

Bulletin luxembourgeois des questions sociales

2020

Volume 35

Laura Paladino Evolution des dépenses et des recettes de l'assurance maladie-maternité entre 2011 et 2018



aloss
association luxembourgeoise
des organismes de sécurité sociale

Bulletin luxembourgeois des questions sociales
2020 Volume 35

Laura Paladino Evolution des dépenses et des recettes de
l'assurance maladie-maternité entre 2011 et 2018



a l o s s

association luxembourgeoise
des organismes de sécurité sociale

125, route d'Esch
L-1471 Luxembourg
www.aloss.lu

ISSN 2071-2486

Les articles reproduits n'engagent que la responsabilité
de leurs auteurs et non les administrations et les
institutions dont ils relèvent.

EVOLUTION DES DÉPENSES ET DES RECETTES DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ ENTRE 2011 ET 2018

Mémoire de fin de stage réalisé par :

Laura Paladino

Sous la direction de :

Vanessa Di Bartolomeo

Novembre 2019

I. Introduction

En 2018, la population protégée de l'assurance maladie-maternité atteint le chiffre de 858.357 personnes. 64,9% de cette population est résidente, 35,1% est non-résidente. 401.865 personnes, soit 46,8% de la population protégée, ont droit aux prestations en espèces payées en cas de maladie ou de maternité.

En 2018, le Grand-Duché de Luxembourg assure un libre accès aux soins de santé à 91,0% de la population protégée totale du pays à travers son système de santé publique.

Aujourd'hui, la situation financière de l'assurance maladie-maternité est saine. La réserve globale avant opérations sur réserves s'élève à 869,7 millions d'euros en 2018. Cette situation favorable résulte, d'une part, de la réforme de 2010 ainsi que des mesures prises ces dernières années et, d'autre part, d'une bonne conjoncture créatrice d'emplois et donc d'un nombre croissant d'assurés. Dès lors, il s'agit de pérenniser cette situation à court et moyen terme pour garantir l'équilibre financier pour l'avenir.

Les ressources du financement des dépenses de l'assurance maladie-maternité sont essentiellement constituées par les cotisations en provenance des assurés, des employeurs ainsi que de certaines contributions de l'Etat. En particulier, l'Etat prend en charge 40,0% de l'ensemble des cotisations. Les dépenses de l'assurance maladie comprennent principalement les prestations en nature et les prestations en espèces, mais aussi les frais adminis-

tratifs propres de la Caisse nationale de santé («CNS») et des caisses du secteur public.

Le système de financement de ces dépenses repose sur les estimations des recettes et des dépenses inscrites au budget global établi annuellement par la CNS. Ainsi, les données estimées figurant au budget d'un exercice donné peuvent diverger des données effectivement réalisées et inscrites au décompte.

Le présent mémoire s'inscrit dans une tentative d'apporter des explications à l'évolution des dépenses de soins de santé entre 2011 et 2018, période impactée principalement et fortement par trois changements de législation importants, à savoir une politique générale de cost containment, la loi du 13 mai 2008 ¹⁾ portant introduction d'un statut unique et la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant:

1. le Code de la sécurité sociale;
2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

L'analyse de cette période permet d'affirmer la viabilité financière du système de l'assurance maladie-maternité, ceci dans le contexte actuel d'une situation financière favorable de l'assurance maladie-maternité s'expliquant par une politique de cost containment pratiquée entre 2011 et 2016.

Les années 2011 à 2018 sont marquées par un grand nombre de changements législatifs. Ces modifications législatives seront reprises de manière exhaustive dans le point II du présent mémoire.

La finalité du mémoire est de répondre à sept objectifs : le premier objectif consiste à décrire les principaux changements législatifs intervenus sur la période analysée pour ensuite passer à l'analyse de la situation financière entre 2011 et 2023. Le troisième objectif est d'analyser l'évolution des recettes de l'assurance maladie-maternité entre 2011 et 2018. Ensuite, une analyse des principaux postes de dépenses à charge de l'assurance maladie-maternité entre 2011 et 2018 sera établi. En cinquième lieu, ce qui reste à charge des assurés et ce qui n'est donc pas pris en charge par l'assurance maladie-maternité sera analysé. Il s'agit de l'analyse de la participation personnelle des assurés, qui distingue la participation statutaire de la participation globale. Le sixième objectif est d'intégrer dans l'outil business intelligence, (« BI ») de la CNS un fichier automatisé des participations personnelles extra-hospitalières. Finalement, le septième et dernier volet aura pour objectif de donner une vue des principales dépenses totales pour les soins de santé en reprenant les données des volets IV et V.

1) *Loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique, Mémorial A-N°60, 15.05.2008, p.790.*

II. Changements législatifs ayant un impact considérable sur le système de soins de santé et son financement

La période 2011 à 2018 est marquée par de nombreux changements législatifs engendrant une évolution continue du système de soins de santé ainsi qu'un élargissement et une amélioration de la prise en charge.

Statut unique :

Le 1^{er} janvier 2009, la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique dans le secteur privé est entrée en vigueur. Avec l'introduction d'un statut unique dans le secteur privé, la distinction entre les régimes « d'ouvriers » et « d'employés » a disparue. A partir de ce moment, il n'existait plus qu'un régime unique, celui des "salariés". A ce moment, la CNS s'est substituée aux différentes caisses de maladie et la Caisse nationale d'assurance pension (« CNAP ») s'est substituée aux différentes caisses de pension du secteur privé.

A partir du 1^{er} janvier 2009, les heures supplémentaires ne sont plus cotisables pour les prestations en espèces. A partir de 2011, un taux de cotisation unique a été introduit, qui est majoré de 0,5% pour les assurés ayant droit à des prestations en espèces. Ce taux permet de cadrer l'évolution des dépenses entre 2010 et 2016 et de procéder à un élargissement ainsi qu'à une amélioration des prestations de soins de santé.

Loi réforme santé :

Afin de faire face à la crise et au déficit de 2010, des changements ont été introduits par la loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant 1) le Code de la sécurité sociale (« CSS ») et 2) la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Une priorité fut alors accordée aux soins primaires et c'est ainsi que le rôle du médecin à vocation généraliste fut renforcé. De plus, les dispositions du « dossier patient » ont été renforcées par une réglementation afférente.

Un autre point important de la réforme fut le développement du secteur hospitalier. Certains centres de compétences ont été revus et le lien médecin-hôpital fut précisé. Les missions du Conseil médical et du médecin coordinateur ont été réglementées. La réforme a aussi introduit le concept d'enveloppe budgétaire globale dans le milieu hospitalier, enveloppe fixée par le gouvernement sur base d'une planification pluriannuelle.

Finalement, la réforme a intégré les dépenses liées à la maternité dans le dispositif normal de l'assurance maladie. Avant 2011, ces dépenses étaient prises en charge à 100% par le budget de l'Etat.

De plus, une politique de cost containment a été mise en place grâce à la loi réforme. Elle marque le début d'une période conséquente de cadrage des dépenses. Le but était de réaliser une partie des mesures d'économies requises pour présenter un budget en équilibre pour 2011 en agissant tant sur le niveau des prestations à charge de l'assurance maladie-maternité que sur celui des participations personnelles des assurés.

La loi réforme a engendré la suspension des négociations tarifaires pour les années 2015 et 2016 pour les prestataires de soins de santé visés à l'article 61, alinéa 2, point 1 à 3 du CSS. La loi réforme santé prévoyait aussi une réduction sur les coefficients d'actes et de services prévus dans la nomenclature des médecins afin de dégager une économie au profit de l'assurance maladie-maternité et le gel des lettres-clés des prestataires de soins de santé.

La loi réforme des soins de santé du 17 décembre 2010 gelait également la lettre-clé des laboratoires au niveau de sa valeur 2010 et annulait toute possibilité de négociation conventionnelle.

Budget nouvelle génération (« BNG »), gel de lettres-clés et autres mesures :

En 2015, l'article 35 de la loi du 19 décembre 2014 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour ledit exercice a introduit une baisse de 20,0% de la lettre-clé des laboratoires, baisse justifiée par la croissance du volume des analyses réalisées et donc par la hausse des dépenses prises en charge par l'assurance maladie-maternité.

Au 1^{er} janvier 2017, est entrée en vigueur la réforme concernant les prestations de kinésithérapie à travers une nouvelle convention et le règlement grand-ducal du 14 décembre 2016 arrêtant la nouvelle nomenclature. Cette réforme comprend plusieurs volets :

- Introduction d'une nouvelle nomenclature, basée sur une notion temps, simplifiée et axée sur les prestations de rééducation, supprimant les prestations de massage et les possibilités de cumul ;
- Elaboration d'une nouvelle convention, comprenant une simplification administrative, l'évolution vers des échanges dématérialisés et l'introduction de normes de qualité ;
- Une meilleure coordination avec le médecin prescripteur via une ordonnance standardisée et l'introduction de bilans.

En 2017, des améliorations supplémentaires ont été décidées par le comité quadripartite. Les améliorations portent sur 3 grands axes : la réduction des dépenses incombant aux familles, la considération des pathologies lourdes et chroniques et la modernisation des standards de prise en charge. Plus précisément pour le premier axe, il s'agit de rembourser au taux de 100,0%

les consultations pour les jeunes de moins de 18 ans. De même, un remboursement au taux de 100,0% pour les actes d'orthophonie, d'infirmiers et de psychomotricité destinés aux jeunes de moins de 18 ans est prévu. Ces améliorations sont entrées en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2018.

En ce qui concerne la prise en charge des contraceptifs, la limite d'âge est portée de 25 à 30 ans et le stérilet est pris en charge. En outre, une augmentation des visites à domicile par les sages-femmes est prévue dans le cadre de la révision de leur nomenclature.

Concernant les pathologies lourdes et chroniques, le remboursement des prestations a été revu. Ainsi, un plan d'action « affections de longue durée » ayant pour objectif de centrer les dispositifs existants sur les besoins que rencontrent les patients atteints d'affections de longue durée est mise en place. Par ailleurs, un premier projet pilote est prévu en vue d'une amélioration de la prise en charge du diabète, qui inclut l'élaboration d'une convention et d'une nomenclature pour les diététiciens en vue d'une prise en charge plus holistique.

Sous le troisième axe, l'assurance maladie-maternité prend en charge la vaccination contre le pneumocoque en ciblant les populations à risque, essentiellement les personnes âgées. Aussi, les prestations reliées au lipoedème ont été améliorées, notamment en ce qui concerne le conditionnement en vue d'un bas de contention, le remboursement à 100,0% des séances de kinésithérapie en relation avec les drainages lymphatiques, et la prise en compte d'interventions chirurgicales à partir d'un stade 3 au lieu du stade 4.

Nouvelle nomenclature – laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique :

En 2018, une nouvelle nomenclature avec de nouvelles règles de prescription a été introduite pour les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique. La nouvelle nomenclature se caractérise par un référencement à la nomenclature française correspondante avec une réduction des actes de 847 à 798, une révision des libellés correspondants au state of the art actuel, l'établissement de règles de cumul et la fixation de coefficients des actes par rapport aux différentes catégories d'actes et par des recommandations de bonne pratique s'adressant prioritairement aux prescripteurs des examens en question. A noter encore que la nouvelle nomenclature ne contient plus d'actes en relation à la génétique humaine et à l'anatomopathologie.

Une adaptation des statuts de la CNS introduite au 1^{er} janvier 2018 abolit la participation personnelle sur les consultations des médecins pour les mineurs. Les actes médicaux sont ainsi pris en charge au taux de 100,0% pour les personnes protégées n'ayant pas atteint l'âge de 18 ans accomplis. A ceci s'ajoute l'abolition de la participation des mineurs pour les soins de psychomotricité, d'orthophonie et des infirmiers. Par ailleurs, le délai en matière

de renouvellement des prothèses dentaires a été adapté, en particulier une réduction du délai pour prothèses conjointes à 12 ans a été introduite par une adaptation statutaire au 1^{er} janvier 2018. Ensuite, l'exercice 2018 est aussi impacté par l'adaptation à partir du 1^{er} novembre 2018 des tarifs des médecins concernant l'urgence des adultes. La nomenclature a été revue pour intégrer de nouveaux actes pour les médecins urgentistes. Ainsi, les nouveaux actes prévoient des tarifs adaptés suivant le degré de l'urgence, avec une augmentation substantielle des cas les plus graves ainsi qu'une meilleure prise en compte des plages horaires. De même, un forfait pour les lits-portes a été fixé. Ces améliorations de la nomenclature visent une meilleure rémunération des médecins urgentistes.

Ensuite, à partir du 1^{er} avril 2018, la loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière a introduit le financement du Centre de réhabilitation du château de Colpach et du Laboratoire nationale de santé (« LNS ») dans le mécanisme de la budgétisation hospitalière dans le cadre de l'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers.

Réforme du congé pour raisons familiales et adaptations concernant le congé maternité post natal :

Concernant les prestations en espèces, la réforme du congé pour raisons familiales introduit, à partir du 1^{er} janvier 2018, un nouveau système dans lequel les parents ont plus de flexibilité pour utiliser le congé parental. Le droit annuel de 2 jours par parent et par enfant est remplacé par un droit de 12 jours pour les enfants appartenant à la tranche d'âge (0-3 ans), un droit de 18 jours pour les enfants appartenant à la tranche d'âge (4-12 ans) et un droit de 5 jours pour les enfants appartenant à la tranche d'âge (13-18 ans). D'autres changements ont été introduits par la même loi au 1^{er} janvier 2018 et concernent le congé de maternité postnatal pour lequel est prévu une généralisation à 12 semaines sans condition d'allaitement.

En matière de médecine préventive, un programme de vaccination contre le pneumocoque pour certaines personnes à risques et pour les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi qu'un programme de vaccination pour certaines personnes à risque contre la grippe est introduit au 1^{er} septembre 2018.

Contexte pluriannuel :

Concernant le contexte pluriannuel, il est prévu d'adapter les nomenclatures existantes des sages-femmes, des orthophonistes et des psychomotriciens en 2020. De plus, une nouvelle nomenclature des podologues sera mise en place.

L'ajustement de la nomenclature dentaire est prévu au niveau des dépenses en 2021. D'autres mesures d'élargissement concernant la chirurgie réfractive, l'ergothérapie ainsi que les aides visuelles seront mises en place.

III. Situation financière de l'assurance maladie-maternité

Situation financière de l'assurance maladie-maternité 2011 à 2023													
Montants en millions d'euros									Estimations				
Exercice	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Echelle mobile des salaires	724,3	742,4	761,0	775,2	775,2	775,2	794,5	802,8	817,8	834,8	845,2	857,4	877,0
(Var. en %)	1,9%	2,5%	2,5%	1,9%	0,0%	0,0%	2,5%	1,0%	1,9%	2,1%	1,2%	1,4%	2,3%
Recettes courantes	2.160,1	2.272,5	2.380,5	2.496,6	2.580,7	2.672,9	2.852,5	3.008,3	3.204,9	3.383,1	3.548,6	3.690,3	3.874,6
(Var. en %)	6,7%	5,2%	4,8%	4,9%	3,4%	3,6%	6,7%	5,5%	6,5%	5,6%	4,9%	4,0%	5,0%
Dépenses courantes	2.081,8	2.228,4	2.403,0	2.490,7	2.475,6	2.491,2	2.702,4	2.875,8	3.152,3	3.342,9	3.549,4	3.715,9	3.907,6
(Var. en %)	2,6%	7,0%	7,8%	3,6%	-0,6%	0,6%	8,5%	6,4%	9,6%	6,0%	6,2%	4,7%	5,2%
Solde des opérations courantes	78,3	44,2	-22,5	5,9	105,1	181,7	150,0	132,5	52,6	40,3	-0,8	-25,7	-33,0
En % des dép. courantes	3,8%	2,0%	-0,9%	0,2%	4,2%	7,3%	5,6%	4,6%	1,7%	1,2%	0,0%	-0,7%	-0,8%
Solde global cumulé (SGC)	272,8	317,0	294,5	300,3	405,4	587,1	737,2	869,7	922,3	962,5	961,7	936,1	903,1
SGC/ Dép. courantes	12,1%	12,1%	12,1%	12,1%	16,4%	23,6%	27,3%	30,2%	29,3%	28,8%	27,1%	25,2%	23,1%
Fonds de roulement minimum	114,5	144,8	180,2	211,7	247,6	249,1	270,2	287,6	315,2	334,3	354,9	371,6	390,8
Taux FDR/ Dép. courantes	8,5%	8,5%	8,5%	8,5%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%
Résultat de l'exercice	75,4	13,8	-57,9	-25,6	69,2	180,1	128,9	115,2	24,9	21,2	-21,5	-42,3	-52,1
Résultat cumulé	158,3	172,2	114,3	88,6	157,9	338,0	466,9	582,1	607,0	628,3	606,8	564,5	512,3
Taux de cotisation													
Taux de cotisation unique	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%
Majoration assurés couverts / PE	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%
Taux d'équilibre de l'exercice	5,15%	5,14%	5,31%	5,39%	5,23%	4,84%	5,33%	5,37%	5,55%	5,56%	5,64%	5,67%	5,68%

L'assurance maladie-maternité présente en 2018 une situation financière stable avec un résultat positif avant opérations sur réserves de 132,5 millions d'euros. La réserve globale est de 30,2% des dépenses courantes en 2018. Après opérations sur réserves, le résultat de l'exercice reste positif avec 115,2 millions d'euros.

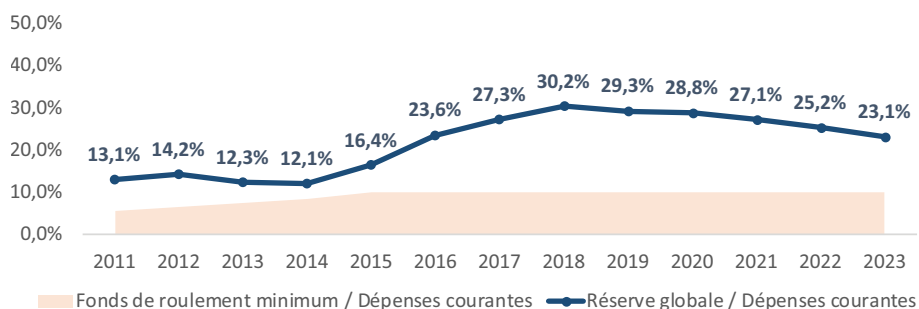
A partir de 2018, la période de soldes des opérations courantes exceptionnels s'achève avec la fin de la période d'évolution modérée des dépenses entre 2011 à 2017. En effet sur cette période, les dépenses pour soins de santé suivant l'exercice prestation au Luxembourg évoluent de 2,4% à 5,8%.

L'évolution modérée des dépenses entre 2011 et 2016 s'explique principalement par les mesures présentées à la partie II du présent mémoire. Pour rappel, les dépenses pour soins de santé au Luxembourg entre 2011 et 2016 ont principalement été cadrées par la loi portant réforme du système de soins de santé de 2010 et par le gel de lettres-clés. Celle-ci a ralenti la croissance des dépenses par des mesures impactant les assurés ainsi que les prestataires. De plus, l'introduction de l'enveloppe budgétaire a aussi permis de cadrer l'évolution financière. Les laboratoires d'analyses médicales et les médecins ont également été la cible d'actions concernant les dépenses. Finalement, s'y ajoutent les effets de gels des différents tarifs et la réduction de la lettre-clé de 20,0% pour les laboratoires mises en place en 2015.

