

RAPPORT SUR LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

en vue de la réunion du comité quadripartite
en date du 8 novembre 2023



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale

Inspection générale de la sécurité sociale

TABLE DES MATIERES

RAPPORT SUR LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

		5
1	INTRODUCTION	5
2	LE CONTEXTE MACRO-ECONOMIQUE ET DEMOGRAPHIQUE DU LUXEMBOURG	6
	2.1 La situation économique du Luxembourg	6
	2.2 La situation démographique du Luxembourg.....	7
3	LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	9
	3.1 L'équilibre financier de l'assurance maladie-maternité.....	9
	3.2 La réserve de l'assurance maladie-maternité.....	11
	3.3 Examen des projections des recettes et des dépenses de l'assurance maladie-maternité à moyen terme.....	12
4	LES DEPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE	16
	4.1 Les frais d'administration	16
	4.1.1 Évolution des frais d'administration	16
	4.1.2 Focus sur le loyer et les charges relatives à la Cité de la Sécurité sociale	17
	4.1.3 Focus sur le personnel	18
	4.1.4 Focus sur la gestion du patrimoine de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics (CMFEP)	20
	4.2 Les dépenses pour soins de santé	21
	4.2.1 Les soins hospitaliers	23
	4.2.2 Les soins de médecine	30
	4.2.3 Les soins de médecine dentaire.....	31
	4.2.4 Les médicaments	32
	4.2.5 Les analyses de biologie médicale	34
	4.2.6 Les soins infirmiers.....	35
	4.2.7 Les soins de kinésithérapie	36
	4.2.8 Les autres soins de santé	37
	4.2.9 Les prestations à l'étranger	38
	4.3 Les dépenses pour prestations en espèces	40
	4.3.1 L'évolution des prestations en espèces en cas de maladie, prises en charge par la CNS	40
	4.3.2 L'évolution des prestations en espèces de maternité	41
	4.3.3 L'évolution des prestations du congé pour raisons familiales.....	43
	4.4 Les autres dépenses	44
5	CONCLUSIONS	47
6	ANNEXES	49
	ANNEXE 1 : L'impact financier des mesures décidées par le Gouvernement dans le cadre de la pandémie COVID-19 sur le budget de l'assurance maladie-maternité	49
	ANNEXE 2 : Suivi de l'EBG.....	51

RAPPORT SUR LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

1 INTRODUCTION

En exécution de l'article 80 du Code de la sécurité sociale (CSS), le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale convoque annuellement un comité quadripartite qui réunit les ministres ayant dans leurs attributions la sécurité sociale, la santé et les finances, les représentants des organisations professionnelles les plus représentatives des salariés et des employeurs, ainsi que ceux des groupements professionnels signataires des conventions visées à l'article 61, alinéa 2, sous 1), 2), 4) et 8) et à l'article 75 du CSS.

Sur base du présent rapport établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) en exécution du second alinéa de l'article 80 du CSS, le comité quadripartite examine l'évolution des recettes et des dépenses en matière de santé et propose des mesures à prendre sur le plan légal, réglementaire, conventionnel ou statutaire en matière d'assurance maladie-maternité ainsi que toutes autres mesures destinées à améliorer l'efficacité du système de santé en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des techniques médicales et des ressources dont dispose le pays.

Si la croissance des dépenses entraîne un relèvement important du taux de cotisation, le comité quadripartite doit se concerter pour proposer des économies à réaliser au niveau des prestataires de soins et une augmentation des participations des assurés. Par ailleurs, si l'évolution du volume des actes et services des médecins et médecins-dentistes diffère considérablement des besoins réels de la population protégée et des exigences d'une médecine de qualité, le comité quadripartite recommande l'introduction des mécanismes régulateurs prévus à l'article 67 du CSS.

Le présent rapport décrit d'abord le contexte économique et démographique du Luxembourg au cours des dernières années. Ensuite, il présente l'évolution financière de l'assurance maladie-maternité des dernières années et propose des projections pour les exercices 2023 et 2024. Ces projections reposent en principe sur les estimations établies par la Caisse nationale de santé (CNS) en octobre 2023. Finalement, ce rapport analyse en détail l'évolution des dépenses des différents types de soins, des prestations en espèces, des frais d'administration, et des autres dépenses y compris les frais de gestion du patrimoine.

2 LE CONTEXTE MACRO-ECONOMIQUE ET DEMOGRAPHIQUE DU LUXEMBOURG

2.1 LA SITUATION ECONOMIQUE DU LUXEMBOURG

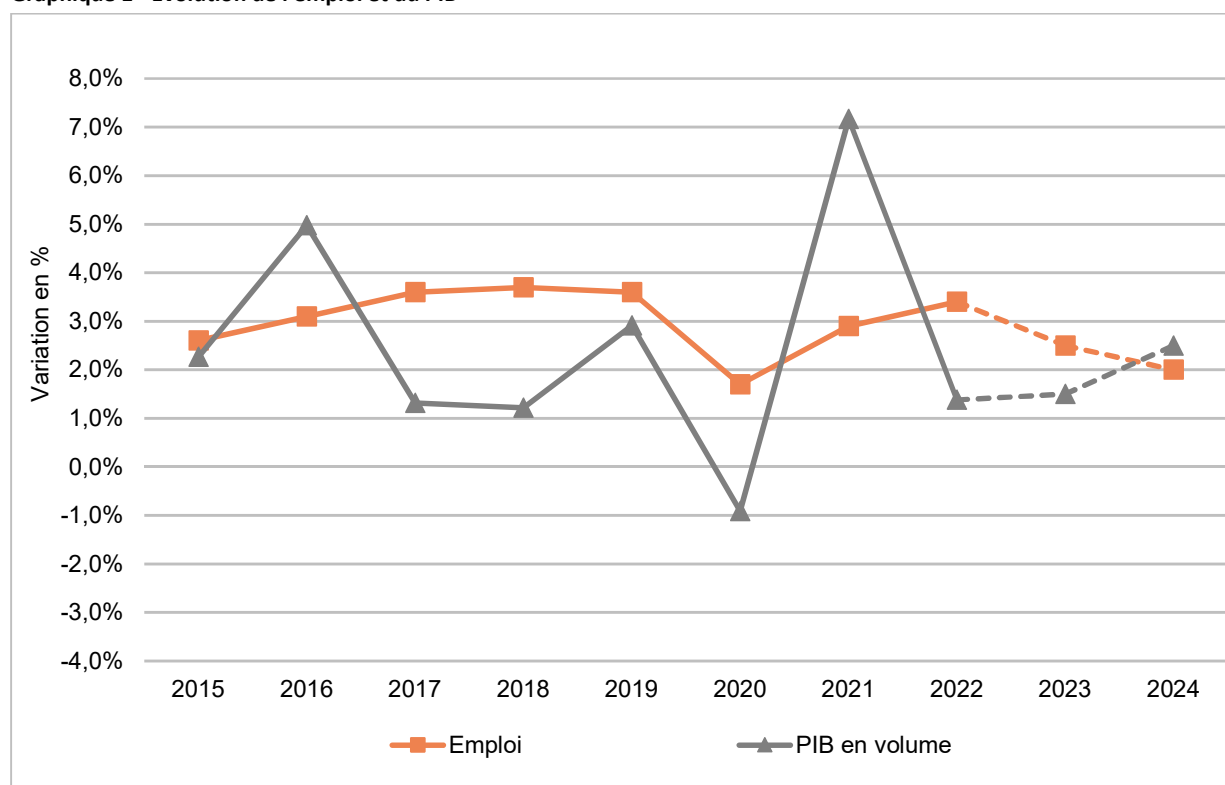
Après des croissances annuelles variant entre 1,2% et 5,0% sur la période allant de 2015 à 2019, le produit intérieur brut (PIB) luxembourgeois enregistre, sous l'effet des mesures de confinement liées à la pandémie de la COVID-19, un recul de 0,9% en 2020. En 2021, dans un contexte de forte reprise économique, le PIB augmente de 7,2%. L'année 2022 se caractérise par une poussée inflationniste aboutissant à une hausse importante des prix de l'énergie et des prix à la consommation. La croissance économique ralentit et le PIB n'évolue que de 1,4%.

Selon les prévisions de l'Institut national de la statistique et des études économiques (STATEC), ce ralentissement se poursuivra en 2023. Ainsi, l'évolution du PIB est estimée à 1,5% en 2023 et à 2,5% en 2024¹.

En ce qui concerne l'emploi, le STATEC estime que ce dernier évoluera de 2,5% en 2023, soit plus modestement qu'en 2022 (+3,4%). En 2024, il ralentira davantage et sa progression se situera alors à 2,0%.

Le graphique suivant illustre l'évolution de l'emploi et du PIB.

Graphique 1 - Évolution de l'emploi et du PIB



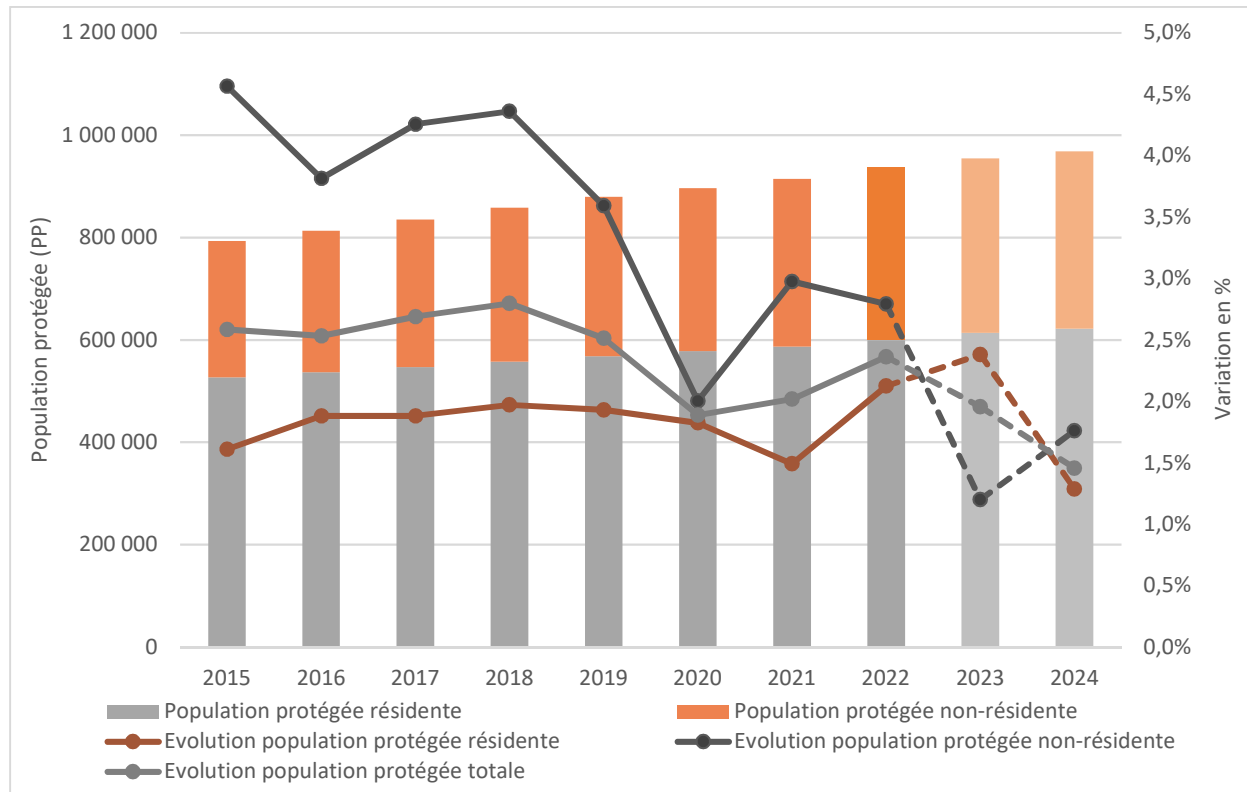
Source: STATEC (estimations septembre 2023)

¹ Scénario macro-économique transmis en septembre 2023 au Comité économique et financier national, dans le cadre de l'élaboration du projet de plan budgétaire 2024 et de la note au Formateur dudit comité.

2.2 LA SITUATION DEMOGRAPHIQUE DU LUXEMBOURG

Le développement de l'économie luxembourgeoise impacte l'évolution de la population protégée. Cette évolution, ventilée selon la résidence de la population protégée, est présentée dans le graphique suivant.

Graphique 2 - Évolution de la population protégée du Luxembourg (moyenne annuelle)



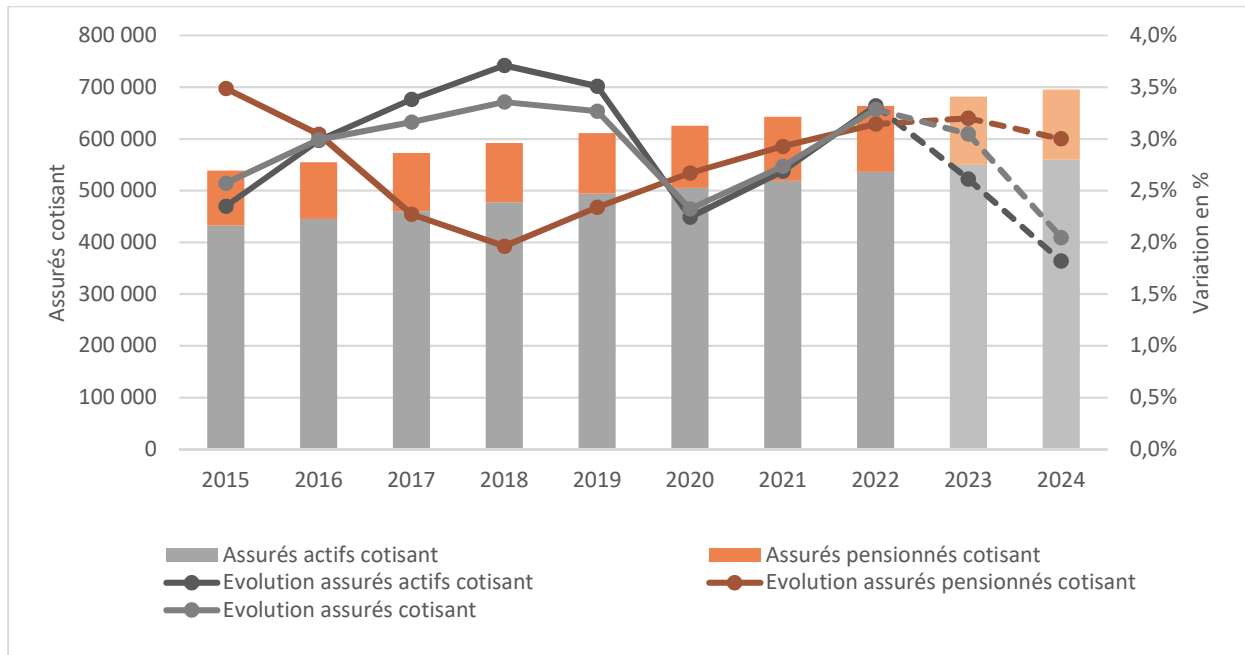
Source : IGSS (estimations septembre 2023)

En 2022, la population protégée résidente augmente de 2,1% et la population protégée non-résidente augmente de 2,8%. Il en résulte une croissance de 2,4% de la population protégée totale. L'évolution de la population protégée non-résidente est de nouveau supérieure à celle de la population protégée résidente.

Selon les projections démographiques de l'IGSS, la population protégée totale de 2023 s'élèvera à environ 955 000 personnes et celle de 2024 à environ 968 000 personnes. Elle évoluera donc de 2,0% en 2023 et de 1,5% en 2024.

Le graphique qui suit représente l'évolution du nombre des assurés cotisant pour les soins de santé.

Graphique 3 - Évolution du nombre des assurés cotisant pour les soins de santé (moyenne annuelle)



Source : IGSS (estimations septembre 2023)

Le nombre des assurés actifs qui cotisent pour les soins de santé affiche un taux de croissance annuel moyen de 3,1% sur la période allant de 2015 à 2022. Les prévisions établies en septembre 2023 estiment leur nombre à environ 550 000 assurés actifs pour 2023 et à environ 560 000 assurés pour 2024. Leur nombre affichera donc une croissance de 2,6% pour 2023 et une évolution de 1,8% pour 2024.

Le nombre des assurés pensionnés qui cotisent pour les soins de santé se situe à environ 128 000 assurés en 2022. Leur chiffre évoluera de 3,2% en 2023 et de 3,0% en 2024 pour atteindre environ 132 000 assurés en 2023 et 136 000 en 2024.

3 LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

Cette partie du rapport donne un aperçu global sur la situation financière de l'assurance maladie-maternité à partir de 2021. L'analyse détaillée des dépenses de l'assurance maladie-maternité sera présentée dans la partie 4 de ce rapport.

3.1 L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

Le tableau ci-après retrace l'évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité à partir de 2021 et présente des estimations actualisées pour l'année en cours ainsi que pour l'exercice budgétaire 2024.

Tableau 1 - Équilibre financier de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)

Exercice	Décomptes		Estimations actualisées ^{a)}	
	2021	2022	2023	2024
Nombre indiciaire du coût de la vie (moyenne annuelle)	839,98	871,66	921,63	952,30
Recettes				
Cotisations	2 111,0	2 285,0	2 523,9	2 682,1
Cotisations forfaitaires État	1 407,3	1 523,4	1 682,6	1 788,1
Autres contributions de l'État ^{b)c)}	20,3	57,9	20,3	0,3
Autres recettes	37,7	44,0	57,7	69,4
TOTAL DES RECETTES COURANTES	3 576,3	3 910,3	4 284,6	4 539,8
Variation annuelle en %	-5,0%	9,3%	9,6%	6,0%
Dépenses				
Frais d'administration	96,6	102,5	128,4	133,3
Prestations en espèces ^{d)}	546,6	574,1	574,8	607,8
Prestations en nature	2 969,5	3 243,4	3 531,1	3 820,5
Autres dépenses	19,2	31,9	25,4	30,0
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	3 632,0	3 951,9	4 259,7	4 591,6
Variation annuelle en %	-3,8%	8,8%	7,8%	7,8%
Solde des opérations courantes	-55,7	-41,6	24,9	-51,9
Réserve globale	903,2	861,6	886,5	834,6
Réserve minimale	363,2	395,2	426,0	459,2
Taux réserve globale / dépenses courantes	24,9%	21,8%	20,8%	18,2%
Taux réserve minimum / dépenses courantes	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%
Résultat de l'exercice	-41,2	-73,6	-5,9	-85,1
Excédent / découvert cumulé (après opérations sur réserve)	540,0	466,4	460,5	375,5
Taux de cotisation unique pour prestations en nature	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%
Majoration pour assurés couverts par une prestation en espèces	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%
Taux d'équilibre de l'exercice	5,67%	5,71%	5,61%	5,71%

a) Source : estimations CNS (octobre 2023).

b) Y compris une dotation de 20 millions EUR : l'article 14 de la loi du 27 décembre 2010 prévoit le paiement par l'État d'une dotation annuelle de 20 millions EUR pour compenser les charges supplémentaires incombant à la CNS, du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général. Cette disposition est prolongée par le projet de loi relatif au budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2022 jusqu'au 31 décembre 2023 (art. 35).

c) En 2022, un versement d'une dotation de 37,5 millions EUR de l'État à la CNS dans le cadre des mesures prises dans le contexte de la lutte contre le virus COVID-19. Ce montant correspond à la dette de l'État envers la CNS cumulée sur les exercices 2020, 2021 et 2022.

d) Y compris la part patronale des cotisations pour les prestations en espèces.

L'assurance maladie-maternité présente en 2022 un solde des opérations courantes, voire un résultat avant opérations sur réserves négatif de -41,6 millions EUR. Après opérations sur réserves, le résultat de l'exercice 2022 se situe à -73,6 millions EUR.

L'évolution projetée des dépenses courantes est de 7,8% en 2023 et en 2024. L'évolution projetée des recettes courantes est de 9,6% en 2023 et de 6,0% en 2024. Comme les recettes courantes dépasseront selon les estimations les dépenses courantes en 2023, un solde des opérations courantes positif de l'ordre de 24,9 millions EUR est à prévoir. En 2024, le solde des opérations courantes sera de nouveau négatif en s'élevant à -51,9 millions EUR.

Les recettes courantes augmentent en 2022 de 9,3%. L'évolution des recettes est influencée par le versement d'une dotation de 37,5 millions EUR par l'État à la CNS dans le cadre des mesures prises dans le contexte de la lutte contre le virus COVID-19². Ce montant correspond à la dette de l'État envers la CNS cumulée sur les exercices 2020, 2021 et 2022³. L'évolution des recettes est aussi marquée par une évolution positive de l'économie luxembourgeoise avec une croissance de l'emploi plus importante que les années précédentes (+3,4% en 2022, par rapport à +2,9% en 2021) se traduisant ainsi par une hausse des cotisations payées par les assurés et employeurs de 8,2%. L'évolution des cotisations est également influencée par l'augmentation de l'échelle mobile des salaires de 3,8%.

Les autres recettes regroupent les transferts de cotisations du régime de pension contributif d'assurance pension au régime de pension statutaire de l'assurance maladie-maternité, le montant des pensions cédées, le recours contre tiers responsables, les abattements des pharmacies, la participation de l'assurance dépendance et de l'assurance accident aux frais d'administration de l'assurance maladie-maternité, etc.

Les autres recettes augmentent de 16,8% en 2022, ce qui s'explique notamment par une forte croissance du poste « Recours contre tiers responsable », la régularisation de la part d'un fournisseur pour un trop facturé et le remboursement par deux sociétés pharmaceutiques⁴.

L'évolution des dépenses courantes en 2022 se situe à 8,8% et s'explique par une hausse de 9,2% des dépenses pour prestations en nature (dépenses pour soins de santé) et une augmentation de 4,6% des dépenses pour prestations en espèces.

La hausse des dépenses pour soins de santé de 2022 s'explique notamment par l'évolution des dépenses pour soins hospitaliers, soins de médecine dentaire, médicaments, autres professionnels de santé (kinésithérapeutes et infirmiers par exemple) et prestations à l'étranger.

Les frais d'administration s'élèvent à 102,5 millions EUR en 2022, ce qui correspond à une augmentation de 6,1% par rapport à 2021.

En 2022, le montant relatif aux autres dépenses s'élève à 31,9 millions EUR, ce qui correspond à une hausse de 66,0% par rapport à 2021.

En 2023, les recettes courantes augmenteront de 9,6%, ce qui s'explique essentiellement par une augmentation de la croissance des cotisations des assurés et des employeurs de 10,5% (8,2% en 2022). L'évolution de l'échelle mobile des salaires de 5,7% est à l'origine de cette évolution. S'y ajoute une forte croissance des recettes sur placements financiers provenant de l'augmentation continue des taux d'intérêts.

L'évolution des dépenses courantes en 2023 est estimée à 7,8% et s'explique par une hausse des dépenses pour soins de santé de 8,9% et des dépenses pour prestations en espèces de 0,1%.

