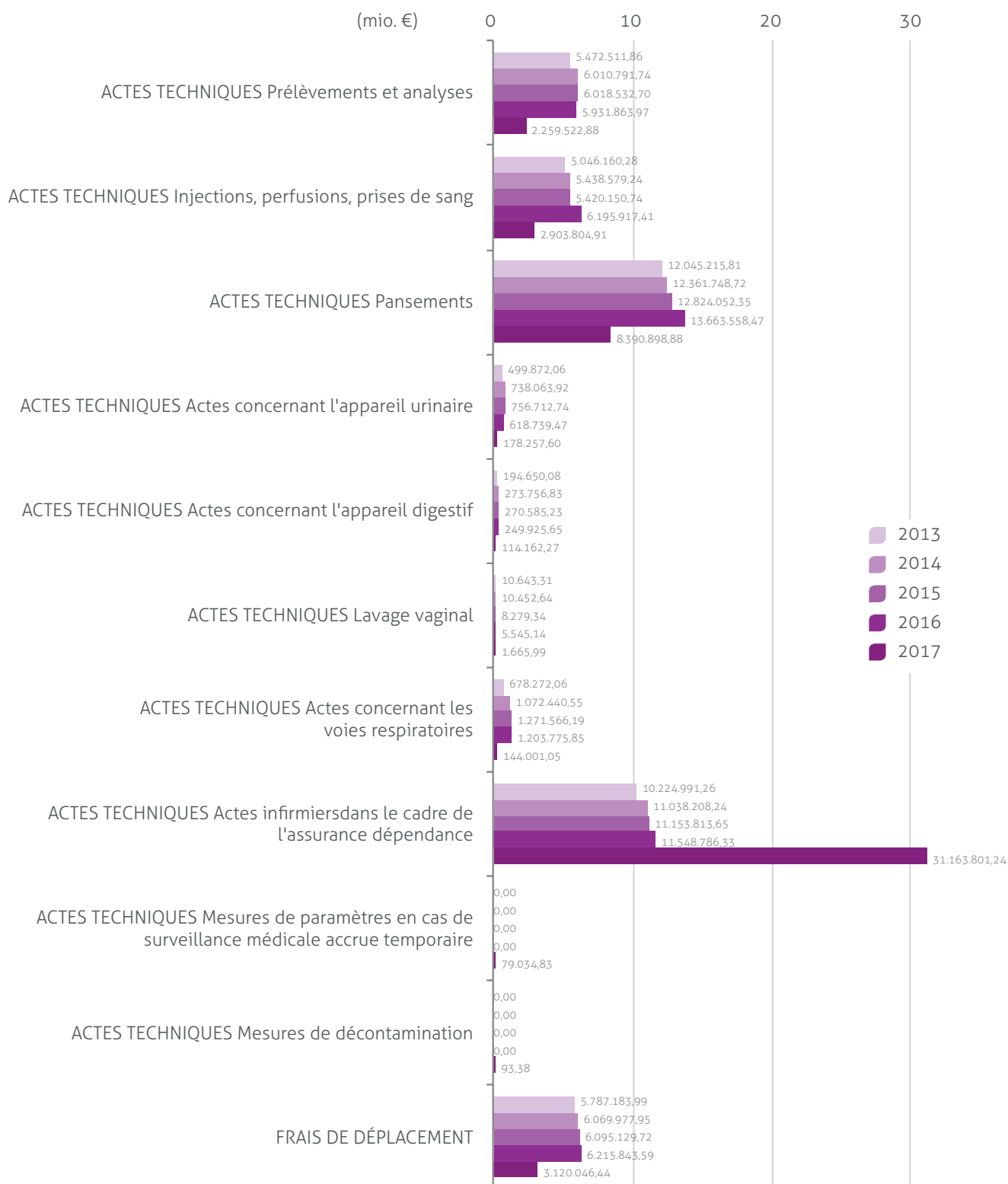


Part du net (en %) par chapitre de la nomenclature des actes et services des laboratoires



IV. Les infirmiers

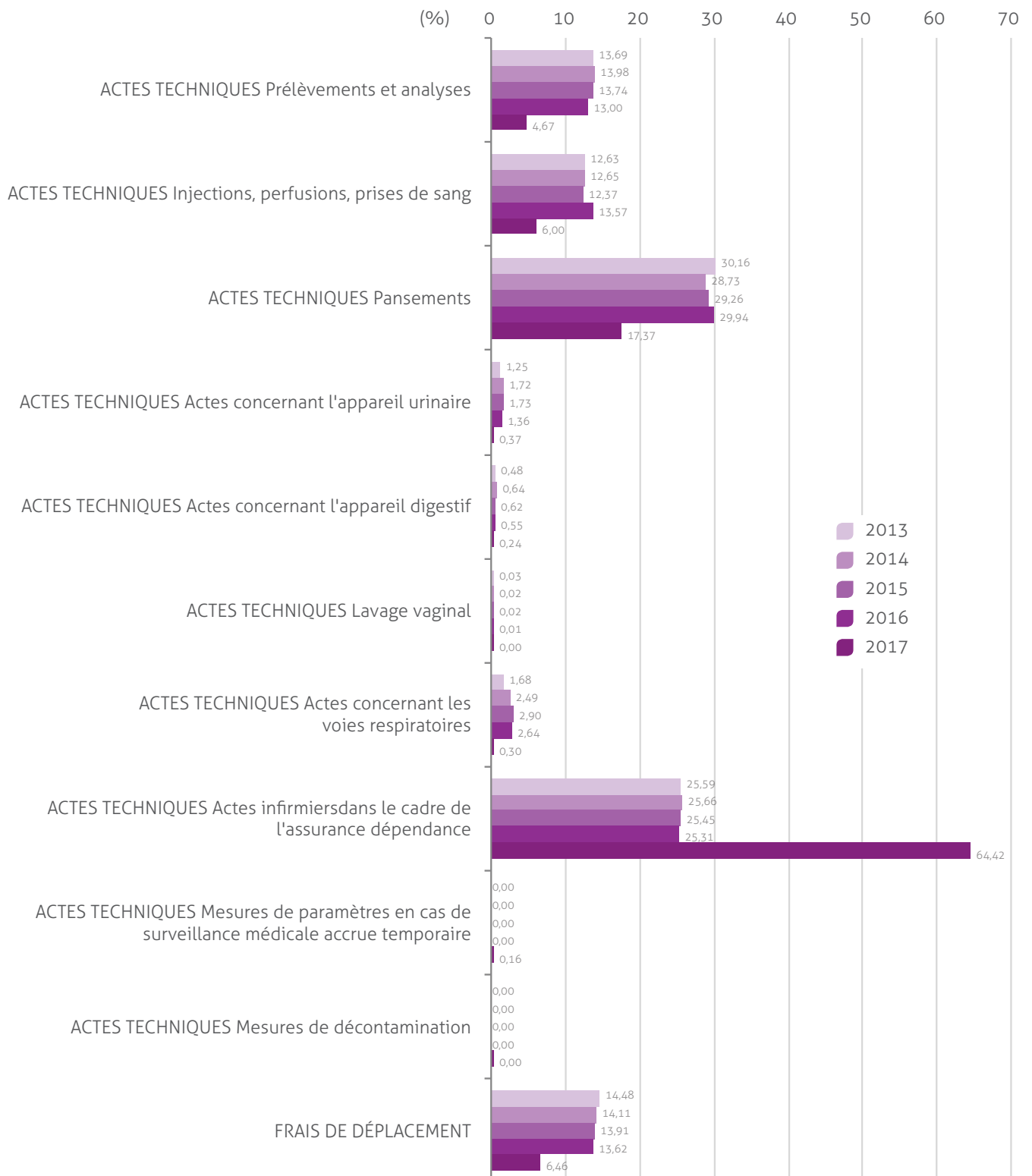
Part du net (en €) par chapitre de la nomenclature des actes et services des infirmiers