A partir de l'année 2019, les dépenses connaissent une évolution plus importante que celle des recettes. Néanmoins, le solde des opérations courantes reste positif en 2019, ainsi qu'en 2020.

En 2019, la situation financière prévisible de l'assurance maladie-maternité reste positive avec une réserve prévisible de 29,3% des dépenses courantes et un résultat avant opérations sur réserves de 52,6 millions d'euros. Après opérations sur réserves, le résultat de l'exerce reste positif et atteint le montant de 24,9 millions d'euros.

En 2020, la situation financière de l'assurance maladie-maternité reste également positive et ce n'est qu'à partir de l'année 2021 que le solde des opérations courantes devient prévisiblement négatif. A savoir -0,8 million d'euros en 2021, -25,7 millions d'euros en 2022 et -33,0 millions d'euros en 2023. Après opérations sur réserves, le résultat de l'exerce est déficitaire de -21,5 millions d'euros, de -42,3 millions d'euros et -52,1 millions pour les années en question.



Le graphique ci-dessus montre l'évolution de la réserve globale en pourcentages des dépenses courantes entre 2011 et 2023. Comme mentionné auparavant, le solde global cumulé s'établit à 30,2% des dépenses courantes en 2018 et la réserve globale connaîtra une prévisible baisse à partir de 2018 pour atteindre une évolution prévisible de 23,1% en 2023.

Le graphique affiche aussi l'évolution du fonds de roulement minimum entre 2011 et 2023 qui s'établit depuis 2015 à 10,0%.

IV. Analyse de l'évolution des recettes de l'assurance maladie-maternité entre 2011 et 2018

Depuis 2011, les recettes ont évolué positivement de manière continue, avec des années marquées par un ralentissement de la croissance et d'autres par une accélération.

Pour rappel, les cotisations représentent 98,3% des recettes courantes en 2018 et les principaux indicateurs susceptibles d'influencer leur croissance sont les suivantes :

- le nombre d'assurés ;
- le revenu moyen cotisable.

Pour financer les dépenses de l'assurance maladie-maternité, la CNS dispose de recettes qui se composent essentiellement de cotisations provenant principalement des assurés, des employeurs ainsi que de l'Etat luxembourgeois, de revenus de placement et d'autres revenus divers.

En ce qui concerne la charge des cotisations, l'Etat paie une contribution forfaitaire de 40,0% de l'ensemble de cotisations. Mise à part cette intervention de l'Etat, la charge restante qui correspond à 60,0% des cotisations est répartie entre assurés et employeurs selon l'activité en question. Des règles différentes peuvent s'appliquer par exemple aux indépendants, aux membres de l'armée et de la police grand-ducale, ainsi qu'aux salariés handicapés.

Aujourd'hui, le taux de cotisation de l'assurance maladie-maternité est fixé à 5,6%, taux pouvant être majoré de 0,5% pour les assurés ayant droit aux prestations en espèces.

En plus d'intervenir au niveau des cotisations, l'Etat prend en charge (à titre transitoire et jusqu'au 31 décembre 2021) une dotation annuelle de 20 millions d'euros destinée à compenser les charges supplémentaires incombant à la CNS du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime de l'assurance maladie-maternité. En particulier, la CNS avait demandé la continuation, voire la révision à la hausse, de la dotation maternité dont l'ancienne base légale était venue à échéance le 31 décembre 2018. Cette demande s'expliquait par l'évolution des dépenses de maternité (soins de santé et PE) de manière générale. Dans le cadre du budget de l'Etat 2019, la réponse à cette demande fut favorable en ce qui concerne la conti-

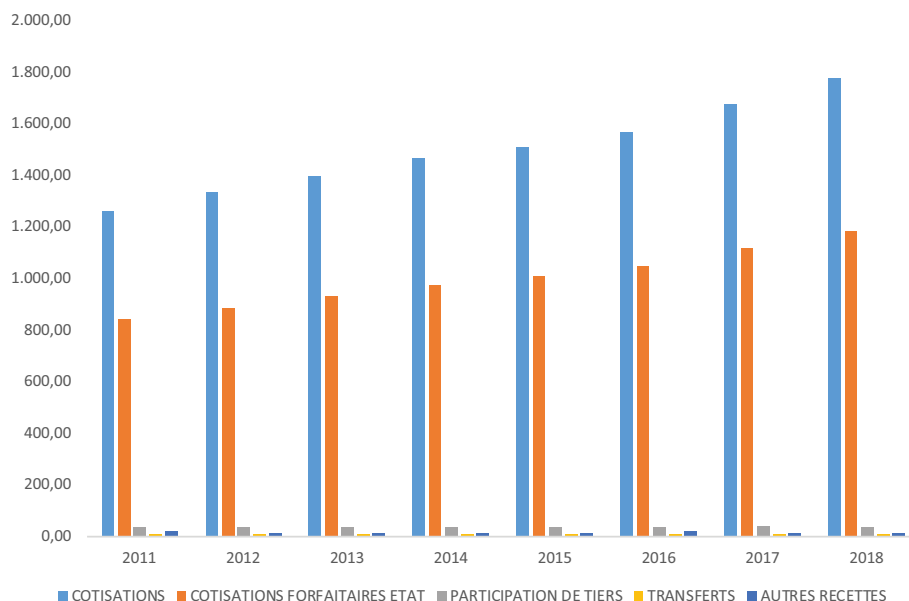
uation du paiement, mais le montant respectif n'a pas été révisé à la hausse.

La croissance des prestations en espèces de maternité s'explique entre autres par :

- la généralisation à partir du 1^{er} janvier 2018 du congé postnatal à 12 semaines ;
- l'absence de moyens de contrôle de la CNS sur les dépenses des dispenses de travail pour femmes enceintes.

Evolution des recettes de l'assurance maladie-maternité 2011-2018

Graphique 1: Evolution des recettes de l'assurance maladie-maternité 2011-2018



Les recettes de l'assurance maladie-maternité atteignent 3.008,3 millions d'euros en 2018, contre 2160,1 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 4,8% entre 2011 et 2018.

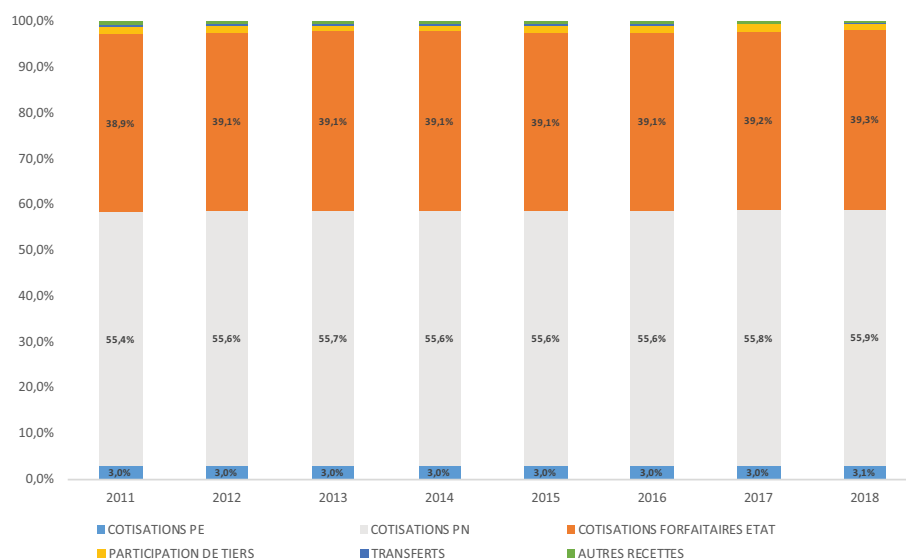
En matière de sources de financement, 5 principales sources peuvent être identifiées : les cotisations, les cotisations forfaitaires de l'Etat, la participation de tiers, les transferts et le poste « autres recettes ».

Les recettes destinées à couvrir les dépenses à charge de l'assurance maladie-maternité sont effectuées selon deux mécanismes : les contributions des pouvoirs publics et les cotisations.

La contribution des pouvoirs publics provient principalement des recettes fiscales générales d'où la dénomination: fiscalisation des ressources de la sécurité sociale. Les cotisations quant à elles sont principalement à charge des employeurs et des personnes protégées. Elles sont assises sur les revenus professionnels et ce, indépendamment de l'âge, du sexe, de la situation familiale ainsi que de l'état de santé.

Tendanciellement, les cotisations et les cotisations forfaitaires n'ont cessé de croître depuis 2011 pour atteindre un niveau de 1.677,6 millions d'euros en 2017 et de 1.774,2 millions d'euros en 2018. Ce qui correspond à une hausse de 5,8% par rapport à 2017. En parallèle, les participations de tiers évoluent de manière plus ou moins stable depuis 2011 et atteignent un niveau de 37,5 millions en 2018. De même, le poste « transferts » ainsi que le poste « autres recettes » connaissent une baisse entre 2011 et 2018 et passent de 3,5 millions d'euros à 3,2 millions d'euros, respectivement, de 18,3 millions d'euros à 10,7 millions d'euros. Le poste « transferts » comprend les cotisations du régime contributif ainsi que les pensions cédées et les restitutions de cotisations. De leur côté, les recettes diverses comprennent des recettes en matière de prestations en nature ainsi que des recettes en matière de prestations en espèces. Ce poste comprend par ailleurs un montant pour virements non-exécutés en matière de prestations en nature et un montant pour virements non-exécutés en matière de prestations en espèces.

Graphique 2: Ventilation des recettes de l'assurance maladie-maternité 2011-2018



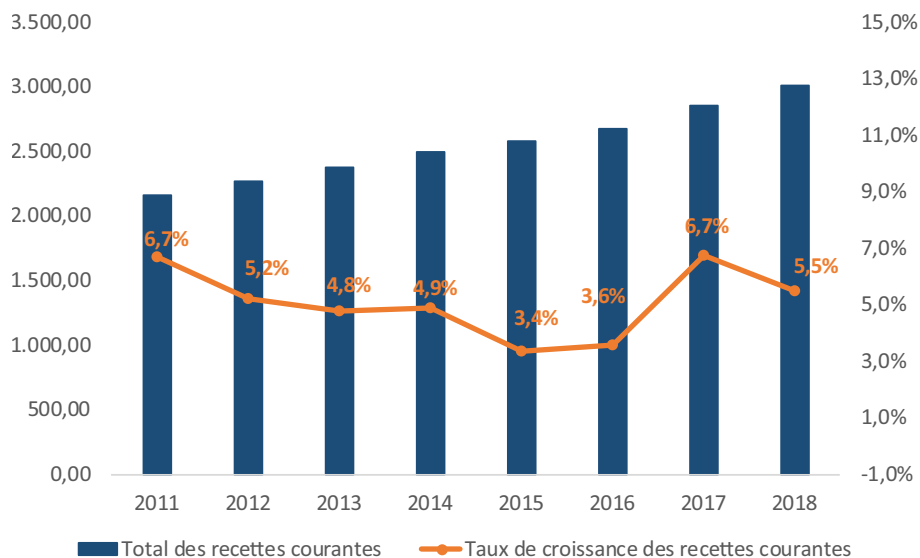
En 2018, les cotisations pour prestations en nature du régime de l'assurance maladie-maternité représentent 55,9% des recettes courantes tandis que les cotisations en matière de prestations en espèces ne représentent que 3,1% pour la même année. Les pouvoirs publics interviennent à hauteur de 39,3% de l'ensemble des recettes, la participation de tiers s'élève à 1,2%, les transferts représentent une part de 0,1% et les autres recettes affichent une part de 0,4%. Les recettes en cotisations évoluent de 5,8% en 2018 et l'année 2018 est marquée par une croissance du nombre d'assurés actifs et volontaires cotisants pour prestations en nature de 3,7%.

En 2018, il n'y a pas eu de revalorisation du salaire social minimum et des minima et maxima cotisables. Les pensions du régime général et des régimes spéciaux ont quant à eux bénéficié d'un ajustement de 0,3%, ceci à partir du 1^{er} janvier 2018. S'y ajoute la variation de l'échelle mobile des salaires de 1,0% en moyenne annuelle pour l'exercice 2018.

Le poste de la participation de tiers connaît une évolution négative de 4,1%. Cette baisse est principalement due à la baisse des frais d'administration remboursés par l'assurance dépendance de 10,0%, voire de 1,8 million d'euros. La diminution s'explique par le transfert du poste « Participation aux frais d'administration d'autres ISS » du budget administratif vers des comptes de la classe 68 libellé « Charges diverses – Tiers ». Ainsi, les postes de frais de la convention belgo-luxembourgeoise, de l'agence e-Santé et de la convention avec le LIH qui constituent une participation à des frais administratifs de tiers ne sont plus intégrés dans le budget administratif de la CNS. Les frais administratifs de la CNS ont donc diminué, ce qui se traduit par une baisse du remboursement de la part de l'assurance dépendance.

La baisse des autres recettes de 21,4% résulte essentiellement d'une baisse des pensions cédées par divers organismes de pension (0,5 million d'euros) ainsi que d'une baisse des produits divers de 3,1 millions d'euros.

Le poste des transferts connaît une évolution négative de 14,8% en 2018. Cette baisse résulte d'une baisse du montant des cotisations transférées (0,1 million d'euros) et d'une baisse des pensions cédées (0,5 million d'euros).

Graphique 3: Evolution des recettes courantes de l'assurance maladie-maternité 2011-2018

En 2011, les recettes courantes atteignent 2.160,1 millions d'euros. Ceci correspond à une croissance de 6,7% par rapport à 2010. Les recettes en cotisations enregistrent une hausse de 15,4% avec un taux de cotisation qui est passé de 5,4% en 2010 à 5,6% en 2011. L'année 2011 se caractérise en outre par une croissance du nombre d'assurés actifs et volontaires cotisants pour prestations en nature de 2,8%. Durant la même année, la refixation du salaire social minimum s'est établie à 1,9% au 1^{er} janvier 2011 et l'ajustement des pensions s'est élevé à 0,9% au 1^{er} janvier 2011. S'y ajoute la variation de l'échelle mobile des salaires de 1,9% en moyenne annuelle pour ledit exercice.

Les recettes courantes atteignent 2.272,5 millions d'euros en 2012, ce qui représente une croissance de 5,2% par rapport à l'année 2011. En 2012, le montant des recettes en cotisations affiche une hausse de 5,6%. Notamment, les recettes en cotisations enregistrent une croissance du nombre d'assurés actifs pour prestations en nature de 2,6%, contre une hausse de 2,8% en 2011. En 2012, il n'y a pas eu de refixation du salaire social minimum et l'ajustement des pensions s'élève à 0,9% au 1^{er} janvier. S'y ajoute la variation de l'échelle mobile des salaires de 2,5% en 2012. Le poste des autres recettes diminue de 6,4 millions d'euros, ceci résulte d'une baisse des produits financiers ainsi que d'une recette extraordinaire dans le décompte de 2011. Régularisation d'une différence de 2,6 millions d'euros existant ent-

re l'assurance maladie-maternité et le Centre commun de la sécurité sociale au niveau des cotisations (« CCSS »).

En 2013, les recettes courantes s'élèvent à 2.380,5 millions d'euros, ceci correspond à une hausse de 4,8% par rapport à 2012. Les recettes en cotisations enregistrent également une hausse de 4,8% pour l'année en question. En particulier, l'année 2013 se caractérise par une augmentation du nombre d'assurés actifs de 2,0%, contre une croissance de 2,6% en 2012. L'année 2013 connaît également une revalorisation du salaire social minimum et des minimas et maximas cotisables de 1,5%. De leurs côtés, les pensions du régime général n'ont pas connu d'ajustement en 2013. S'y ajoute la variation de l'échelle mobile des salaires de 2,5%. Le poste de participation de tiers connaît une évolution positive de 5,6%, cette hausse est surtout due à l'augmentation des frais administratifs remboursés par l'assurance dépendance. Finalement, la diminution des recettes diverses résulte de la baisse des produits financiers qui continue en 2013 ainsi que des pensions cédées par divers organismes de pension.

En 2014, les recettes courantes atteignent 2.496,6 millions d'euros. Ceci correspond à une hausse de 4,9% par rapport à 2013. Les recettes en cotisations ont également évolué de 4,9% pour la même année. En particulier, l'année 2014 se caractérise par une croissance du nombre d'assurés actifs et volontaires cotisants pour prestations en nature de 2,2%, contre 2,0% en 2013. En 2014, il n'y a eu ni une revalorisation du salaire social minimum et des minima et maxima cotisables ni d'ajustement des pensions du régime général et des régimes spéciaux. Unique chose est ainsi la variation de l'échelle mobile des salaires de 1,9% en moyenne annuelle pour l'exercice 2014. La hausse des recettes diverses provient d'une hausse des produits financiers et des pensions cédées par plusieurs organismes de pensions. A ceci s'ajoute la croissance des produits divers de 0,4 million d'euros. Le poste de participation de tiers a connu une évolution positive de 1,9% ; hausse principalement due à l'augmentation des frais d'administration remboursés par l'assurance dépendance de 5,0%.

Au cours de l'année 2015, les recettes courantes atteignent 2.580,7 millions d'euros. Ceci correspond à une hausse de 3,4% par rapport à 2014. En 2015, les recettes en cotisations enregistrent une hausse de 3,2%, contre une hausse de 4,9% en 2014. En particulier, l'année 2015 se caractérise par une croissance du nombre d'assurés actifs et volontaires cotisants pour prestations en nature de 2,4%. En 2015, il y a également eu une revalorisation du salaire social minimum et des minima et maxima cotisables à hauteur de 0,1%. Par contre, les pensions du régime général et des régimes spéciaux n'ont pas bénéficié d'un ajustement en 2015. Par ailleurs, il n'y a pas eu d'adaptation de l'échelle mobile des salaires en 2015. La diminution des frais d'administration remboursés par l'assurance dépendance a fait en sorte que le poste participation de tiers connaît une évolution négative de 1,3%. La di-

minution des frais administratifs remboursés par l'assurance dépendance est due au fait que le montant des frais administratifs remboursés par l'assurance dépendance en 2014 était exceptionnellement haut due au fait que la régularisation liée à la convention belgo-luxembourgeoise n'avait pas été régularisée en 2013 et avait dû être prise en compte en 2014. La croissance des recettes diverses de l'ordre de 28,9% résulte essentiellement d'une hausse des bénéficiés liés à la vente de divers immeubles situés à Luxembourg-Gare (3,8 millions d'euros), à la Grand-Rue à Esch (0,3 million d'euros) et à la rue de l'Eglise à Esch (0,8 million d'euros), des pensions cédées par divers organismes de pension et d'une baisse des produits divers.

En 2016, les recettes courantes atteignent 2.672,9 millions d'euros. Ceci correspond à une hausse de 3,6% par rapport à 2015. Les recettes en cotisations, de leur côté, enregistrent une hausse de 3,7%, contre une hausse de 3,2% en 2015. L'année 2016 se caractérise également par une croissance du nombre d'assurés actifs et volontaires cotisants pour prestations en nature de 3,0%, contre 2,4% en 2015. En 2016, il n'y a pas eu de revalorisation du salaire social minimum et des minima et maxima cotisables. En revanche, les pensions du régime général et des régimes spéciaux ont bénéficié d'un ajustement de 0,5% à partir du 1^{er} janvier 2016. Par ailleurs, il n'y a pas eu d'adaptation de l'échelle mobile des salaires en 2016. Le poste de participation de tiers a connu une évolution de 2,5%, cette hausse est principalement due à l'augmentation des frais d'administration remboursés par l'assurance dépendance. Enfin, les recettes diverses connaissent une légère hausse de 1,7%.