² Loi spéciale du 15 décembre 2020 autorisant la participation de l'État au financement des mesures prises en charge par l'assurance maladie-maternité dans le cadre de la crise sanitaire due à la pandémie Covid-19 et modifiant la loi modifiée du 20 décembre 2019 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2020.

³ Imputation sur l'exercice 2020 d'une recette de 386 millions EUR correspondant au remboursement par l'État lié à des dépenses concernant l'exercice 2020 dans le cadre des mesures prises dans le contexte de la lutte contre le virus COVID-19. Le versement des 386 millions EUR se répartit sur les exercices 2020 à 2023, à raison de 200 millions EUR en 2020 et de 62 millions EUR par an entre 2021 et 2023. À noter que ces montants sont partiellement basés sur des estimations.

⁴ Régularisation suite à une omission de signaler la baisse de prix au ministère de la santé d'un certain médicament et à une enquête formelle de la Commission européenne sur les pratiques tarifaires concernant des médicaments contenant certains principes actifs.

L'évolution des dépenses pour soins de santé de 2023 est due à une augmentation des dépenses pour soins hospitaliers, soins de médecine et de médecine dentaire, médicaments, autres professionnels de santé (kinésithérapeutes par exemple) et autres soins de santé (psychothérapie par exemple).

L'évolution des frais d'administration de 2023 est estimée à 25,2%, en particulier les frais de personnel évolueront de 14,6%. Les autres dépenses diminueront de 20,4% en 2023.

En 2024, les recettes courantes évolueront de 6,0% et les dépenses courantes de 7,8% ce qui s'explique entre autres par une augmentation de 6,3% des cotisations payées par les assurés et les employeurs. L'augmentation des taux d'intérêts continuera d'influencer positivement l'évolution des recettes sur placements financiers ce qui impactera l'évolution des autres recettes (+19,4%).

L'augmentation des dépenses courantes de 2024 de 7,8% s'explique par une augmentation des dépenses pour soins de santé de 8,2% et des dépenses pour prestations en espèces de 5,6%.

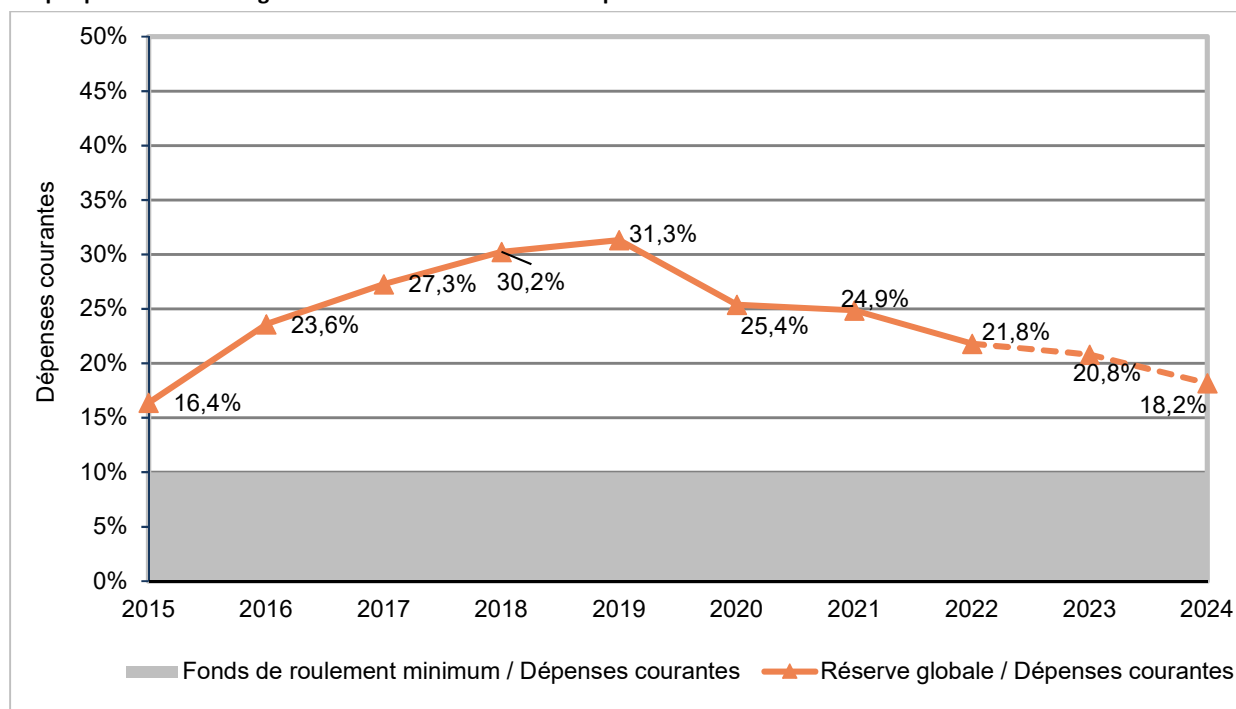
Les frais d'administration évolueront en 2024 de 3,8% et les autres dépenses de 18,2%.

3.2 LA RÉSERVE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

Pour l'année 2022, la réserve globale s'élève à 861,6 millions EUR et représente 21,8% des dépenses courantes. En 2023, elle se situera à 886,5 millions EUR, ce qui correspond à une hausse de 2,9% par rapport à 2022. Le rapport entre la réserve globale et les dépenses courantes s'élèvera prévisiblement à 20,8%. Le niveau de la réserve globale diminuera de nouveau en 2024 et se situera à 834,6 millions EUR, soit une baisse de 5,8% par rapport à 2023. Le rapport entre la réserve globale et les dépenses courantes passera à 18,2% en 2024.

L'évolution du rapport entre la réserve globale et les dépenses courantes est illustrée dans le graphique suivant.

Graphique 4 - La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes



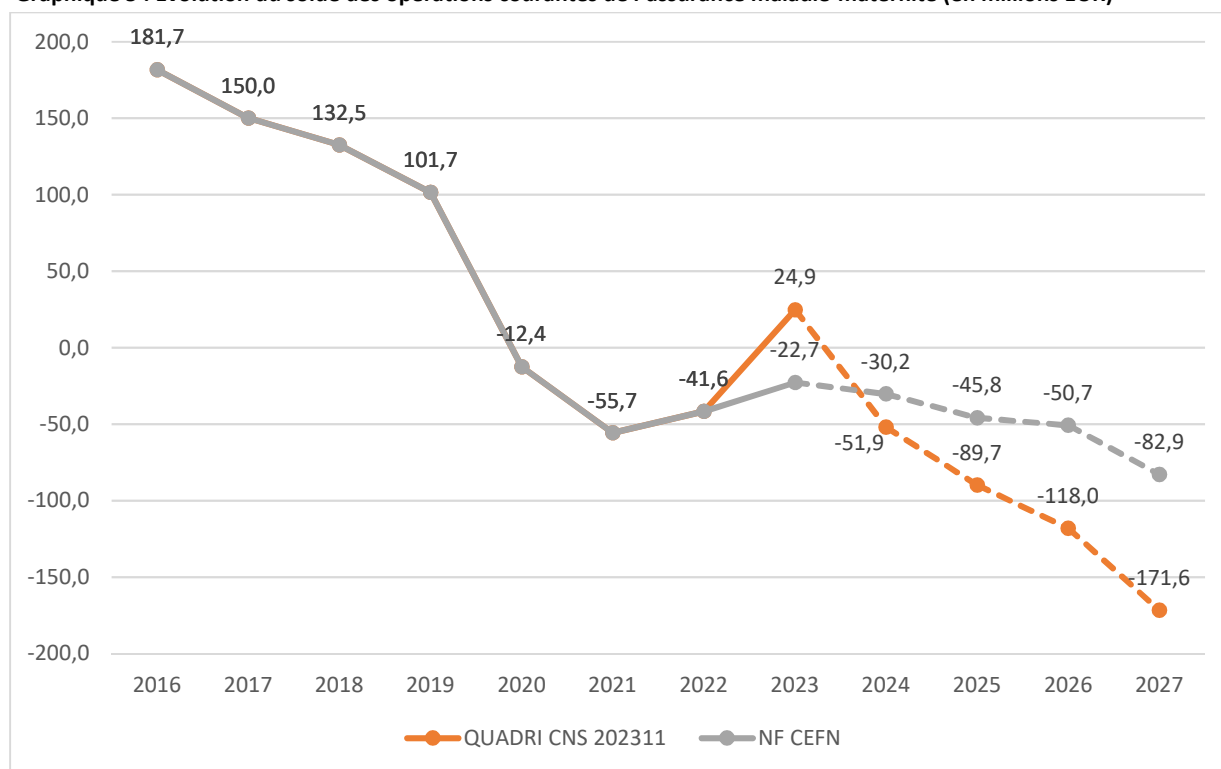
Source : CNS, estimations CNS (octobre 2023).

3.3 EXAMEN DES PROJECTIONS DES RECETTES ET DES DEPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE A MOYEN TERME

L'examen en question se fait sur base des projections transmises par l'IGSS à l'Inspection générale des finances (IGF), afin d'élaborer la trajectoire à moyen terme des finances publiques, reprise dans la note au Formateur préparée par le Comité économique et financier national (CEFN). Le volet recettes de ces projections s'appuie sur les propositions budgétaires transmises par l'IGSS à l'IGF au printemps et actualisées en automne, ainsi que sur les paramètres communiqués par l'IGSS dans sa circulaire du 12 septembre 2023. Le volet dépenses repose principalement sur les dernières projections de la CNS disponibles au moment de la transmission à l'IGF, à savoir les trajectoires présentées lors de la réunion du comité quadripartite du 7 juin 2023.

D'une façon générale, les éventuels écarts entre les chiffres retenus par le CEFN et les projections actualisées par la CNS dans le cadre de la préparation de la réunion du comité quadripartite seront commentés dans les paragraphes qui suivent.

Graphique 5 : Évolution du solde des opérations courantes de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)



Source : CNS, IGSS (estimations octobre 2023)

Solde des opérations courantes en 2023

La différence de solde entre la trajectoire retenue par le CEFN et les chiffres basés sur les travaux préparatoires de la réunion du comité quadripartite s'expliquent notamment comme suit :

- adaptation à la hausse des recettes de cotisations des assurés pensionnés (9 millions EUR) ;
- révision à la baisse des dépenses de certaines prestations de soins en nature (28 millions EUR), notamment suite à un retard dans l'application de la revalorisation des lettres-clé des médecins et des médecins-dentistes ;
- révision à la baisse des dépenses de certaines prestations de soins en espèces (11 millions EUR).

Évolution du solde des opérations courantes sur la période 2024-2027

Selon les projections sous examen, l'assurance maladie-maternité devrait afficher un solde des opérations courantes déficitaire de 51,9 millions EUR en 2024, puis un solde des opérations courantes déficitaire annuel moyen de 126,4 millions EUR sur l'intervalle 2025-2027.

Par rapport à la trajectoire retenue par le CEFN, le solde actualisé est inférieur de 21,6 millions EUR en 2024 et de 66,7 millions EUR par an en moyenne sur l'intervalle 2025-2027.

Évolution des recettes

La trajectoire des recettes de cotisations de l'assurance maladie-maternité (dont les cotisations forfaitaires de l'État), qui représentent la quasi-totalité des recettes, est conforme aux paramètres communiqués par l'IGSS dans sa circulaire du 12 septembre 2023.

Les recettes en question sont néanmoins légèrement supérieures à celles retenues par le CEFN. L'écart annuel moyen sur la période allant de 2024 à 2027 est de 11,4 millions EUR et résulte principalement d'une révision à la hausse, par la CNS, des produits financiers visant à intégrer l'évolution récente des taux d'intérêt.

Évolution des dépenses

En dehors des paramètres relatifs à l'évolution de l'échelle mobile des salaires ainsi qu'à l'adaptation des pensions et du salaire social minimum à l'évolution des salaires, la circulaire de l'IGSS du 12 septembre 2023 ne comporte pas de paramètres relatifs aux dépenses de la CNS.

Sur la période allant de 2024 à 2027, les dépenses courantes actualisées par la CNS dans le cadre de la réunion du comité quadripartite sont supérieures, de 66,8 millions EUR par an en moyenne, à celles retenues par le CEFN. Cet écart résulte essentiellement des dépenses pour prestations en nature dont le niveau est rehaussé de 56,2 millions EUR par an en moyenne.

Parmi les différentes catégories de dépenses qui composent l'ensemble des prestations en nature, certaines ont été revues à la baisse (la principale étant celle des psychothérapies dont le niveau a été diminué de 21 millions EUR par an en moyenne) et d'autres à la hausse (la principale étant celle des soins médicaux dont le niveau a été augmenté de 52,2 millions EUR par an en moyenne).

Alors que la diminution des dépenses pour psychothérapies s'explique par une adaptation, sur base des données disponibles, du volume d'actes opposables à la CNS, la hausse des dépenses de soins de médecine résulte de plusieurs facteurs, dont par exemple :

- un « effet niveau » qui découle de l'application des taux de progression pour les années 2024 à 2027, retenus lors de l'exercice de projection précédent, sur un niveau de dépense rehaussé pour l'année 2023 (sur base des données observées à l'issue du premier semestre de l'année en question) ;
- une adaptation vers le haut de l'hypothèse d'évolution de la dépense moyenne par patient (au nombre indice 100 et hors adaptation de la lettre clé) pour les années 2024 à 2027 (+1,5% par an en moyenne, contre +1,0% auparavant), qui répercute en partie la révision à la hausse opérée pour l'année 2023 ;
- une adaptation vers le haut de l'hypothèse d'évolution du nombre de bénéficiaires pour les années 2024 à 2027 (+2,8% par an en moyenne, contre +2,3% auparavant), qui répercute également une partie de la révision à la hausse opérée pour les années 2022 et 2023. Pourtant cette adaptation résulterait dans une hausse de la part de la population protégée supposée bénéficier de soins de médecine, de l'ordre de 4% par an en moyenne pour les années 2024 à 2027.

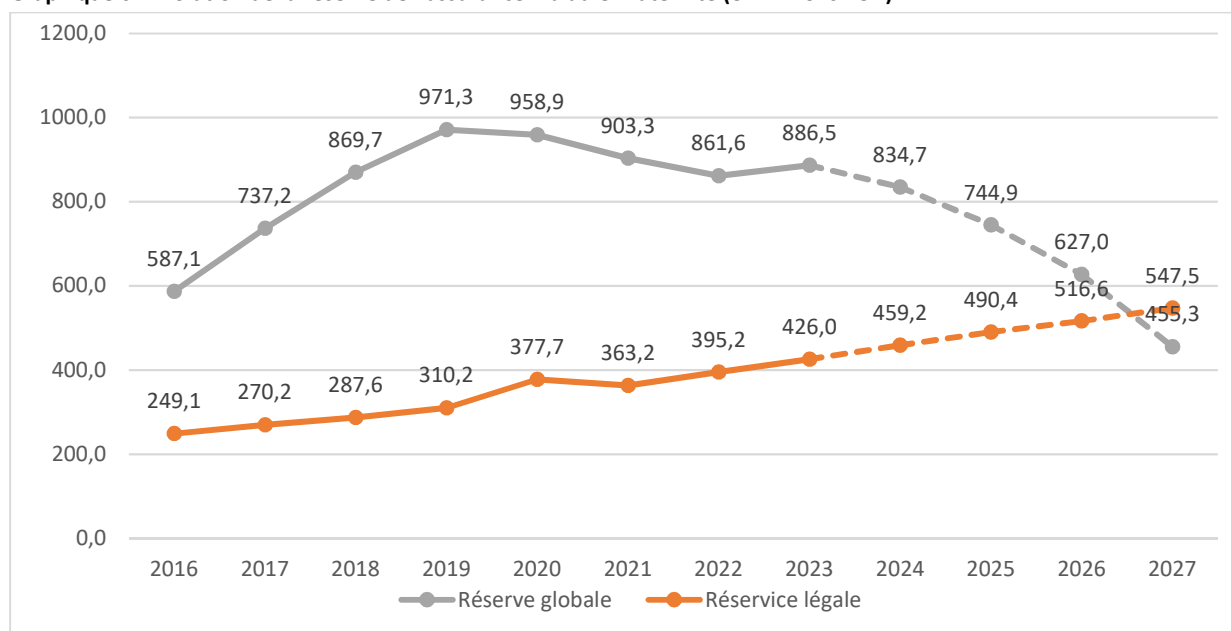
Il faut suivre de plus près, à posteriori, l'évolution projetée et l'évolution observée en vue d'apprécier les choix retenus afin d'assurer la concordance entre les évolutions projetées notamment au niveau de la consommation des soins de santé au Luxembourg et à l'étranger.

Aussi, tout en notant que ces adaptations des hypothèses à courte échéance ne sont pas de nature à remettre en cause le réalisme de la trajectoire actualisée des dépenses pour prestations en nature, l'IGSS renvoie au rappel formulé dans son avis sur le budget annuel global de l'assurance maladie-maternité pour l'exercice 2023, selon lequel une approche qui surpondère la dynamique de l'année courante dans une trajectoire de moyen terme est susceptible d'engendrer de fortes fluctuations d'un exercice de projection à l'autre et, par conséquent, de contribuer à perturber la lecture de la soutenabilité du régime.

Évolution de la réserve sur la période 2024-2027

Selon le budget de l'assurance maladie-maternité, la réserve devrait afficher un profil décroissant sur tout l'horizon de projection pour passer sous son seuil légal⁵ en 2027 (graphique 6), le rapport entre la réserve constituée et le montant annuel des dépenses courantes passant de 18,2% à 8,3%.

Graphique 6 : Évolution de la réserve de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)

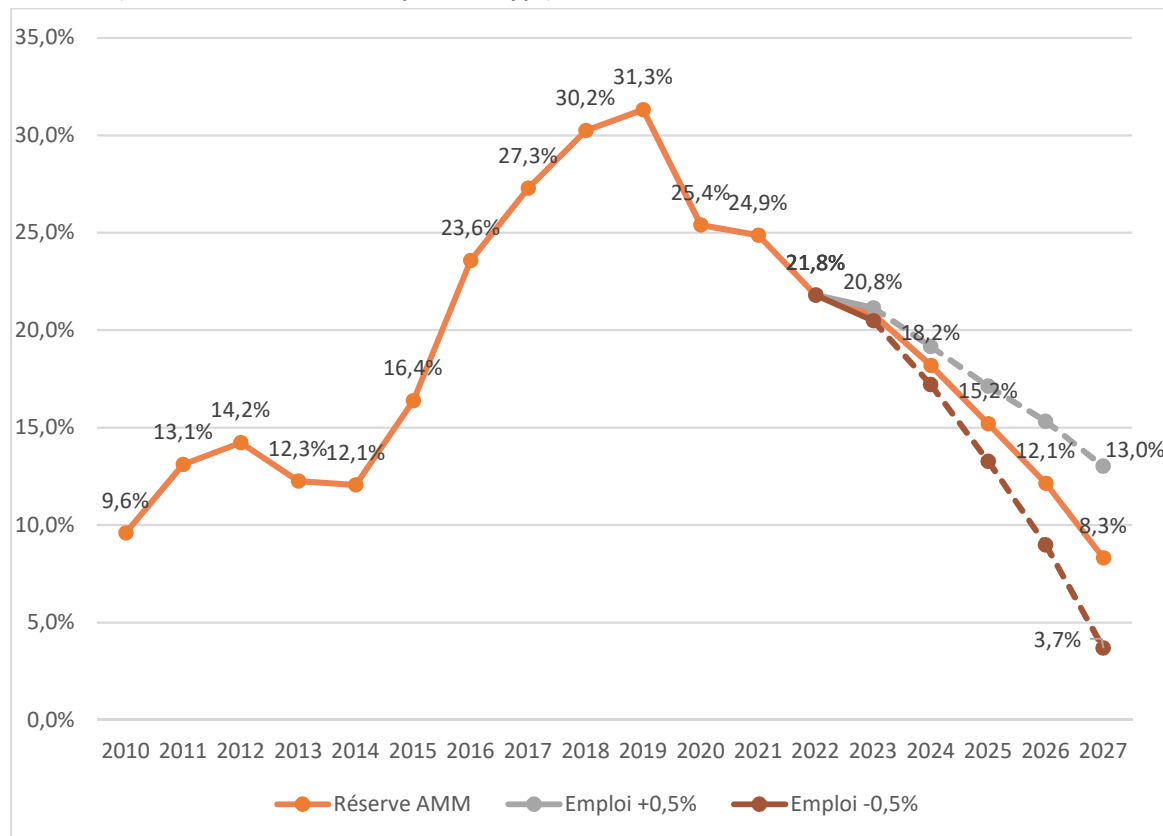


Source : IGSS (estimations octobre 2023)

Une analyse de sensibilité réalisée par l'IGSS révèle en outre que si la croissance de l'emploi était chaque année supérieure respectivement inférieure de 0,5 ppc à celle retenue par le STATEC (+2,3% par an entre 2022 et 2027), la réserve de l'assurance maladie-maternité atteindrait alors 13,0%, respectivement 3,7% en 2027 (graphique 7).

⁵ 10% du montant annuel des dépenses (Art. 28 CSS).

Graphique 7 : Évolution de la réserve l'assurance maladie-maternité (en % des dépenses courantes) – Analyse de sensibilité (Croissance annuelle de l'emploi +/-0,5 ppc)



Source : IGSS (estimations octobre 2023)

4 LES DEPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE

Cette partie du rapport présente d'abord une analyse détaillée de l'évolution des frais d'administration, pour se focaliser ensuite sur l'évolution des dépenses pour soins de santé et pour prestations en espèces et terminer avec une étude sur l'évolution des autres dépenses.

4.1 LES FRAIS D'ADMINISTRATION

4.1.1 Évolution des frais d'administration

Les évolutions dans les frais d'administration de l'assurance maladie-maternité trouvent leur origine essentiellement dans les frais de personnel, dans la participation de la CNS aux frais communs du Centre commun de la sécurité sociale (CCSS) telle que prévue par l'article 30 du règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale, ainsi que dans les dépenses experts et d'études.

En ce qui concerne la croissance des frais de personnel, l'évolution est conditionnée par l'échelle mobile des salaires (EMS), le glissement des carrières, la prise en charge par les institutions de sécurité sociale des dépenses de pension relatives à leurs agents, ainsi que dans le remplacement des départs par des agents à qualification plus élevée. S'y ajoutent, le cas échéant, les effets échelonnés dans le temps suite aux adaptations des cadres du personnel des institutions.

La croissance de la participation de la CNS aux frais communs du CCSS s'explique essentiellement par l'évolution des frais de personnel du CCSS, ainsi que par les frais informatiques en progression constante.