chiffres extraits en date du 25.06.2018



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

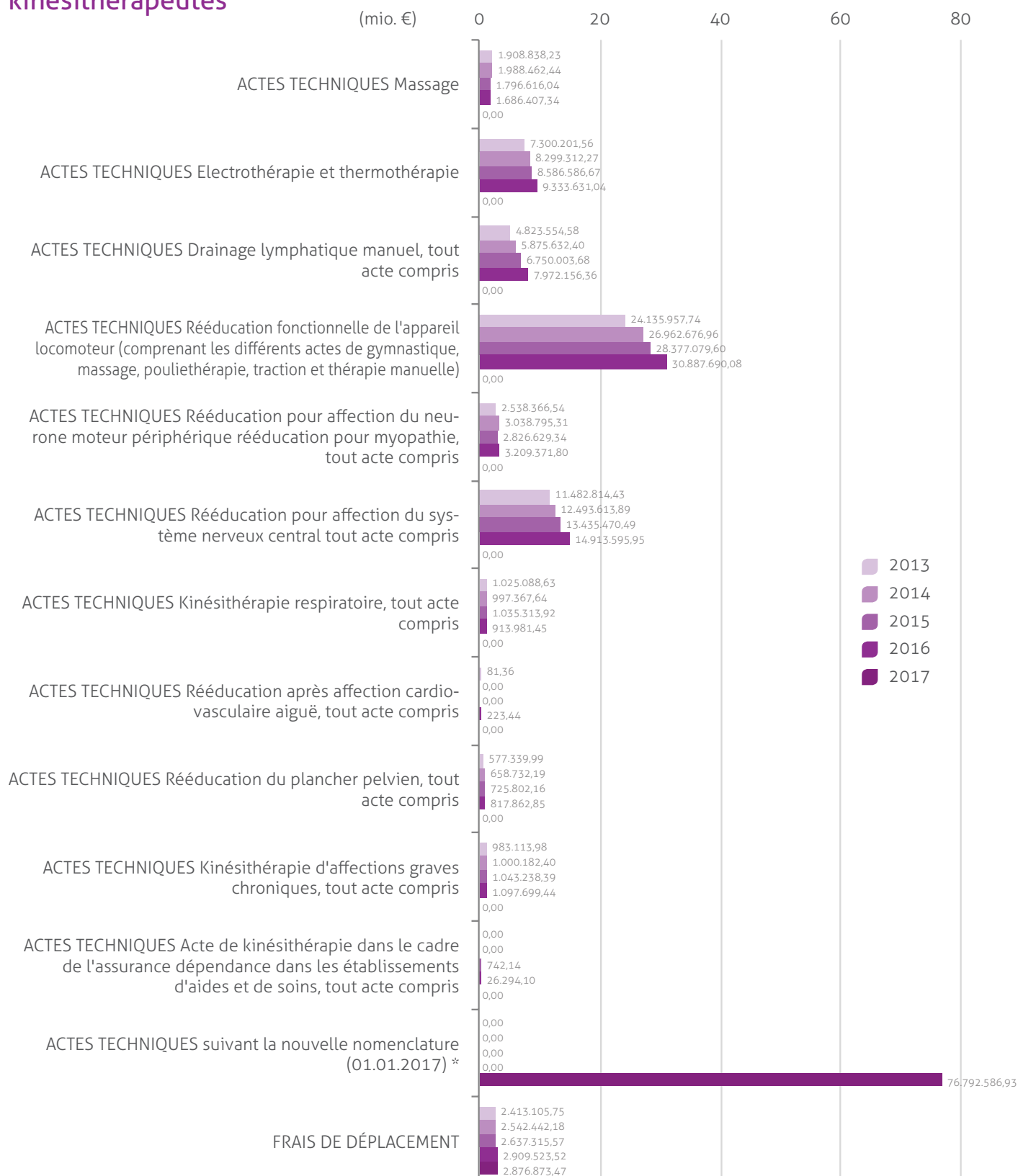


chiffres extraits en date du 25.06.2018



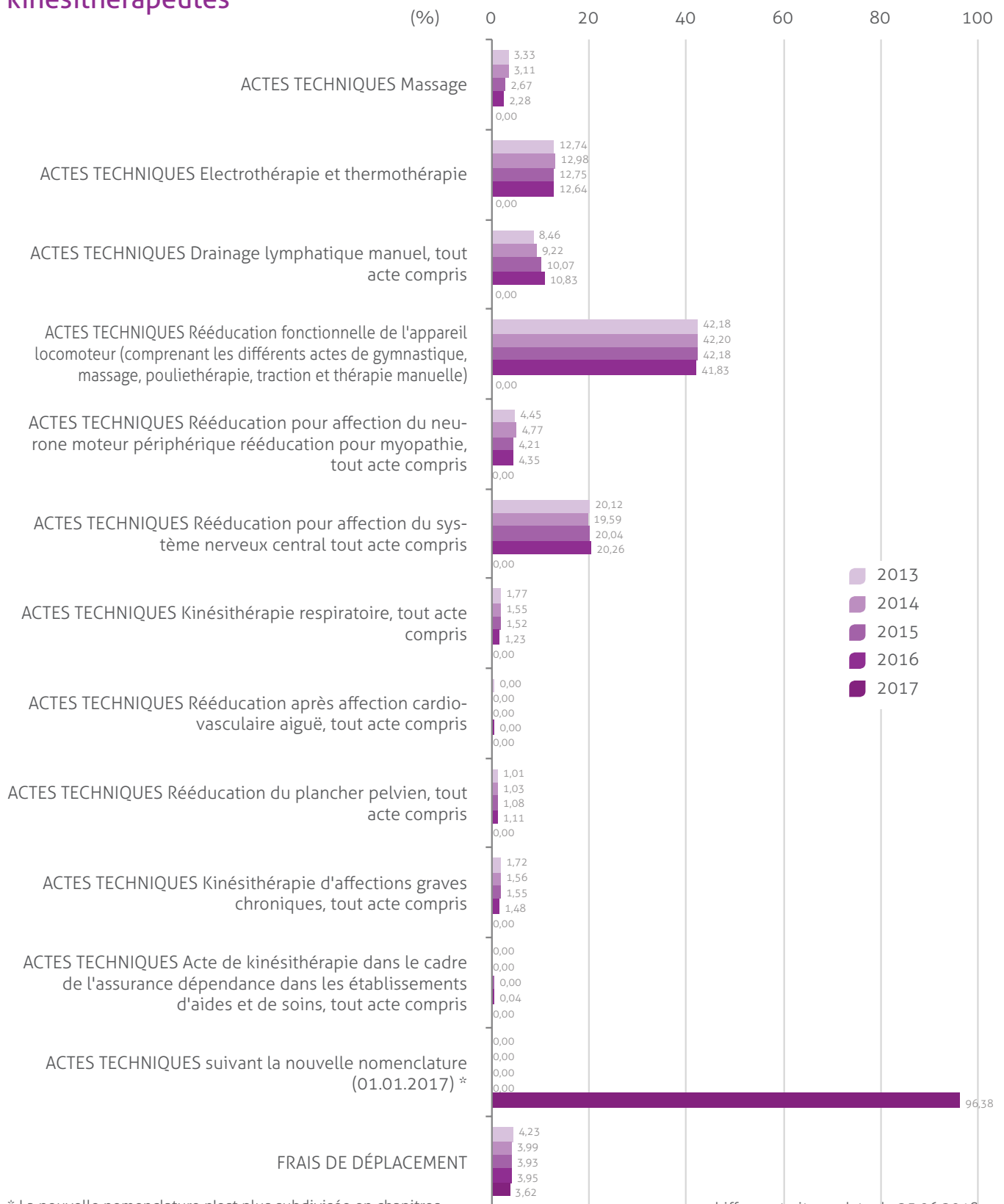
V. Les kinésithérapeutes

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



* La nouvelle nomenclature n'est plus subdivisée en chapitres.