L'année 2017 s'annonce également positive avec des recettes courantes atteignant 2.852,5 millions d'euros. Ceci correspond à une hausse de 6,7% par rapport à 2016. En 2017, les recettes en cotisations enregistrent une hausse de 7,0%, contre une hausse de 3,7% en 2016.

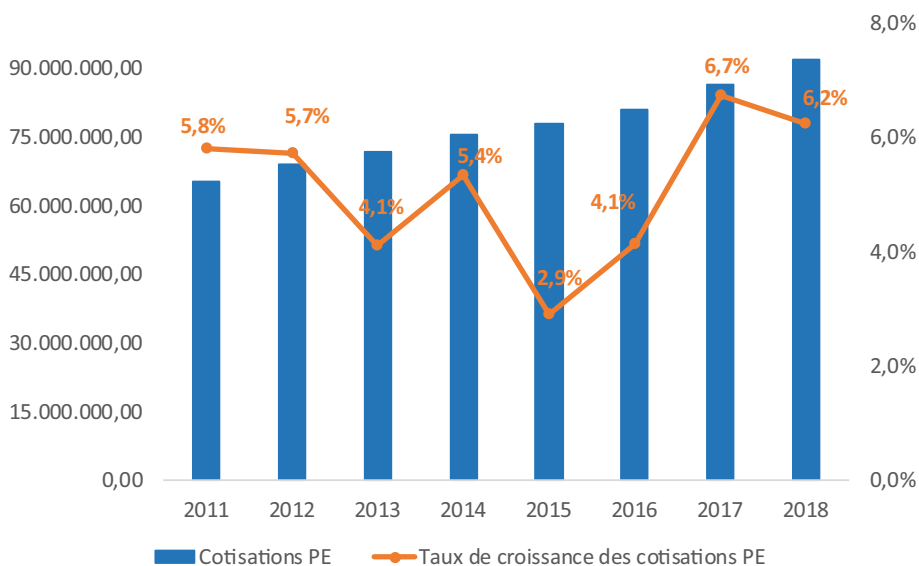
Le nombre d'assurés actifs et volontaires cotisants pour prestations en nature augmente de 3,4% pour cette année. Il y a aussi eu une revalorisation du salaire social minimum et des minima et maxima cotisables de 1,4%. Les pensions du régime général et des régimes spéciaux ont bénéficié d'un ajustement de 0,9% à partir du 1^{er} janvier 2017. S'y ajoute la variation de l'échelle mobile des salaires de 2,5% en moyenne annuelle pour l'exercice 2017.

En ce qui concerne la participation de tiers, le poste connaît une évolution positive de 2,8%.

Cette hausse est surtout due à l'augmentation des frais d'administration remboursés par l'assurance dépendance. La baisse des recettes diverses de 17,2% résulte essentiellement d'une baisse des produits financiers, des pensions cédées par divers organismes de pension ainsi que d'une hausse des produits divers.

En 2018, les recettes courantes évoluent de 5,5% pour s'élever à 3.008,3 millions d'euros. Les recettes en cotisations évoluent de 5,8%, contre 7,0% en 2017. L'année 2018 se caractérise par une croissance du nombre d'assurés actifs et volontaires cotisants pour prestations en nature de 3,7%, contre une évolution positive de 3,4% en 2017. En 2018, il n'y a pas eu de revalorisation du salaire social minimum et des minima et maxima cotisables. Les pensions du régime général et des régimes spéciaux ont bénéficié d'un ajustement de 0,3% à partir du 1^{er} janvier 2018. S'y ajoute la variation de l'échelle mobile des salaires de 1,04% en moyenne annuelle pour l'exercice 2018. Les recettes du poste participation de tiers ont connu une évolution négative de 4,1%. Ceci correspond à une baisse de 1,6 million d'euros principalement due à la baisse des frais d'administration remboursés par l'assurance dépendance de 10,0%, voire de 1,8 millions d'euros. La diminution s'explique par le transfert du poste « Participation aux frais d'administration d'autres ISS » des frais administratifs vers des comptes de la classe 68 libellé « Charges diverses – Tiers ». Ainsi, les frais administratifs de la CNS ont diminué, ce qui se traduit par une baisse du remboursement de la part de l'assurance dépendance. Finalement, la baisse des autres recettes de l'ordre de 2,9 millions d'euros, résulte essentiellement d'une baisse des pensions cédées par divers organismes de pension ainsi que d'une baisse des produits divers.

Graphique 4: Evolution des recettes PE de l'assurance maladie-maternité 2011-2018



En 2018, les recettes en cotisations pour prestations en espèces (« PE ») s'élèvent à 92,0 millions d'euros, ce qui correspond à une croissance de 6,2% par rapport à 2017. Ainsi, le nombre d'assurés cotisants pour PE s'établit à 401.865 personnes en 2018, contre 387.010 personnes en 2017. Pour la période allant de 2011 à 2018, le taux de croissance annuel moyen de l'évolution des recettes en cotisations pour PE est de 5,0%.

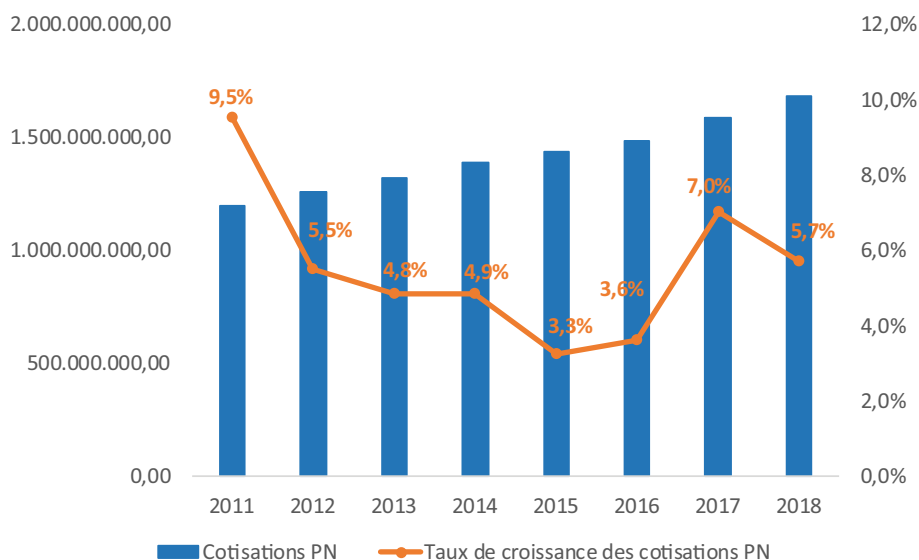
En 2018, les assurés cotisants pour PE représentent 46,8% de la population protégée totale et pour la période 2011 -2018, le taux de croissance annuel moyen de l'évolution des assurés cotisants est de 2,8%.

Le tableau ci-dessous reprend l'évolution du rapport entre le nombre d'assurés cotisants pour PE et celui des assurés cotisants pour PN entre 2011 et 2018 :

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Assurés cotisants pour PE	330.267	338.158	344.048	352.761	362.535	373.957	387.010	401.865
Assurés cotisants pour PN	395.146	405.419	413.342	422.483	432.411	445.291	460.350	477.368
Rapport	83,6%	83,4%	83,2%	83,5%	83,8%	84,0%	84,1%	84,2%

Les assurés cotisants pour PE représentent 84,2% des assurés cotisants pour PN, en 2018. Pour la période 2011 -2018, le taux de croissance annuel moyen de l'évolution des assurés cotisants pour PN est de 2,7%.

Graphique 5: Evolution des recettes PN de l'assurance maladie-maternité 2011-2018



En 2018, les recettes provenant de prestations en nature progressent de 5,7% et s'élèvent à 1.682,1 millions d'euros, contre 1.591,0 millions d'euros en 2017. Le taux de croissance annuel moyen de l'évolution des recettes en cotisations PN pour la période 2011 à 2018 est de 5,0%.

A partir du 1^{er} janvier 2011, un taux de cotisation unique a été introduit qui couvre, ensemble avec la majoration à charge des assurés bénéficiant d'une prestation en espèces, les charges de l'assurance maladie-maternité.

Pour 2018, le taux de cotisation reste fixé à 5,6%. Ce niveau du taux de cotisation est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011. En théorie, il peut être révisé annuellement si l'objectif de l'équilibre financier le nécessite. Pour les assurés cotisants au taux de 5,6%, leur croissance atteint 3,7% pour 2018. Ainsi, leur nombre s'établit à 477.368 personnes en 2018, contre 460.350 personnes en 2017 d'après les données de l'outil BI.

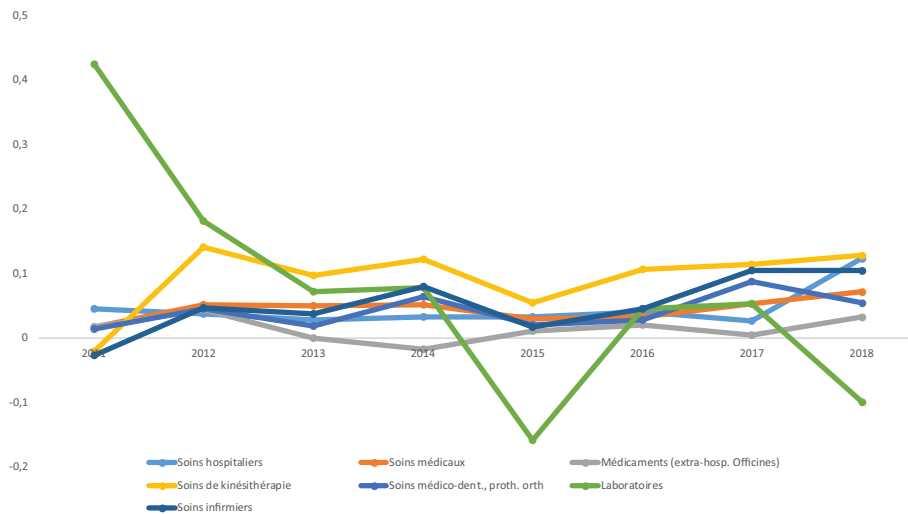
V. Evolution des dépenses de l'assurance maladie-maternité entre 2011-2018

Les dépenses de l'assurance maladie-maternité atteignent un montant de 2.875.8 millions d'euros en 2018. En 2018, les dépenses se composent à hauteur de 85,2% de soins de santé, de 10,5% de prestations en espèces, et de 2,8% de frais administratifs. Le restant des dépenses se répartie entre les postes « autres dépenses », « décharges et extournes », « transferts de cotisations ».

L'évolution des dépenses de l'assurance maladie-maternité est principalement influencée par les indicateurs suivants :

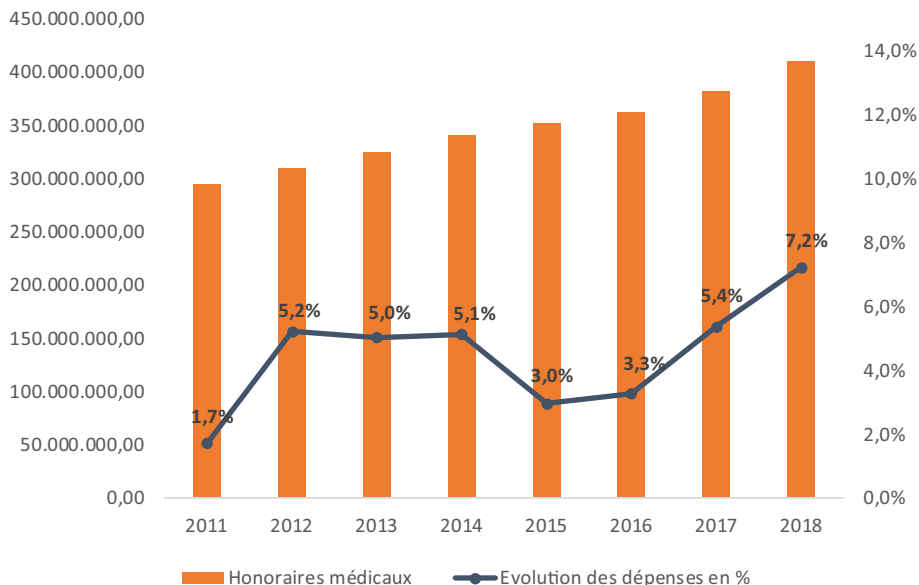
- l'échelle mobile des salaires ;
- l'évolution des lettres-clés à l'indice 100 ;
- l'évolution de la masse des coefficients.

Le graphique ci-dessous reprend l'évolution des principaux postes de dépenses de l'assurance maladie-maternité entre 2011 et 2018.



De plus amples détails ainsi que les raisons des évolutions entre 2011 et 2018 relatives aux différents postes sont repris ci-dessous.

Honoraires médicaux



Les dépenses pour honoraires médicaux atteignent 409,1 millions d'euros en 2018, contre 293,2 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 4,9% entre 2011 et 2018. En particulier, le graphique ci-dessus illustre les effets de la politique de cost containment menée de 2011 à 2016 sur l'évolution des honoraires médicaux. Pendant cette période, les dépenses se situaient entre 1,7% et 5,2% et ce n'est qu'à partir de 2017 qu'une hausse des dépenses est observée.

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 prévoit une réduction sur les coefficients des actes et services de la nomenclature des médecins afin de dégager une économie au profit de l'assurance maladie-maternité et d'autre part, par le gel des lettres-clés des prestataires de soins de santé prévu par la réforme santé pour la période 2011/2012. En particulier, l'article 5 prévoit une réduction de 4,35% sur les coefficients des actes techniques de la nomenclature des médecins, à l'exception des actes 1N61 à 1N65 de la sous-section « psychiatrie ».

A partir de 2012, l'évolution des honoraires médicaux repart à la hausse pour s'établir à un niveau évoluant entre 5,1% 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 par rapport à l'exercice précédent plus considérable et dans un sens opposé 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%. Suite à l'échec des négociations des lettres-clés visées au premier alinéa de l'article 67 du 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 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 ceci, l'évolution des honoraires médicaux s'élève à 5,1% en 2014.

Un ralentissement de l'évolution des honoraires médicaux est observé en 2015 par rapport à la croissance observée sur la période 2012 à 2014. L'évolution de 3,0% 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 3,3% par rapport à 2015. En 2016, l'échelle mobile des salaires n'a pas varié et au niveau de la lettre-clé, le facteur de rattrapage des négociations de 2013/2014 a été déduit au 1^{er} janvier 2016. 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 décrite ci-dessus a été continuée jusqu'à la fin de l'exercice 2016.

Pour l'exercice prestation 2017, une hausse de 5,4% 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 CSS, dans le cadre desquelles la CNS et l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) 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 CSS, en neutralisant l'augmentation de la lettre-clé par une répartition correspondante de son effet sur des actes spécifiques de la nomenclature.

De même, ont été intégrées dans cette démarche :

- 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 ;
- 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.

Les dépenses pour honoraires médicaux ont évolué de 7,2% pendant l'exercice 2018, contre 5,4% en 2017. Cette évolution plus importante par rapport à l'exercice 2017 provient d'une augmentation des consultations. En effet, celles-ci ont augmenté de 10,5% en 2018, contre une augmentation de 8,0% en 2017. L'augmentation des consultations provient de l'évolution de l'activité (4,2%), de l'abolition de la participation des mineurs (2,5%), de l'index (1%) et finalement des actes plus chers liés à l'urgence (0,9%). De plus, les actes techniques ambulatoires se sont accrus de 9,5% en 2018, contre une croissance de 3,2% en 2017. Les autres actes généraux ainsi que les actes techniques en milieu stationnaire ont quant à eux diminué par rapport à 2017. Finalement, les visites semblent rester stables par rapport à l'exercice précédent.

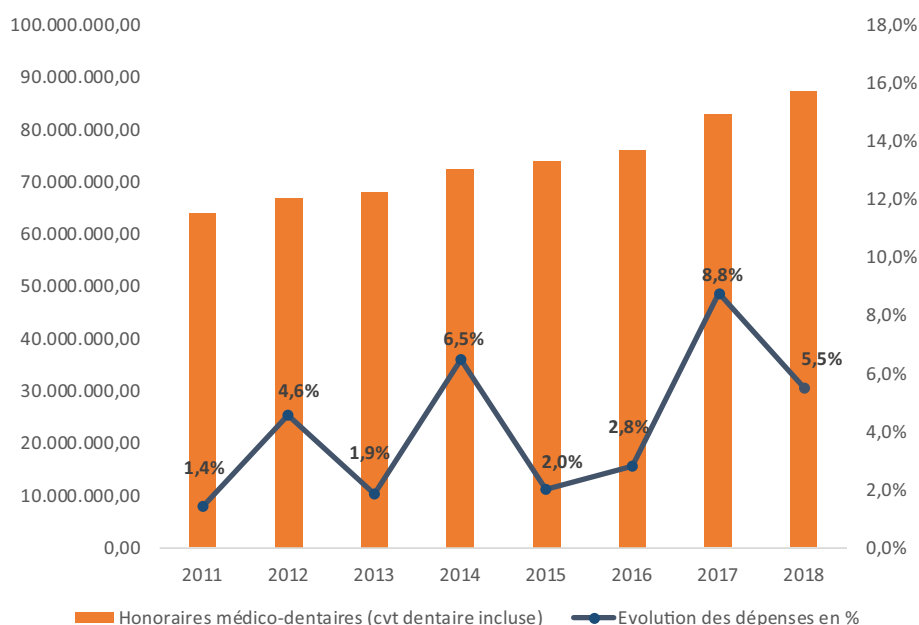
En particulier, une adaptation des statuts de la CNS introduite au 1^{er} janvier 2018 abolit la participation personnelle sur les consultations pour les mineurs. Les actes médicaux sont ainsi pris en charge au taux de 100,0% pour les personnes protégées n'ayant pas atteint l'âge de 18 ans. L'élargissement et l'amélioration de la prise en charge, notamment l'abolition de la participation des mineurs au niveau des honoraires médicaux a engendré des dépen-

ses supplémentaires de l'ordre de 4 millions d'euros qui expliquent une partie de l'évolution des dépenses pour consultations.

Ensuite, l'exercice 2018 est aussi impacté par l'adaptation, à partir du 1^{er} novembre 2018, des tarifs des médecins concernant l'urgence des adultes. La nomenclature a été revue pour intégrer de nouveaux actes pour les médecins urgentistes. Ainsi, les nouveaux actes prévoient des tarifs adaptés suivant le degré de l'urgence, avec une augmentation substantielle des cas les plus graves ainsi qu'une meilleure prise en compte des plages horaires. De même, un forfait pour les lits-portes a été fixé. Ces améliorations de la nomenclature visent une meilleure rémunération des médecins urgentistes.

En l'absence de négociations en relation avec la lettre-clé des médecins telle que prévue à l'article 67, alinéa 1^{er} du CSS, la valeur de la lettre-clé des médecins n'a pas connu de revalorisation pour l'exercice 2018.

Honoraires médico-dentaires



Les dépenses pour honoraires médico-dentaires atteignent 87,3 millions d'euros en 2018, contre 64,0 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 4,5% entre 2011 et 2018.

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 CNS entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2011, prévues dans le cadre de la loi réforme de 2010 et décidées par le Conseil d'administration de la CNS. Cette 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 5,0% à un montant annuel de 60 euros entièrement à charge de la CNS suivi d'une participation de 12,0%. Enfin, à ceci s'ajoute encore une adaptation des tarifs qui se limite à l'adaptation indiciaire de 1,9%. L'ensemble de ces facteurs mène à une évolution de 1,4% en 2011.