En 2022, les frais d'administration s'élèvent à 102,5 millions EUR, ce qui correspond à une augmentation de 6,1% par rapport à 2021. Cette évolution est essentiellement impactée par une hausse des frais de personnel de 7,0%, dont 3,8% proviennent de l'évolution de l'EMS. Les dépenses experts et études diminuent de 4,0%, alors que la participation de la CNS aux frais communs du CCSS augmente de 6,1%.

En 2023, les frais d'administration se chiffrent à 128,4 millions EUR, ce qui correspond à une croissance de 25,2%. Les frais de personnel évolueront prévisiblement de 14,6%. Ces chiffres reflètent aussi l'augmentation du personnel suite à l'ajustement du cadre de la CNS en 2021⁶. Les frais d'exploitation bâtiments évoluent de 78,8% par rapport à 2022, ce qui s'explique en partie par les dépenses liées au site de la Cité de la sécurité sociale. S'y ajoute la hausse des prix de l'énergie. Les dépenses pour loyer et charges locatives augmentent de 214,4% suite au déménagement. L'augmentation des frais communs de 34,6% pour le CCSS s'explique en partie aussi par le déménagement du CCSS vers la Cité de la sécurité sociale. A préciser que le montant de 2023 augmente en raison d'une dépense unique de 6,7 millions EUR par le CCSS pour le mobilier de bureau et pour des équipements spéciaux. En 2023, l'évolution des dépenses experts et études qui se situe à 45,5% est due entre autres au renforcement temporaire de l'accueil téléphonique, à la définition et mise en œuvre d'une stratégie omnicanale, au support par des consultants externes pour le déploiement du processus de gestion des portfolios et au support à l'activité Business Process Management (BPM).

Le budget des frais d'administration pour 2024 est de 133,3 millions EUR et évolue de 3,8% par rapport au montant prévisionnel pour 2023.

En 2024, ces frais se composent essentiellement des frais de personnel pour un montant de 83,7 millions EUR (+6,3% par rapport au prévisionnel 2023), une participation aux frais communs pour le CCSS de 25,1 millions EUR (-3,3%) et de charges locatives de 8,2 millions EUR (-2,9%). En particulier, le conseil d'administration de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics (CMFEP) a prévu dans

⁶ Règlement grand-ducal du 20 août 2021 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 24 août 2016 concernant le statut du personnel de la Caisse nationale de santé, de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux.

son budget des frais de location pour reloger temporairement une partie du personnel de la CMFEP étant donné l'état insalubre du bâtiment administratif de la CMFEP.

Spécifiquement, en ce qui concerne les frais limitatifs pour l'exercice 2024 au sens du règlement grand-ducal modifié du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale, le budget pour l'exercice 2024 s'élève à 16,0 millions EUR et affiche une hausse de 6,9% par rapport au prévisionnel de 2023, contre une baisse de 3,9% par rapport au montant arrêté pour 2023.

Suite au retard pris par les projets de digitalisation, les frais d'affranchissement persistent, tandis que les prévisions y relatives pour 2024 lors du budget 2023 prévoyaient une baisse. En raison de la hausse des prix de l'énergie, les frais d'exploitation des bâtiments augmentent de 18,8% par rapport au prévisionnel de 2023. Les dépenses experts et études de 2024 augmentent de 9,2% par rapport au prévisionnel 2023, mais diminuent de 8,2% par rapport au montant arrêté.

Une augmentation de 0,2 million EUR résulte principalement de la consultance de la CNS dans la cadre de l'accueil pour augmenter le taux de décrochage téléphonique et pour réduire le temps moyen de réponse aux e-mails de la CNS.

De même, la CNS continue à travailler sur l'élaboration d'une gestion de la relation clients, la mise en œuvre du programme des affections de longue durée ainsi que la définition et mise en œuvre d'une stratégie omnicanale. Le budget prévisionnel total de la CNS pour l'assistance pour la mise en place d'un système de gestion des règles métiers se chiffrera à environ 2,0 millions EUR jusqu'à fin 2023. Un budget de 0,6 million EUR est prévu par la CNS en 2024 pour l'extension du système de gestion des règles métiers entre autres sur le secteur hospitalier, les sages-femmes et les infirmiers.

La norme budgétaire telle qu'elle résulte de la circulaire du Ministère des Finances dispose que « *les autres frais de fonctionnement ne peuvent progresser que dans la limite de l'évolution de l'indice des prix à la consommation* ». La variation annuelle des dépenses pour 2024 ne doit ainsi pas dépasser de 2,9% les montants arrêtés pour 2023. Comme les frais limitatifs de l'assurance maladie-maternité pour 2024 diminuent de 3,9% par rapport au montant arrêté 2023, cette norme budgétaire est respectée.

4.1.2 Focus sur le loyer et les charges relatives à la Cité de la Sécurité sociale

Le loyer à payer par la CNS au Fonds de compensation (FDC), ainsi que les modalités concernant les charges locatives sont réglés au contrat cadre relatif à la mise à disposition de surfaces locatives d'un immeuble administratif en futur état d'achèvement « Cité de la Sécurité sociale (Lot 1, Phase 1) » signé le 4 mars 2019, respectivement au contrat de bail signé le 8 décembre 2022.

L'article 6 du contrat cadre cité ci-avant stipule dans son alinéa 1^{er} que « *le loyer est fixé en fonction du capital investi et correspond au jour de la signature de la présente à l'enveloppe financière de l'APD, autorisée par le conseil d'administration du FDC en date du 19 octobre 2017 (indice des prix de la construction 775,93 du mois d'avril 2017)* ». L'article XIII du contrat de bail cité ci-avant stipule dans son alinéa 5 que « *le loyer ainsi convenu sera révisable sur demande écrite préalable de la partie bailleuse, tous les deux ans en fonction de la différence du changement général de l'indice semestriel de la construction (indicateur rapide STATEC A2). Le nouvel indice est celui d'avril de l'année précédant l'adaptation du loyer* ».

Ainsi le loyer sera adapté tous les deux ans et évoluera avec l'indice semestriel de la construction. Pour ce qui est des charges locatives, la CNS payera des avances avec un décompte final à la fin de chaque exercice. La comparaison des prévisions faites par le FDC pour le budget 2024 à 2027 avec celles du budget 2023 à 2026 permet de constater que les montants à payer pour le loyer de même que pour les charges locatives sont beaucoup plus importants que prévus au moment de la signature des contrats.

Tableau 2 : Évolution des prévisions FDC des loyers et charges pour les surfaces CNS dans la Cité de la sécurité sociale (en millions EUR)

Chiffres FDC pour le budget 2023-26		Prévision 2023	Prévision 2024	Prévision 2025	Évolution en %	Prévision 2026		Évolution en %
Loyer immeuble CNS		7,7	7,7	8,1	6,1%	8,1		
Charges locatives CNS		2,2	2,3	2,4	3,1%	2,5		
Chiffres FDC pour le budget 2024-27	Arrêté 2023	Prévisionnel 2023	Prévision 2024	Prévision 2025		Prévision 2026	Prévision 2027	
Loyer immeuble CNS	7,7	7,6	7,6	8,8	15,0%	8,8	9,3	6,0%
Charges locatives CNS	2,2	2,0	2,5	2,7	7,2%	2,8	2,9	3,0%
Différence								
Loyer immeuble CNS		-0,03	-0,03	0,7		0,7		
Charges locatives CNS		-0,2	0,2	0,3		0,3		
Total		-0,2	0,2	1,0		1,0		

Source : FDC (estimations juillet 2022 et 2023).

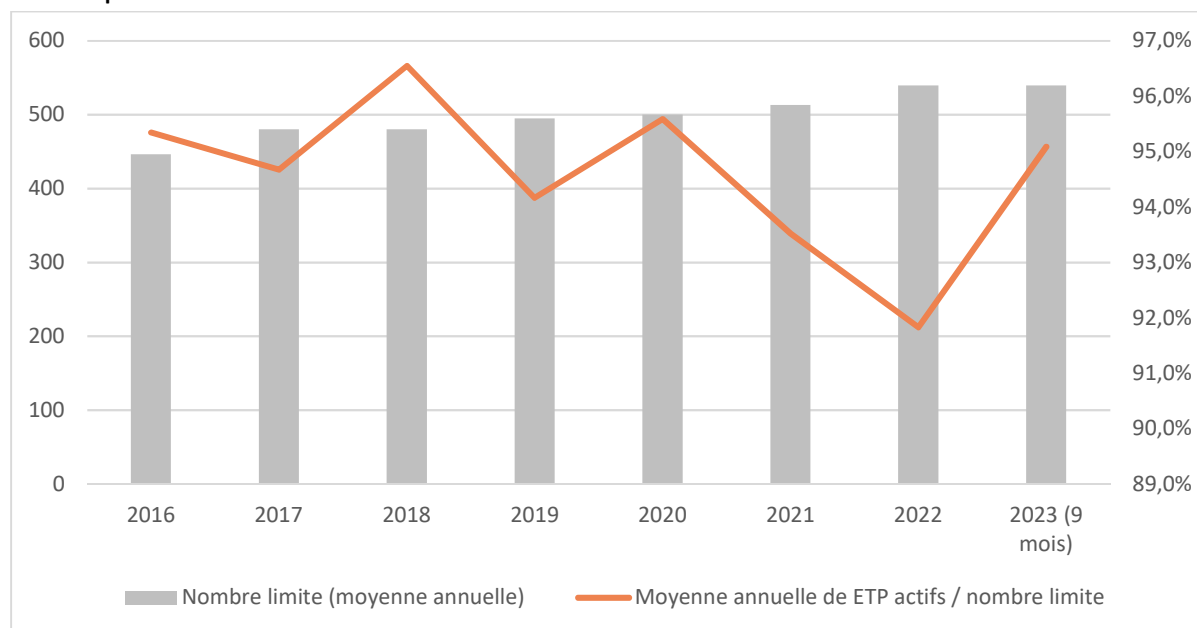
Tandis que la hausse des prix de l'énergie est la raison principale de l'augmentation des charges locatives, le loyer augmente en raison de la flambée de l'indice des prix de la construction. Celui-ci a en effet connu une évolution importante à partir de 2021.

L'indice des prix de la construction augmente du 1^{er} semestre 2017, pris comme référence pour le loyer retenu dans les contrats, au 1^{er} semestre 2023 de 45,3%. Les chiffres du FDC pour le budget 2024-2027 affichent une évolution prévisionnelle de 15,0% du loyer entre 2024 et 2025. Il est à souligner qu'en octobre 2023, le STATEC affiche une évolution mesurée de l'indice des prix de la construction de l'ordre de 12% seulement sur une année et donc que l'adaptation du loyer en 2025 risque de dépasser cette hypothèse de travail.

4.1.3 Focus sur le personnel

La CNS a été dotée à sa création en 2009 d'un nombre limite du cadre de son personnel de 435 unités. Le nombre limite du cadre du personnel de la CNS a ensuite augmenté à plusieurs reprises en passant de 480 unités en août 2016 à 500 unités en avril 2019, et finalement à 539,5 unités en août 2021. Ainsi, le cadre a augmenté d'un total de 104,5 unités depuis 2009.

Graphique 8 : Évolution du nombre limite du personnel de la CNS et du rapport entre le nombre d'ETP actifs et le nombre limite du personnel CNS



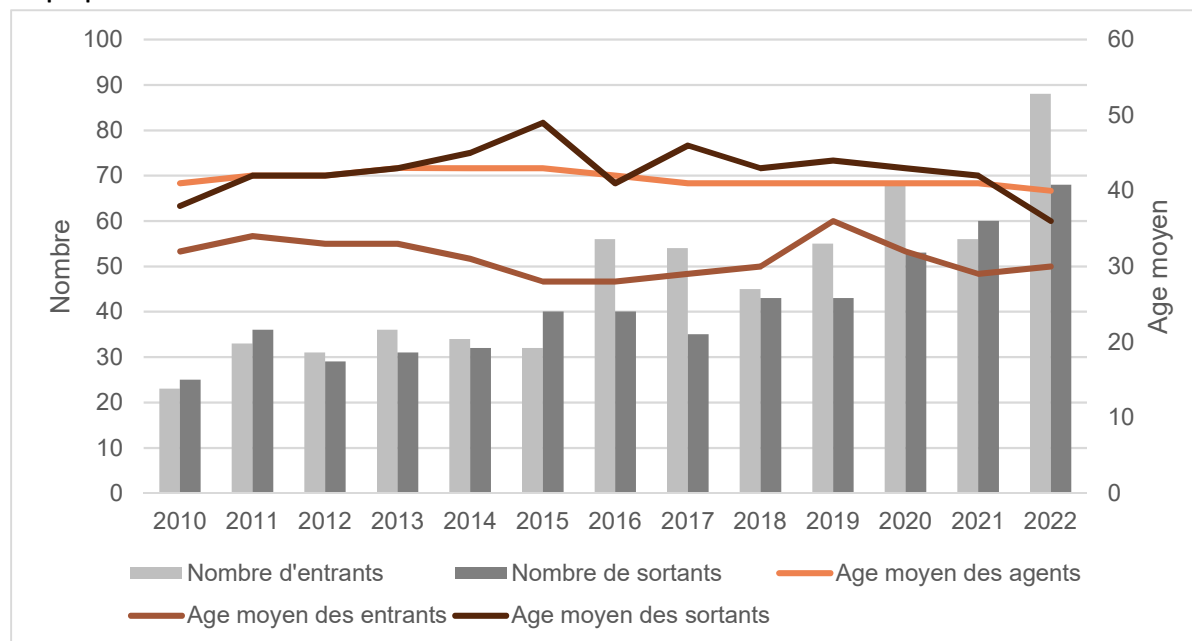
Source : CNS, calculs IGSS

Le graphique montre que le rapport entre le nombre d'ETP actifs et le nombre limite du personnel CNS fluctue au fil du temps. Le rapport le plus faible a été atteint en 2022 avec 91,8%. Les valeurs les plus élevées ont été atteintes en 2018 avec 96,5% et 2020 avec 95,6%.

Sur plusieurs années, le nombre de nouveaux collaborateurs (« entrants ») dépasse le nombre de collaborateurs sortants (« sortants »). L'âge moyen des agents de la CNS reste relativement stable avec une légère tendance vers la baisse. Néanmoins, des variations s'observent au niveau de l'âge moyen des entrants et sortants.

Le graphique suivant présente l'évolution des entrants et des sortants de la CNS sur la période allant de 2010 à 2022.

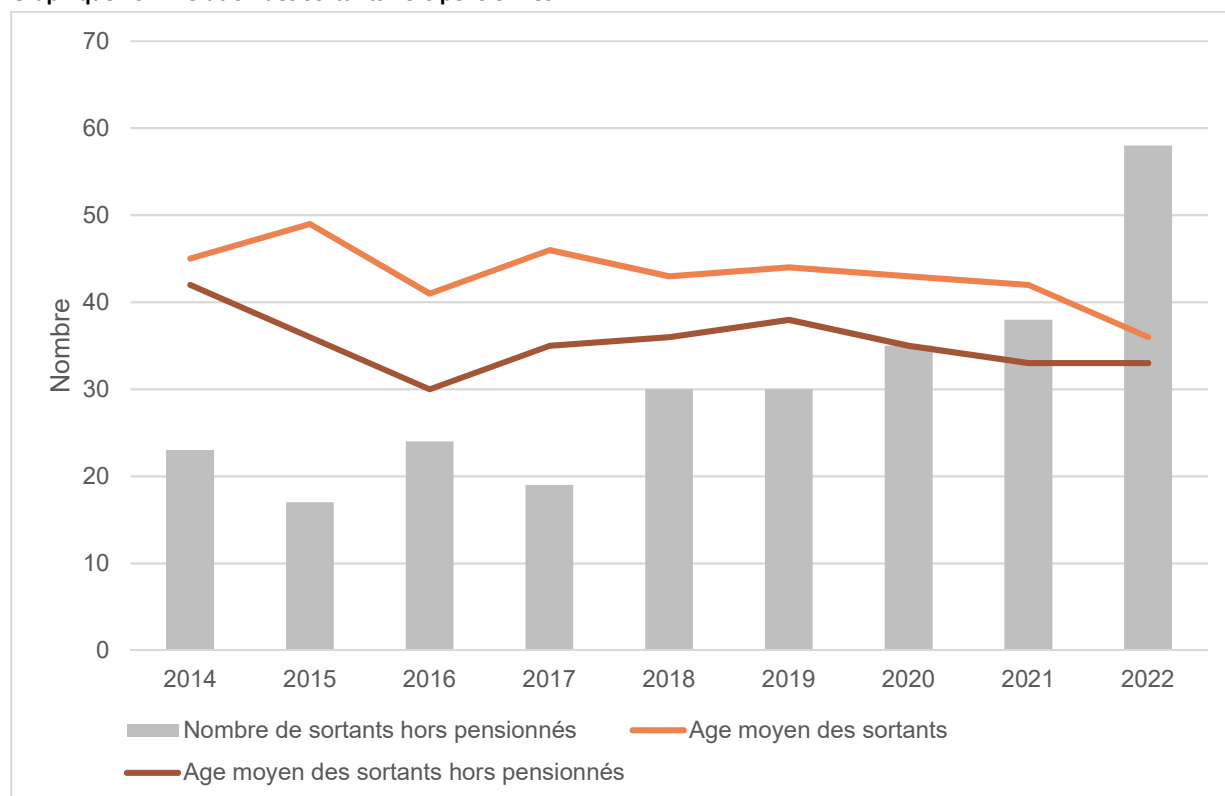
Graphique 9 : Évolution des entrants et sortants de la CNS



Source : CCSS, calculs IGSS

L'âge moyen des sortants présente une tendance vers la baisse sur les années 2021 et 2022. Elle va de pair avec une augmentation du nombre de sortants hors pensionnés en 2022 (cf. graphique suivant).

Graphique 10 : Évolution des sortants hors pensionnés



Source : CCSS, calculs IGSS

L'IGSS souligne que les effets de la mise en production du moteur de règles et en général de la digitalisation sur les besoins en ressources humaines dans les services concernés doivent être analysés pour voir comment lesdites ressources vont pouvoir être affectées à de nouvelles tâches et responsabilités.

4.1.4 Focus sur la gestion du patrimoine de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics (CMFEP)

Suivant l'article 49 CSS, une des attributions du Conseil d'administration (CA) de la CMFEP est la gestion du patrimoine immobilier propre à la caisse.

Dans le cadre de la gestion du patrimoine immobilier propre à l'ISS, uniquement les acquisitions et aliénations des droits immobiliers dépassant la valeur de 50 000 EUR sont soumises à approbation du Ministère de la sécurité sociale (MSS) sur avis de l'IGSS (article 396 alinéa 3). En cas de décision par le CA de la CMFEP de vendre son patrimoine immobilier, les revenus générés par l'immeuble seraient attribués suivant l'article 41 alinéa 3 CSS à la réserve de l'assurance maladie-maternité prévue à l'article 28 CSS.

L'article 49 alinéa 3 point 1) dispose que le CA établit le budget des frais administratifs de la caisse de maladie. Ce budget établi par le CA et approuvé par le MSS, sur avis de l'IGSS, représente le budget des frais d'administration et n'inclut pas les frais de gestion du patrimoine.

L'article 45 alinéa 3 point 3) CSS dispose que le CA de la CNS statue sur le budget global, compte tenu du budget des frais d'administration établi par les caisses de maladie visés à l'article 48 CSS. Suivant l'article 28 alinéa 3 CSS, le budget global de l'assurance maladie-maternité est établi par la CNS en intégrant les budgets relatifs aux frais d'administration et les frais de gestion du patrimoine des caisses de maladie. Les frais de gestion du patrimoine, faisant ainsi partie intégrante du budget global, sont soumis pour décision au CA de la CNS dans le cadre du budget global (article 45 alinéa 4 CSS).

Suivant l'article 41 alinéa 4 CSS, la CNS met à disposition des caisses de maladie concernées les fonds nécessaires pour la gestion de leurs immeubles.

L'article 41 du CSS a été introduit par la loi de 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé. On peut lire dans le commentaire des articles que « *les caisses de maladie sont actuellement propriétaires d'un certain nombre d'immeubles dans lesquels sont ou étaient implantés leurs services. Elles continueront à gérer les immeubles. L'union des caisses qui gère tous les fonds de l'assurance maladie prendra en charge toutes les dépenses que le comité-directeur de la caisse concernée décide d'engager dans la cadre d'une gestion en bon père de famille.* »

La CNS qui doit mettre à la disposition de la caisse de maladie les fonds nécessaires pour la gestion de son immeuble, sous réserve que les décisions du CA de la CMFEP relative à la gestion du patrimoine immobilier soient prises suivant le principe d'une gestion en bon père de famille.

4.2 LES DEPENSES POUR SOINS DE SANTE

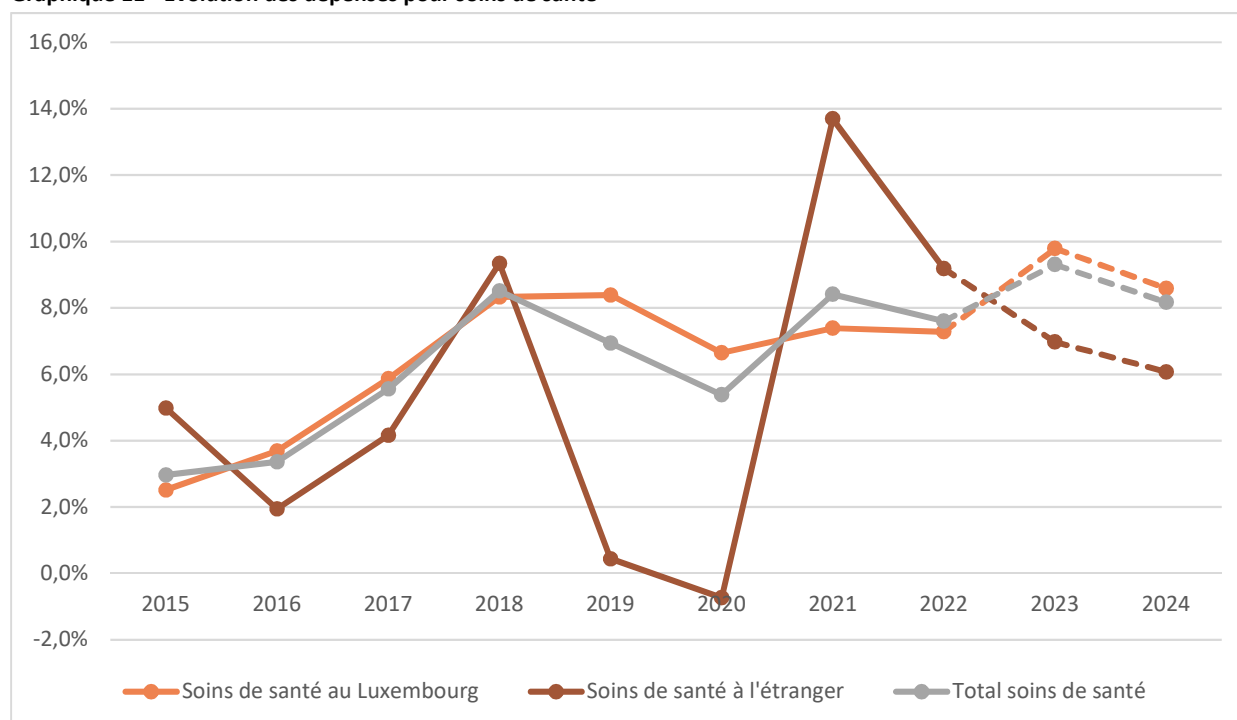
L'évolution importante des dépenses pour soins de santé, observée depuis 2018, se poursuit en 2022.