Par conséquent, il est difficile de comparer la nouvelle avec l'ancienne nomenclature.

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

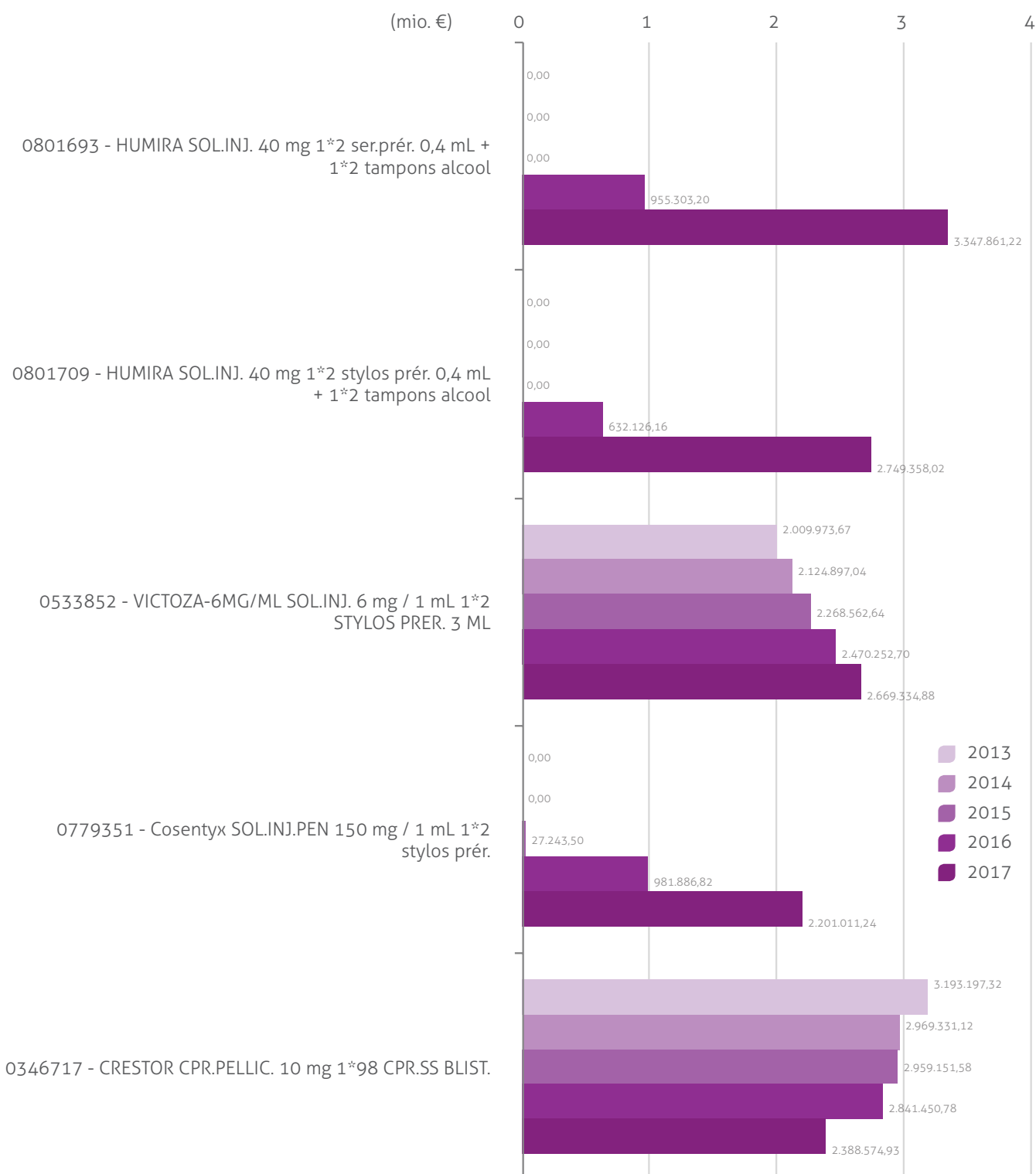


* La nouvelle nomenclature n'est plus subdivisée en chapitres. Par conséquent, il est difficile de comparer la nouvelle avec l'ancienne nomenclature.