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% et l'évolution de l'activité s'élève à environ 2,0%.

L'évolution des dépenses en 2013 de 1,9% s'explique en partie par une adaptation des tarifs qui se limite à l'adaptation indiciaire de 2,5% et en partie par une baisse au niveau de la masse des coefficients. Suite à l'échec des négociations des lettres-clés visées au 1^{er} alinéa de l'article 67 du 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 0,7% 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.

L'évolution des honoraires médico-dentaires repart à la hausse en 2014 pour s'élever à 6,5%. En particulier, la revalorisation de la valeur de la lettre-clé et le rattrapage du retard encouru dans la revalorisation prennent simultanément effet au 1^{er} mars 2014 avec un impact total de 1,0%. A ceci s'ajoute une adaptation indiciaire des tarifs de 1,9% et une évolution de la masse des coefficients d'environ 3,4%.

L'évolution des honoraires médico-dentaires ralentit à nouveau en 2015 et atteint un niveau de 2,0%. 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 2,8% par rapport à l'exercice 2015. Cette augmentation s'explique par la hausse de l'activité de l'ordre de 3,7% et par la déduction des effets de rattrapage à partir de l'année 2016. En effet, en l'absence d'une adaptation indiciaire 2016, la valeur de la lettre-clé des médecins-dentistes a été fixée à 0,62424 au 1^{er} janvier 2016.

En 2017, les dépenses affichent une évolution de 8,8% 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 1,0% 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. L'effet de ces mesures est estimé à 2,4 millions d'euros.

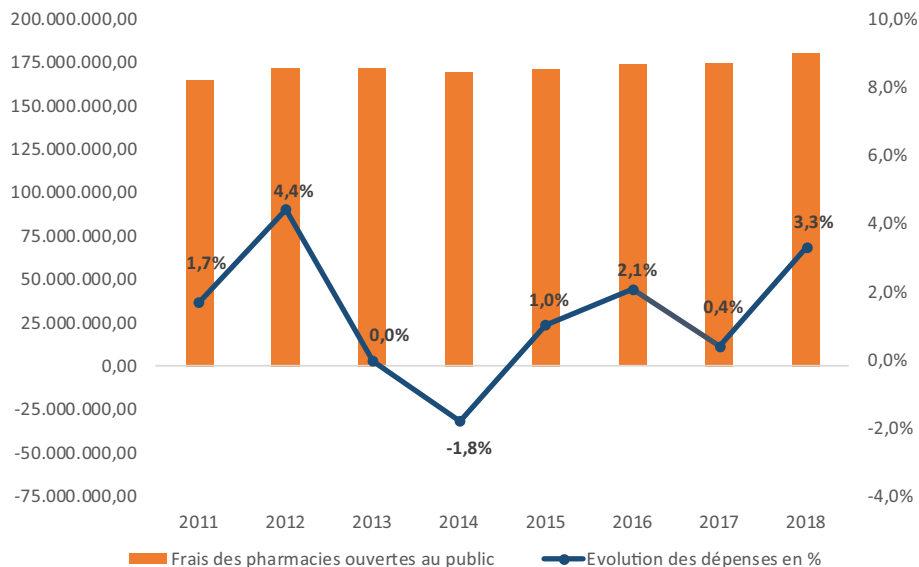
Pour l'exercice prestation 2018, une hausse de 5,5% est constatée par rapport à 2017. Les dépenses présentées dans ce cadre comprennent les dépenses pour convention dentaire pour les mineurs, à charge du budget de l'Etat. La dépense de la convention dentaire pour les mineurs à charge de l'Etat s'élève à 1,7 millions d'euros en 2018. Cette plus faible croissance par rapport à 2017, s'explique en partie par les évolutions suivantes :

	2018	2017
Consultations	4,80%	7,20%
Actes techniques	5,70%	10,70%
Prothèses	5,40%	5,00%
Orthodontie	8,60%	8,60%

De plus, à partir du 1^{er} janvier 2018, le délai de renouvellement des prothèses dentaires est porté de 15 ans à 12 ans. L'effet est estimé à environ 0,5 million d'euros en 2018.

Finalement, l'absence de négociations en relation avec la lettre-clé des médecins-dentistes telle que prévue à l'article 67, alinéa 1^{er} du CSS, explique qu'il n'y a pas eu de revalorisation de la valeur de la lettre-clé des médecins-dentistes pour l'exercice en question.

Frais pharmacies ouvertes au public



Depuis le 1^{er} avril 2011, ce poste différencie 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.

De manière générale, les prix de vente au public des médicaments au Luxembourg sont légalement liés aux prix de vente applicables dans leur pays de provenance. La grande majorité des médicaments du marché luxembourgeois est de provenance belge. La base légale belge contraint l'industrie pharmaceutique de revoir régulièrement à la baisse les prix de vente au public sous peine de perdre les conditions de remboursement de l'assurance maladie.

Le graphique ci-dessus se limite à la présentation de l'évolution des dépenses des pharmacies ouvertes au public.

En 2018, les frais pharmaceutiques des officines atteignent 180,5 millions d'euros, contre 164,7 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 1,3% entre 2011 et 2018.

En 2011, ces dépenses n'ont que faiblement évolué, à savoir de 1,7%. Cette évolution s'explique par les prix des médicaments qui ont diminué en Belgique suite à une approche volontariste du gouvernement belge concernant l'introduction d'un honoraire de dispensation fixe pour le pharmacien, à la diminution programmée des prix des médicaments suivant leur temps de commercialisation et à l'arrivée de nouveaux génériques.

Le montant des dépenses 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, la partie des médicaments à taux réduit représente, depuis 2007, 3,0% de l'ensemble des frais pharmaceutiques relatifs aux prestations des pharmacies ouvertes au public. Une augmentation de la part des médicaments à taux préférentiel aux dépens de médicaments à taux normal est constatée en 2012.

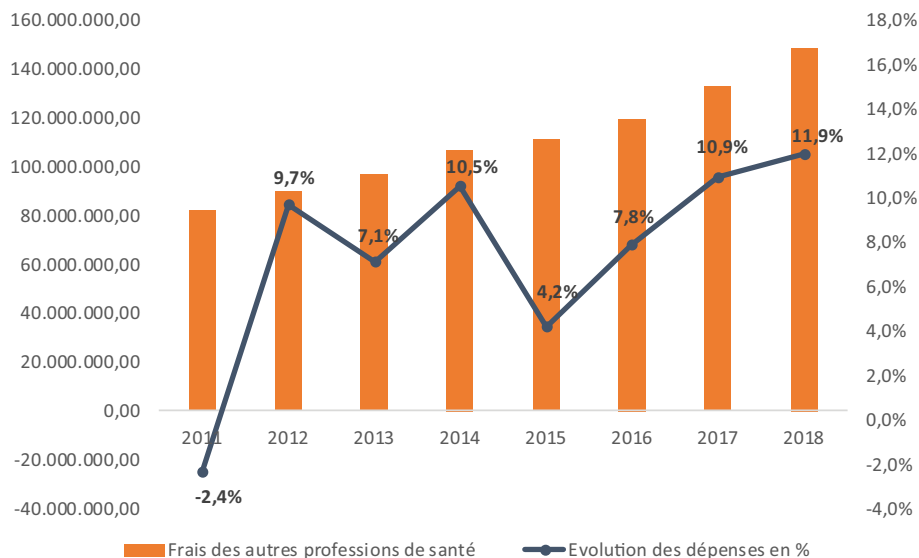
En 2013, une stagnation de l'évolution de ces dépenses est observée. En 2014, l'évolution de ces dépenses devient même négative, à savoir -1,8%. Cette baisse est liée principalement à la baisse des prix des médicaments et à l'introduction du système de base de remboursement en octobre 2014.

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 2,1% en 2016.

Les dépenses des pharmacies ouvertes au public s'élèvent à 174,7 millions d'euros en 2017, contre 174,0 millions d'euros en 2016 et affichent donc une croissance très faible de 0,4% par rapport à 2016.

Pour l'exercice prestation 2018, les dépenses des pharmacies ouvertes au public repartent à la hausse et connaissent une croissance de 3,3%, s'élevant ainsi à 180,5 millions d'euros. Comme décrit plus haut, les médicaments à délivrance hospitalière n'apparaissent pas sur ce graphique, mais ils représentent approximativement 49,5 millions d'euros en 2018 de sorte à ce que les dépenses totales pour frais pharmaceutiques s'élèvent à 230,0 millions d'euros en 2018.

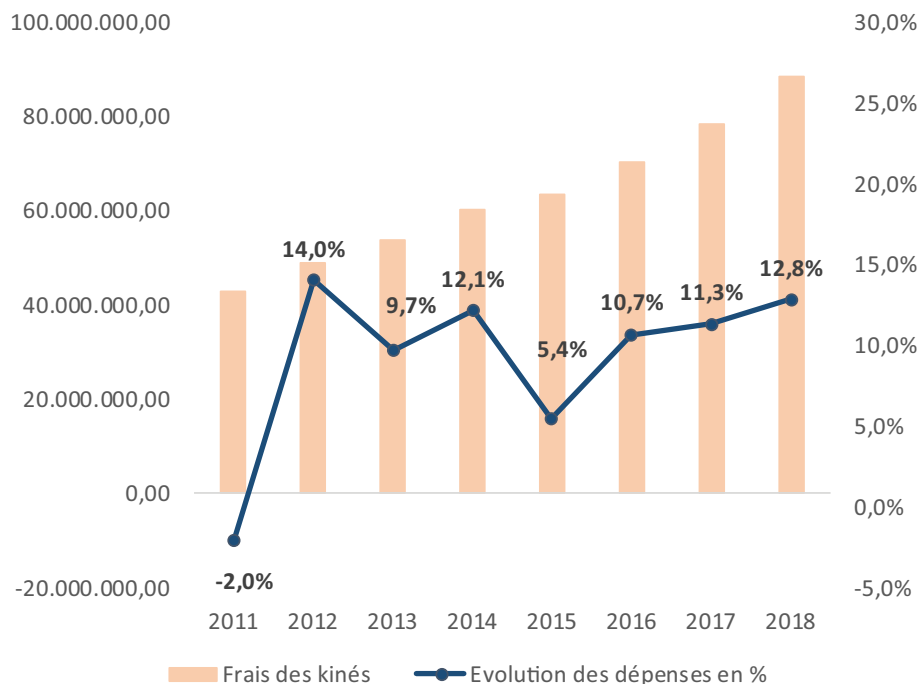
Frais des autres professions de santé



Sur la période allant de 2011 à 2018, 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 96,5% 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 postes restants.

Les dépenses pour autres professions de santé s'établissent à 148,6 millions d'euros en 2018, contre 82,0 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 8,9% sur la période observée.

Frais des kinésithérapeutes



En 2011, une baisse de 2,0% des dépenses de ce poste est observée, ce qui s'explique surtout par les effets de la loi réforme. 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 visées 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 1,9%. Ensuite, les modifications statutaires entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2011 ont aussi leurs effets sur l'évolution des dépenses des kinésithérapeutes. Ici, il a été décidé de porter la participation statutaire des assurés à la hausse en passant de 20,0% pour les chapitres 1,2,4 et 7 à 30,0% 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% des dépenses 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 à un nombre croissant de titres de prise en charge à traiter par la CNS. Le nombre d'attributions de nouveaux codes en 2012 s'élève à 107. A 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. Suite à l'échec des négociations des lettres-clés visées au premier alinéa de l'article 67 du 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 0,5% 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%. En 2015, il n'y a pas eu d'adaptation indiciaire des tarifs et le budget nouvelle génération a prévu un gel des lettres-clés des prestataires de soins de santé. A 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 10,7%, croissance due à l'évolution de l'activité étant donné qu'il n'y a pas eu d'adaptation des tarifs.

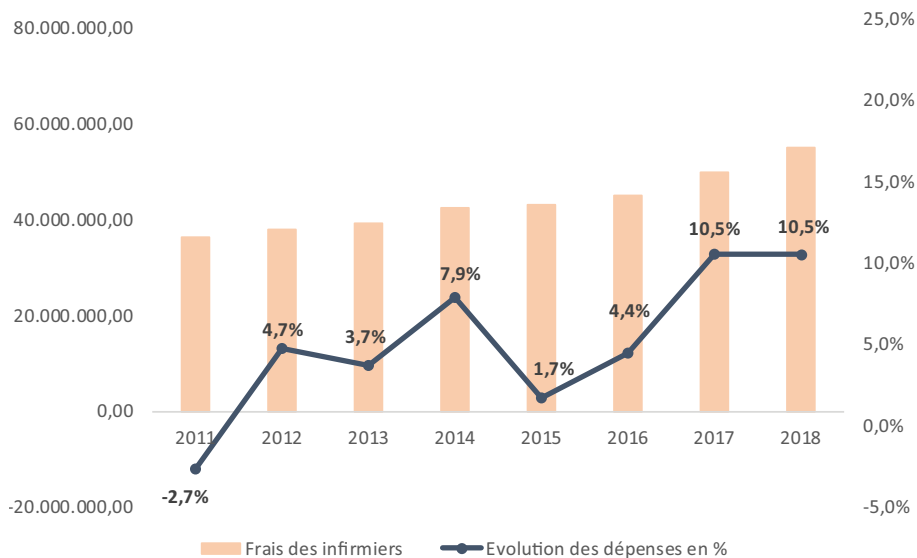
En 2017, il faut tout d'abord tenir compte de l'évolution de l'échelle mobile des salaires et d'une hausse des tarifs provenant d'une part d'une adaptation de la lettre-clé de 1,0% dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins pour 2017/2018 et d'autre part d'une adaptation extraordinaire 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 prévue 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 70,0%, une prise en charge de 100,0% a été introduite pour les traitements post-chirurgicaux et pour une liste préétablie de pathologies lourdes.

L'exercice prestation 2017 affiche ainsi une hausse de 11,3% des dépenses par rapport à 2016. Au niveau des actes de kinésithérapie, le nombre de séances prises en charge est resté relativement stable entre 2016 et 2017 et en conséquence, la croissance des dépenses pour les masseurs-kinésithérapeutes n'est pas le résultat d'une augmentation des volumes, mais d'évolutions au niveau des tarifs de la masse des coefficients.

Pour l'exercice prestation 2018, les dépenses pour kinésithérapeutes croissent de 12,8% et atteignent 88,2 millions d'euros, contre 42,9 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen important de 10,9% entre 2011 et 2018. La croissance des dépenses pour kinésithérapeutes est attribuable à l'évolution du nombre de patients, les tarifs, le nombre de séances par patient et les dépenses par patient restent stables. De plus, il est constaté que le volume supplémentaire est presque exclusivement constitué de prestations de rééducation orthopédique complexe. Le nombre de patients ayant bénéficié de prestations de rééducation de plusieurs membres ou du tronc vertébral est donc considérablement plus important en 2018 que l'année précédente.

Frais des infirmiers



Les dépenses pour infirmiers atteignent 55,0 millions d'euros en 2018, contre 36,2 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 6,2% entre 2011 et 2018.

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 1^{er} janvier 2011 par rapport à celles applicables le 31 décembre 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. Suite à l'absence de négociations 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. L'analyse détaillée des données enregistrées des soins infirmiers permet d'observer que 3 actes englobent 72,5% de toutes les prestations réalisées (abstraction faite des déplacements et des forfaits N81 et N82) :

- N02 : Prélèvement de sang et détermination de la glycémie ;
- N18 : Injection sous-cutanée ;
- N26 : Bandage compressif pour stase veineuse ou lymphatique.

Malgré l'application tardive des résultats de la négociation concernant la valeur de la lettre-clé de 2013, la variation 2012/2013 des dépenses relatives aux soins des infirmiers est positive. Après une augmentation de 4,7% en 2012, l'augmentation s'élève à 3,7% en 2013. L'analyse détaillée des données montre 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.

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, 4 actes englobent 67,0% 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 70,0% 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 dépenses relatives aux soins d'infirmiers ont augmenté de 1,7% en 2015. Cette évolution s'explique par une adaptation de la valeur lettre-clé et par une augmentation de l'ensemble des actes infirmiers.

En 2016, il n'y a pas eu d'adaptation indiciaire des tarifs des infirmiers et les dépenses ont évolué de 4,4%.

En 2017, les dépenses présentent une croissance de 10,5% par rapport à 2016 ; croissance qui tient compte de la variation de l'échelle mobile des salaires de 2,5%, des adaptations tarifaires de 1,0% et de la variation de la masse des coefficients de l'ordre de 1,2%. Dans le cadre des soins infirmiers, deux nouveaux forfaits ont été introduits en 2017, ces forfaits sont facturés par les réseaux d'aides et de soins pour les personnes dépendantes au sens des articles 348 et 349, alinéa 1 du CSS. Ces 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 forfaits.

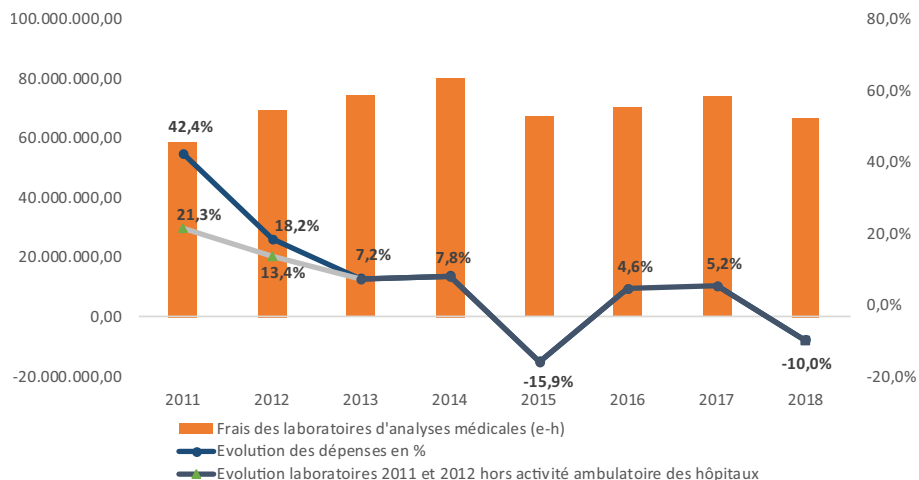
L'analyse détaillée des données enregistrées pour le poste des soins infirmiers permet de constater que les forfaits dans le cadre de l'assurance dépendance, dont les deux nouveaux forfaits dédiés aux réseaux d'aides et de soins, englobent 67,9% de toutes les prestations réalisées et 64,0% des frais pris en charge par l'assurance maladie-maternité. Le forfait de déplacement représente 11,8% de toutes les prestations réalisées et 6,6% des frais pris en charge.

Les actes techniques représentent, ensemble avec les forfaits mentionnés auparavant, plus de 90% des dépenses au niveau des actes et services infirmiers. Ci-dessous, le prorata des actes techniques par rapport au total des frais pris en charge est affiché :

- N306 - Détersion, débridement mécanique et pansement d'une plaie nécrotique, d'une lésion ulcérée ou d'une brûlure étendue (4,6%)
- N308 - Bandage compressif ou bas de contention pour stase veineuse ou lymphatique pour affection aiguë de deux membres (4,1%)
- N209 - Prélèvement de sang capillaire et détermination de la glycémie des personnes diabétiques par glucomètre et injection sous-cutanée (3,7%)
- N106 - Prélèvement de sang veineux pour analyse (3,5%)
- N305 - Pansement pour plaies multiples (3,4%)
- N302 - Pansement pour plaies simples (3,0%)

En 2018, les dépenses présentent une croissance de 10,5% par rapport à 2017. Cette croissance s'explique par une évolution de l'échelle mobile des salaires, par une hausse de la lettre-clé de 10,8% au 1^{er} janvier 2018 et par une évolution de l'activité. De plus, à partir de janvier 2018, la participation des mineurs pour les soins des infirmiers a été abolie.