En 2022, cette croissance, qui se situe à 7,6%, est due à une augmentation de 7,3% des dépenses pour les soins de santé prestés au Luxembourg et à une augmentation de 9,2% des dépenses pour soins de santé délivrés à l'étranger. Il est à préciser que les soins de santé délivrés à l'étranger représentent en large majorité des soins de santé relatifs aux assurés non-résidents pris en charge par l'assurance maladie-maternité.

Les soins de santé au Luxembourg évolueront de 9,8% en 2023 et de 8,6% en 2024. Pour les soins de santé à l'étranger, l'évolution prévue sera de 7,0% en 2023 et de 6,1% en 2024.

L'évolution des dépenses pour soins de santé est illustrée dans le graphique suivant.

Graphique 11 - Évolution des dépenses pour soins de santé ^{a)}



a) Données établies selon la date de la prestation.

Source : estimations CNS (octobre 2023).

Le tableau ci-après donne, selon la date de la prestation, un aperçu global sur les dépenses des différents types de soins de santé.

Tableau 3 - Évolution des dépenses pour soins de santé ^{a)} (en millions EUR)

Exercice	Décomptes		Estimations actualisées ^{a)}	
	2021	2022	2023	2024
Soins hospitaliers	1 183,4	1 248,1	1 358,9	1 413,9
Soins de médecine	498,2	534,1	594,6	682,3
Soins de médecine dentaire ^{b)}	103,0	115,0	125,4	151,9
Médicaments (extrahospitalier) ^{c)}	268,5	301,6	342,6	369,6
Dispositifs médicaux	59,5	63,8	67,8	71,9
Analyses de biologie médicale (en ambulatoire)	128,5	130,2	119,3	126,5
Soins infirmiers	68,7	80,5	80,6	86,7
Soins de kinésithérapie	116,8	129,6	153,9	170,3
Soins de psychothérapie			8,8	19,2
Autres soins de santé ^{d)}	68,4	73,6	86,5	98,4
Total des prestations au Luxembourg	2 494,8	2 676,4	2 938,4	3 190,8
Prestations à l'étranger	508,3	555,0	593,7	629,7
Total des soins de santé	3 003,2	3 231,4	3 532,1	3 820,5

a) Données établies selon la date de la prestation.

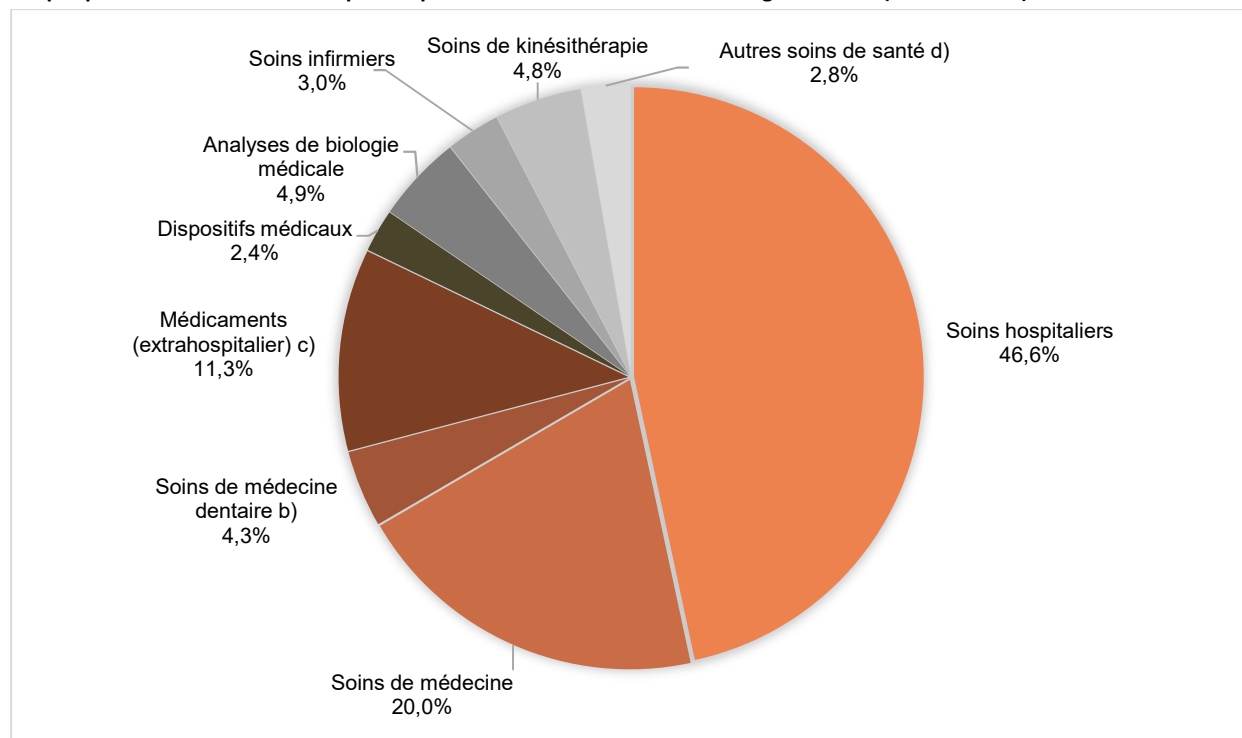
b) Sans les soins de médecine dentaire remboursés dans le cadre de la convention conclue entre l'État et la CNS portant institution d'un programme de médecine préventive en matière de traitement dentaire des enfants et jeunes. Leur coût s'élève à 2,4 millions EUR en 2022.

c) Y compris les médicaments à délivrance hospitalière.

d) Le poste des " Autres soins de santé " regroupe la rééducation et les cures, la réadaptation en foyer de psychiatrie, les frais de transports, la médecine préventive, les soins palliatifs, les indemnités funéraires, les soins de sages-femmes, d'orthophonistes et de psychomotriciens, les podologues, les diététiciens et pour les années 2023 et 2024 une estimation du coût supplémentaire engendré par l'adaptation de diverses nomenclatures.

Source : estimations CNS (octobre 2023).

La répartition des différentes dépenses pour soins de santé prestés au Luxembourg en 2022 est présentée dans le graphique suivant.

Graphique 12 - Ventilation des dépenses pour soins de santé au Luxembourg en 2022 ^{a)} (en % du total)

a) Données établies selon la date de la prestation.

b) Sans les soins de médecine dentaire remboursés dans le cadre de la Convention conclue entre l'État et la CNS portant institution d'un programme de médecine préventive en matière de traitement dentaire des enfants et jeunes. Leur coût s'élève à 2,4 millions EUR en 2022.

c) Y compris les médicaments à délivrance hospitalière.

d) Le poste des " Autres soins de santé " regroupe la rééducation et les cures, la réadaptation en foyer de psychiatrie, les frais de transports, la médecine préventive, les soins palliatifs, les indemnités funéraires, les soins de sages-femmes, d'orthophonistes et de psychomotriciens, les podologues, les diététiciens.

Source : CNS.

L'évolution détaillée des dépenses relatives aux soins hospitaliers, soins de médecine et de médecine dentaire, médicaments, analyses de biologie médicale, soins infirmiers, soins de kinésithérapie, autres soins de santé et prestations à l'étranger est analysée par la suite.

4.2.1 Les soins hospitaliers

Le financement des soins hospitaliers

La loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé inscrit au Code des assurances sociales (devenu dans la suite le Code de la sécurité sociale) le principe de l'individualisation de la budgétisation pour la prise en charge par l'assurance maladie des prestations en secteur hospitalier. Un budget séparé est arrêté d'un commun accord entre l'Union des caisses de maladie (devenue dans la suite la Caisse nationale de santé) et chaque établissement hospitalier. Comme par définition les budgets sont fixés avant la période qu'ils couvrent, ce procédé a un impact positif sur la planification des dépenses de l'assurance maladie.

Ainsi, outre un budget 'interne' comprenant l'ensemble des recettes et dépenses, chaque établissement hospitalier établit un budget 'externe' opposable à l'assurance maladie-maternité, dans la suite nommé le budget, comprenant dans une mesure suffisante et appropriée les prestations de soins de santé en relation avec l'assurance maladie et, par ricochet, de l'assurance accidents.

Ne sont pas opposables, les prestations qui sont soit étrangères à l'objet de l'assurance maladie-maternité (et de l'assurance accidents), soit prestées à des personnes non protégées en vertu de l'assurance maladie-maladie ou soit dépassant l'utile et le nécessaire ou ne respectant point la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et la conformité aux données acquises par la science et à la déontologie médicale.

Sont portées en déduction du budget, bien qu'opposables par nature, des prestations de l'établissement hospitalier qui sont financées par d'autres biais.

Lors de l'élaboration du budget, les établissements hospitaliers sont obligés à ventiler leurs frais dans deux catégories, à savoir les frais directement proportionnels au niveau de l'activité (frais variables) et ceux non liés à l'activité (frais fixes). En effet, une grande partie des frais résulte de la seule mise à disposition de l'infrastructure de l'hôpital et de ses services. Ces frais sont versés sous forme d'avances mensuelles sur base du budget arrêté, quel que soit le niveau de l'activité. Les frais directement en rapport avec le niveau de l'activité continueront à être versés par l'Union des caisses de maladie à l'établissement hospitalier sur base d'un état justificatif, le tarif par passage résultant de la division des frais variables prévus au budget arrêté par le nombre prévisible de passages.

Encore les établissements hospitaliers, en accord avec le gestionnaire de l'assurance maladie-maternité, peuvent retenir des prestations opposables par nature et à rémunérer en dehors du budget, et ceci soit individuellement, soit sous forme de forfaits. Le premier mode de prise en charge s'impose pour certaines prestations exceptionnelles, particulièrement coûteuses et souvent imprévisibles. Le deuxième mode de prise en charge, sous forme de forfaits, inspiré du système des groupements homogènes de maladie, permet d'orienter les hôpitaux vers une exploitation plus rationnelle.

Le projet de loi 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, déposé le 6 octobre 2010 et amendé par le Gouvernement en date du 16 novembre 2010, a proposé des adaptations du mécanisme de budgétisation introduit en 1992. Ainsi, et en continuation avec un objectif de planification des dépenses du secteur hospitalier, les budgets externes des établissements hospitaliers seront dès à présent à subordonner à une enveloppe budgétaire globale (EBG), représentant une borne supérieure à fixer par le Gouvernement pour la totalité des budgets à arrêter séparément pour tous les établissements hospitaliers visés à l'article 74 du CSS des prestations de soins de santé opposables à la CNS. *Il est à relever que le principe de la prise en charge en dehors du budget des prestations à rémunérer soit individuellement, soit sous forme de forfaits, est maintenu.*

Ainsi, 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 impose un cadrage financier au secteur hospitalier dans sa globalité visant l'obligation d'une recherche d'efficacité et de synergies des établissements hospitaliers. Les établissements hospitaliers ne peuvent plus se contenter d'une stratégie isolationniste, mais doivent s'intégrer dans une approche nationale de l'organisation des services hospitaliers. En outre, l'EBG oblige les établissements hospitaliers à mieux planifier et organiser leurs activités et à intégrer activement le principe de l'utile et du nécessaire dans leur gestion, principe trop souvent oublié dans une logique expansionniste et de satisfaction de toutes les demandes, tout en assurant des modes de financement à part pour des prestations exceptionnelles, particulièrement coûteuses et souvent imprévisibles ou pour promouvoir la tarification à l'activité sur base de groupements homogènes de maladie sur base de forfaits à considérer en dehors du budget.

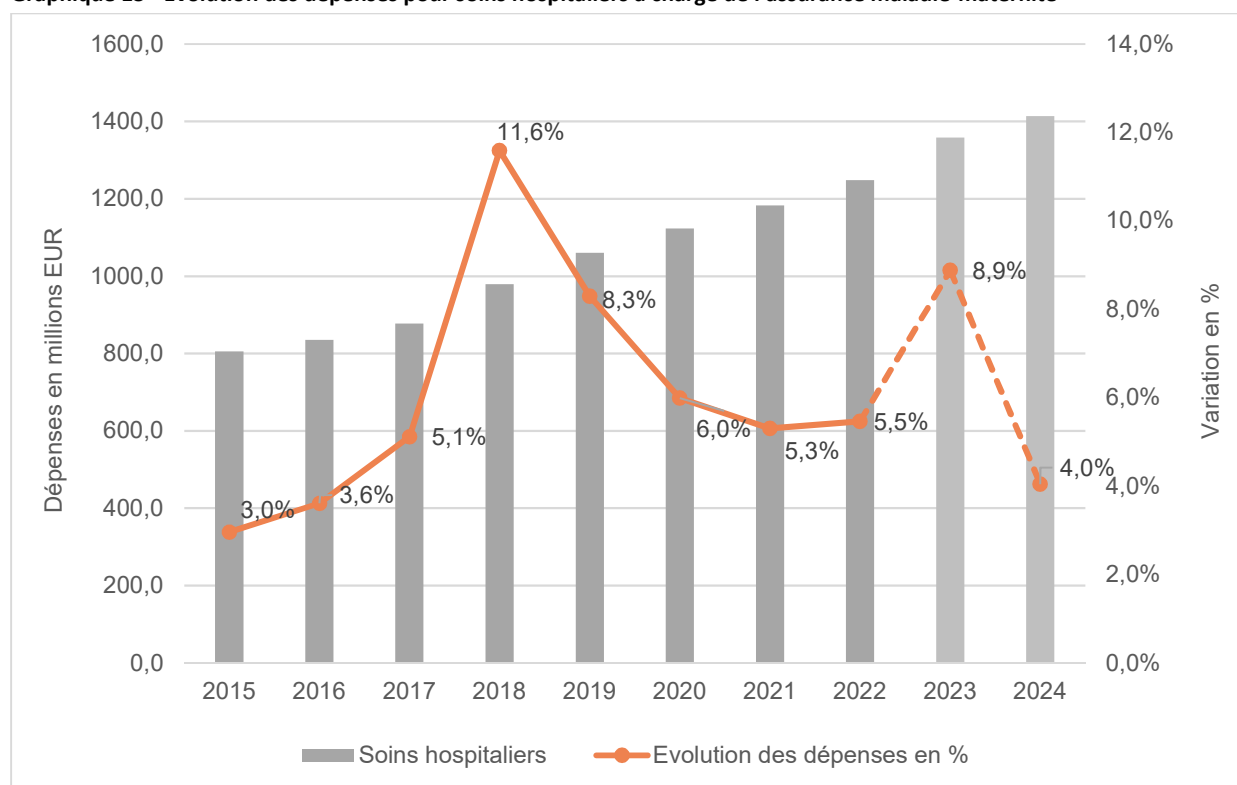
L'article 2 de la loi du 29 juillet 2023 portant modification : 1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ; 2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ; 3° du Code de la sécurité sociale stipule que chaque centre hospitalier peut disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires à rémunérer par l'assurance maladie-maternité en dehors du budget sous forme de forfaits. L'Etat participe à raison de 80% aux frais de location des infrastructures mobilières et immobilières qui ont trait à des équipements, appareils ou projets définis sur base d'un décompte annuel de la CNS à établir pour les forfaits payés aux établissements hospitaliers.

Les dépenses pour soins hospitaliers opposables à l'assurance maladie-maternité

L'analyse qui suit se focalise sur les dépenses pour soins hospitaliers opposables à l'assurance maladie-maternité, financées soit dans le cadre de l'EBG, soit en dehors de l'EBG en ce qui concerne les prestations à rémunérer de manière individuelle ou par forfait. Comme l'analyse se limite aux soins hospitaliers effectués au Luxembourg et pris en charge par l'assurance maladie-maternité, les dépenses à charge de l'assurance accident et des assurances maladie étrangères sont exclues.

L'évolution des dépenses pour les soins hospitaliers qui sont opposables à l'assurance maladie-maternité est représentée dans le graphique suivant.

En 2022, les dépenses pour soins hospitaliers à charge de l'assurance maladie-maternité s'élèvent à 1 248,1 millions EUR, soit une augmentation de 5,5% par rapport à 2021.

Graphique 13 - Évolution des dépenses pour soins hospitaliers à charge de l'assurance maladie-maternité ^{a)}

a) Données établies selon la date de la prestation.

Source : estimations CNS (octobre 2023).

En 2023, les dépenses pour soins hospitaliers opposables à l'assurance maladie-maternité sont estimées à 1 358,9 millions EUR, ce qui représente une augmentation de 8,9% par rapport à 2022. Ces dépenses comprennent un montant de 1 347,8 millions EUR financés par l'EBG et un montant de 11,1 millions EUR pour médicaments chers rémunérés individuellement. Le montant de l'EBG de 2023, qui représente 99,2% des dépenses totales pour soins hospitaliers opposables à l'assurance maladie-maternité contient également une estimation des dépenses liées aux réseaux de compétences. À l'avenir, les prestations en lien avec les réseaux de compétences pourraient être financés par des forfaits.

En 2024, les dépenses pour soins hospitaliers opposables à l'assurance maladie-maternité se chiffreront à 1 413,9 millions EUR, ce qui représentera une augmentation de 4,0% par rapport à 2023. Ces dépenses prévisibles comprennent un montant de 1 398,5 millions EUR financés par l'EBG, un montant de 12,4 millions EUR pour médicaments chers rémunérés individuellement et un montant de 2,0 millions EUR relatif aux premiers sites supplémentaires opérationnels dédiés aux soins de santé ambulatoires⁷. Les soins hospitaliers financés par l'EBG en 2024 représentent 99,0% des dépenses totales pour soins hospitaliers et contiennent également une estimation des dépenses liées aux réseaux de compétences.

Concernant en particulier les dépenses opposables à l'assurance maladie-maternité en 2023 et 2024 et à financer par l'EBG, celles-ci restent inférieures aux dépenses opposables correspondant à l'EBG fixée par le Gouvernement, car les frais énergétiques retenus lors de l'établissement des EBG respectives ont été surévalués.

Concernant en particulier les tranches indiciaires, il y a lieu de noter que l'accord tripartite entre le Gouvernement, l'UEL et les organisations syndicales OGBL, LCGB et CGFP du 7 mars 2023 prévoit que l'État compense aux entreprises la 3e tranche indiciaire appliquée en septembre 2023, et ce jusqu'en janvier 2024 inclus.

⁷ Ce montant correspond à une estimation de l'activité de sites supplémentaires dédiés aux examens d'imagerie médicale.

Cette compensation se fera par le biais d'une diminution du taux de cotisation moyen de la Mutualité des employeurs (MDE) qui, bien que très majoritairement mise en œuvre au cours de l'année 2024, s'étalera sur la période 2024-2026 afin d'assurer que les taux de cotisation des différentes classes de risque de la MDE restent positifs.

Bien que l'accord tripartite du 7 mars 2023 ne prévoit la compensation qu'en « faveur des employeurs pour lesquels la tranche indiciaire salariale n'est pas déjà prise en charge par un mécanisme légal ou réglementaire (budgétisation publique, valeurs monétaires etc.) », la loi du 26 juillet 2023 portant dérogation aux articles 55 et 56 du Code de la sécurité sociale en relation avec l'accord du 7 mars 2023, retient, dans une première étape, une adaptation des taux pour toutes les entités affiliées à la MDE. Dans une deuxième étape, la CNS devra tenir compte, dans le cadre des négociations budgétaires, respectivement de la valeur monétaire, du fait que le coût de la charge des cotisations dues par les employeurs concernés a été réduit.

Plus précisément, la compensation dont va bénéficier le secteur hospitalier est estimée à 8,5 millions EUR pour l'exercice 2023 et à 2,1 millions EUR pour l'exercice 2024. L'estimation des soins hospitaliers tient compte du fait que ces montants seront ainsi à récupérer dans le cadre de l'EBG étant donné que la CNS a financé la troisième tranche indiciaire via les frais fixes.

Parmi les dépenses opposables à l'assurance maladie-maternité et à financer par l'EBG, environ quatre cinquièmes sont des frais fixes et environ un cinquième sont des frais variables.

Les frais fixes (frais de personnel, frais d'amortissements, frais financiers, etc.) sont payés régulièrement et ne dépendent pas de l'activité des hôpitaux. Les frais de personnel en constituent le poste de frais le plus important. Les frais variables sont liés au fonctionnement des établissements hospitaliers et varient en fonction de l'activité de ces derniers. En particulier les frais fixes évolueront de 9,2% en 2023, respectivement de 3,5% en 2024. En 2023, 81,3% de ces frais fixes sont des frais de personnel. Ce pourcentage se situe à 81,8% pour 2024. L'augmentation des frais variables est estimée à 7,4% pour 2023 et à 6,2% pour 2024.

L'évolution des frais fixes en 2023 de 9,2% s'explique par l'évolution de l'EMS de 5,7% et le glissement des carrières d'un côté et par l'augmentation importante de la consommation fixe due à la hausse des prix énergétiques de l'autre côté. L'augmentation des frais variables en 2023 de 7,4% est liée entre autres à une augmentation de l'activité.

Par ailleurs, les coûts relatifs aux temps de présence effective et de disponibilité du médecin hospitalier seront pris en charge par l'État et non pas par le budget de l'assurance maladie-maternité. En effet, le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2023 prévoit la prise en charge de l'indemnisation des gardes sur place de la continuité de service, de l'indemnisation des astreintes de la continuité de service et de l'indemnisation des astreintes du service national d'urgence des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements spécialisés⁸.

Concernant spécifiquement la prime annuelle, l'IGSS maintient sa recommandation y relative formulée dans le cadre de l'analyse des réserves des établissements hospitaliers reprise dans le rapport d'analyse prévisionnel 2022 de l'EBG des dépenses du secteur hospitalier. L'IGSS recommande que la prime annuelle sous sa forme actuelle n'est plus à retenir à partir de 2023 et que les dépenses liées aux prestations opposables y relatives sont à considérer dans le cadre des frais fixes.

Au sujet des antennes de service des centres hospitaliers à financer par forfait, l'IGSS dans son courrier du 26 septembre 2023, demande à la CNS de l'informer sur l'état d'avancement de la détermination de la méthodologie et des modalités appliquées pour le calcul des forfaits hospitaliers dans le cadre des dites antennes de service. Dans ce même contexte, l'IGSS recommande aussi à la CNS de se doter des moyens nécessaires pour suivre l'évolution des dépenses liées à ce mécanisme de forfaitisation et d'une démarche pour vérifier qu'il n'y a pas de double financement.