chiffres extraits en date du 25.06.2018

VI. Les médicaments

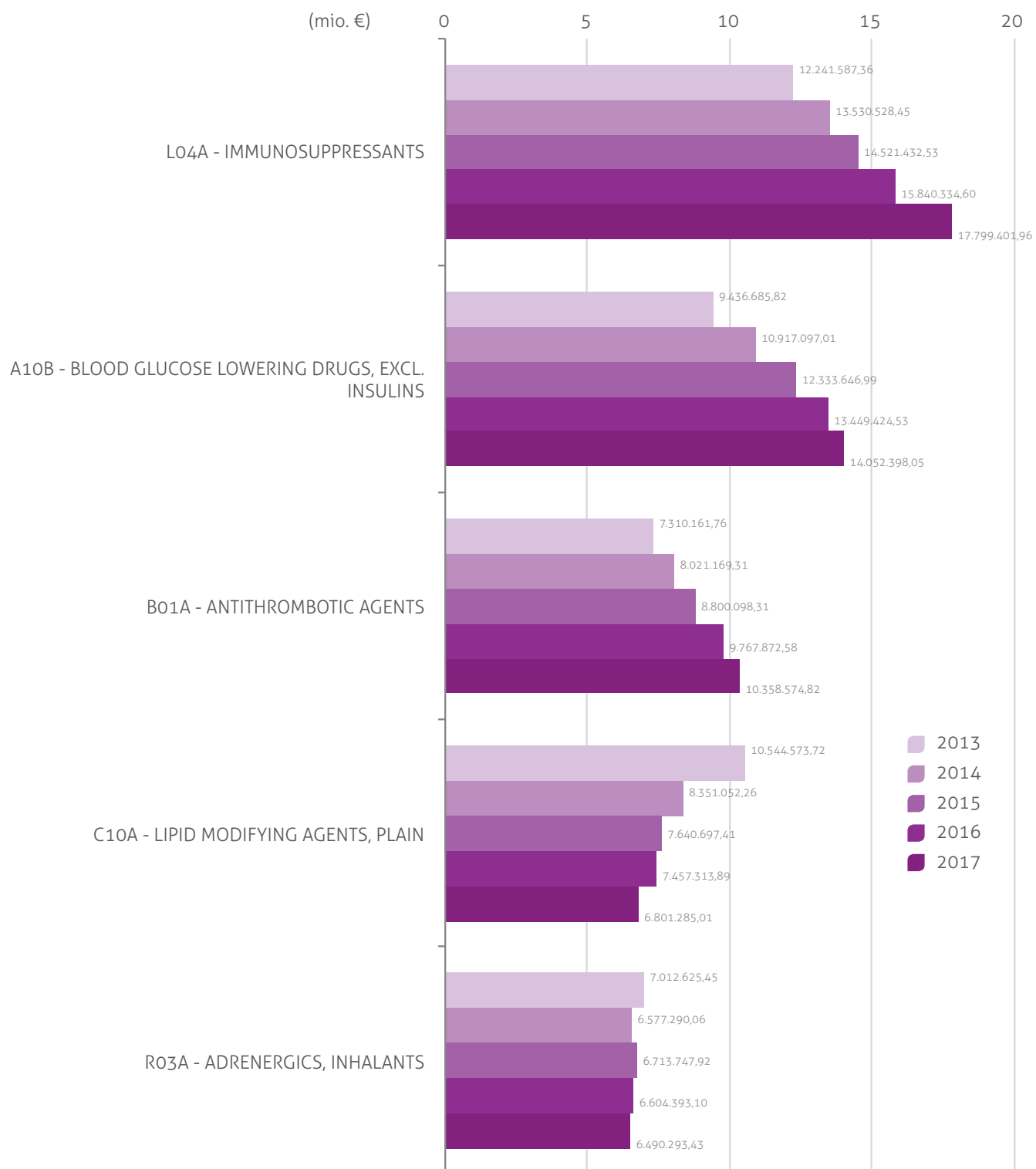
Net annuel (en €) des médicaments les plus remboursés



chiffres extraits en date du 25.06.2018



Net annuel (en €) des ATC les plus remboursés



Les annexes



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 %
		2017	2016	2017 / 2016
	Nombre indice	794,54	775,17	2,5 %
60 FRAIS D'ADMINISTRATION		86.924.380,77	82.908.185,02	4,8%
Frais de personnel		52.674.712,86	48.859.896,07	7,8%
Frais d'exploitation		3.632.061,12	3.576.756,52	1,5%
Frais de fonctionnement		7.055.168,08	7.335.906,43	-3,8%
Frais généraux		80.517,40	54.926,98	46,6%
Frais d'acquisitions		106.431,01	141.977,12	-25,0%
Participation aux frais d'adm. d'autres ISS		8.409.663,09	8.056.145,09	4,4%
Frais communs		14.965.827,21	14.882.576,81	0,6%
61 PRESTATIONS EN ESPÈCES		267.950.554,65	255.386.930,55	4,9%
ASSURANCE MALADIE		130.944.776,01	127.096.722,57	3,0%
ASSURANCE MATERNITÉ		137.005.778,64	128.290.207,98	6,8%
62 PRESTATIONS EN NATURE		2.329.538.682,06	2.092.528.984,16	11,3%
PRESTATIONS ASSURANCE MALADIE		2.320.767.699,56	2.084.339.631,54	11,3%
Prestations de soins de santé au Luxembourg		1.862.513.042,94	1.715.319.859,54	8,6%
Soins médicaux		375.717.845,26	357.860.415,84	5,0%
Soins médico-dent., prothèses, trait. ortho.		81.099.423,58	75.548.140,77	7,3%
Frais de voyage et de transport		9.684.509,96	9.438.773,42	2,6%
Médicaments (extra-hospitalier)		230.225.617,77	210.947.626,40	9,1%
Soins des autres professions de santé		132.977.528,79	121.408.770,92	9,5%
Dispositifs médicaux		45.596.466,31	44.464.122,14	2,5%
Analyses de laboratoires extra-hospitalier		75.437.523,95	67.829.856,40	11,2%
Cures thérapeutiques et de convalescence		10.847.394,35	10.611.392,20	2,2%
Réadaptation en foyers de psychiatrie		6.648.838,32	5.957.312,09	11,6%
Soins palliatifs		4.362.982,82	0,00	
Soins hospitaliers		883.578.873,24	805.007.734,46	9,8%
Médecine préventive		5.410.241,26	5.433.201,34	-0,4%
Prestations diverses		925.797,33	812.513,56	13,9%