Frais des laboratoires



Les dépenses pour laboratoires atteignent 66,6 millions d'euros en 2018, contre 58,1 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 1,9% entre 2011 et 2018.

Les dépenses ont évolué de 42,4% en 2011. Cette hausse s'explique par le transfert au 1^{er} avril 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 ont évolué de 18,2% en 2012. En neutralisant l'impact de trois mois, une évolution de 13,4% est constatée.

Les dépenses sur ce poste évoluent entre 7,2% et 7,8% en 2013 et 2014.

Le 1^{er} janvier 2015, une diminution de la lettre-clé de 20,0% est appliquée, ce qui résulte en une baisse des dépenses de l'ordre de 15,9% en 2015. L'activité a donc évolué d'environ 4,0% en 2015.

Ce niveau d'évolution de l'activité est aussi constaté en 2016 avec une croissance des dépenses de 4,6% pour l'année 2016. Les laboratoires privés affichent une hausse de 12,0% en 2016 et les dépenses relatives à l'activité des hôpitaux pour des patients en ambulatoire diminuent d'approximativement 37,0%. L'évolution de l'ensemble des dépenses du poste laboratoires extra-hospitaliers s'explique en 2016 entre autres par les éléments suivants. Tout d'abord, par un changement au niveau du mode de facturation des ana-

lyses 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 70,3 millions d'euros.

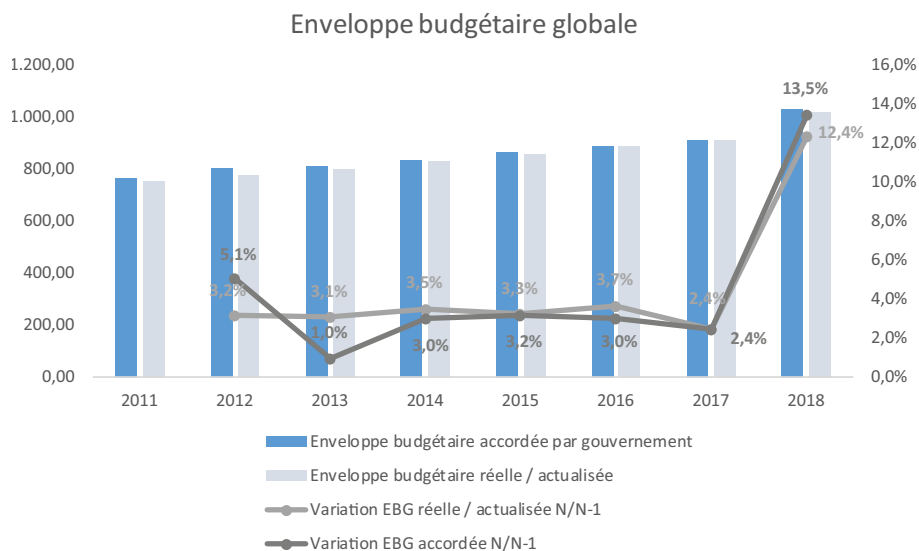
En 2017, les dépenses s'élèvent à 73,9 millions d'euros. Suivant l'exercice de prestation, les laboratoires privés évoluent de l'ordre de 8,0% en 2017 par rapport aux laboratoires des hôpitaux pour lesquels les dépenses diminuent de l'ordre de 33,0% en 2017. L'évolution des dépenses des laboratoires 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 10,0% 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 5,2% en 2017.

En 2018, la nouvelle nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique est entrée en vigueur. Elle se caractérise par un référencement à la nomenclature française correspondante avec une réduction des actes de 847 à 798, une mise à jour des libellés, l'établissement de règles de cumul et la fixation de coefficients des actes par rapport aux différentes catégories d'actes sur base de recommandations de bonnes pratiques s'adressant aux prescripteurs des examens en question.

A noter encore que la nouvelle nomenclature ne contient plus d'actes en relation avec la génétique humaine et l'anatomopathologie, étant donné que la loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière entrée en vigueur au 1^{er} avril 2018 prévoit la création d'un centre de diagnostic au sein du LNS qui reprend cette activité en bénéficiant d'une exclusivité pour la réalisation des examens correspondants. Cette activité est dorénavant financée suivant les mécanismes de la budgétisation hospitalière dans le cadre de l'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers.

Les dépenses suivant l'exercice prestation 2018 s'élèvent à 66,6 millions d'euros, soit une diminution de 10,0% par rapport à 2017. Cette diminution s'explique essentiellement par une diminution du nombre d'actes par ordonnance, tandis que le nombre de patients et d'ordonnances continuent à augmenter en rythme normal. Cette baisse du nombre d'actes prescrits est la conséquence de l'entrée en vigueur d'une nouvelle nomenclature en date du 1^{er} janvier 2018, avec des actes plus modernes permettant une prescription plus précise.

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. 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 l'assurance contre les accidents ainsi que les participations payées par les assurés.

Les fonctionnaires de l'UE ne sont pas soumis à la législation nationale en matière de sécurité sociale mais le sont au régime commun d'assurance maladie de l'UE (« RCAM »). Le RCAM ne comporte pas de mécanisme de financement direct et forfaitaire des hôpitaux. Il couvre ses affiliés par voie de remboursement des factures que l'hôpital a émises en leur nom. C'est pourquoi l'hôpital luxembourgeois adresse à l'affilié RCAM une « facture prestations hospitalières ».

Le deuxième graphique relatif aux dépenses des établissements hospitaliers ci-après se limite aux soins hospitaliers à charge de l'assurance maladie-maternité.

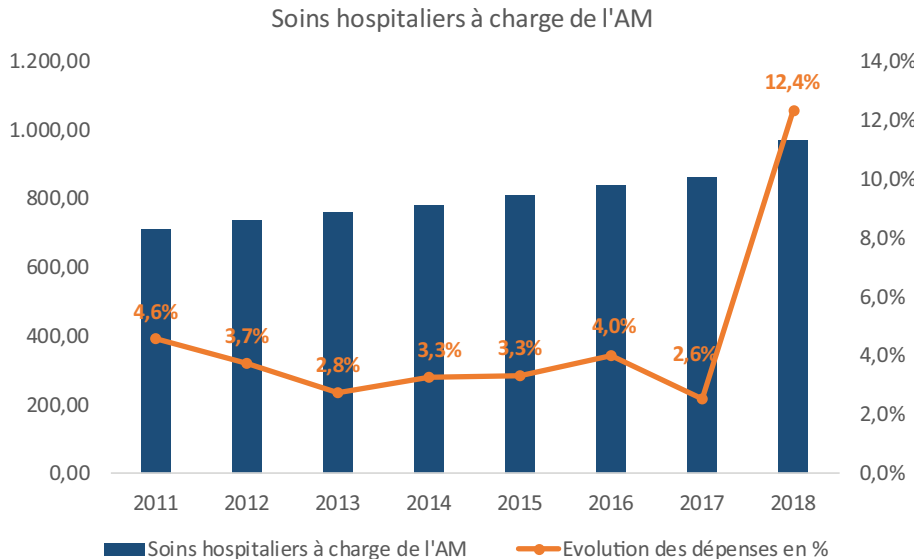
Les données actuelles permettent de constater que, les dépenses réelles, voire prévisibles, des années 2011 à 2015, restent en dessous de l'enveloppe budgétaire accordée par le gouvernement. Toutefois, de 2016 à 2017, l'enveloppe accordée par le gouvernement est entièrement dépensée. Ceci pour couvrir les dépenses résultant de l'entrée en vigueur de la nouvelle Convention collective de travail (« CCT-FHL »). Les dépenses de la CCT-FHL

concernent les exercices de prestation de 2014 à 2017 et ont été financées par les montants restants des enveloppes respectives. En 2018, les dépenses réelles restent prévisiblement en dessous de l'enveloppe budgétaire accordée par le gouvernement.

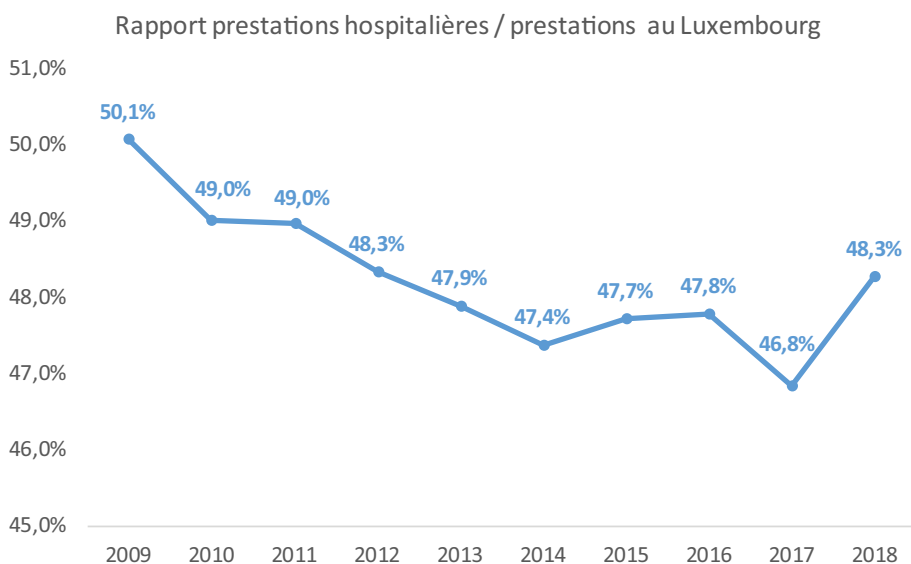
Les dépenses de l'enveloppe budgétaire globale s'élèvent à 1.033,9 millions d'euros en 2018, contre 765,34 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 4,4% entre 2011 et 2018.

Les dépenses réelles ou prévisibles de l'EBG évoluent de manière stable entre 2012 et 2017, notamment entre 2,4% et 3,7%. L'évolution 2018 s'élève à 12,4%. Cette progression s'explique entre autres par la budgétisation du Centre de Réhabilitation du Château de Colpach et des domaines de la génétique humaine et de l'anatomopathologie de l'établissement public LNS à partir du 1^{er} avril 2018. La CCT-FHL est un autre facteur explicatif de l'augmentation significative de l'EBG. Celle-ci a entre autres engendré l'augmentation de la valeur du point indiciaire de 2,2% à partir du 1^{er} janvier 2017, l'augmentation de la valeur du point de 1,5% avec effet au 1^{er} janvier 2018 et la revalorisation de certaines carrières. Bien que le montant des dépenses de l'exercice 2018 ne puisse être déterminé avec précision qu'après la signature du décompte définitif et qu'après fixation de la prime annuelle, l'enveloppe budgétaire globale de 2018 semble prévisiblement ne pas être dépensée entièrement, contrairement à l'EBG 2016 et l'EBG 2017.

Soins hospitaliers à charge de l'assurance maladie-maternité



Le passage de l'enveloppe budgétaire globale aux dépenses à charge de l'assurance maladie-maternité montre que ces dernières s'élèvent à 969,0 millions d'euros en 2018, contre 710,7 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 4,5% entre 2011 et 2018. En particulier, les effets des efforts de cost-containment mis en œuvre depuis 2010 (stand-still, introduction de l'enveloppe budgétaire globale accordée par le gouvernement) engendrent 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 pendant la période de cadrage de l'évolution de ces dépenses.



Le graphique ci-dessus montre l'évolution de la part des soins hospitaliers par rapport aux prestations totales au Luxembourg entre 2009 et 2018.

Le graphique illustre la politique de cost containment, entrée en vigueur à partir de 2010, en matière de soins hospitaliers. Le graphique affiche une baisse de 1,4% du rapport des prestations hospitalières en 2010. En effet, les prestations hospitalières affichent un rapport de 49,0% en 2010 contre un rapport 50,1% en 2009.

En 2018, les dépenses atteignent un montant de 969,0 millions d'euros par rapport à un montant total de prestations au Luxembourg de 2.007,4 millions d'euros, ce qui représente un rapport de 48,3%, contre un rapport de 46,8% en 2017. Cette hausse de la part des soins hospitaliers en 2018 provient essentiellement de l'accélération de la croissance des dépenses de soins hospitaliers à charge de l'assurance maladie-maternité (12,4%) due

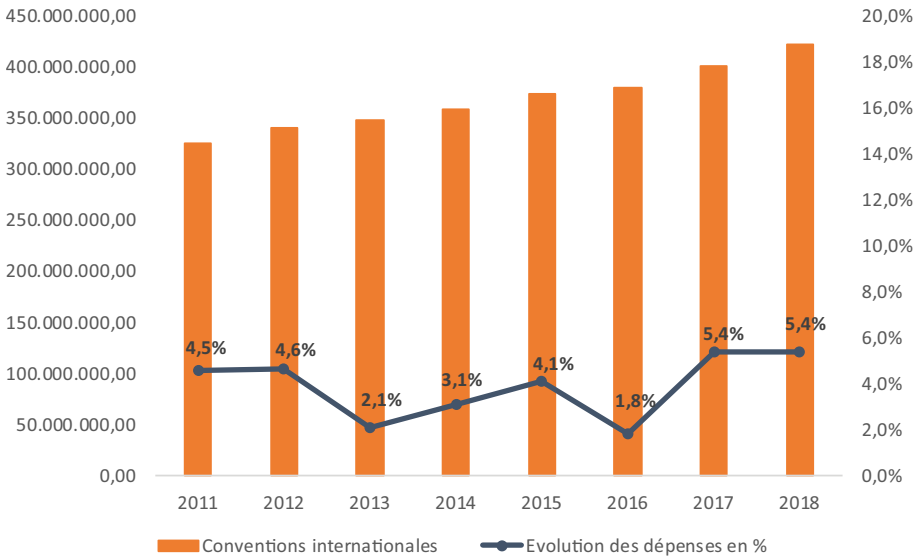
principalement à la revalorisation des carrières due à la nouvelle CCT-FHL et à l'impact de la budgétisation du Centre de Réhabilitation du Château de Colpach et des domaines de la génétique humaine et de l'anatomopathologie de l'établissement public LNS.

Soins de santé à l'étranger

Les soins de santé à l'étranger comprennent 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. Le poste « autres prestations étrangères » concerne les remboursements internationaux par virements directs.

Frais conventions internationales



Les dépenses pour conventions internationales atteignent 421,7 millions d'euros en 2018, contre 325,4 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 3,8% entre 2011 et 2018. Ces dépenses contiennent les postes de frais suivants :

1. Prestations pour frontaliers (310,0 millions d'euros)
2. Frais effectifs des pensionnés étrangers (48,4 millions d'euros)
3. Traitement à l'étranger sur autorisation du contrôle médical / Formulaire S2 (36,7 millions d'euros)
4. Séjour temporaire (18,3 millions d'euros)
5. Complément belgo-luxembourgeois (6,9 millions d'euros)
6. Forfaits (pensionnés et membres de famille) (1,4 million d'euros)

Une hausse de 5,4% des dépenses pour conventions internationales a été observée en 2018. 73,5% de ces des dépenses concernent les prestations pour frontaliers. Le taux de croissance annuel moyen de ces dépenses s'établit à 3,5% par an pour la période de 2011 à 2018. Les prestations pour frontaliers sont estimées à 310,0 millions d'euros en 2018.

En 2^{ème} lieu figurent les dépenses effectives et les forfaits pour pensionnés et membres de famille qui résident à l'étranger qui représentent 11,5% des dépenses et qui s'établissent à 48,4 millions d'euros en 2018. 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	2018
Pensionnés	11.149,42	12.413,08	13.562,58	14.963,92	16.395,42	17.711,58	18.611,00	19.364,50
Assurés	8.166,25	9.134,50	10.098,92	11.314,50	12.466,42	13.578,50	14.456,75	15.210,00
Membres de famille	2.983,17	3.278,58	3.463,67	3.649,42	3.929,00	4.133,08	4.154,25	4.154,00

En 3^{ème} lieu figurent les dépenses pour traitements à l'étranger sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale (8,7%), notamment sur base du formulaire S2. Ces dépenses atteignent une dépense de 36,7 millions d'euros en 2018 et en particulier 8.408 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 autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale (S2) ainsi que le nombre de refus pour l'année 2018.

Nombre de patients	2017	2018	Var. en % 18/17
Consultations ou examens	1.226	2.844	132,0%
Traitements ambulatoires	1.858	2.131	14,7%
Traitements stationnaires	4.247	4.435	4,4%
Cures	65	63	-3,1%
Analyses	12	1	p.m.
Nombre d'accords	6.364	8.408	67,8%
Nombre de refus	1.498	724	-51,7%
Total	7.862	9.132	16,2%

Le nombre de patients qui ont demandé un transfert a augmenté de 16,2% en 2018, soit de 1.270 personnes. En particulier, les transferts pour consultations ou examens ont augmenté de 132,0%. Ceci correspond à une hausse de 1.618 patients. Ensuite, les transferts pour traitements ambulatoires ont augmenté de 14,7% en 2018 et le nombre de refus administratifs a diminué de 51,7% en 2018.

Suite à la mise en vigueur de la nouvelle directive 2011/24/UE (« Directive ») à partir de septembre 2014, la CNS a pris en charge 34 transferts dans le cadre de la directive en 2014 ; 255 transferts en 2015, 289 transferts en 2016, 406 transferts en 2017, et 673 transferts en 2018. Le principe général de la Directive est celui du remboursement de prestations de soins de santé transfrontaliers suivant le droit luxembourgeois, l'autorisation préalable devient l'exception et est limitativement permise par la Directive pour autant qu'elle est non-discriminatoire et se limite à ce qui est nécessaire et proportionné à l'objectif poursuivi. La prise en charge des prestations se fait dans les conditions du droit luxembourgeois, sans dépasser les frais effectivement exposés.

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 par rapport aux dépenses totales pour conventions internationales, à savoir 4,3% et 1,6%.

Concernant la convention belgo-luxembourgeoise, le taux de remboursement moyen y prévu et jusqu'à concurrence duquel est calculé le complément dont bénéficient les assurés belges respectifs a été fixé à 93,7% pour l'exercice 2018.