⁸ [Projet de loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2023.](#)

Résultats et réserves des établissements hospitaliers en 2021 et 2022

Les deux tableaux suivants permettent d'avoir un aperçu de l'évolution des résultats et réserves entre 2021 et 2022 de l'ensemble de établissements hospitaliers à considérer dans le contexte de l'EBG.

Les données sont issues des informations disponibles au Registre de commerce et des sociétés (RCS), à la CNS, et auprès des hôpitaux concernés. S'y ajoutent les informations issues de la comptabilité des établissements hospitaliers.

Tableau 4 – Situation financière des établissements hospitaliers fin 2021

	Réserves	Résultat reporté	Résultat 2021	Total résultat et réserves	Provisions
CHL	0	41 293 028	-5 290 256	36 002 772	1 404 819
CHEM	0	34 705 468	-6 561 757	28 143 712	15 312 200
HRS	591 468	-4 652 283	4 602 654	541 839	35 254 726
CHdN	8 965 031	7 847 665	-2 697 607	14 115 089	11 548 011
CHNP	230 108	33 517 080	-745 667	32 771 414	18 476 897
HIS	0	2 228 076	-225 807	2 002 272	1 339 485
CFB	1 056 177	8 610 700	862 635	10 529 512	804 104
INCCI	0	6 450 195	-6 060	6 444 136	4 204 188
RZ	0	1 978 451	-622 315	2 712 274	6 119 448
O90	5 187 430	2 143 604	0	7 331 034	0
CRCC	925 463	-683 973	-397 222	-1 081 195	1 597 685
LNS	0	16 766 591	754 215	17 520 806	3 735 385
Total	16 955 677	150 204 603	-10 327 187	157 033 664	99 796 947

Source : CNS.

Tableau 5 – Situation financière des établissements hospitaliers fin 2022

	Réserves	Résultat reporté	Résultat 2022	Total résultat et réserves	Provisions
CHL	0	36 002 772	895 601	36 898 374	1 079 372
CHEM	0	28 143 712	-5 030 945	23 112 767	13 297 564
HRS	591 468	-49 630	438 766	980 605	35 611 174
CHdN	8 801 757	5 092 320	10 347 040	24 241 117	7 321 242
CHNP	252 835	32 771 414	1 238 506	34 262 755	17 973 553
HIS	0	2 006 091	-609 134	1 396 957	4 255 054
CFB	1 025 307	9 504 205	337 054	10 866 565	1 277 677
INCCI	0	6 444 136	-353 921	6 090 215	5 412 701
RZ	0	1 356 137	-530 593	825 544	4 259 818
O90	5 187 430	2 143 604	0	7 331 034	0
CRCC	952 925	-1 081 195	1 071 511	943 241	4 259 818
LNS	0	17 520 806	-2 838 423	14 682 383	3 800 469
Total	16 811 723	139 854 372	4 965 462	161 631 557	98 548 443

Source : CNS.

Au total, les établissements ont réalisé un bénéfice de 5,0 millions EUR en 2022 suite à une perte de plus de 10,0 millions EUR en 2021, une année encore impactée par la crise sanitaire. Les réserves sont globalement stables entre 2021 et 2022. Les résultats reportés ont fortement diminué en 2022, une baisse qui s'explique par l'imputation des pertes réalisées en 2021.

Après une perte de 2,7 millions EUR en 2021, en partie due à une hausse des dotations aux provisions en relation avec les décomptes des années antérieures 2018 à 2021 et la prime unique CCT (convention collective de travail) 2021 à payer en 2022⁹, le CHdN a réalisé un bénéfice 10,3 millions EUR en 2022. Ce bénéfice résulte pour une partie importante des autres produits d'exploitations en relation avec les décomptes des années antérieures (reprise sur provisions) en cours de négociation avec la CNS et, dans une moindre mesure, des primes annuelles relatives au programme qualité encore à recevoir. Comme dans le passé, le CHdN a eu recours aux réserves constituées par la prime annuelle pour un faible montant de seulement 0,1 millions EUR.

Le CHL réalise un profit de 0,9 million EUR en 2022 suite à une perte de 5,3 millions EUR en 2021. En 2021, une perte importante au niveau de l'activité hospitalière (opposable et non-opposable) s'explique par une diminution de l'activité et un changement du case-mix de patients lié à la crise COVID. En plus, le CHL a comptabilisé une provision pour la prime unique CCT 2021 à payer en 2022. La perte en question au niveau de l'activité hospitalière est seulement partiellement compensée par un bénéfice au niveau du secteur médical. En 2022, par contre, une perte importante au niveau de l'activité hospitalière opposable, surtout au niveau des frais fixes, est compensée par un bénéfice important au niveau de l'activité hospitalière non-opposable (médicaments à délivrance hospitalière, laboratoire extrahospitalière et accord trouvé concernant le projet DOPAMIN¹⁰) et de l'activité médicale.

Les HRS ont réalisé un bénéfice de 0,4 million EUR en 2022 et un bénéfice de 4,6 millions EUR en 2021. Si le résultat 2022 n'est ni impacté par la prime annuelle ni par des décomptes, le paiement d'une partie de la prime annuelle (avance) des années 2017-2020 et les reprises de provisions relatives aux années 2017-2019 ont cependant un impact important sur le bénéfice de l'année 2021, impactée négativement par la crise sanitaire. Le bénéfice 2021 diminue encore à cause d'une provision pour la prime unique CCT 2021.

Le déficit du CHEM s'élève à 5,0 millions EUR 2022 et à 6,5 millions EUR en 2021. En 2021, le déficit du CHEM résulte d'un déficit au niveau des frais variables et d'un résultat exceptionnel négatif dû surtout à l'arrêt du projet DOPAMIN, à une provision pour le décompte avec la CNS et à une provision en relation avec la prime unique CCT 2021 qui sera payée seulement en 2022. En 2022, la perte qui résulte surtout d'un déficit réalisé au niveau des frais variables et des charges externes est compensée partiellement par des produits exceptionnels (prime annuelle, décomptes des années antérieures). En plus, le CHEM récupère, comme le CHL, 2,5 millions EUR des investissements réalisés intégralement en 2021 dans le projet DOPAMIN.

Le LNS a subi une perte de 2,8 millions EUR en 2022 après un bénéfice de 0,7 millions en 2021. Le résultat 2022 tient déjà compte du montant de 0,9 million EUR à rembourser à la CNS et relatif aux années 2019, 2020 et 2021 après décompte.

Dans ce contexte et comme précisé dans ses avis financiers sur les décomptes annuels et les bilans de l'assurance maladie-maternité relatifs aux exercices 2021 et 2022, l'IGSS constate qu'entre 2018 et 2022, le LNS ne facture aux patients ni les forfaits pour conseil génétique, ni les actes pour consultations du médecin spécialiste en médecine génétique.

Comme l'année passée¹¹, l'analyse détaillée des réserves de certains acteurs visés par l'EBG indique que les comptes ne sont actuellement que difficilement comparables étant donné que le traitement comptable appliqué diffère d'un acteur à l'autre. Des différences sont constatées au niveau de la comptabilisation des provisions et des créances en lien avec le décompte CNS, ainsi qu'au niveau de la comptabilisation de la prime annuelle en lien avec le programme qualité.

⁹ Voir Protocole d'accord CCT FHL pour la période du 1 janvier 2022 au 31 décembre 2024 signé le 24 décembre 2021 : <https://fhlux.lu/web/wp-content/uploads/2022/08/CCT-FHL-2022-Protocole-daccord-2021-12-24.pdf>

La prime unique 2021 correspond à 3,08% du revenu 2021

¹⁰ Le CHEM et le CHL ont récupéré chacun 2,5 millions EUR en 2022 des investissements réalisés dans le projet DOPAMIN en 2021.

¹¹ Voir Rapport d'analyse prévisionnel de l'EBG des dépenses du secteur hospitalier 2022.

Concernant les provisions, des différences sont constatées au niveau de la provision en lien avec le décompte de la CNS liée à d'éventuels remboursements à effectuer par les établissements hospitaliers au profit de la CNS. De même, au niveau des créances en lien avec le décompte CNS, il y a des différences au niveau des montants à recevoir par les établissements hospitaliers de la part de la CNS.

Enfin, les primes annuelles en lien avec le programme qualité ne sont pas imputées selon les mêmes principes dans les différents établissements. Le CHL par exemple comptabilise celles-ci avec un retard de deux ans, alors que d'autres établissements procèdent différemment. A ceci s'ajoute que les réserves et résultats inscrits dans les comptes des établissements hospitaliers sont impactés par des clôtures tardives des décomptes, ce qui ensemble avec les pratiques comptables non harmonisées à la clôture de l'exercice fait que lesdites situations financières sont à considérer avec prudence et peu comparables. En particulier, la forme juridique de l'établissement peut aussi constituer un facteur explicatif des divergences dans les principes comptables retenus lors de la clôture de l'exercice comptable.

Par ailleurs, les réserves et résultats repris dans les rapports des réviseurs des établissements hospitaliers ne proviennent pas exclusivement de l'activité hospitalière, et ne sont ainsi pas entièrement disponibles pour l'exploitation hospitalière. Pour le CHL par exemple, une partie des réserves est réservée au secteur médical.

Concernant en particulier les principes de comptabilisation, il y a aussi des divergences au niveau des transferts vers les réserves : le CHdN par exemple procède à des transferts vers les réserves, alors que d'autres ne le font pas.

L'analyse se complique par le fait que les décomptes sont souvent clôturés avec un retard de plusieurs années. L'IGSS en a informé la CNS dans son avis sur le décompte annuel pour l'exercice 2021 de l'assurance maladie-maternité (courrier du 15 juillet 2022), en soulevant que dans le cadre des relations avec le secteur hospitalier, la CNS doit arrêter le décompte définitif au plus tard douze mois après la fin de l'exercice en question (article 79 du CSS). Comme pour les avis financiers 2019 et 2020, l'IGSS constate toujours un certain retard dans la finalisation des décomptes définitifs. Peu de décomptes ont été signés en 2022, année paire marquée par la négociation des budgets 2023 et 2024. Certains décomptes relatifs aux années 2018 à 2021 ont été signés en 2023 ou sont en cours de finalisation.

Il ressort de l'analyse qui précède que, pour atteindre plus de comparabilité et de transparence, et en vue d'être aligné au plus près aux exercices comptables concernés, des adaptations concernant le mode de financement de la prime annuelle dans le cadre du programme qualité s'imposent et sont dès lors à aligner et à incorporer aux mécanismes prévus par le CSS. Ainsi l'IGSS recommande que le financement de l'ensemble des dépenses opposables liées au développement de la qualité est à considérer dans le dispositif des frais fixes qui est défini dans la convention CNS-FHL. Les montants sont à arrêter dans le cadre des négociations entre la CNS et les établissements hospitaliers.

En procédant ainsi, les montants respectifs sont payés régulièrement sous forme de prestations opposables, dans le respect de l'utile et du nécessaire et tout en assurant un financement en ligne avec les dépenses engagées par les établissements. Ainsi, et considérant ce qui précède, la prime annuelle sous sa forme actuelle n'est plus retenue pour l'établissement de l'EBG à partir de 2023. Cette approche ne vise pas à diminuer l'importance accordée à la qualité ni de réduire le montant à y affecter, mais uniquement d'en assurer le financement selon les termes des articles 74 et suivants du CSS.

De même, pour atteindre plus de transparence dans les comptes des établissements hospitaliers, l'harmonisation des règles de comptabilisation quant aux montants encore à payer par la CNS, respectivement à recevoir de la CNS, s'impose. Pour atteindre ce but, une clôture des décomptes annuels dans les délais prévus par l'article 79, paragraphe 3 du CSS est requise.

Aussi, sur base des constats formulés au sujet du total des réserves des établissements, il y a lieu d'identifier parmi ces montants la part qui a été alimentée à partir des prestations opposables à la CNS. Dans le cadre de la négociation des budgets individuels et décomptes subséquents, la CNS doit s'assurer que la prime annuelle a bien été affectée, le cas échéant également pour le passé, à des prestations opposables rentrant dans le champ d'application du livre I du CSS.

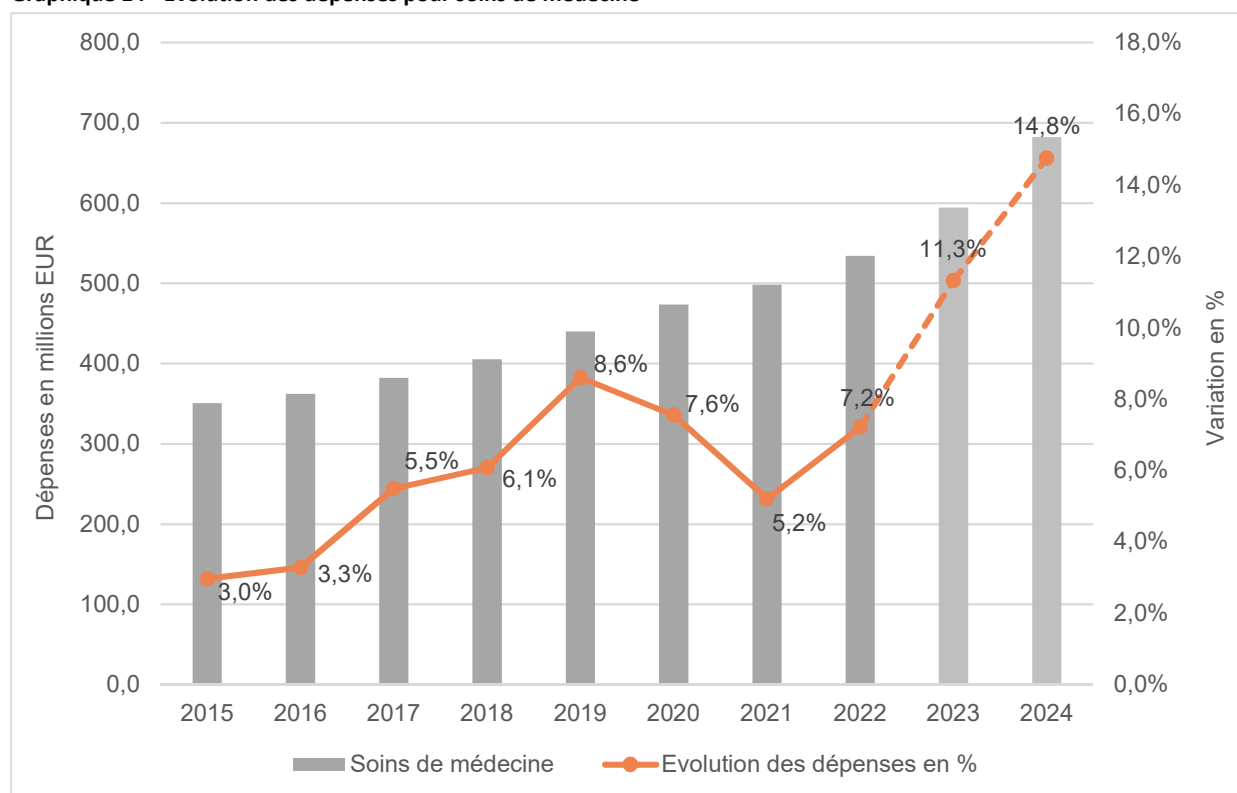
En ce qui concerne le total des réserves des établissements hospitaliers, une constitution partielle de réserves à partir des avances sur financement de prestations opposables est à associer aux éventuels apports sur base du paiement de primes annuelles ou aux décomptes sur exercices antérieurs. Une fois ces deux composantes clairement identifiées, ces ressources de financement devront être considérées et intégrées impérativement aux négociations futures des budgets externes.

4.2.2 Les soins de médecine

En 2022, les dépenses pour soins de médecine augmentent de 7,2% par rapport à 2021. Cette évolution est entre autres liée à la prise en charge médicale des personnes atteintes de la COVID-19 et à la variation de l'EMS de 3,8% et une variation de l'activité.

L'évolution des dépenses pour soins de médecine est représentée dans le graphique suivant.

Graphique 14 - Évolution des dépenses pour soins de médecine a)b)c)



a) Données établies selon la date de la prestation.

b) Soins hospitaliers et extrahospitaliers.

c) Y compris les frais médicaux en cas d'accouchement.

Source : estimations CNS (octobre 2023).

En ce qui concerne les forfaits horaires pour assurer la prise en charge des personnes atteintes de la COVID-19, leur coût s'élève à 4,5 millions EUR pour 2022. Les dépenses liées à la téléconsultation se chiffrent à 6,7 millions EUR.

Les consultations spéciales réalisées dans le cadre du service d'urgence d'un hôpital de garde et du service national d'urgence pédiatrique, dans un centre de consultation dédié à la prise en charge des patients atteints de la COVID-19 et dans le cadre d'un traitement hospitalier stationnaire ont engendré des dépenses de l'ordre de 4,1 millions EUR en 2022.

Les dépenses relatives aux forfaits pour vaccination contre la COVID-19 se situent à 2,9 millions EUR en 2022.

Les projections sur l'évolution des dépenses pour soins de médecine pour les années 2023 et 2024 vont dans le sens d'une augmentation projetée des dépenses de 11,3% en 2023 et de 14,8% en 2024.

Les estimations de 2023 tiennent compte de la variation de l'EMS (+5,7%), de l'échec des négociations entre la CNS et l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) portant sur la revalorisation de la valeur de lettre-clé pour la période allant du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2024, de la baisse des coûts engendrés par la prise en charge médicale des personnes atteintes de la COVID-19 et d'une variation de l'activité médicale (hausse de l'imagerie médicale, introduction plus rapide des factures par les assurés de la CNS, etc.). Le coût des actes COVID-19 est estimé à 6,1 millions EUR pour 2023.

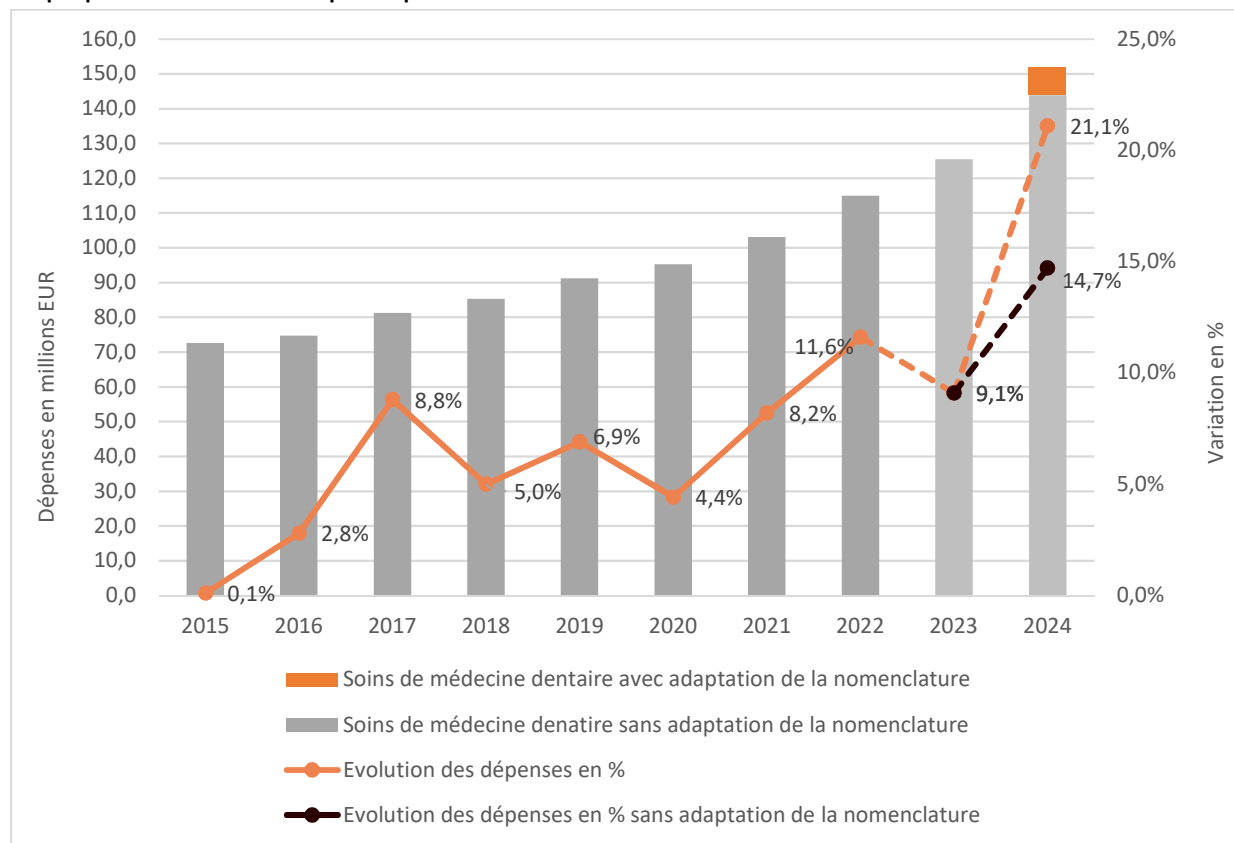
L'évolution des dépenses pour soins de médecine, estimée à 14,8% pour 2024, s'appuie sur la variation de l'EMS de 3,3% et une variation de l'activité médicale. Compte tenu de la mise en application différée de l'adaptation de la valeur de la lettre-clé des médecins, la valeur de la lettre-clé sera augmentée d'un facteur de rattrapage pour compenser cette mise en vigueur reportée.

4.2.3 Les soins de médecine dentaire

En 2022, l'évolution des dépenses pour les soins de médecine dentaire se situe à 11,6%. Cette évolution s'explique principalement par l'augmentation du nombre d'actes techniques réalisés tels que les soins, les extractions, les prothèses, l'orthodontie et le radiodiagnostic. De plus, la hausse des dépenses est impactée par la variation de l'EMS de 3,8% et le résultat de la négociation de la valeur de la lettre-clé. En effet, compte tenu de sa mise en application avec effet au 1^{er} janvier 2022, la valeur de la lettre-clé est augmentée d'un facteur de rattrapage pour la période du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022 pour compenser la mise en vigueur différée.

L'évolution des dépenses pour soins de médecine dentaire est représentée dans le graphique suivant.

Graphique 15 - Évolution des dépenses pour soins de médecine dentaire ^{a)b)}



a) Données établies selon la date de la prestation.

b) Sans les soins de médecine dentaire remboursés dans le cadre de la Convention conclue entre l'État et la CNS portant institution d'un programme de médecine préventive en matière de traitement dentaire des enfants et jeunes. Leur coût s'élève à 1,6 millions EUR en 2020.

Source : estimations CNS (septembre 2022).

Pour les soins de médecine dentaire, les taux de croissance pour 2023 et 2024 sont estimés à 9,1%, respectivement à 21,1%.

Les prévisions de 2023 tiennent compte de l'évolution de l'EMS (+5,7%), d'une variation de l'activité et la diminution de la valeur de la lettre-clé du facteur de rattrapage appliqué pour la période allant du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2022 et de l'échec des négociations entre la CNS et l'Association des médecins et médecins-dentistes portant sur la revalorisation de la valeur de lettre-clé pour la période allant du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2024.