Décompte des dépenses

	Année	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
		2017	2016	2017 / 2016
	Nombre indice	794,54	775,17	2,5 %
Prestations de soins de santé à l'étranger		458.254.656,62	369.019.772,00	24,2%
Conventions internationales		445.271.059,76	358.030.330,23	24,4%
Autres prest. transférées à l'étranger		12.983.596,86	10.989.441,77	18,1%
INDEMNITÉS FUNÉRAIRES		3.826.071,71	3.470.879,56	10,2%
PRESTATIONS DE MATERNITÉ		4.944.910,79	4.718.473,06	4,8%
Prestations de maternité au Luxembourg		4.606.894,47	4.374.500,80	5,3%
Prestations de maternité à l'étranger		338.016,32	343.972,26	-1,7%
63 TRANSFERTS DE COTISATIONS		25.633.733,84	24.126.405,47	6,2%
Cotisations assurance maladie		7.169.552,83	6.831.650,05	4,9%
Cotisations assurance pension		18.464.181,01	17.294.755,42	6,8%
64 DÉCHARGES ET RESTITUTIONS COTISATIONS		2.552.186,99	2.531.682,91	0,8%
Cot. irrécouvrables et cotisation indues		2.552.186,99	2.531.682,91	0,8%
dont État		185.684,75	344.366,77	-46,1%
Autres décharges		0,00	0,00	
65 PATRIMOINE		57.435,39	299.963,69	-80,9%
66 CHARGES FINANCIÈRES		4.642,42	1.341,32	p.m.
67 DOTATIONS AUX PROVIS. ET AMORT.		388.264.167,15	399.609.840,68	-2,8%
Prestations à liquider		383.550.000,00	394.900.000,00	-2,9%
Autres provisions		4.600.000,00	4.550.000,00	1,1%
Amortissements		114.167,15	159.840,68	-28,6%
68 QUOTE-PART ÉTAT DANS RÉCUPÉRATIONS		391.200,00	0,00	
69 DÉPENSES DIVERSES		561.570,22	811,76	p.m.
TOTAL DES DÉPENSES COURANTES		3.101.878.553,49	2.857.394.145,56	8,6%
Dotation au fonds de roulement		21.121.440,79	1.560.092,49	
Dotation de l'excédent de l'exercice		128.910.782,52	180.133.266,49	
TOTAL DES DÉPENSES		3.251.910.776,80	3.039.087.504,54	7,0%

Décompte des recettes

	Année	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
		2017	2016	2017 / 2016
	Nombre indice	794,54	775,17	2,5 %
70 COTISATIONS		1.677.642.889,60	1.567.895.833,64	7,0%
PRESTATIONS EN ESPÈCES		86.640.407,46	81.176.183,93	6,7%
Cotisations PE CNS		86.640.407,46	81.176.183,93	6,7%
dont FOA		184.241,04	183.825,86	0,2%
SOINS DE SANTÉ		1.591.002.482,14	1.486.719.649,71	7,0%
Cotisations actifs et autres		1.301.783.830,55	1.214.449.434,61	7,2%
dont – État		308.231,84	352.097,72	-12,5%
– FOA		2.064.631,21	2.060.991,39	0,2%
Cotisations pensionnés		289.218.651,59	272.270.215,10	6,2%
71 COTISATIONS FORFAITAIRES ÉTAT		1.118.408.278,14	1.045.244.265,93	7,0%
72 PARTICIPATION DE TIERS		39.071.968,54	38.018.306,62	2,8%
FRAIS D'ADMINISTRATION		18.971.405,26	17.930.053,95	5,8%
Frais d'administration: charge État		93.583,95	33.831,15	176,6%
Employeurs, caisses d'entreprises + organismes		18.877.821,31	17.896.222,80	5,5%
PARTICIPATION DANS PRESTATIONS (ÉTAT)		20.100.563,28	20.088.252,67	0,1%
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		100.563,28	88.252,67	13,9%
73 TRANSFERTS		3.735.787,50	5.324.853,94	-29,8%
Cotisations du régime contributif		460.459,92	490.521,59	p.m.
Pensions cédées		3.275.327,58	4.834.332,35	-32,2%
Restitution de cotisations		0,00	0,00	
Remboursement congé pour mandat		0,00	0,00	
74 REVENUS SUR IMMOBILISATIONS		198.416,38	196.163,60	1,1%
75 BÉNÉFICE DE RÉALISATION SUR IMMEUBLES		0,00	0,00	
76 PRODUITS DIVERS		13.038.648,37	10.604.926,10	22,9%
77 PRODUITS FINANCIERS		300.375,35	5.569.400,10	-94,6%
78 PRÉLÈVEMENTS AUX PROVISIONS		399.450.000,00	366.180.000,00	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%
79 RECETTES DIVERSES		64.412,92	53.754,61	19,8%
Divers		64.412,92	53.754,61	19,8%
TOTAL DES RECETTES COURANTES		3.251.910.776,80	3.039.087.504,54	7,0%
Prélèvement au fonds de roulement		0,00	0,00	
Prélèvement découvert de l'exercice		0,00	0,00	
TOTAL DES RECETTES		3.251.910.776,80	3.039.087.504,54	7,0%

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

Décompte des dépenses

	Année	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
		2017	2016	2017 / 2016
	Nombre indice	794,54	775,17	2,5 %
60 FRAIS D'ADMINISTRATION		17.573.229,42	16.540.451,47	6,2%
61 PRESTATIONS EN ESPÈCES		5.080.488,52	5.144.217,22	-1,2%
Allocation spéciale pour pers. grav. handicapées		5.080.488,52	5.144.217,22	-1,2%
Allocations de soins				p.m.
62 PRESTATIONS EN NATURE		581.330.584,86	570.440.592,86	1,9%
Prestations au Luxembourg		572.403.690,30	562.030.686,88	1,8%
- Prestations à domicile		239.764.970,58	223.028.473,19	7,5%
Aides et soins		167.026.358,41	149.564.712,26	11,7%
Réseau aides et soins (RAS)		140.289.047,92	126.996.780,39	10,5%
Centre semi-stationnaire (CSS)		25.658.950,49	20.953.321,87	22,5%
Mécanisme de compensation aux RAS		1.057.341,00	1.324.613,00	p.m.
Mécanisme de compensation aux CSS		21.019,00	289.997,00	p.m.
Prestations en espèces subsidiaires		54.222.169,68	54.466.422,85	-0,4%
Forfaits pour produits d'aides et de soins		4.133.154,60	3.888.996,00	6,3%
Appareils		12.247.940,70	12.424.243,83	-1,4%
Location.		6.048.639,05	5.911.529,32	2,3%
Acquisition		6.199.301,65	6.512.714,51	-4,8%
Adaptation logement		2.135.347,19	2.684.098,25	-20,4%
- Prestations en milieu stationnaire		332.638.719,72	339.002.213,69	-1,9%
Aides et soins		332.638.719,72	339.002.213,69	-1,9%
Établissement à séjour continu (ESC)		295.190.778,28	292.982.855,93	0,8%
Étab. à séjour intermittent (ESI)		37.440.278,44	39.228.104,76	-4,6%
Mécanisme de compensation aux ESC			6.054.656,00	p.m.
Mécanisme de compensation aux ESI		7.663,00	736.597,00	p.m.
Prestations étrangères		8.926.894,56	8.409.905,98	6,1%
Prestations en espèces transférées à l'étranger		4.326.675,20	4.167.894,13	3,8%
Conventions internationales		4.600.219,36	4.242.011,85	8,4%
- Frontaliers		2.050.078,35	1.815.697,40	12,9%
- Pensionnés		2.462.782,94	2.330.046,53	5,7%
- Renonciation frais effectifs		87.358,07	96.267,92	p.m.
63 TRANSFERTS DE COTISATIONS		7.026.157,32	6.909.275,60	1,7%
Cotisations assurance pension (art. 355)		7.026.157,32	6.909.275,60	
64 DÉCHARGES ET EXTOURNES		181.132,64	399.196,30	-54,6%
Décharges		98.653,25	102.672,29	