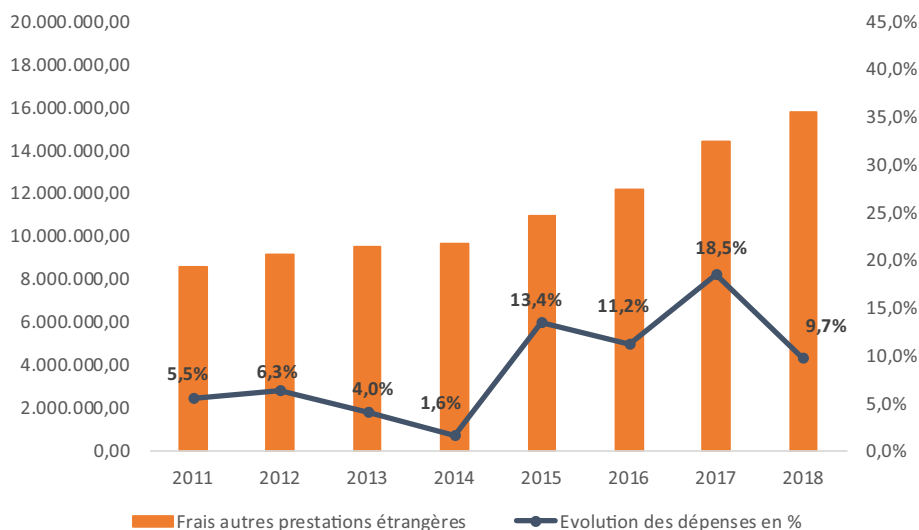
Le poste « excédent des dépenses : inscription pensionnés » correspond au solde, d'une part, des dépenses effectives des pensionnés étrangers qui résident au Luxembourg au cours d'une année N et, d'autre part, des remboursements de forfaits au cours de la même année, mais se rapportant à des exercices antérieurs. Avec l'introduction du règlement (CE) 883 au 1^{er} mai 2010, les dépenses concernant cette catégorie de bénéficiaires de prestati-

ons 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 2018, les recettes se sont élevées à 103.512 euros, contre 246.534 euros en 2017.

Enfin au niveau du poste « conventions internationales », les dépenses des factures non encore introduites à la clôture de l'exercice 2018 sont estimées et provisionnées en 2018. Ces dépenses sont estimées à 258,1 millions d'euros à la clôture 2018.

En contrepartie, l'assurance maladie-maternité détient une créance relative aux forfaits à rembourser jusqu'en 2010 de l'ordre de 12,1 millions d'euros sur les institutions étrangères.

Autres prestations étrangères



Les dépenses s'élèvent à 15,8 millions d'euros en 2018, contre 8,6 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 9,1% sur la période de 2011 à 2018.

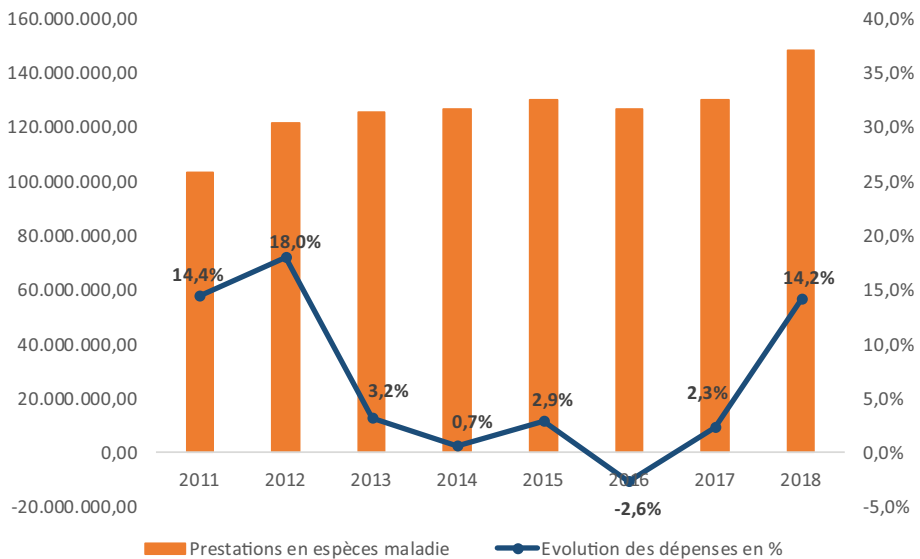
Les dépenses du poste « autres prestations étrangères » comprennent des dépenses en dehors E125 remboursées suivant les tarifs étrangers et des dépenses remboursées dans le cadre de la Directive selon les tarifs luxembourgeois.

Le poste « prestations en dehors E125 » comprend les prestations délivrées à l'étranger, qui sont remboursées par l'assurance maladie-maternité luxem-

bourgeoise 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 Decker/Kohl.

Prestations espèces de maladie



Les prestations en espèces de maladie atteignent 148,1 millions d'euros en 2018, contre 103,1 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 5,3% entre 2011 et 2018.

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 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 suc-

cessifs. Il regroupe en outre les dépenses relatives à un congé d'accompagnement ainsi que les dépenses relatives aux périodes d'essai des apprentis et des salariés.

L'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2019 de la loi du 10 août 2018 affectera la situation des salariés touchés par une maladie prolongée. La période de référence pour le calcul des 77 jours d'incapacité de travail a été portée à 18 mois de calendrier successifs contre 12 mois auparavant.

Les frais de prestations en espèces de maladie ont connu des croissances très fortes de 14,4% respectivement 18,0% en 2011 et 2012. L'évolution de ces frais ralentit 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. 2014 présente une quasi-stagnation de l'évolution de ces dépenses. En 2015, les prestations en espèces de maladie évoluent de 2,9%. Pour l'exercice prestation 2016, la CNS a dépensé 126,8 millions d'euros en matière de prestations en espèces de maladie. Cela représente une baisse de 2,6% par rapport à l'année 2015. En 2017, les prestations en espèces de maladie présentent une évolution de 2,3% par rapport à 2016 et s'élèvent à 129,8 millions d'euros.

Or, en 2018, les prestations en espèces de maladie affichent à nouveau une accélération en évoluant de 14,2% pour atteindre un montant de 148,1 millions d'euros.

En 2018, le nombre d'assurés cotisants pour les prestations en espèces a évolué de 3,6% en 2018, contre 3,5% en 2017. De plus il y a eu une variation de l'échelle mobile des salaires de 1,0%.

Le tableau ci-dessous reprend le détail concernant les indemnités pécuniaires proprement dites, les indemnités relatives aux périodes d'essai ainsi que les indemnités concernant le congé d'accompagnement pour les années 2017 et 2018.

(En millions d'euros, DC)	2017	2018	Var. en %
Indemnités pécuniaires proprement dites	118,1	132,7	12,3%
Indemnités périodes d'essai	12,6	15,5	23,4%
Indemnités congé d'accompagnement	0,22	0,24	8,1%
Total	130,9	148,4	13,4%

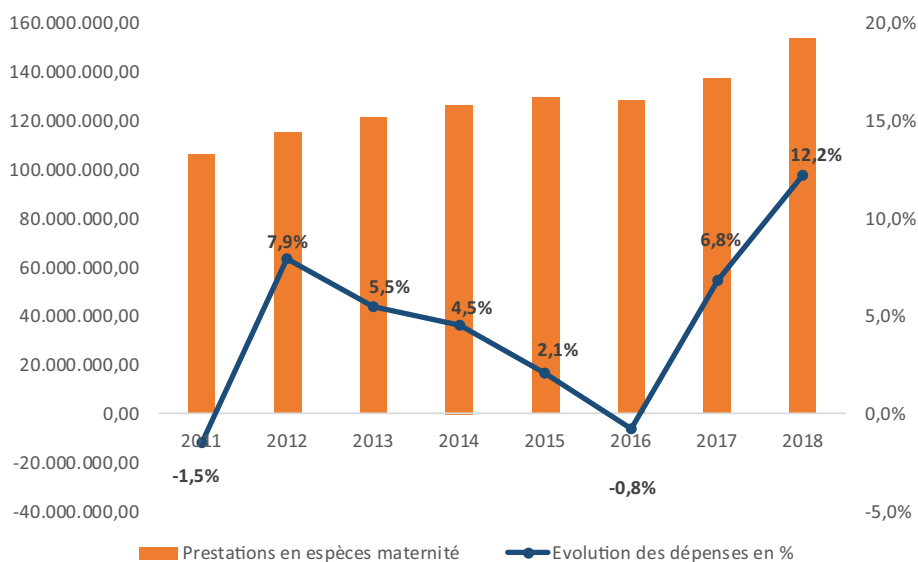
Les indemnités pécuniaires proprement dites varient de 12,3 % entre 2017 et 2018, soit de 14,6 millions d'euros. 1,6% de cette progression découle de l'emploi et des salaires. Le reste s'explique par une augmentation du taux d'absentéisme de longue durée. L'évolution des indemnités liées aux périodes d'essai présente une hausse de 23,4% par rapport à 2017. Enfin, les indemnités relatives aux congé d'accompagnement connaissent une hausse de 8,1% en 2018. En 2018, les indemnités de maladie pour périodes d'essai

s'élèvent à 15,5 millions d'euros et augmentent de 23,4% suivant la date comptable et de 32,6% suivant la date prestation.

Année (DP)	Nbre de personnes	Jours par cas	Ind. brut/jour
2016	22.428	57	91
2017	22.287	56	95
2018	23.722	57	99
2017/2016: var. en %	-0,6%	-2,2%	4,5%
2018/2017: var. en %	6,4%	2,1%	3,4%

Le nombre de personnes bénéficiant d'une indemnité pécuniaire proprement dite a évolué de 6,4% en 2018, contre une évolution négative de -0,6% en 2017. En nombre de personnes, cette évolution correspond à une hausse de 1.435 personnes. Le nombre de jours de maladie par patient a également augmenté en 2018 par rapport à 2017 ainsi que l'indemnité pécuniaire.

Prestations espèces de maternité



Les prestations en espèces de maternité atteignent 153,6 millions d'euros en 2018, contre 106,4 millions d'euros en 2011, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 5,4% entre 2011 et 2018.

Les indemnités pécuniaires de maternité comprennent les indemnités de maternité proprement dites (y compris 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). Malgré le fait que le CPRF ne soit pas une indemnité pécuniaire maternité, il apparaît tout de même sous ce poste car historiquement l'Etat luxembourgeois le remboursait. Il en est de même pour l'indemnité pécuniaire de maternité proprement dite.

Les prestations en espèces de maternité ont évolué entre moins 1,5% et plus 12,2% sur la période allant de 2011 à 2018. En particulier, entre 2013 et 2016, l'évolution de ces frais présente un ralentissement continu avec une évolution de 5,5% en 2013, de 4,5% en 2014, et de 2,1% en 2015 voire une baisse de 0,8% en 2016. Enfin, en 2016, ces dépenses atteignent 128,3 millions d'euros.

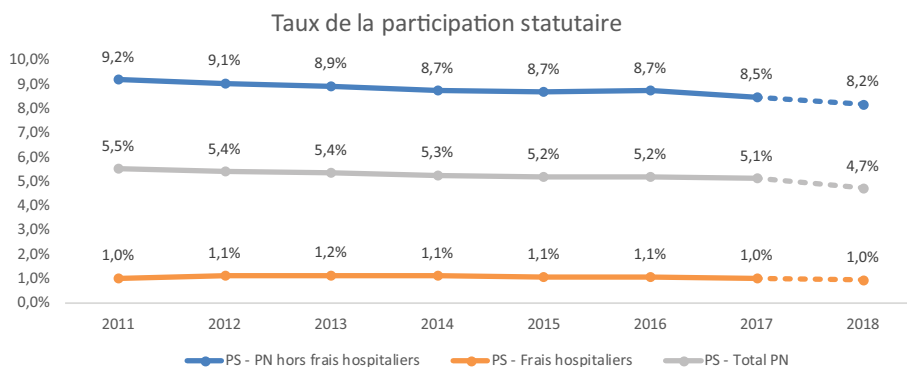
L'exercice 2017 est caractérisé par une hausse considérable des indemnités pécuniaires de maternité de 6,8%. En particulier, en 2017, le montant total s'établit à 137,0 millions d'euros et se compose des prestations en espèces de maternité proprement dites pour un montant de 99,1 millions d'euros, des dépenses pour dispenses de femmes enceintes pour un montant de 26,3 millions d'euros, et du congé pour familiales pour un montant de 11,6 millions d'euros.

Après une baisse de 0,8% en 2016 et une hausse en 2017 de 6,8%, les indemnités pécuniaires de maternité augmentent à nouveau fortement en 2018, à savoir de 12,2%, pour s'établir à 153,6 millions d'euros, contre 137,0 millions d'euros en 2017. Il est constaté que le poids des indemnités proprement dites et des dispenses de travail ont diminué en 2018 et que la part des indemnités de congé pour raisons familiales ont augmenté de 8,4% à 11,4% entre 2017 et 2018. La croissance des indemnités de congé pour raisons familiales s'explique principalement par la réforme du congé pour raisons familiales, introduite à partir du 1^{er} janvier 2018. Ce nouveau système apporte les changements suivants : plus de flexibilité pour utiliser le congé parental, le droit annuel de 2 jours par parent et par enfant est remplacé par un système de tranche d'âge et le congé de maternité postnatal est généralisé à 12 semaines sans condition d'allaitement.

VI. Participation personnelle des assurés

La participation statutaire ou personnelle représente le montant à charge de l'assuré conformément aux statuts de la CNS et doit être déduite du tarif caisse pour calculer le montant effectivement remboursé. La participation statutaire se distingue de la participation globale. La participation des assurés ne se limite pas toujours à la participation statutaire.

Participation statutaire



Le graphique ci-dessus présente l'évolution de la participation statutaire entre 2011 à 2018 en distinguant :

- la participation statutaire en terme de prestations nature et ce hors frais hospitaliers ;
- de la participation statutaire frais hospitaliers ;
- et enfin de la participation statutaire totale.

En 2018, la participation statutaire totale atteint 96,7 millions d'euros, la participation hors frais hospitaliers atteint 87,1 millions d'euros et finalement la participation statutaire pour frais hospitaliers atteint 9,6 millions d'euros.

L'analyse se limite aux participations statutaires des prestations en nature au Luxembourg. Le taux de croissance annuel moyen de l'évolution de la participation statutaire est de 1,9% entre 2011 et 2018.

Le tableau ci-dessous présente la participation statutaire moyenne des assurés en fonction des différentes postes de prestations.

Evolution de la participation statutaire moyenne

	2014	2015	2016	2017	2018
Honoraires médicaux				7,9%	7,1%
Honoraires médico-dentaires	7,9%	7,9%	7,9%	6,7%	6,7%
Frais de voyage et de transport	6,6%	6,6%	6,6%	8,3%	6,7%
Frais pharmaceutiques extra-hosp.	9,1%	9,0%	8,7%	11,5%	11,1%
Soins infirmiers	12,8%	12,1%	12,0%	2,9%	2,9%
Soins de sages femmes	2,5%	2,5%	2,8%	0,0%	0,0%
Soins de kinésithérapie	0,0%	0,0%	0,0%	17,5%	17,3%
Orthophonie	19,1%	18,9%	18,8%	13,0%	6,0%
Psychomotricité	13,2%	13,1%	13,0%	12,7%	1,5%
Dispositifs médicaux (sans opticiens)	13,0%	12,9%	12,8%	4,9%	5,2%
Opticiens	4,9%	4,8%	5,1%	0,0%	0,0%
Laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Frais de cures	14,1%	14,2%	13,8%	13,8%	15,4%
Foyers de psychiatrie	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Médecine préventive	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%
Soins palliatifs				0,0%	0,0%
Total des prestations extra-hospitalières	8,7%	8,7%	8,7%	8,5%	8,2%
Prestations hospitalières	1,1%	1,1%	1,1%	1,0%	1,0%
Total prestations	5,3%	5,2%	5,2%	5,1%	4,7%

La participation statutaire des assurés dans les prestations en nature au Luxembourg s'élève à 4,7% en 2018, contre 5,1% en 2017. Hors frais hospitaliers, la participation s'élève à 8,2% en 2018, contre 8,5% en 2017. La participation statutaire relative au séjour à l'hôpital s'élève en 2018 tout comme en 2017 à 1,0%.

La baisse de la participation statutaire des prestations hors séjour à l'hôpital provient entre autres de l'abolition au 1^{er} janvier 2018 de la participation statutaire pour les mineurs au niveau des honoraires médicaux, des infirmiers, des orthophonistes et des psychomotriciens.

Participation globale

Les tarifs de l'assurance maladie-maternité ne représentent pas pour toutes les prestations, 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 1^{ère} classe, etc.) ;

- convenances personnelles (CP1-CP7, CP8) ;
- actes non remboursés.

En 2018, l'évolution de la participation globale atteint 207,7 millions d'euros. 120,7 millions d'euros proviennent des dépassements de tarifs, des convenances personnelles et des actes non remboursés et 87,1 millions d'euros proviennent de la participation personnelle statutaire.

Le tableau ci-dessous présente le taux de participation dit « globale » des assurés par rapport aux prix facturés, ceci sur la base du montant brut des factures communiquées à la CNS. Malgré le terme de participation globale, 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.

S'y ajoute que le taux de la participation globale concerne uniquement les prestations dites « extra-hospitalières », donc hors séjour hospitalier. Le taux de participation globale des assurés est donc calculé par rapport aux prix facturés et se limite aux prestations en nature hors frais hospitaliers et aux factures communiquées et introduites à la CNS.

Estimation de la participation globale (secteur extrahospitalier)

	2014	2015	2016	2017	2018
Honoraires médicaux	11,4%	11,2%	11,1%	10,8%	9,8%
Honoraires médico-dentaires	45,4%	45,4%	46,2%	44,9%	44,9%
Frais de voyage et de transport	17,0%	17,2%	17,5%	15,9%	15,4%
Frais pharmaceutiques extra-hosp.	12,9%	12,6%	12,5%	11,9%	11,5%
Soins infirmiers	2,7%	2,8%	3,2%	3,2%	3,9%
Soins de sages femmes	2,9%	2,7%	4,0%	5,4%	3,9%
Soins de kinésithérapie	19,9%	19,5%	19,3%	17,6%	17,5%
Orthophonie	14,9%	14,5%	14,3%	14,7%	7,3%
Psychomotricité	14,0%	16,8%	14,8%	14,5%	3,4%
Dispositifs médicaux (sans opticiens)	14,6%	14,4%	15,1%	15,1%	15,6%
Opticiens	73,9%	74,3%	74,7%	74,5%	75,2%
Laboratoires	0,3%	0,7%	0,5%	0,5%	0,5%
Frais de cures	19,4%	18,9%	18,7%	20,7%	25,3%
Foyers de psychiatrie	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Médecine préventive	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%
Soins palliatifs	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	0,9%
Total des prestations extra-hospitalières	18,1%	18,1%	18,2%	17,7%	17,6%

Cette participation se situe à 17,6% en 2018 (en dehors des frais d'hospitalisation), contre 17,7% en 2017. La participation la plus élevée se situe auprès des opticiens, à savoir 75,2%, suivie par les honoraires médico-dentaires, à savoir 44,9%.

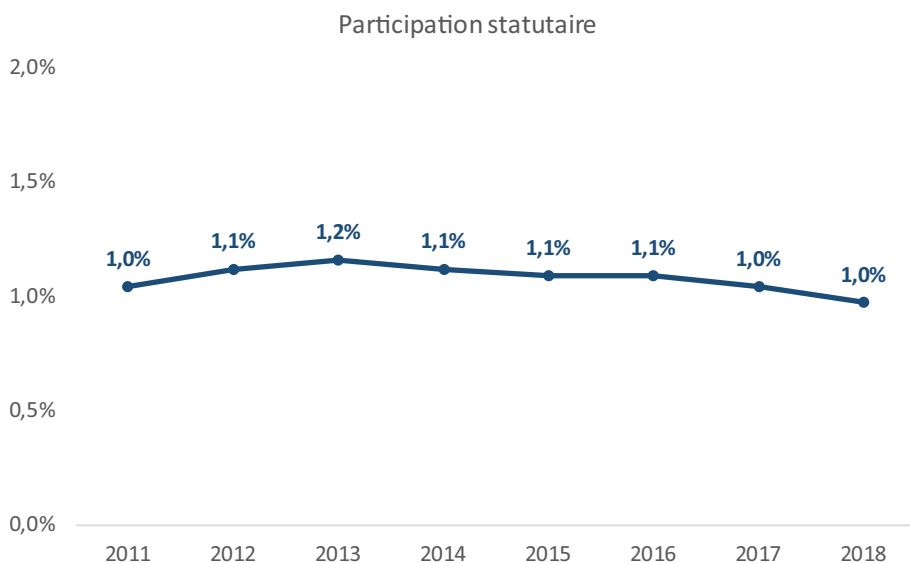
Des baisses de la participation sont enregistrées pour les honoraires médicaux (-1,0%), les frais de voyage et de transport (-0,5%), les frais pharmaceutiques extrahospitaliers (-0,5%), les frais de sages-femmes (-1,5%), les frais de massage et kinésithérapie (-0,1%), les frais d'orthophonie (-7,4%), les frais de psychomotricité (-11,1%), la médecine préventive (-0,1%) et les soins palliatifs (-0,6%).