Les estimations pour 2024 prennent en considération la variation de l'EMS de 3,3%, la variation de l'activité et l'amélioration de la prise en charge des soins de médecine dentaire¹². Compte tenu de la mise en application différée de l'adaptation de la valeur de la lettre-clé des médecins-dentistes, la valeur de la lettre-clé sera augmentée d'un facteur de rattrapage pour compenser cette mise en vigueur tardive. En élimination les dépenses estimées pour l'adaptation de la nomenclature des soins dentaire, l'évolution des dépenses pour soins de médecine dentaire serait 14,7%.

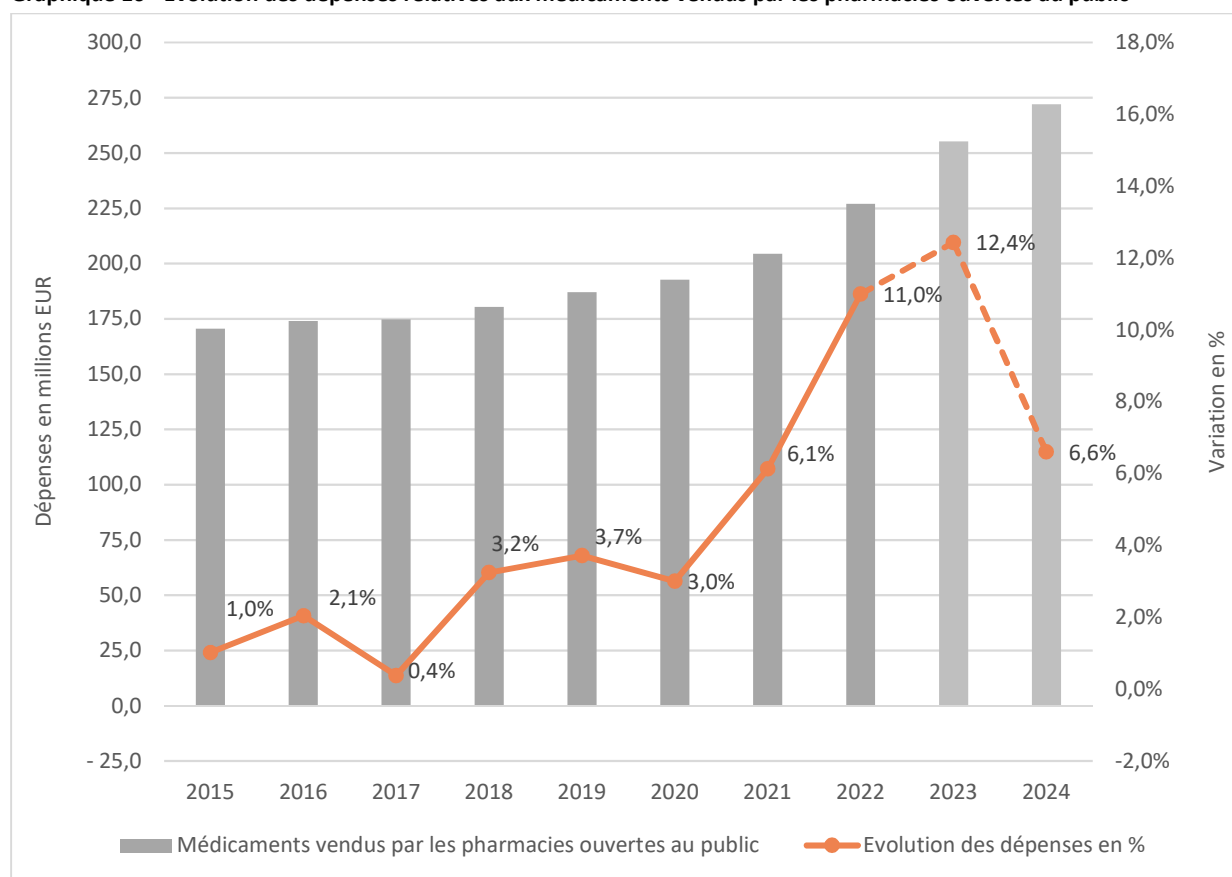
4.2.4 Les médicaments

En 2022, les dépenses liées aux médicaments vendus par les pharmacies ouvertes au public augmentent de 11,0% et s'élèvent à 227,0 millions EUR. L'évolution de 2022 s'explique d'une part par l'augmentation continue du coût par conditionnement, par l'inscription dans la liste positive de nouveaux traitements à fort impact budgétaire et, d'autre part, par l'augmentation du nombre de patients.

Une analyse de ces dépenses selon la date de la prestation met aussi en évidence qu'en 2022 les dépenses pour médicaments à taux préférentiel représentent environ 59,0%, les médicaments à taux normal environ 39,0% et les médicaments à taux réduit environ 3,0% de l'ensemble des dépenses liées aux médicaments vendus par les pharmacies ouvertes au public. Le groupe ATC « Cytostatiques, agents immunomodulateurs », présente, en terme de dépenses, l'évolution la plus importante parmi les groupes ATC.

L'évolution des dépenses relatives aux médicaments dispensés par les pharmacies ouvertes au public est représentée dans le graphique suivant.

¹² Adaptation de la nomenclature par l'introduction d'une nouvelle section concernant la parodontologie, prise en charge du « cone beam » (une radiographie volumique par faisceau conique), introduction de nouveaux actes concernant l'endodontologie et la pose d'implant(s).

Graphique 16 - Évolution des dépenses relatives aux médicaments vendus par les pharmacies ouvertes au public ^{a)b)}

a) Données établies selon la date de la prestation.

b) Les médicaments à délivrance hospitalière sont exclus.

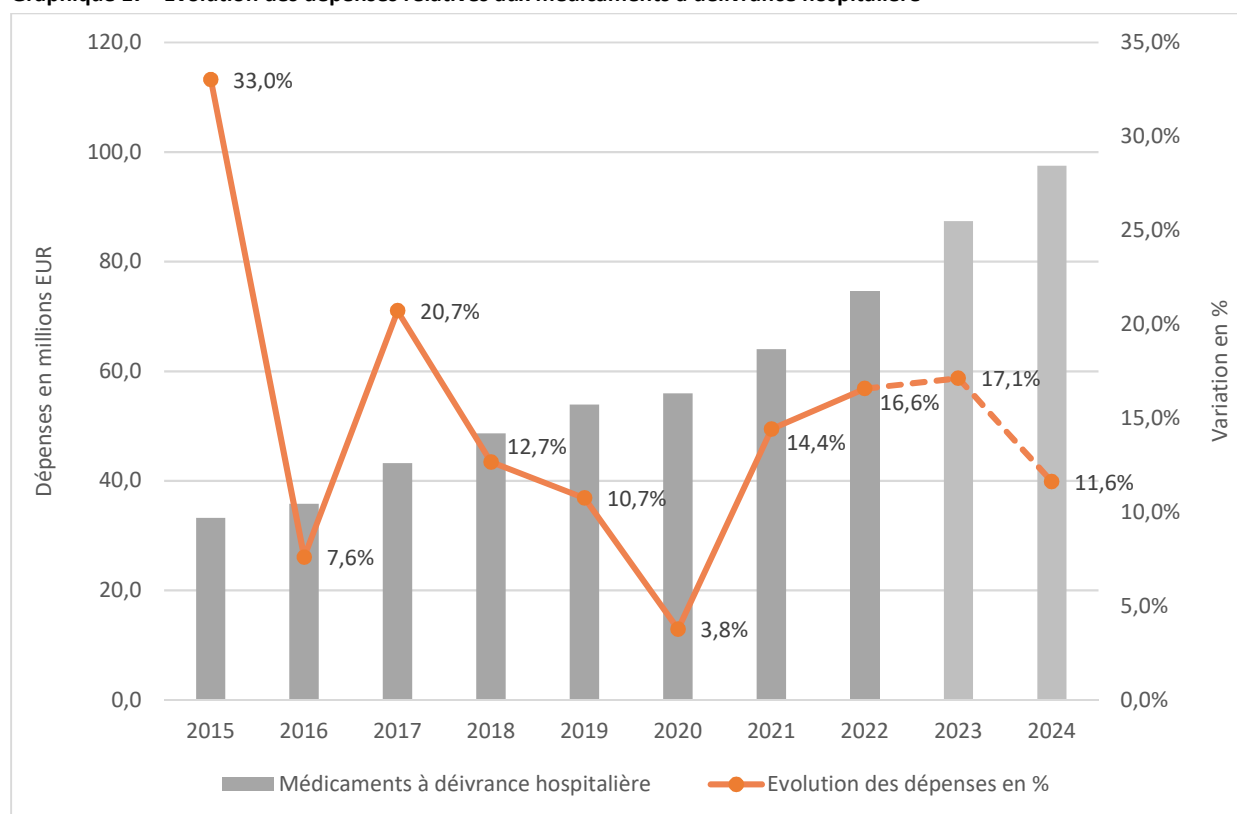
Source : estimations CNS (octobre 2023).

Selon les estimations, les dépenses relatives aux médicaments vendus par les pharmacies ouvertes au public évolueront de 12,4% en 2023 et de 6,6% en 2024.

L'évolution de 2023 s'explique par l'augmentation des prix des médicaments en général suite à l'évolution importante de l'inflation dans tous les pays de l'Union Européenne, le transfert de l'achat des médicaments à délivrance hospitalière vers les pharmacies ouvertes au public¹³, comme par exemple les médicaments pour le traitement de cancers, l'inscription de nouveaux traitements sur la liste positive et de nouvelles indications pour la prise de certains médicaments.

Les dépenses pour médicaments à délivrance hospitalière (médicaments délivrés par les pharmacies des hôpitaux à des patients en ambulatoire p.ex. dans le cadre de traitements anti-cancéreux) s'élèvent à 74,6 millions EUR en 2022.

¹³ Aujourd'hui, la prise en charge des patients souffrant par exemple d'un cancer n'est plus uniquement assurée à l'hôpital. En effet, il existe dorénavant des traitements oraux qui sont vendus dans les pharmacies ouvertes au public et qui permettent le traitement du patient à son domicile.

Graphique 17 - Évolution des dépenses relatives aux médicaments à délivrance hospitalière ^{a)}

a) Données établies selon la date de la prestation.

Source : estimations CNS (octobre 2023).

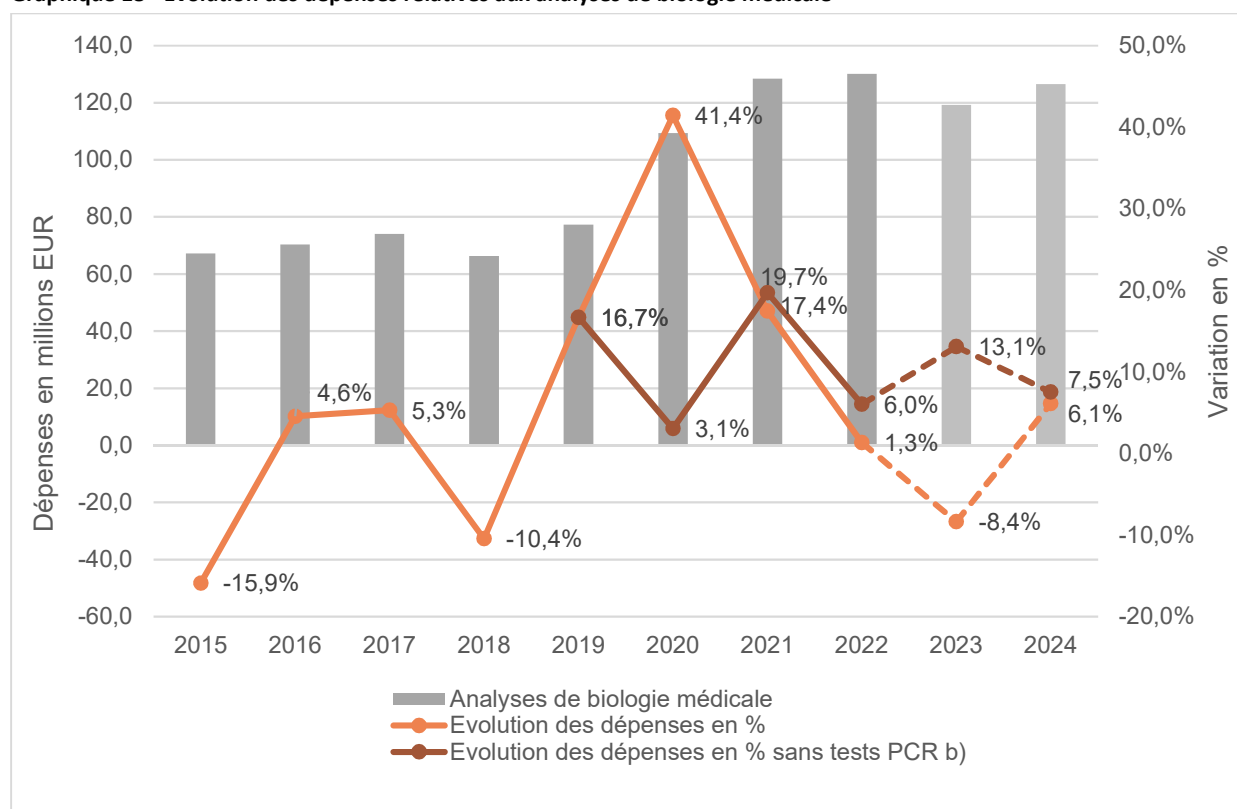
Selon les estimations, les dépenses relatives aux médicaments à délivrance hospitalière évolueront de 17,1% en 2023 et de 11,6% en 2024.

4.2.5 Les analyses de biologie médicale

Après une croissance de 41,4% en 2020 et de 17,4% en 2021, les dépenses relatives aux analyses de biologie médicale augmentent de 1,3% en 2022. Cette évolution tient compte de la diminution du nombre de tests PCR et de leur frotti associé¹⁴. Le coût lié à ces analyses s'élève à 29,0 millions EUR pour 2022 (33,1 millions EUR en 2021). En éliminant les dépenses liées à la réalisation des tests PCR et de leur frotti associé, les dépenses relatives aux analyses de biologie médicale augmentent également de 6,0% en 2022. Cette augmentation est essentiellement due à l'augmentation du nombre des actes facturés.

L'évolution des dépenses relatives aux analyses de biologie médicale est représentée dans le graphique suivant.

¹⁴ BH860 (Coronavirus COVID-19, amplification d'ARN, y compris détection de l'amplification) et BY003 (frotti de la peau et de la muqueuse pour examen microbiologique).

Graphique 18 - Évolution des dépenses relatives aux analyses de biologie médicale ^{a)}

a) Données établies selon la date de la prestation.

b) Il s'agit ici des tests PCR et des frottis y associés (actes BH860 et BY003).

Source : estimations CNS (octobre 2023).

Pour 2023, la variation des dépenses relatives aux analyses de biologie médicale est estimée à -8,4%. Cette évolution tient compte de la diminution du coût des tests PCR et de leur frotti associé¹⁵ (coût estimé à 4,9 millions EUR en 2023, contre 29,0 millions EUR en 2022) et du résultat de la négociation tarifaire 2023/2024 de 3,14%. Compte tenu de la mise en application de la mesure au 1^{er} juillet 2023, la valeur de la lettre-clé est augmentée d'un facteur de rattrapage pour la période allant du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2024 pour compenser la mise en vigueur différée de ladite adaptation.

Hors tests PCR et du frotti y associé, les dépenses relatives aux analyses de biologie médicale augmenteraient de 13,1% en 2023. Cette évolution s'explique par une forte augmentation de l'activité (hors COVID-19) et du résultat de la négociation tarifaire 2023/2024 de 3,14%. En effet, la valeur de la lettre-clé est augmentée d'un facteur de rattrapage pour la période allant du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2024 pour compenser sa mise en vigueur tardive au 1^{er} juillet 2023.

En 2024, les dépenses relatives aux analyses de biologie médicale augmenteront prévisiblement de 6,1%. Cette évolution tient compte de l'évolution de l'activité et de l'augmentation de la valeur de la lettre-clé qui tient compte d'un facteur de rattrapage pour la période allant du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2024. Le coût des tests PCR et du frotti y associé continuera de diminuer et est estimé à 3,6 millions EUR.

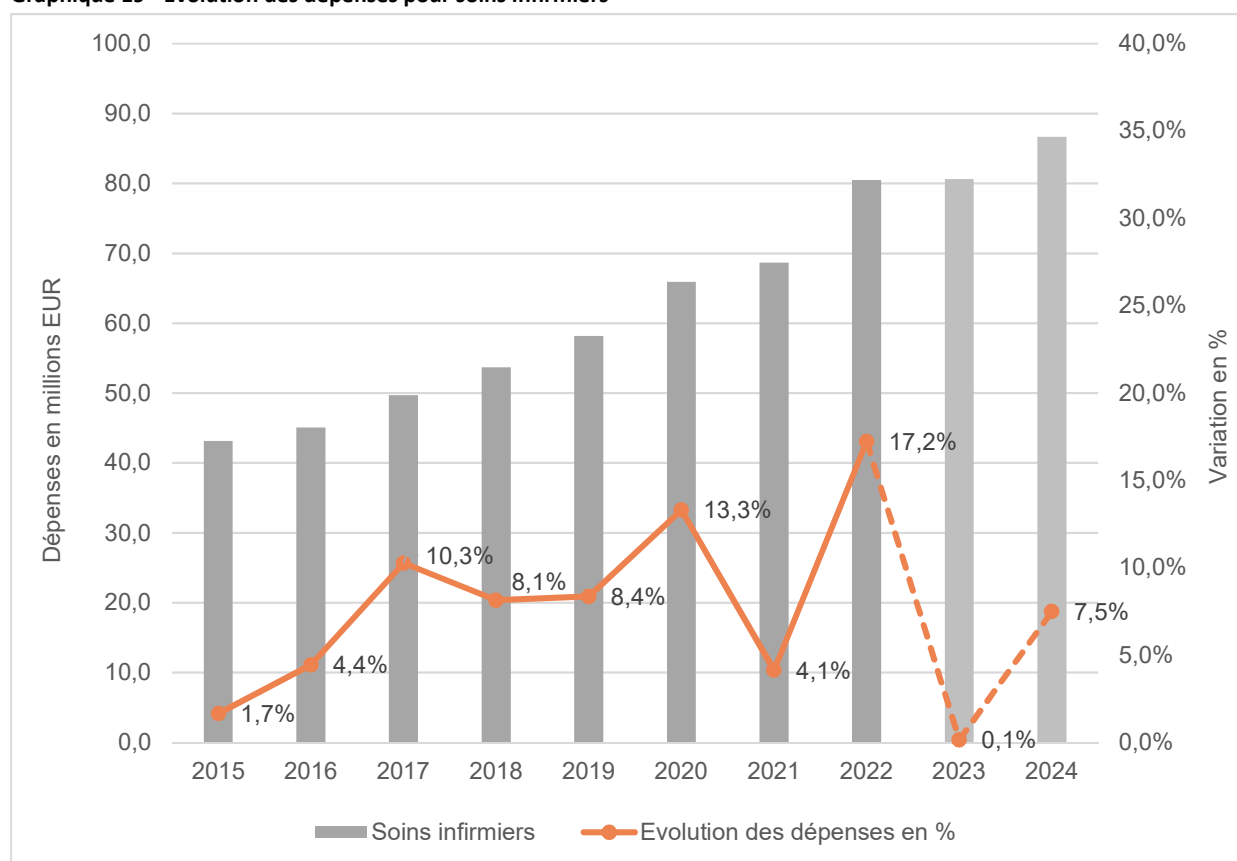
4.2.6 Les soins infirmiers

En 2022, les dépenses pour soins infirmiers augmentent de 17,2%. Cette croissance s'explique notamment par l'augmentation de la lettre-clé de 11,9% couvrant les effets rétroactifs non récurrents de la convention collective de travail du secteur des aides et des soins (CCT-SAS) pour les exercices 2018 à 2020 et une composition structurelle des coûts y relatifs, mais aussi par la variation de l'EMS de 3,8% et l'augmentation de l'activité normale.

¹⁵ La diminution du coût relatif aux tests PCR et de leur frotti associé est due à une réduction du prix du test PCR suite à un changement d'acte (de BH860 à BH803) et à une baisse du nombre de tests PCR réalisés.

L'évolution des dépenses pour soins infirmiers est représentée dans le graphique suivant.

Graphique 19 - Évolution des dépenses pour soins infirmiers^{a)}



a) Données établies selon la date de la prestation.

Source : estimations CNS (octobre 2023).

La hausse de l'activité « normale » se traduit par une augmentation du nombre de personnes dépendantes au sens de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance et bénéficiant en conséquence des forfaits journaliers d'actes infirmiers dans ce cadre.

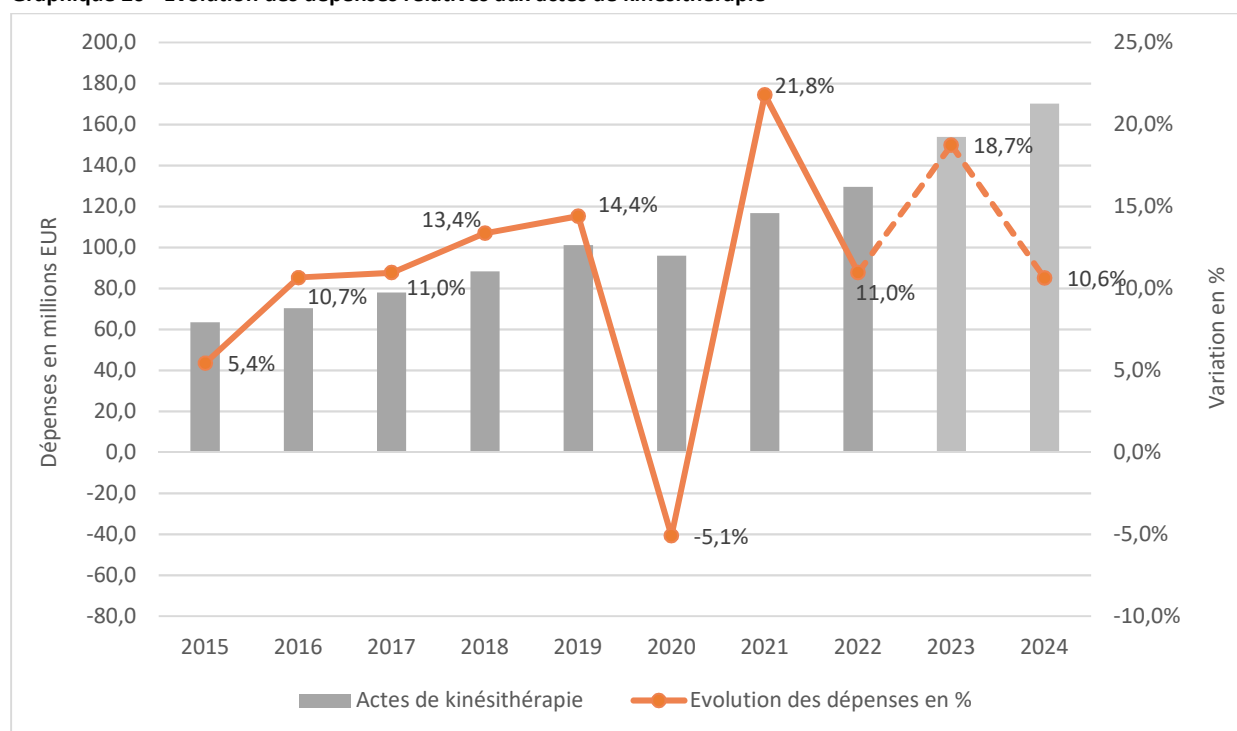
En 2023, l'évolution des dépenses pour soins infirmiers reste stable. Cette évolution tient compte de la variation de l'EMS de 5,7%, du résultat de la négociation tarifaire 2023/2024 de 1,26%, de la variation de l'activité et de la réduction de la valeur de la lettre-clé d'un facteur de rattrapage pour la période allant du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2022.