Décompte des dépenses

	Année	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
		2017	2016	2017 / 2016
	Nombre indice	794,54	775,17	2,5 %
Extournes		82.479,39	296.524,01	
66 CHARGES FINANCIERES		592,97	405,9	p.m.
67 DOTATION AUX PROV. ET AMORT.		51.643.196,00	32.180.000,00	60,5%
Prestations à liquider		39.340.000,00	29.530.000,00	
Prestations à liquider Mécanisme de compensation		12.303.196,00	2.650.000,00	
69 DÉPENSES DIVERSES		5.159,37	54,65	p.m.
TOTAL DES DÉPENSES COURANTES		662.840.541,10	631.614.194,00	4,9%
Dotation au fonds de roulement		7.256.299,11	0,00	
Dotation de l'excédent de l'exercice		28.619.207,66	50.253.058,23	
TOTAL DES DÉPENSES		698.716.047,87	681.867.252,23	2,5%

Décompte des recettes

	Année	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
		2017	2016	2017 / 2016
	Nombre indice	794,54	775,17	2,5 %
70 COTISATIONS		402.169.712,60	373.582.283,00	7,7%
Cotisations actifs et autres		321.344.617,78	301.196.063,30	6,7%
Cotisations pensionnés		54.996.187,60	51.810.413,45	6,1%
Cotisations sur patrimoine - art. 378		25.828.907,22	20.575.806,25	25,5%
72 PARTICIPATION DE TIERS		263.710.282,89	230.780.698,62	14,3%
Contribution forfaitaire État - AD (art. 375, sub 1)		250.871.048,48	217.709.220,42	15,2%
Contribution de l'État: Méc. de comp. mt. Liquidé		8.405.863,00		
Contribution de l'État: Méc. de comp. mt. Prov.		10.739.219,00	2.650.000,00	
Redevance AD du sect. de l'énergie (art. 375 sub 2)		1.869.790,63	1.869.003,86	0,0%
Organismes		85.783,48	85.145,25	0,7%
Participation État Outre-mer		144.441,30	61.466,09	135,0%
76 PRODUITS DIVERS		640.767,72	594.179,39	7,8%
77 PRODUITS FINANCIERS		12.935,35	57.143,82	-77,4%
78 PRÉLÈVEMENTS AUX PROVISIONS		32.180.000,00	73.200.000,00	-56,0%
Provisions - Prestations		29.530.000,00	73.200.000,00	
Provision Mécanisme de compensation		2.650.000,00		
79 RECETTES DIVERSES		2.349,31	567.667,46	p.m.

Décompte des recettes

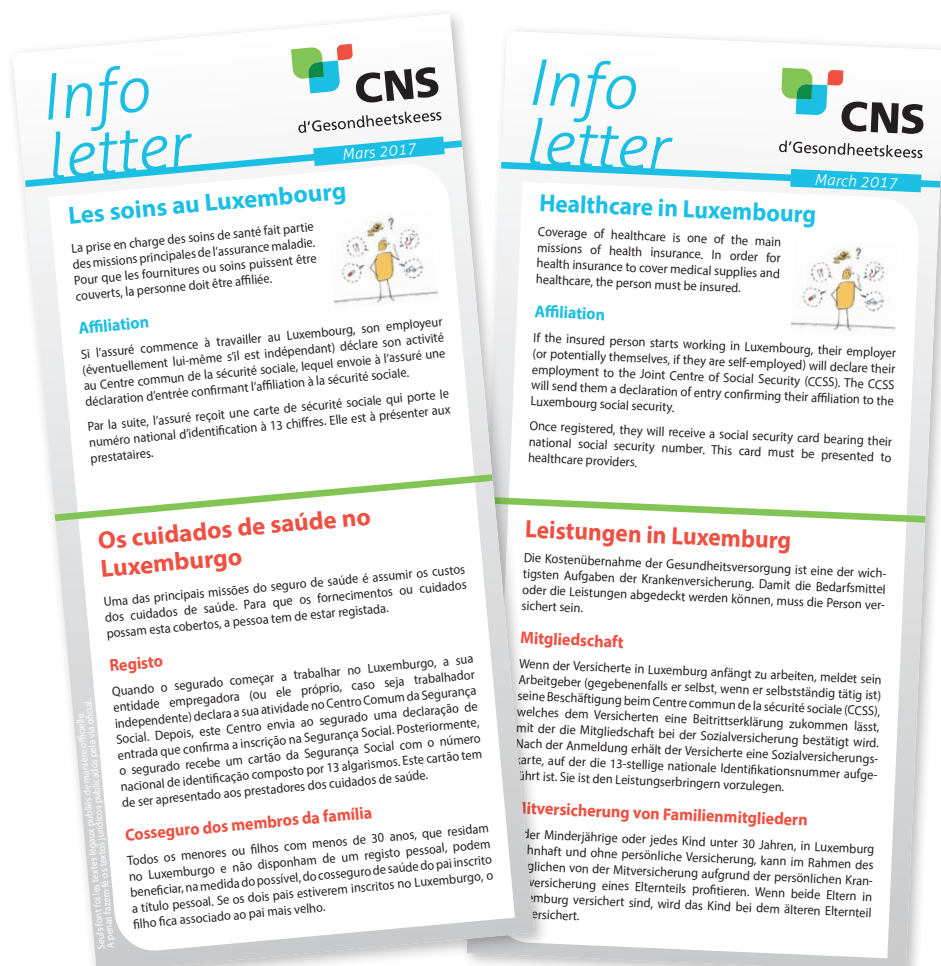
	Année	Compte annuel	Compte annuel	Variation en %
		2017	2016	2017 / 2016
Nombre indice		794,54	775,17	2,5 %
TOTAL DES RECETTES COURANTES		698.716.047,87	678.781.972,29	2,9%
Prélèvement au fonds de roulement		0,00	3.085.279,94	
Prélèvement découvert de l'exercice		0,00	0,00	
TOTAL DES RECETTES		698.716.047,87	681.867.252,23	2,5%