Pour les postes suivants, les participations augmentent : soins infirmiers (+0,7%) et les dispositifs médicaux (+0,5%), les opticiens (+0,7%). Les autres postes n'ont pas enregistré de changements.

Concernant les honoraires d'orthophonie et de psychomotricité, la baisse de la participation globale est liée aux adaptations statutaires au 1^{er} janvier 2018 concernant l'abolition de la participation des mineurs.

Le graphique ci-après montre l'évolution de la participation statutaire dans le secteur hospitalier entre 2011 et 2018. Les données actuelles permettent de constater que la participation personnelle des patients évolue de manière stable entre 2011 et 2018, notamment entre 1,0% et 1,2%.

La participation statutaire représente la participation financière aux frais du patient, liée aux soins hospitaliers liés à son hospitalisation. L'assurance maladie-maternité ne rembourse pas ce forfait mais il peut être pris en charge par les mutuelles santé.



Exhaustivité des données et limites au sein de la CNS

Cette partie du mémoire est consacrée aux données dont dispose la CNS concernant la participation personnelle des assurés extra-hospitalière. Elle illustre la raison et la méthode du passage d'un rapport établi sur demande et manuellement à un rapport disponible à tout moment dans l'outil BI de la CNS.

Jusqu'à présent, un agent au sein du département Finances devait introduire annuellement une demande auprès du service Analyses décisionnelles et statistiques afin d'obtenir les données relatives à la participation des assurés pour établir une statistique à introduire dans le document du décompte. Le fichier était alors transmis par un agent du service Analyses décisionnelles et statistiques au département Finances. Le fichier contenait 3 onglets qui devaient être manipulés et additionnés. Etant donné que les titres et les regroupements n'étaient plus d'actualité dans le fichier, les données ne traduisaient pas la réalité.

De plus, le rapport mis à disposition du département Finances nécessitait de nombreuses adaptations de la part de l'agent du département Finances. En effet, le fichier n'était pas encore dans le format requis ni complet et nécessitait encore des interventions manuelles d'un agent du département Finances.

Une limite supplémentaire était celle que le département Finances était dépendant d'un autre service et que la mise à disposition des données dépendait de la présence de l'agent du service Analyses décisionnelles et statistiques. Aussi, des erreurs de traitements manuels pouvaient se produire au cours de toutes les étapes nécessaires à la mise à disposition des données.

Recommandations méthodologiques et pratiques pour l'avenir

Conscient de cette situation non-idéale, le département Finances a décidé d'analyser cette problématique et de créer et d'intégrer ce rapport au niveau du BI de la CNS.

Le nouveau fichier est désormais accessible à l'ensemble des membres du département Finances, ceci à tout moment et ne nécessite guère de traitement manuel.

Dans la partie ci-dessous concernant l'intégration du rapport au sein du BI, les critères de filtrage, le regroupement des prestations, la décomposition des montants et certaines explications y sont repris.

Intégration du rapport au sein du BI

Critères de filtrage

- Population protégée lors de la saisie i.e. catégorie PEN2 <30 et <>15
- Prise en charge par une des 4 caisses de maladie
- Exécutant au Luxembourg
- Codes prestations compris entre 201 et 349, on écarte l'AD (>600)
- Les codes prestations suivants sont éliminés : codes correspondant aux frais de séjour à l'étranger (224), aux frais hospitaliers qui font l'objet d'un traitement séparé (270 et 271), à des prestations refacturées au MS ou à d'autres ISS (contraception jeunes 286, vaccination HPV 287, frais Eurotransplant 297, suppléments diplomates 298, suppléments coopérants 299, frais informatiques kinés 305, intérêts moratoires 306, frais imprimerie médecins 307, rapports R20 AD 309, rapports R4 CNAP 324, indemnités kilométriques et gardes 340, programme toxicomanie 341, soins palliatifs non affiliés 342) et aux indemnités funéraires (290 et 291)
- Sont enfin éliminés : des actes liés aux prestations écartées lorsqu'ils sont remboursés et qu'ils apparaissent sous le code prestation 302 (prestation non remboursée) ou bien lorsqu'il s'agit de ZFFI pour frais informatiques, de PARTIPA et autres actes liés aux UO hospitalières.

Regroupement des prestations

Les étapes suivantes sont appliquées, dans cet ordre, pour affecter une prestation à un groupe :

- Utilisation du code prestation
- Lorsqu'il s'agit d'un code « fourre-tout » (289 pour le remboursement complémentaire de la participation au titre de l'article 154bis, 302 pour les prestations non remboursées et 345 pour le tiers-payant social) : utilisation de la nomenclature ou de la liste positive à laquelle appartient l'acte
- En cas de pseudo-tarif « isolé » qui ne figure dans aucune liste : utilisation du type de fournisseur et éventuellement sa spécialité si le type est insuffisant
- Si rien ne marche, les montants apparaissent en tête de liste sous « Prestations à catégoriser » si le code prestation est inconnu ou en fin de liste sous « A compléter » si c'est l'acte ou le fournisseur qui n'est pas reconnu. Dans ce cas, le détail des prestations peut permettre de modifier les critères de regroupement ou de filtrage, suivant d'inclure le cas ou bien de l'éliminer.

Le tableau ci-après reprend les détails à considérer :

Groupe	Codes prestation	Nomenclature ou liste dans dwh_cns	Type fournisseur et spécialité exécutant
Soins médicaux	201 à 205, 292, 300	90	90 et spé. vide ou sans Z0
Soins dentaires	210 à 215	92	90 et spé. avec Z0
Frais de transport	220 à 223	B6	14
Frais pharmaceutiques	226 à 238	PH	80
Soins infirmiers	240	30	32, 30 et spé. vide ou sans SA
Soins sages-femmes	241	31	30 et spé. avec SA
Soins kinés	242	50	50, 40 et spé. avec MA
Soins orthophonistes	243	13	57
Soins psychomotriciens	244	55	55
Soins diététiciens	246	39	36
Dispositifs médicaux sauf opticiens	250 à 254, 256 à 258	B1,B2,B3,B4,B5,B7,11	12 et spé. vide ou sans MO
Opticiens	255	10	10
Laboratoires	260	60	60
Rééducation et cures	262, 263, 266	72, CO	12 ou 70 et spé. avec MO ou CO
Foyers de psychiatrie	267	71	71
Soins palliatifs	268	37	
Médecine préventive	281 à 285, 288		

Remarques : le tableau indique aussi que les choix suivants ont été décidés en cas de conflit :

- Choix 1 : le choix est de se baser d'abord sur le code prestation et pas sur la spécialité de l'exécutant, il s'applique donc aussi sur les codes prestations partagés entre médecins et dentistes, les actes de laboratoires réalisés par des médecins, les dispositifs médicaux vendus par des pharmaciens, etc. ;
- Choix 2 : aucun acte non remboursé ne sera rattaché à la médecine préventive, il le sera suivant les cas aux rubriques médecin, laboratoires ou pharmacie. Le contraire aurait impliqué de gérer spécifiquement et dynamiquement une liste d'actes, ce qui aurait rendu le rapport plus compliqué et surtout demandé une maintenance régulière ;
- Choix 3 :
 - Un médecin avec plusieurs spécialités dont la suivante : (Z0) est considéré comme un dentiste,
 - Un médecin avec spécialité Z1 (stomatologue) sans Z0 n'est pas considéré comme un dentiste,

- Un médecin sans spécialité connue n'est pas considéré comme un dentiste,
- Un fournisseur de type 30 avec plusieurs spécialités dont SA (sage-femme) est considéré comme une sage-femme,
- Un fournisseur de type 30 sans spécialité connue est rattaché aux soins infirmiers,
- Un fournisseur de type 30 avec plusieurs spécialités dont SA (sage-femme) est considéré comme une sage-femme,
- Un fournisseur de type 40 avec plusieurs spécialités dont MA (masseur) est rattaché aux soins de kinés,
- Un fournisseur de type 12 sans spécialité est rattaché aux dispositifs médicaux,
- Aucun acte non remboursé hors nomenclature n'est rattaché aux soins palliatifs.

Décomposition des montants

- Net : montant remboursé par la CNS,
- Participation : la participation statutaire à charge de l'assuré,
- Dépassement dont DSD et première classe : pour des actes ayant fait l'objet d'un remboursement, le montant en sus de la somme du net et de la participation,
- Actes non remboursés nomenclature : actes figurant dans une nomenclature ou une liste positive, donc a priori remboursable, mais qui ne l'a pas été en l'occurrence (ex. : tarificateur remarque que la personne n'a pas d'affiliation lors de l'insertion du remboursement),
- Autres actes non remboursés : pseudo-tarifs ne donnant jamais lieu à remboursement, en particulier les convenances personnelles,
- Taux de participation statutaire : $\frac{\text{participation}}{\text{net} + \text{participation}}$,
- Taux de participation globale : $\frac{\text{brut} - \text{net}}{\text{brut}}$.

Explications concernant le nouveau fichier Excel

La colonne « Nomenclature ou PST » renseigne soit la nomenclature ou la liste à laquelle appartient l'acte, soit directement le pseudo-tarif.

La colonne « Spécialité simplifiée » renseigne l'information suivante :

- Pour les types d'exécutant rattachés à un seul groupe : le type de l'exécutant
- Pour les types d'exécutant pouvant être rattachés à plusieurs groupes suivant la spécialité, sauf le type 90 (médecins et dentistes) : la liste des codes de spécialités
- Pour le type 90 : « MED non Zx » si l'exécutant n'a ni dentiste (Z0) ni stomatologue (Z1) dans sa liste de spécialités. Puisque seules les spécialités Z0 et Z1 peuvent créer une ambiguïté entre dentistes et médecins, il n'est pas nécessaire de distinguer les autres et cela alourdirait considérablement le tableau.

VII. Total des dépenses : Somme des soins à charge de l'assurance maladie-maternité et des participations personnelles des assurés entre 2011-2018

La dernière partie du présent mémoire a pour but d'afficher une vue totale des principaux postes de dépenses de prestations nature en prenant en compte les dépenses à charge de l'assurance maladie-maternité entre 2011 et 2018 ainsi que les dépenses à charge des assurés sur la même période.

Le tableau ci-dessous reprend ainsi les soins médicaux, les médicaments, les soins médico-dentaires, les soins de kinésithérapie, les frais des laboratoires et les frais infirmiers. Le tableau reprend uniquement les prestations extra-hospitalières.

Pour ce faire, les chapitres IV et V sont considérés et la somme des dépenses à charge de l'assurance maladie-maternité et des montants à charge de l'assuré (participation statutaire et participation globale) est calculée.

Evolution des principales dépenses totales								
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Soins médicaux								
Dépense à charge AMM	293,2	308,5	323,9	340,6	350,7	362,2	381,6	409,1
Participation statutaire	25,1	26,5	27,7	29,1	30,0	31,1	32,8	29,3
Participation globale	37,7	39,3	41,2	43,8	44,0	45,2	45,9	41,5
Dépense totale	330,9	347,8	365,1	384,3	394,7	407,3	427,5	450,6
VAR.	-0,1%	5,1%	5,0%	5,3%	2,7%	3,2%	5,0%	5,4%

Médicaments (extra-hosp. Officines)								
Dépense à charge AMM	164,7	172,0	171,9	168,8	170,5	174,0	174,7	180,5
Participation statutaire	28,0	28,8	29,1	28,6	28,1	28,7	28,5	28,5
Participation globale	28,1	28,7	29,0	28,8	29,4	29,9	29,5	29,8
Dépense totale	192,8	200,7	201,0	197,6	199,9	203,9	204,2	210,3
VAR.	-11,7%	4,1%	0,1%	-1,7%	1,2%	2,0%	0,1%	3,0%
Soins de kinésithérapie								
Dépense à charge AMM	42,9	48,9	53,7	60,2	63,5	70,2	78,2	88,2
Participation statutaire	10,5	11,7	12,7	14,2	14,9	16,3	16,6	17,5
Participation globale	11,2	12,2	13,2	15,0	15,4	16,8	16,7	17,8
Dépense totale	54,1	61,1	66,9	75,2	78,9	87,1	94,9	106,0
VAR.	-5,3%	12,9%	9,6%	12,3%	4,9%	10,4%	9,0%	11,7%
Soins médico-dent., proth. orth								
Dépense à charge AMM	64,0	66,9	68,1	72,5	74,0	76,1	82,7	87,3
Participation statutaire	5,6	5,9	5,7	5,1	5,2	5,3	6,0	6,1
Participation globale	60,6	63,2	60,8	60,3	61,5	65,5	67,4	68,5
Dépense totale	124,6	130,1	129,0	132,8	135,5	141,5	150,2	155,8
VAR.	3,7%	4,4%	-0,8%	3,0%	2,0%	4,5%	6,1%	3,7%
Laboratoires								
Dépense à charge AMM	58,5	69,2	74,2	79,9	67,2	70,3	74,0	66,6
Participation statutaire	-	-	-	-	-	-	-	-
Participation globale	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3
Dépense totale	58,7	69,4	74,4	80,2	67,7	70,6	74,3	66,9
VAR.	42,3%	18,1%	7,2%	7,8%	-15,6%	4,4%	5,2%	-10,0%
Soins infirmiers								
Dépense à charge AMM	36,2	37,9	39,3	42,4	43,1	45,0	49,8	55,0
Participation statutaire	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,3	1,5	1,2
Participation globale	1,5	1,3	1,1	1,2	1,2	1,5	1,7	1,6
Dépense totale	37,7	39,2	40,4	43,6	44,4	46,5	51,4	56,6
VAR.	0,1%	3,9%	3,1%	7,9%	1,7%	4,9%	10,5%	10,1%

En 2018, le total des dépenses liées aux soins médicaux s'établit à 450,6 millions d'euros. Cette dépense augmente de 5,4% en 2018, soit de 23,1 millions d'euros. En termes de dépenses, il s'agit du poste le plus important hors frais hospitaliers. Celui-ci, est ensuite suivi du poste des médicaments, des

soins médico-dentaires, des soins de kinésithérapie, des laboratoires d'analyses médicales et des soins infirmiers.

Par ailleurs en 2018, la dépense à charge de l'assurance maladie-maternité liée aux soins de kinésithérapie est plus élevée que celle liée aux soins médico-dentaires mais celle-ci dépasse celle des kinésithérapeutes en termes de dépenses totales car la participation personnelle des personnes assurées est plus élevée en matière de frais médico-dentaires. En particulier, la participation statutaire pour honoraires médico-dentaires s'élève à 6,1 millions d'euros, contre une participation globale de 68,5 millions d'euros en 2018.

Enfin, le poste des laboratoires ne connaît pas de participation statutaire.

2018			
	Dépenses à charge AM	Dépenses totales	Dépenses à charge AM/ Dépenses totales
Soins médicaux	409,1	450,6	90,8%
Médicaments (extra-hosp. Officines)	180,5	210,3	85,8%
Soins de kinésithérapie	88,2	106,0	83,2%
Soins médico-dent., proth. orth	87,3	155,8	56,1%
Laboratoires	66,6	66,9	99,6%
Soins infirmiers	55,0	56,6	97,1%

Le tableau ci-dessus affiche le pourcentage des dépenses à charge de l'assurance maladie-maternité par rapport au total des dépenses en 2018. Ceci sur la base des factures communiquées à la CNS.

Les soins médicaux à charge de l'assurance maladie-maternité représentent donc en 2018 90,8% du total des honoraires médicaux. Les dépenses concernant les médicaments extra-hospitaliers et la kinésithérapie à charge de l'assurance maladie-maternité représentent 85,8% et 83,2% du total des frais pharmaceutiques et des soins de kinésithérapie. Les soins médico-dentaires affichent la partie à charge de l'assurance maladie-maternité des postes considérés ci-dessus la plus faible avec 56,1% du total de frais médico-dentaires. Les soins de laboratoires à charge de l'assurance maladie-maternité représentent le plus haut pourcentage, à savoir 99,6% du total des honoraires de laboratoires. Finalement, les soins d'infirmiers à charge de l'assurance maladie-maternité représentent, en 2018, 97,1% du total des honoraires d'infirmiers.

VIII. Discussion

Objectifs du mémoire et données disponibles

Le mémoire permet de répondre aux objectifs suivants : 1. Enumérer les changements législatifs ayant un impact considérable sur le système de soins de santé et son financement, 2. Présenter la situation financière de l'assurance maladie-maternité entre 2011 et 2023, 3. Afficher les recettes entre 2011 et 2018, 4. Afficher les principaux postes de dépenses entre 2011 et 2018, 6. Intégrer dans l'outil BI un fichier automatisé des participations personnelles extra-hospitalières et finalement 7. Afficher une vue totale des dépenses.

1. Le présent mémoire permet de formuler une synthèse des grands changements législatifs ayant impactés l'assurance maladie pour la période analysée. Le mémoire permet ainsi d'avoir une vue d'ensemble des grands changements. Ceci permet de ne plus avoir à parcourir un grand nombre de documents afin de trouver l'information recherchée et présente donc un historique des majeurs changements législatifs impactant l'assurance maladie-maternité.
2. Le mémoire présente la situation financière de l'assurance maladie-maternité. Pour donner aussi les perspectives de l'avenir, l'équilibre financier présenté ne se limite pas à la période 2011 à 2018, mais affiche une vue de 2011 à 2023. Entre 2011 et 2018, il s'agit de données clôturées et entre 2019 et 2023, il s'agit d'estimations datant d'octobre 2019.
3. Ce mémoire permet de disposer d'une vue d'ensemble des recettes de l'assurance maladie-maternité relatives à 2011 à 2018. L'analyse permet d'affirmer que les données en la matière sont exhaustives et disponibles au sein de la CNS.
4. Il permet également de disposer d'une vue d'ensemble des dépenses à charge de l'assurance maladie-maternité relatives à 2011 à 2018. Ici aussi, l'analyse permet d'affirmer que les données en la matière sont exhaustives et disponibles au sein de la CNS.
5. Grâce au présent mémoire, le département Finances dispose désormais d'un fichier intégré dans le BI rassemblant les participations statutaires et globales des assurés. Toutefois, les données se limitent aux données extra-hospitalières. Force est de constater que l'ensemble des honoraires communiqués à la CNS ne correspond pas à l'entièreté de la facturation des prestataires étant donné que toutes les factures ne sont pas nécessairement introduites à la CNS. La participation personnelle totale des assurés en matière des soins de santé n'est donc pas connue à l'heure actuelle.