En 2024, les dépenses pour soins infirmiers évolueront de 7,5%. Cette hausse tient compte de l'évolution de l'EMS de 3,3% et de la variation de l'activité qui est fortement influencée par l'évolution du nombre de personnes dépendantes vivant à leur domicile.

4.2.7 Les soins de kinésithérapie

En 2022, les dépenses relatives aux actes de kinésithérapie affichent une croissance de 11,0%. Cette hausse est influencée par les résultats de la négociation tarifaire 2021/2022 de 2,82% mise en application le 1er novembre 2021 et par un effet de rattrapage pour la période du 1er novembre 2021 au 31 décembre 2022. S'y ajoutent la variation de l'EMS de 3,8% et la variation de l'activité.

L'évolution des dépenses relatives aux actes de kinésithérapie est représentée dans le graphique suivant.

Graphique 20 - Évolution des dépenses relatives aux actes de kinésithérapie ^{a)}

a) Données établies selon la date de la prestation.

Source : estimations CNS (octobre 2023).

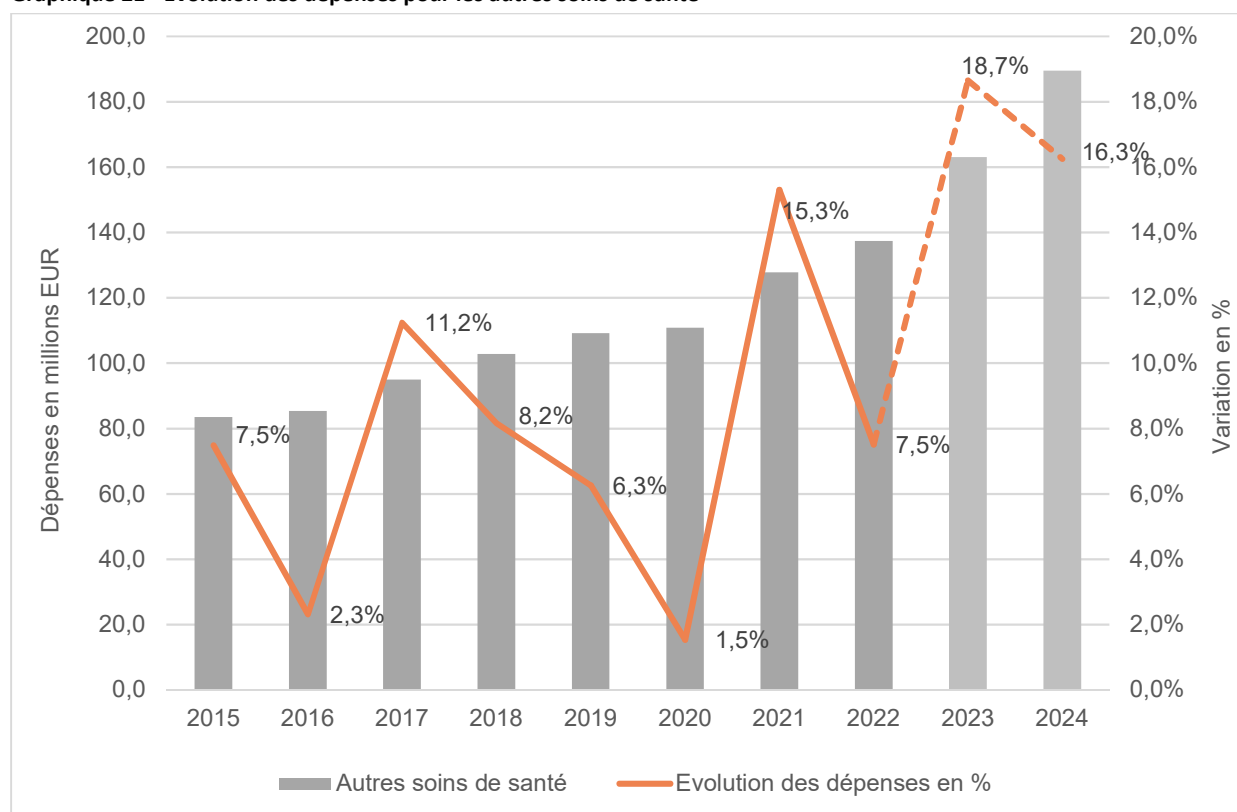
En 2023, les dépenses relatives aux actes de kinésithérapie évolueront prévisiblement de 18,7%. Cette hausse s'explique par la variation de l'EMS de 5,7%, la négociation tarifaire 2023/2024 de 3,22% et une variation de l'activité. Comme le nombre des assurés affiliés à l'assurance maladie-maternité bénéficiant de prestations de kinésithérapie et le nombre de kinésithérapeutes continuent d'augmenter, les dépenses évolueront de pair.

La hausse des dépenses relatives aux actes de kinésithérapie est estimée à 10,6% en 2024. Cette évolution est influencée par la variation de l'EMS de 3,3% et par une variation de l'activité. Au niveau de l'activité, la rééducation orthopédique complexe est le poste de frais le plus important et présente la plus haute évolution d'un point de vue nombre d'actes facturés.

4.2.8 Les autres soins de santé

En 2022, les dépenses pour les autres soins de santé évoluent de 7,5%. Cette évolution tient entre autres compte de la révision de la nomenclature des sages-femmes applicable à partir du 1er février 2022, de la variation de l'échelle mobile des salaires de 3,8% pour les psychomotriciens, les sages-femmes, les prestataires de soins palliatifs, les diététiciens, les rééducateurs en psychomotricité et les orthophonistes. De même, la diminution de la valeur de la lettre-clé des prestataires de soins palliatifs d'un facteur de rattrapage appliqué sur la période allant du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2022 influence l'évolution des dépenses des autres soins de santé. Les dépenses relatives aux cures et aux dispositifs médicaux par contre diminuent en 2022.

L'évolution des dépenses pour les autres soins de santé est représentée dans le graphique suivant.

Graphique 21 - Évolution des dépenses pour les autres soins de santé ^{a)}

a) Données établies selon la date de la prestation.

Source : estimations CNS (octobre 2023).

Les dépenses pour les autres soins de santé évolueront de 18,7% en 2023. Les facteurs qui influenceront cette hausse sont la prise en charge de la psychothérapie à partir du 1^{er} février 2023, la refonte de certaines nomenclatures, la variation de l'EMS de 5,7% et le résultat de la négociation tarifaire 2023/2024 de 3,22% pour les psychomotriciens, les sages-femmes, les prestataires de soins palliatifs, les diététiciens, les rééducateurs en psychomotricité et les orthophonistes. Les dépenses relatives à la médecine préventive augmenteront de 39,3%. Cette évolution est due à une augmentation du nombre d'examen des enfants en bas âge et à un recours plus important au programme de médecine préventive pris en charge par l'assurance maladie-maternité. Les frais de transport augmenteront suite à une hausse des dépenses pour transport en taxi (estimation de +12,3%).

En 2024, les dépenses pour les autres soins de santé augmenteront de 16,3%. Cette évolution est entre autres due à la variation de l'EMS de 3,3%, à la refonte de certaines nomenclatures, à l'augmentation des tarifs pour transport par air et pour transport en taxi.

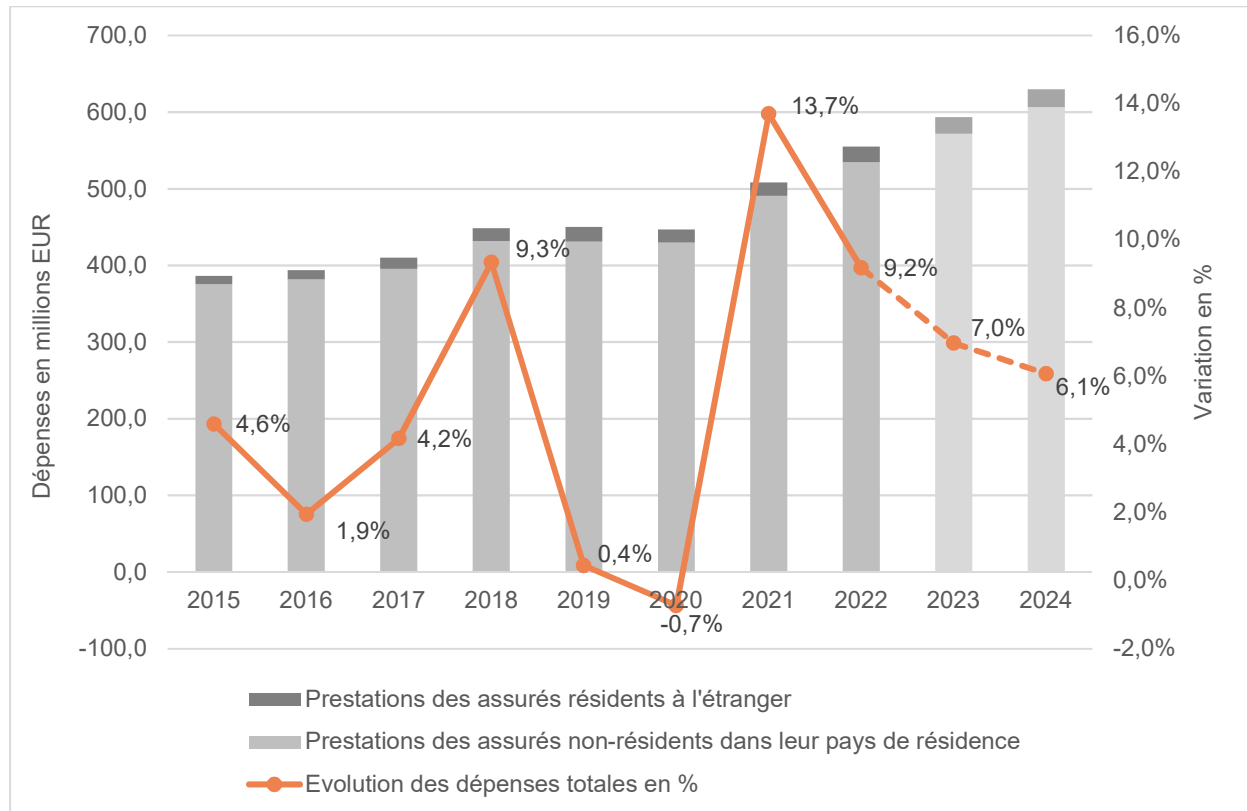
En ce qui concerne les dispositifs médicaux, l'IGSS a été mandatée par Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale pour analyser les adaptations requises du CSS pour répondre aux exigences des règlements européens relatifs aux dispositifs médicaux, (UE) 2017/745 et (UE) 2017/746, en coordination avec les acteurs concernés et conformément aux principes régissant le système de sécurité sociale luxembourgeois, notamment l'assurance maladie-maternité et plus particulièrement en ce qui concerne la prise en charge des médicaments.

4.2.9 Les prestations à l'étranger

Les prestations à l'étranger distinguent entre la prise en charge des soins de santé des assurés résidents et non-résidents dans le cadre des conventions internationales (96,3% des prestations à l'étranger en 2022) et la prise en charge des autres prestations étrangères, notamment planifiées ou non, des assurés résidents bénéficiant de soins de santé à l'étranger.

L'évolution des dépenses pour prestations à l'étranger est représentée dans le graphique suivant.

Graphique 22 - Évolution des dépenses pour prestations à l'étranger ^{a)}

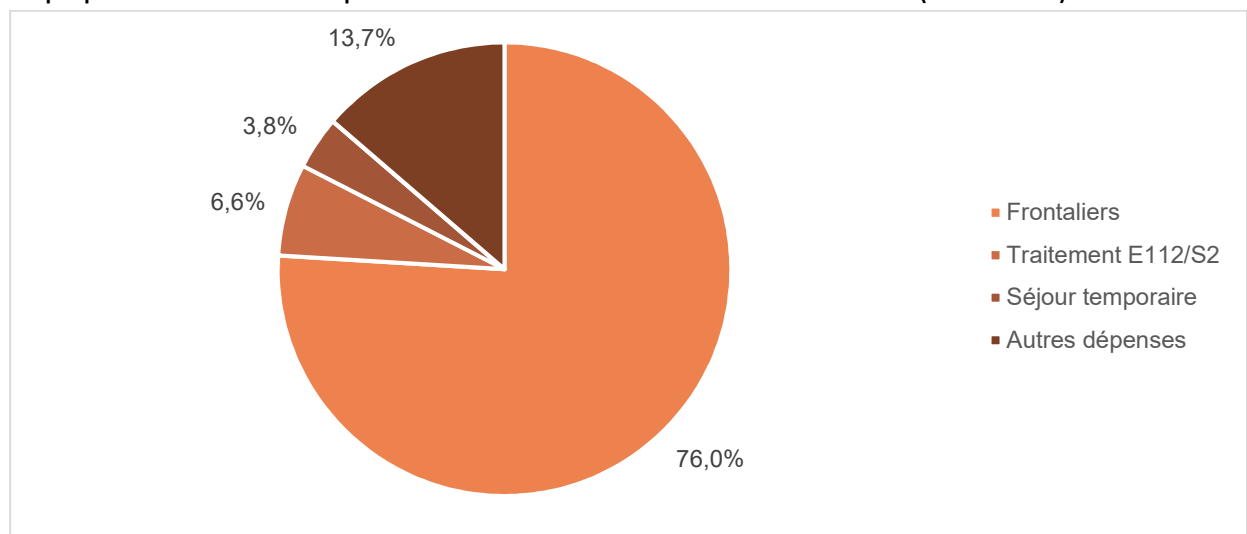


a) Données établies selon la date de la prestation.
 Source: estimations CNS (octobre 2023).

Les dépenses pour les prestations à l'étranger se chiffrent à 555,0 millions EUR en 2022. Leur taux de croissance de 9,2% par rapport à 2021 est notamment dû à une augmentation de 8,9% des dépenses relatives aux conventions internationales.

L'évolution des dépenses relatives aux prestations à l'étranger est estimée à 7,0% pour 2023, et à 6,1% pour 2024. Les dépenses relatives aux conventions internationales, dont le poste le plus important concerne les dépenses des assurés frontaliers (76,0% en 2022), augmenteront de 7,0% en 2023 et de 6,0% en 2024. Les autres prestations transférées à l'étranger évolueront de 6,2% en 2023 et de 8,0% en 2024.

Graphique 23 : Ventilation des dépenses relatives aux conventions internationales en 2022 (en % du total)



Source : CNS, calcul IGSS.

4.3 LES DEPENSES POUR PRESTATIONS EN ESPECES

Les prestations en espèces comprennent les prestations en espèces de maladie ainsi que les prestations en espèce de maternité.

La majorité des dépenses pour prestations en espèces de maladie est associée aux indemnités pécuniaires proprement dites, poste suivi des indemnités de maladie pour périodes d'essais et ensuite des indemnités pour congé d'accompagnement.

Les prestations en espèces de maternité regroupent les indemnités pécuniaires de maternité proprement dites, les indemnités pour femmes enceintes (dispenses de travail) et les indemnités pour le congé pour raisons familiales.

4.3.1 L'évolution des prestations en espèces en cas de maladie, prises en charge par la CNS

Les prestations en espèces prises en charge dans le contexte d'un cas de maladie concernent les arrêts de travail qui dépassent la période de conservation légale de la rémunération¹⁶, ainsi que les remplacements de salaires relatifs à un congé d'accompagnement¹⁷ ou encore les congés de maladie survenus dans le cadre des périodes d'essais.

Le tableau ci-après présente les dépenses pour les prestations en espèces de maladie, établies selon la date de la prestation de 2021 et 2022 et affiche une estimation pour les années 2023 et 2024.

Tableau 6 - Évolution des prestations en espèces de maladie ^{a)} (en millions EUR)

Type de prestation	Estimations actualisées ^{a)}			
	2021	2022	2023	2024
Indemnités pécuniaires proprement dites	231,2	257,2	278,5	288,9
Indemnités pour périodes d'essais	20,3	33,0	24,6	26,1
Indemnités liées à un congé d'accompagnement	0,2	0,2	0,3	0,3
TOTAL	251,7	290,4	303,3	315,2

a) Données établies selon la date de la prestation.

Source : estimations CNS (octobre 2023).

En 2022, les prestations en espèces se situent à 290,4 millions EUR et augmentent de 15,4% par rapport à 2021. Le nombre de bénéficiaires et le nombre de journées d'incapacité de travail augmentent de manière considérable (+21,0% respectivement +6,5%) aboutissant ainsi à une hausse des indemnités pécuniaires proprement dites de 11,2%. Cette évolution reflète l'impact de la crise liée à la COVID-19 sur le nombre de personnes absentes pour cause de maladie. Les indemnités pour périodes d'essais évoluent de 62,7%, ce qui s'explique essentiellement par la crise liée à la COVID-19 mais aussi par le fait que l'emploi continue d'augmenter.

Pour 2023, les dépenses pour prestations en espèces de maladie augmentent prévisiblement de 4,5% pour se situer à 303,3 millions EUR. Cette hausse provient de la croissance des indemnités pécuniaires proprement dites (+8,3%) et de la baisse des indemnités pour périodes d'essais (-25,4%).

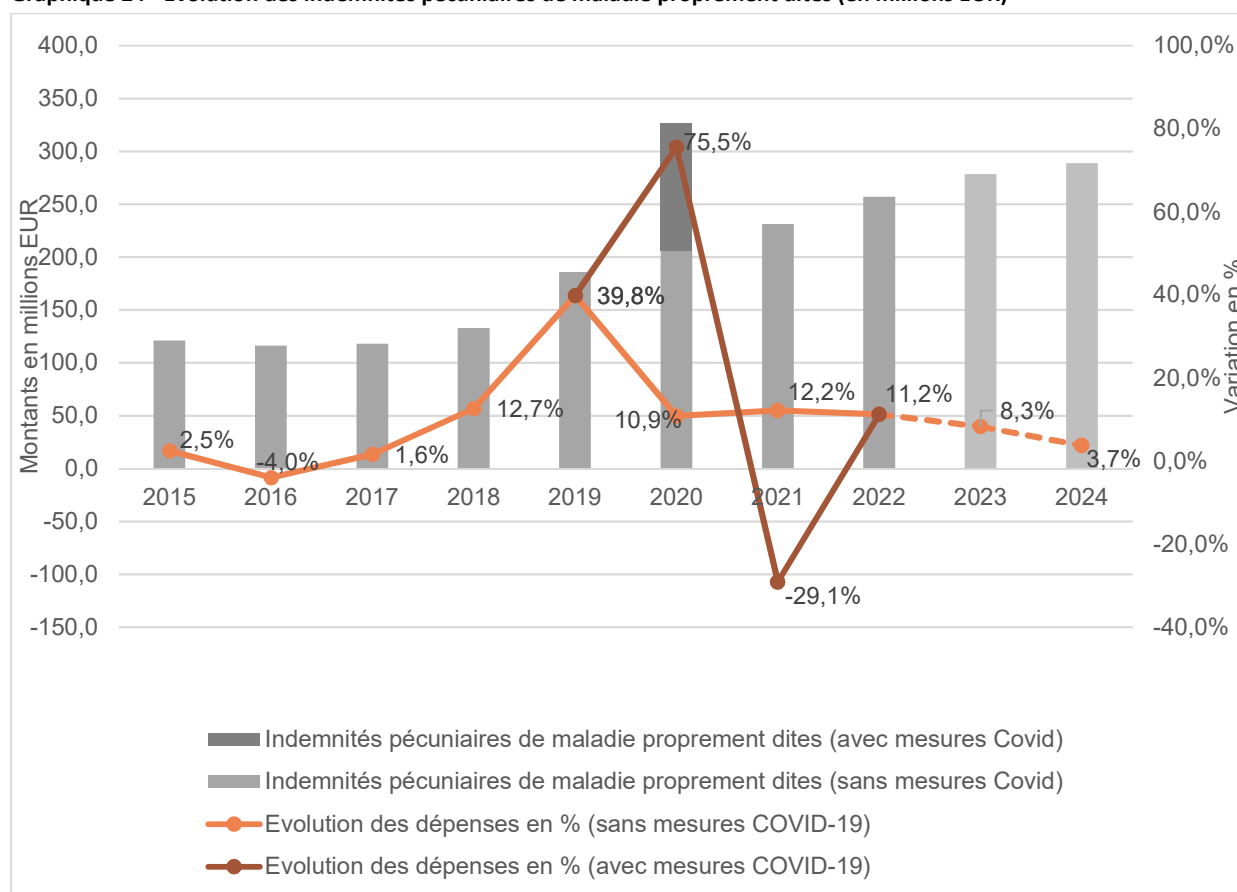
En 2024, l'évolution des dépenses pour prestations en espèces de maladie est estimée à 3,9%. Cette hausse s'explique notamment par une augmentation des indemnités pécuniaires proprement dites de 3,7% et une diminution des indemnités pour périodes d'essais de 6,1%.

L'évolution des indemnités pécuniaires de maladie proprement dites est représentée dans le graphique suivant.

¹⁶ En cas de maladie d'un salarié, l'employeur est tenu de continuer le paiement de la rémunération pendant une période d'environ 13 semaines.

¹⁷ Le congé d'accompagnement a été introduit en 2009 par la [loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie](#).

Graphique 24 - Évolution des indemnités pécuniaires de maladie proprement dites (en millions EUR)



a) Données établies selon la date de la prestation.

Source : estimations CNS (octobre 2023).

4.3.2 L'évolution des prestations en espèces de maternité

Les prestations servies dans le cadre des prestations en espèces de maternité sont les suivantes :

- La période d'indemnisation du congé de maternité est de 8 semaines avant et de 12 semaines après l'accouchement¹⁸ ;
- Le congé d'accueil en cas d'adoption d'un jeune enfant est de huit semaines ;
- La rémunération à charge de l'assurance maladie-maternité d'une dispense de travail de la femme enceinte a été introduite en 1998¹⁹ ;

Le tableau ci-après présente les dépenses pour les prestations en espèces de maternité, établies selon la date de la prestation de 2021 à 2022 et affiche une estimation pour les années 2023 et 2024.