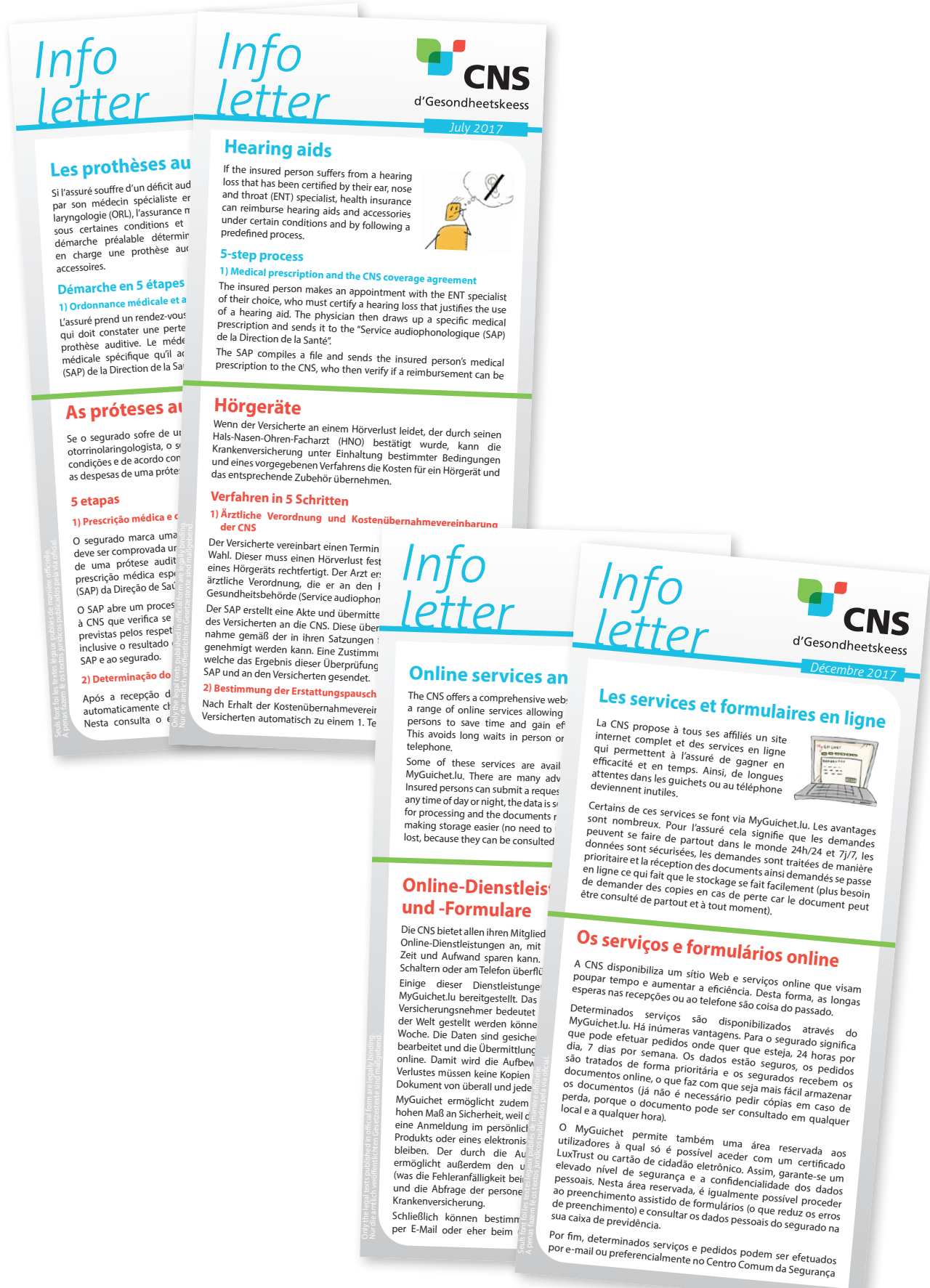
III. Modifications statutaires entrées en vigueur en 2017

Entrée en vigueur	Arrêté ministériel	Comité directeur	Mémorial	Modifications
01.01.2017	21.12.2016	09.11.2016 23.11.2016	A-287 du 27.12.2016 pages 6018-6036	Divers articles Annexe A, fichiers B1, B2, B6 Annexe C Annexe G Annexe M (nouveau)
			Mémorial A-287 du 27.12.2016 com- plété rétroactivement par modifications à l'annexe K publiées au A-195 du 14.02.2017	Annexe K
			Mémorial A-287 du 27.12.2016 com- plété rétroactivement par modifications à l'annexe B publiées au A-462 du 08.05.2017	Annexe B
01.02.2017	21.01.2017	14.12.2016	A-115 du 31.01.2017	Annexe A, fichiers B1, B3, B4 et B5
01.05.2017	20.04.2017	15.02.2017	A-429 du 24.04.2017	Annexe A, fichiers B1, B4 (déjà inclus dans fichier B4 du 01.03.2017) et B6 Annexe D, listes 6, 8 et 11 Demande initiale de prise en charge de BRILIQUE 60 MG Demande de prise en charge d'EFIENT ou de BRILIQUE 90mg
01.05.2017	25.04.2017	15.03.2017	A-441 du 26.04.2017	Annexe A, fichiers B1 et B7
01.06.2017	26.05.2017	15.03.2017	A-525 du 30.05.2017	Article 11 Article 42, alinéa 1 Article 143bis Annexe J Article 165
01.06.2017	26.05.2017	05.04.2017	A-526 du 30.05.2017	Annexe A, fichiers B1 et B5