6. Le présent mémoire permet d'afficher une vue plus ou moins exhaustive des principaux postes de dépenses de prestations nature de l'assurance maladie-maternité entre 2011 et 2018. A ces dépenses sont ajoutées les participations statutaires et globales.

IX. Conclusion

Le présent mémoire donne un aperçu général de la situation financière de l'assurance maladie-maternité sur la période allant de 2011 à 2023. Ceci avec une vue détaillée des recettes et des dépenses sur la période allant de 2011 à 2018, le tout en passant par les principaux changements législatifs ayant eu un impact considérable sur le système de financement.

L'objectif principal du présent mémoire consiste à analyser l'évolution des recettes et des dépenses de l'assurance maladie-maternité entre 2011 et 2018 et de mettre à disposition une vue plus complète en intégrant les dépenses liées à la participation personnelle des assurées. Afin de garantir la pérennité de notre système, il est ainsi primordial de disposer d'une appréciation actuelle de la pérennité financière de notre système d'assurance maladie-maternité.

La partie portant sur les changements législatifs renseigne tous les changements ayant un impact considérable sur le système de soins de santé et son financement depuis 2010. La loi du 13 mai 2008 a introduit le statut unique des salariés dans le secteur privé et les différentes caisses de maladie et de pension du secteur privé ont été remplacées par la CNS ainsi que la CNAP. Depuis 2009, les heures supplémentaires ne sont plus cotisables pour les prestations en espèces et un taux de cotisation unique est introduit en 2011 et majoré de 0,5% pour les assurés ayant droit aux prestations en espèces. La loi réforme de 2010 a cadré les dépenses du secteur hospitalier avec, par exemple, l'introduction du concept d'enveloppe budgétaire globale. De plus, la réforme s'est accompagnée de l'intégration des dépenses de maternité dans le régime de l'assurance-maladie. Enfin, une vraie politique de cost-containment fut mise en place à partir de la réforme santé de 2010 et continuée dans les années suivantes avec par exemple le gel des lettres-clés des différents prestataires de soins de santé en 2015 et la baisse de 20,0% de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales.

La période de 2010 à 2016, période marquée par la politique de cost-containment, prend fin à partir de 2017. En effet, un relâchement dans ce contexte est observé en 2017. Le gel des lettres-clés est aboli et celles-ci sont revues dans le cadre des négociations de la nomenclature. De plus, les mesures introduites chez les médecins par la réforme 2011 n'ont pas été poursuivies en 2017. Aussi, des élargissements de prestations dans le cadre des médecins-dentistes et aides visuelles ont été mises en place et ce n'est qu'à

partir de 2018 que la mesure d'économie imposée aux laboratoires a été abolie.

A partir du 1^{er} janvier 2017, la réforme concernant les kinésithérapeutes a introduit une nouvelle nomenclature, basée sur une notion temps, simplifiée et axée sur les prestations de rééducation. Une nouvelle convention a été élaborée afin de simplifier le volet administratif. De plus, une meilleure coordination avec le médecin prescripteur via ordonnance standardisée a été introduite grâce à cette nouvelle nomenclature.

La nouvelle nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, introduite au 1^{er} janvier 2018, a réduit le nombre d'actes de 847 à 798, a révisé les libellés et a établi des règles de cumul et de fixation des coefficients des actes par rapport aux différentes catégories d'actes. De plus, la nouvelle nomenclature exclut les actes en relation avec la génétique humaine et l'anatomopathologie.

Par ailleurs, l'adaptation des statuts de la CNS a introduit l'abolition de la participation des mineurs sur les actes médicaux et pour les soins de psychomotricité, d'orthophonie et d'infirmiers depuis le 1^{er} janvier 2018. Par ailleurs, le délai en matière de renouvellement des prothèses dentaires a été adapté à la même date. Ensuite, l'année 2018 est aussi marquée par l'adaptation des tarifs des médecins urgentistes, ce qui a eu pour conséquence l'introduction de nouveaux actes. Ensuite, la loi relative aux établissements hospitaliers a introduit, à partir du 1^{er} avril 2018, le financement du Centre de réhabilitation du château de Colpach et du LNS dans le budget hospitalier. Finalement, la réforme du congé pour raisons familiales a introduit plus de flexibilité en matière de congé parental. L'autre changement introduit par la même loi, est celui de la généralisation à 12 semaines du congé maternité postnatal, ceci sans condition d'allaitement.

Les changements législatifs sur les recettes et dépenses, mentionnés ci-avant, permettent d'affirmer que la situation financière en 2018 de l'assurance maladie-maternité, situation stable et positive, est principalement due aux efforts pratiqués depuis 2010, mais aussi à un contexte économique favorable. Les résultats d'exercices des années 2011 à 2017 s'expliquent aussi par une hausse des recettes liée à la hausse du taux de cotisation qui est passé de 5,4% à 5,6% en 2011. Compte tenu de ces éléments, la croissance des dépenses en 2018 est de 6,4% en 2018 et les recettes évoluent de 5,5% en 2018. Malgré l'évolution plus rapide des dépenses que des recettes, le solde des opérations courantes reste positif pour l'année 2018 et l'excédent cumulé s'accroît.

Compte tenu de tous les changements législatifs ainsi que du souhait d'élargissement et d'amélioration de la prise en charge des prestations, il est correct d'affirmer comme conclusion que le régime d'assurance maladie-maternité se trouve en évolution permanente et continue. La situation finan-

cière 2018 est stable et saine grâce à la politique de cost-containment menée de 2010 à 2016. Même si la période d'évolution modérée des dépenses s'achève à partir de 2017 et qu'un élargissement des prestations a été mise en place, la situation financière reste saine en 2018 grâce aux réserves accumulées ces dernières années. Concernant l'avenir, il est toutefois éventuellement nécessaire d'envisager des changements structurels, car il serait préférable que les recettes courantes couvrent les dépenses courantes. En effet, pour l'avenir, un certain nombre d'élargissements et d'améliorations de prestations sont prévus comme, par exemple, la refonte de la nomenclature dentaire, la révision des modalités de prise en charge des aides visuelles, la prise en charge de la chirurgie réfractive et la négociation d'une nomenclature en matière d'ergothérapie. D'après la situation financière actuelle, la somme des impacts de ces nouvelles prestations pourrait avoir comme conséquence que les dépenses dépassent les recettes à partir de 2021, d'où la nécessité d'adaptations structurelles.

En 2018, les recettes de l'assurance maladie-maternité atteignent 3.008,3 millions d'euros. Les cotisations et les cotisations forfaitaires de l'Etat correspondent à elles seules à 98,3% des recettes de l'assurance maladie-maternité. Les cotisations au Luxembourg s'élèvent à 1.774,2 millions d'euros et correspondent à 59,0% de l'ensemble des recettes. Cette part évolue entre 3,3% et 9,3% sur la période sur la période 2011 à 2018. Concernant les cotisations forfaitaires de l'Etat, le taux de croissance annuel moyen s'établit à 5,0% entre 2011 et 2018 et est donc supérieur au taux de croissance annuel moyen de 4,8% de l'ensemble des recettes de l'assurance maladie-maternité. La participation de tiers, les transferts et les autres recettes s'élèvent ensemble à 51,4 millions d'euros pour l'année 2018.

L'analyse des dépenses de prestations en nature à charge de l'assurance maladie-maternité permet de constater les éléments suivants :

- Le taux de croissance annuel moyen des dépenses de prestations en nature entre 2011 et 2018 est de 4,6%. Entre 2013 et 2017, le taux de croissance des dépenses de prestations en nature s'établit entre 2,9% et 4,8%. Le mémoire permet donc de constater un léger ralentissement de l'évolution des dépenses sur la période 2013 à 2017.
- Les dépenses connaissent une faible évolution de 2,4% et 4,2% de 2013 à 2016. Ce n'est qu'à partir de 2017 que les dépenses connaissent à nouveau une évolution plus forte en atteignant 5,8% en 2017 et 8,3% en 2018.
- La croissance constatée en 2017 provient principalement de l'évolution des honoraires médicaux (+5,4%), des autres professions de santé (+10,9%) et plus particulièrement des soins de kinésithérapie (+11,3%) et des soins d'infirmiers (+10,5) ainsi que des frais hospitaliers (+2,6%).

- La croissance constatée en 2018 s'explique principalement de l'évolution des honoraires médicaux (+7,2%), des autres professions de santé (+11,9%) et plus précisément par l'évolution des soins infirmiers (+10,5%) et par l'évolution des soins de kinésithérapie (12,8%). La croissance des dispositifs médicaux est passée de 3,4% en 2017 à 7,3% en 2018 ce qui s'explique principalement par l'évolution du Fichier B3 (+17,9%) et celle du Fichier B7 (17,5%). Finalement, les dépenses de médecine préventive et les dépenses liées aux soins hospitaliers ont évolué de 16,4% respectivement de 12,4% en 2018. La hausse des dépenses de médecine préventive est majoritairement due à l'introduction au 1^{er} septembre 2018 du programme de vaccination contre le pneumocoque pour certaines personnes à risques et pour les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi qu'aux dépenses liées au programme de vaccination de certaines personnes à risque contre la grippe.

La VI^e partie du mémoire décrit l'évolution entre 2011 et 2018 de la participation statutaire et de la participation globale des assurés. En 2018, la participation statutaire totale atteint 96,7 millions d'euros, la participation hors frais hospitaliers atteint 87,1 millions d'euros et finalement la participation statutaire pour frais hospitaliers atteint 9,6 millions d'euros. Le taux de croissance annuel moyen de l'évolution de la participation statutaire est de 1,9% entre 2011 et 2018. La participation globale atteint 207,7 millions d'euros en 2018. 120,7 millions d'euros proviennent des dépassements de tarifs, des conventions personnelles et des actes non remboursés et 87,1 millions d'euros proviennent de la participation personnelle statutaire. Cette partie décrit également l'intégration du fichier relatif aux participations personnelles des assurés dans le BI de la CNS. Désormais, il est possible aux membres du département Finances d'accéder, à tout moment, et sans traitement manuel, au fichier nécessaire à l'établissement de l'analyse concernant la participation statutaire et globale.

Enfin, la dernière partie du mémoire se consacre à une vue, dite la plus exhaustive possible, de certains postes de dépenses. Elle y affiche une vue qui ajoute aux dépenses à charge de l'assurance maladie-maternité les dépenses qui restent à charge de la population protégée.

X. Bibliographie

Imprimés

- Précis du Code de la Sécurité sociale - 2017
- Décomptes de l'assurance maladie-maternité 2011 à 2018
- Budgets de l'assurance maladie-maternité 2011 à 2018
- Rapport sur la participation – notice explicative

Documents électroniques

- <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2010/12/17/n12/jo>
- <http://cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/depenses-sante/avance-frais/detail-remboursement.html>
- <http://cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/depenses-sante/avance-frais/convenances-personnelles.html>
- <http://www.csl.lu> – « Soins de santé transfrontaliers - Résumé du projet »

XI. Annexes

	Exercice prestation								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Prestations au Luxembourg	1.387,039	1.452,022	1.524,772	1.581,473	1.648,360	1.687,706	1.753,347	1.854,205	2.007,385
Honoraires médicaux	288.318	293.211	308.479	323.943	340.570	350.691	362.194	381.602	409.118
dont Honoraires médicaux	285.558	290.681	305.667	320.901	337.301	347.347	358.995	377.991	405.306
dont Honoraires médicaux maternité	2.760	2.530	2.811	3.043	3.269	3.345	3.199	3.612	3.812
Honoraires médico-dentaires (y compris cv. dentaires)	63.112	63.990	66.911	68.150	72.549	73.989	76.066	82.746	87.317
Frais de transport	8.511	8.855	8.658	8.762	8.990	9.189	9.164	10.090	10.872
dont Transport en commun	0.388	0.417	0.441	0.463	0.426	0.403	0.355	0.366	0.421
dont Transport en taxi	3.740	3.987	4.051	4.199	4.264	4.402	4.581	5.373	5.510
dont Transport en ambulance	3.325	3.361	3.160	3.239	3.436	3.416	3.303	3.410	3.849
dont Transport par air	1.058	1.090	1.005	0.961	0.865	0.968	0.925	0.941	1.092
Frais pharmac. extra-hosp.	162.023	175.004	184.890	188.861	193.793	203.787	209.822	217.884	229.986
dont Pharmacies ouvertes au public	162.023	164.719	171.970	171.916	168.798	170.536	174.040	174.705	180.483
dont Médicaments à dév. Hospit.		10.284	12.920	16.945	24.995	33.251	35.782	43.179	49.503
Autres professions de santé	84.016	82.028	89.950	96.366	106.643	110.929	119.615	132.707	148.561
dont soins infirmiers	37.191	36.203	37.920	39.309	42.415	43.121	45.038	49.780	55.000
dont soins de sages-femmes	0.291	0.360	0.384	0.462	0.560	0.581	0.563	0.807	0.916
dont soins de kinésithérapie	43.780	42.898	48.907	53.669	60.181	63.458	70.234	78.201	88.238
dont orthophonistes	1.319	1.348	1.399	1.554	1.779	1.244	2.301	2.353	2.652
dont psychomotriciens	1.304	1.064	1.167	1.164	1.286	1.381	1.250	1.249	1.435
dont diététiciens									
dont sages-femmes maternité	0.131	0.155	0.172	0.208	0.243	0.243	0.230	0.317	0.320
Dispositifs médicaux	36.208	36.001	37.503	40.131	42.080	44.369	45.266	46.808	50.238
dont Fichier B1, Fichier B5	12.501	13.376	14.189	15.050	16.390	16.960	17.833	17.382	19.218
dont Fichier B2	0.831	0.917	0.998	1.109	1.171	1.324	1.443	1.569	1.651
dont Fichier B3 Prothèses auditives	4.430	3.831	3.869	4.482	4.262	5.497	4.366	4.782	5.636
dont Orthèses, Proth., Epithèses	4.930	4.997	5.382	5.898	5.884	5.955	6.637	6.736	6.871
dont Podo-Orthèses	0.829	0.801	0.904	0.977	1.009	1.019	1.097	1.123	1.258
dont Aides visuelles	10.998	10.135	10.235	10.560	11.120	11.178	11.322	12.421	12.545
dont Produits sanguins	0.427								
dont Fichier B4	0.429	0.609	0.642	0.583	0.779	0.791	0.861	0.860	0.899
dont Fichier B7 Disp. Méd. Dél.hosp.		0.518	0.399	0.549	0.499	0.683	0.754	0.919	1.079
dont Produits diététiques maternité	0.834	0.816	0.885	0.934	0.974	0.951	0.953	1.015	1.080
Laboratoires	41.087	58.513	69.179	74.168	79.908	87.210	70.289	73.962	66.597
Cures	10.106	9.345	9.764	9.766	9.901	10.031	10.638	10.993	9.554
dont cures	9.407	8.132	8.320	8.365	8.565	8.601	8.810	9.039	9.067
dont cures de convalescence	0.700	1.213	1.444	1.401	1.336	1.430	1.828	1.954	0.487
Foyers de psychiatrie	4.061	4.378	4.859	5.182	5.280	5.564	6.010	6.561	7.507
Soins palliatifs								5.432	7.198
Médecine préventive et divers	5.644	6.136	4.625	5.891	6.176	6.316	6.359	6.430	7.487
dont Médecine préventive	5.384	5.575	4.023	5.217	5.418	5.469	5.427	5.470	6.476
dont Examen médical	0.712	0.688	0.718	0.733	0.746	0.811	0.801	0.822	0.853
dont Examen dentaire	0.256	0.264	0.285	0.289	0.312	0.307	0.312	0.331	0.344
dont Examen des ent.	0.677	0.686	0.668	1.967	2.167	2.225	2.228	2.309	2.408
dont Programmes sar	2.292	2.741	2.346	2.218	2.192	2.127	2.086	2.007	2.870
dont Programmes	1.446	1.196	0.006						
dont Plan santé									
dont Divers	0.260	0.560	0.603	0.674	0.759	0.847	0.932	0.960	1.011
Psychothérapie									
Prestations diverses									
Divers									
Indemnités funéraires	4.370	3.312	3.385	3.422	3.540	3.641	3.604	3.880	3.949
Sous-total extra-hospitalier	707.456	740.772	788.202	824.633	869.250	886.716	919.027	979.095	1.038.385
Sous-total Prestations hospitalières	679.583	711.250	736.570	756.840	779.110	801.990	834.320	875.110	969.000
dont FF à charge AM	543.309								
dont FV décomptés	136.274								
Prestations à l'étranger	319,402	333,953	349,595	357,041	367,853	383,883	391,963	414,537	437,451
dont Conventions internationales (+ PN Maternité)	311.272	325.378	340.476	347.558	358.220	372.962	379.814	400.137	421.651
dont Autres prest. transf. à l'étrg.	8.129	8.576	9.119	9.483	9.632	10.921	12.148	14.400	15.800
Total prestation en nature (1)	1.706,441	1.785,976	1.874,367	1.938,514	2.016,213	2.071,589	2.145,310	2.268,742	2.444,836
Sous-total Prestations hospitalières (svt Vanessa)	679.583	710.650	737.170	757.610	782.330	808.405	840.735	862.280	969.000
Total prestation en nature (1) (svt Vanessa)	1.706,441	1.785,376	1.874,967	1.939,284	2.019,433	2.078,004	2.151,725	2.255,912	2.444,836
Prestations au Luxembourg (svt Vanessa)	1.387,039	1.451,422	1.525,372	1.582,243	1.651,580	1.694,121	1.759,762	1.841,375	2.007,385

TABLE DES MATIÈRES

I.	Introduction	3
II.	Changements législatifs ayant un impact considérable sur le système de soins de santé et son financement	5
	Statut unique	5
	Loi réforme santé	5
	Budget nouvelle génération (« BNG »), gel de lettres-clés et autres mesures	6
	Nouvelle nomenclature – laboratoires d’analyses médicales et de biologie clinique .	7
	Réforme du congé pour raisons familiales et adaptations concernant le congé maternité post natal	8
	Contexte pluriannuel	8
III.	Situation financière de l’assurance maladie-maternité	9
IV.	Analyse de l’évolution des recettes de l’assurance maladie-maternité entre 2011 et 2018	11
	Evolution des recettes de l’assurance maladie-maternité 2011-2018	12
V.	Evolution des dépenses de l’assurance maladie-maternité entre 2011-2018.....	20
	Honoraires médicaux	22
	Honoraires médico-dentaires	25
	Frais pharmacies ouvertes au public.....	28
	Frais des autres professions de santé.....	30
	Frais des kinésithérapeutes.....	31
	Frais des infirmiers	34
	Frais des laboratoires	37
	Enveloppe budgétaire globale des hôpitaux	39
	Soins hospitaliers à charge de l’assurance maladie-maternité	40
	Soins de santé à l’étranger.....	42
	Frais conventions internationales	42
	Autres prestations étrangères	45
	Prestations espèces de maladie	46
	Prestations espèces de maternité	48

VI. Participation personnelle des assurés	50
Participation statutaire	50
Participation globale	51
Exhaustivité des données et limites au sein de la CNS	54
Recommandations méthodologiques et pratiques pour l'avenir	54
Intégration du rapport au sein du BI	55
VII. Total des dépenses : Somme des soins à charge de l'assurance maladie-maternité et des participations personnelles des assurés entre 2011-2018.....	58
VIII. Discussion	61
Objectifs du mémoire et données disponibles	61
IX. Conclusion.....	62
X. Bibliographie	66
Imprimés	66
Documents électroniques.....	66
XI. Annexes	67