01.07.2017	21.06.2017	26.04.2017	A-595 du 27.06.2017	Annexe A, fichiers B1 et B4
01.07.2017	26.06.2017	14.06.2017	A-598 du 28.06.2017	Article 27 Article 28 Article 165 Annexe J
			Mémorial A-598 du 28.06.2017 complété par modifications à l'annexe L publiées au A-624 du 06.07.2017	Annexe L
01.08.2017	05.07.2017	17.05.2017	A-658 du 24.07.2017	Annexe A, fichiers B1, B3 et B4 Annexe A, fichier B3, article 3 Article 152
01.10.2017	28.07.2017	12.07.2017	A-692 du 07.08.2017	Annexe A, fichiers B1 et B5
01.10.2017	11.09.2017	26.07.2017	A-806 du 19.09.2017	Annexe B
			Mémorial A-806 du 19.09.2017 rectifié par Mémorial A-938 du 23.10.2017 (date de prise d'effet)	
01.12.2017	16.10.2017	13.09.2017	A-948 du 27.10.2017	Annexe A, fichiers B1 et B7 Annexe D, listes 6 et 9

IV. Les dépliants de la CNS





V. Les communiqués de presse de 2017

N°	Date	Sujet
1	12.07.2017	Comptes annuels et le bilan de clôture de l'année 2016 de l'assurance maladie-maternité
2	26.07.2017	Comptes annuels et le bilan de clôture de l'année 2016 de l'assurance dépendance
3	06.09.2017	La Caisse nationale de santé présente son rapport annuel 2016
4	16.10.2017	L'assurance maladie en ligne via MyGuichet.lu
5	16.11.2017	Vote du budget annuel 2018 de l'assurance maladie-maternité
6	13.12.2017	Vote du budget annuel 2018 de l'assurance dépendance
7	14.12.2017	Informations par rapport à différentes mesures dans le cadre de l'assurance maladie prenant leur effet début 2018.

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

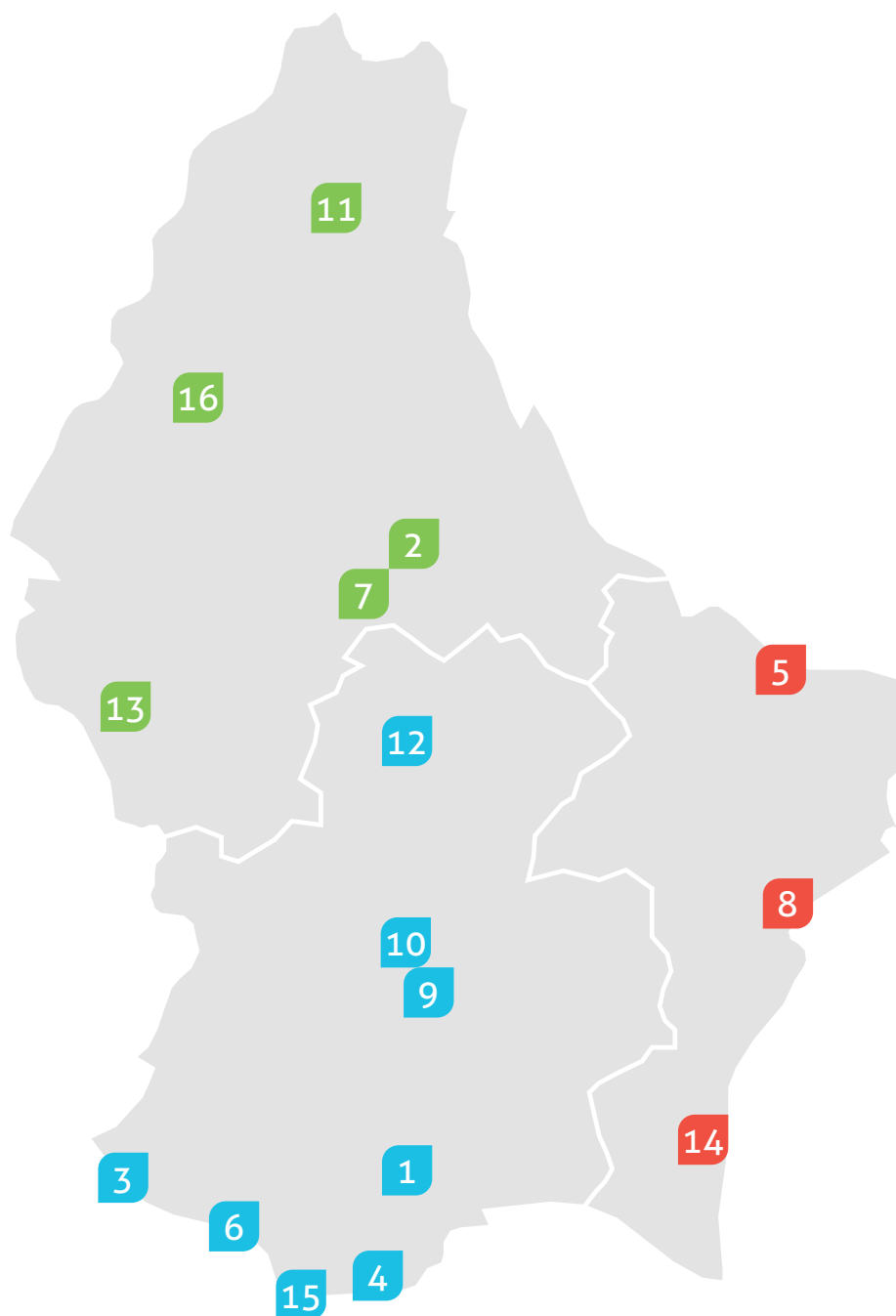


CSSS	Conseil supérieur de la sécurité sociale
CTIE	Centre des technologies de l'information de l'État
CTMSP	Classification par Type en Milieux de Soins Prolongés (système canadien)
DSP	Dossier de soins partagé
EEE	Espace économique européen
EFQM	Modèle d'excellence de la Fondation européenne pour la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

www.cns.lu

1 Bettembourg
4, route de Mondorf L-3260

2 Diekirch
16, rue Jean l'Aveugle L-9208

3 Differdange
11-15, rue Michel Rodange L-4660

4 Dudelange
57, place de l'Hôtel de Ville L-3590

5 Echternach
Porte St Willibrord L-6486

6 Esch/Alzette
Grand Rue/rue de l'Eglise L-4132

7 Ettelbruck
30, rue Prince Henri L-9047

8 Grevenmacher
9, rue du Centenaire L-6719

9 Luxembourg (Hollerich)
125, route d'Esch L-2980

10 Luxembourg (Ville)
8, Boulevard Royal L-2449

11 Marnach
9, rue de Marbourg L-9764

12 Mersch
Topaze Shopping Center L-7525

13 Redange/Attert
33, Grand Rue L-8510

14 Remich
6, avenue Lamort-Velter L-5574

15 Rumelange
Place G.-D. Charlotte L-3710

16 Wiltz
6, Grand Rue L-9530

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

NOTES

NOTES