 Tableau 7 - Évolution des prestations en espèces de maternité par type de prestation (en millions EUR) ^{a)}

Type de prestation	Estimations actualisées ^{a)}			
	2021	2022	2023	2024
Indemnités pécuniaires de maternité proprement dites ^{b)}	132,0	140,0	146,6	165,1
Dispense de travail pour femmes enceintes et allaitantes	50,3	49,8	46,6	49,5
TOTAL	182,4	189,8	193,1	214,6

a) Données établies selon la date de la prestation.

b) Y compris le congé d'accueil.

Source : estimations CNS (octobre 2023).

¹⁸ Code du travail, livre III, titre III

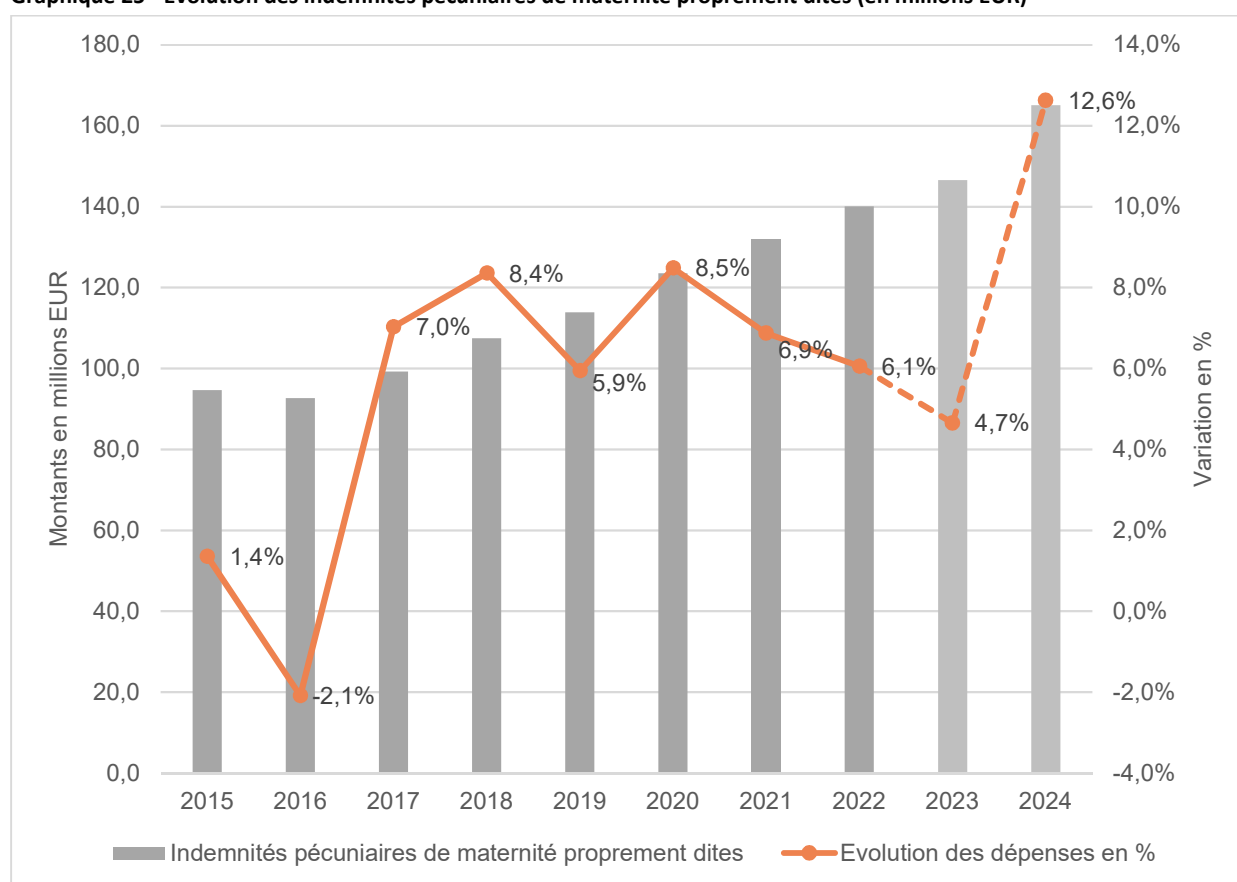
¹⁹ Loi modifiée du 1er août 2001 concernant la protection des travailleuses enceintes, accouchées et allaitantes, remplaçant la loi modifiée du 3 juillet 1975 concernant la protection de la maternité de la femme au travail.

En 2022, les dépenses relatives aux prestations en espèces de maternité se situent à 189,8 millions EUR, ce qui correspond à une hausse de 4,1% par rapport à 2021. Ceci s'explique par une augmentation de 6,1% des indemnités pécuniaires de maternité proprement dites et par une diminution de 1,1% des dépenses liées aux dispenses de femmes enceintes, diminution qui s'explique par l'assouplissement des mesures de protection des femmes enceintes face à leur vulnérabilité à la COVID-19.

Selon les estimations, les prestations en espèces de maternité afficheront une croissance de 1,7% en 2023 et de 11,1% en 2024. L'évolution de 2023 est due à une augmentation de 4,7% des indemnités pécuniaires de maternité proprement dites et une diminution de 6,4% des indemnités pécuniaires de maternité pour la protection des femmes enceintes (dispenses). L'année 2024 affichera prévisiblement une évolution des dépenses liées aux dispenses de femmes enceintes de +6,3% et des indemnités pécuniaires de maternité proprement dites de 12,6%. Dans les mois à venir, il y a lieu de suivre de près l'évolution des indemnités pécuniaires de maternité proprement dites pour vérifier si cette croissance plus élevée prévue se matérialise ou non.

L'évolution des indemnités pécuniaires de maternité proprement dites est représentée dans le graphique suivant.

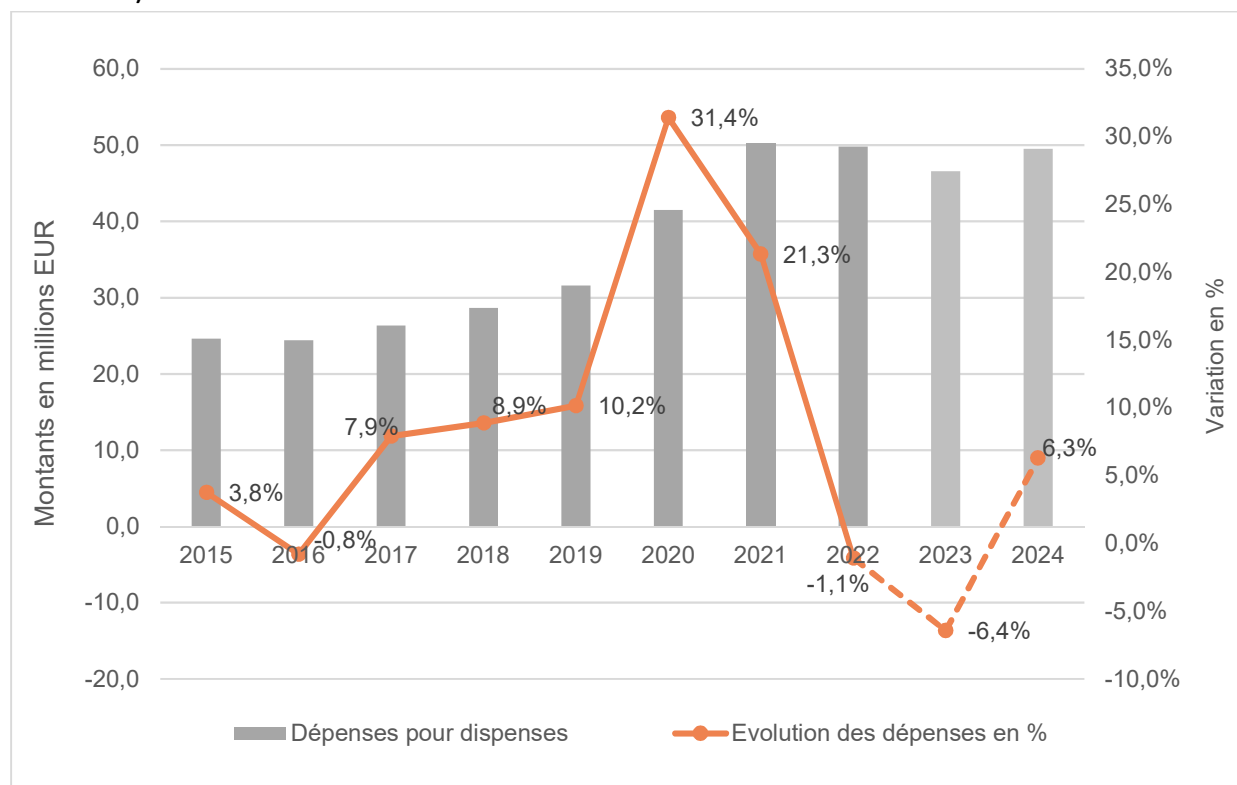
Graphique 25 - Évolution des indemnités pécuniaires de maternité proprement dites (en millions EUR) ^{a)b)}



a) Données établies selon la date de la prestation.

b) Y compris le congé d'accueil.

Source : estimations CNS (octobre 2023).

Graphique 26 - Évolution des indemnités pécuniaires de maternité pour la protection des femmes enceintes (dispenses) (en millions EUR) ^{a)}

a) Données établies selon la date de la prestation.

Source : estimations CNS (octobre 2023).

4.3.3 L'évolution des prestations du congé pour raisons familiales

Le congé pour raisons familiales (CPRF) est destiné aux parents d'enfants malades âgés de moins de 15 ans (ou moins de 18 ans dans le cas d'un enfant handicapé). Il ouvre droit à un arrêt de travail rémunéré de 12 jours pour les enfants appartenant à la tranche d'âge [0-3 ans], de 18 jours pour les enfants appartenant à la tranche d'âge [4-12 ans] et de 5 jours pour les enfants appartenant à la tranche d'âge [13-18 ans]. Dans des cas exceptionnellement graves, et sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS), cette période peut être prolongée.

Le tableau ci-après présente les dépenses relatives au congé pour raisons familiales, établies selon la date de la prestation de 2021 à 2022, et affiche une estimation pour les années 2023 et 2024.

Tableau 8 - Évolution des dépenses relatives au congé pour raisons familiales (en millions EUR) ^{a)}

Type de prestation	Estimations actualisées ^{a)}			
	2021	2022	2023	2024
Congé pour raisons familiales	69,4	46,6	26,8	24,7

a) Données établies selon la date de la prestation.

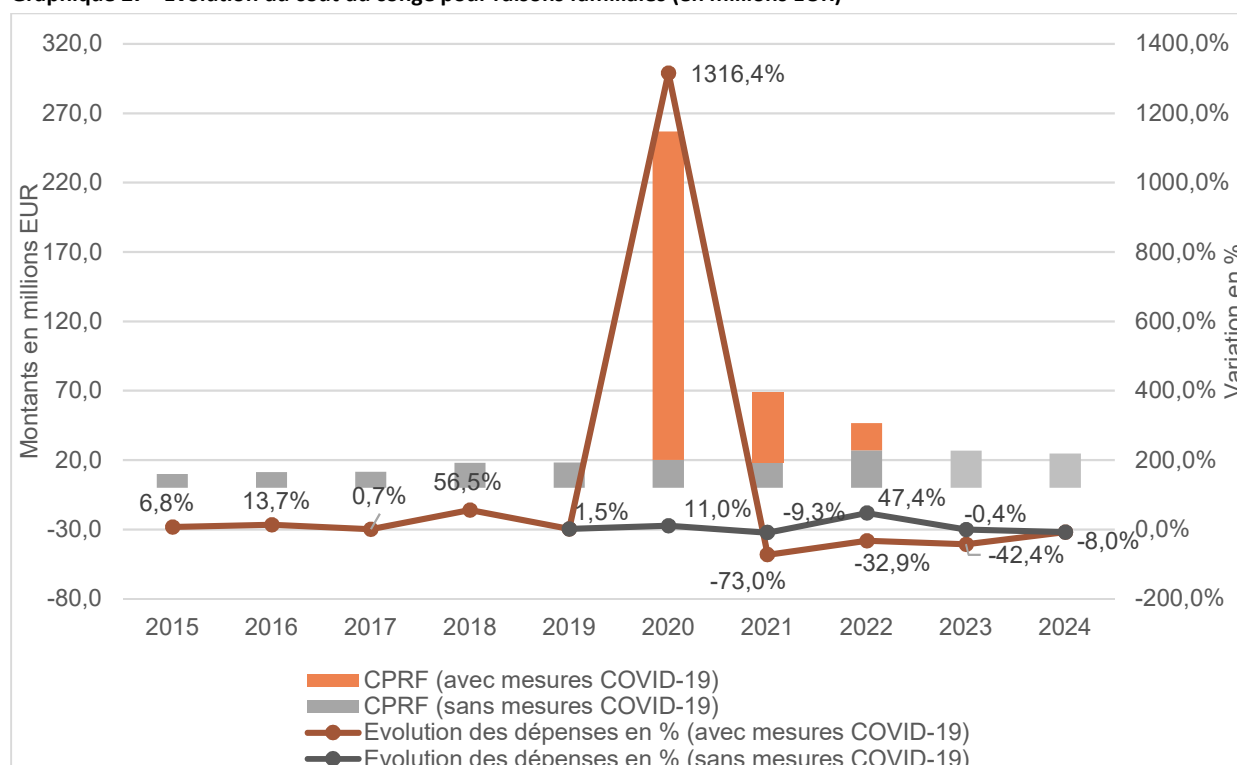
Source : estimations CNS (octobre 2023).

En 2022, le coût relatif au congé pour raisons familiales s'élève à 46,6 millions EUR, ce qui représente une diminution de 32,9% par rapport à 2021. Ce montant s'explique entre autres par la prise en charge par la CNS du congé pour raisons familiales dans le cadre de la pandémie de la COVID-19. Le congé pour soutien familial a pris fin le 25 novembre 2021.

Les estimations pour 2023 chiffrent le montant du congé pour raisons familiales à 26,8 millions EUR et à 24,7 millions EUR pour 2024. La prise en charge par la CNS du congé pour raisons familiales dans le cadre de la pandémie de la COVID-19 a pris fin en avril 2023.

L'évolution du coût du congé pour raisons familiales est représentée dans le graphique suivant.

Graphique 27 - Évolution du coût du congé pour raisons familiales (en millions EUR)



a) Données établies selon la date de la prestation.

Source : estimations CNS (octobre 2023).

4.4 LES AUTRES DEPENSES

Les autres dépenses englobent notamment les décharges et restitutions de cotisations, les frais de gestion du patrimoine, les frais découlant de la convention conclue entre la CNS et le Luxembourg Institute of Health (LIH) et la participation financière de la CNS aux missions de l'Agence eSanté (l'Agence).

En 2022, le montant relatif aux autres dépenses s'élève à 31,9 millions EUR, ce qui correspond à une augmentation de 12,7 millions EUR, soit une hausse de 66,0% par rapport à 2021. Cette augmentation s'explique d'un côté par l'augmentation des décharges et restitutions en cotisations de 9,2 millions EUR et de l'autre côté par l'augmentation de la participation de la CNS au financement des missions de l'Agence de 2,9 millions EUR. Le montant élevé des cotisations et restitutions en 2022 tient compte de la régularisation des adaptations concernant certains délais en matière fiscale, financière et budgétaire dans le contexte de l'état de crise (Loi du 12 mai 2020), ayant mené le CCSS à suspendre pour 2021 d'une part, le calcul d'intérêts de retard sur cotisations et d'amendes d'ordre aux chefs d'entreprises et, d'autre part, à proroger le délai de prescription pour la décharge de cotisations irrécouvrables d'une année.

Le montant prévisionnel 2023 des autres dépenses s'élève à 25,4 millions EUR, ce qui représente une diminution de 20,4% par rapport aux dépenses réelles de l'exercice 2022. Cette baisse est principalement due à la diminution des décharges et restitutions sur cotisations.

Les autres dépenses pour 2024 (30,0 millions EUR) évoluent de 18,2% par rapport au montant prévisionnel 2023. Cette augmentation trouve son origine essentiellement dans l'évolution des dotations aux amortissements sur immeubles (1,0 million EUR) et des frais de digitalisation - médecins (2,6 millions EUR).

Les dotations aux amortissements sur immeubles prévoient une croissance de 166,7% entre le montant prévisionnel pour l'exercice 2023 (0,6 million EUR) et le budget pour l'exercice 2024 (1,6 millions EUR). Cette augmentation résulte du déménagement en 2023 dans la Cité de la sécurité sociale et plus

précisément des amortissements sur le mobilier et l'aménagement dans le nouveau bâtiment de la Cité de la sécurité sociale.

En exécution de l'axe stratégique 3.3.2 du Plan National Santé qui consiste à « *Renforcer la digitalisation du système de santé* », la CNS prévoit à partir de 2024 un investissement de l'ordre de 2,0 millions EUR pour des incitants à la digitalisation, en lien avec l'atteinte de critères prédéfinis de volume d'échange digital médico-administratif et en appliquant une logique de modules thématiques, destinés aux prestataires de soins et consistant ainsi de par leur nature en un service administratif lié à l'exercice légal de la part du prestataire au profit de la CNS.

L'IGSS tient à considérer dès lors que cet incitant ne peut se substituer ni à d'autres mesures en faveur de la digitalisation, notamment la promotion de l'interopérabilité et de la sécurité dans la mise en place de systèmes d'information de santé sous l'égide de l'Agence ou toute autre mesure relative au diagnostic de la maturité digitale en termes d'infrastructure IT, de sécurité informatique et de logiciels, ni aux tarifs des actes et des services des professions de santé opposables.

Aussi l'IGSS insiste qu'il convient de définir des objectifs mesurables et de quantifier la construction de l'incitant sur base du surcoût administratif réel relatif à la mise en place de l'échange digital visé par le module, tout en rappelant que par le principe le coût administratif opérationnel fait partie intégrante du tarif de la prestation de soins. De même, l'attribution de l'incitant doit être organisée selon une procédure transparente, assurant un libre et égal accès à tout prestataire de soins intéressé.

Pour 2024, ces dépenses sont inscrites sur le compte de la classe 68 (Charges diverses - Tiers), mais de par leur nature, il s'agit de frais administratifs de la CNS à comptabiliser à l'avenir au niveau de la classe 60 (Frais d'administration) y relative.

De surcroît, la CNS maintient en 2023 et en 2024, le paiement d'une compensation unitaire aux médecins et médecins-dentistes pour leurs envois digitaux de 44 centimes EUR par envoi en application des dispositions convenues entre la CNS et l'AMMD. Les dépenses y relatives se chiffrent à 0,02 million EUR en 2023 et à 0,7 million EUR en 2024. Sans préjudice de l'avis 19 novembre 2020 de l'IGSS, l'IGSS considère que cette compensation de nature tarifaire, si elle serait à maintenir, serait à considérer, le cas échéant, dans le cadre de la revalorisation de la lettre-clé des prestataires de soins visés.

Depuis la réforme du système de Santé en 2010 portant création de l'Agence), sur base de l'article 60ter du CSS, le financement des missions de l'Agence est pris en charge à raison de deux tiers par la CNS et d'un tiers par l'État. Le législateur a pris soin d'inscrire dans la loi les modalités de financement de l'Agence en les liant aux systèmes d'information de santé sur base de référentiels communs et d'un choix coordonné d'outils assurant l'interopérabilité des différents systèmes dans le cadre des missions légales de l'Agence définies dans le CSS. Ainsi les fonds à prévoir doivent s'inscrire dans une planification détaillée selon un schéma directeur des systèmes d'information de santé, déclinant une stratégie nationale, articulée avec les priorités sanitaires du pays d'une part et les besoins d'échange et de partage des acteurs du secteur d'autre part et dont la réalisation pour chaque objectif doit être évaluée et contrôlée au moyen d'un suivi par projet et d'un décompte détaillé.

La CNS doit veiller dans le cadre de l'exécution budgétaire, à ce que la participation de la CNS au financement des missions de l'Agence (article 60ter CSS) respecte le cadre légal et obtenir dans le cadre de son contrôle budgétaire, au moins annuellement de l'Agence, un décompte détaillé de la part de l'Agence sur les frais réellement encourus par rapport au budget prévisionnel, c'est-à-dire une liste exhaustive reprenant tous les projets de l'Agence et détaillant pour chaque projet, l'état d'avancement, le budget planifié, les coûts encourus ainsi que la réserve accumulée et de clarifier si le budget non utilisé est à allouer aux résultats reportés ou si pour certains projets, il s'agit de fonds dédiés.

Les comptes annuels de l'Agence mettent en évidence des produits constatés d'avance se composant essentiellement des contributions reçues au courant de l'exercice, mais dont les charges relatives ont été reportées à un exercice ultérieur. Le montant des subventions reportées s'élève au 31 décembre 2022 à 9,7 millions EUR, dont deux tiers sur base du financement de la CNS (6,5 millions EUR).

Pour l'exercice 2022, la participation de la CNS au financement des missions de l'Agence se situe à 10,0 millions EUR, ce qui correspond à une hausse de 41,5% par rapport à 2021, alors que les missions légales de l'Agence sont restées inchangées. Dans le cadre du budget pour l'exercice 2022, il n'a pas été tenu compte des produits constatés d'avance accumulés par l'Agence (6,7 millions EUR au 31 décembre 2021).

Le budget prévisionnel pluriannuel visé par l'article 60ter, paragraphe premier, alinéa 2, du CSS, se matérialisant dans un contrat d'objectifs et de moyens (COM) pour la période allant de 2022 à 2024 entre le Ministre de la Santé, le Ministre de la Sécurité sociale et l'Agence est à établir sur base d'un schéma directeur des systèmes d'information de santé déclinant une stratégie nationale. Or, une mise à jour du schéma directeur des systèmes d'information de la santé fait défaut.

Ainsi, les moyens attribués à l'Agence doivent se lire dans la continuité des projets prévus par le COM et tout nouveau projet, dans le cadre des missions de l'Agence au terme de l'article 60ter, paragraphe 1, alinéa 1 du CSS, ne peut être financé que dans un contexte d'une approche projet basée sur le besoin effectif à documenter dans un rapport circonstancié de l'Agence.

Le budget accordé devra assurer dès lors de prime abord l'enchaînement d'une bonne exécution des projets en cours, à savoir le déploiement du dossier de soins partagés et la promotion de l'interopérabilité et de la sécurité dans la mise en place de systèmes d'information de santé en vertu de l'article 60ter du CSS.

Pour rappel, entre 2012 et 2022, 77,0 millions EUR ont été investis par l'État et CNS dans l'Agence, dont 25,7 millions EUR incombent à l'État et 51,3 millions EUR à la CNS.

Le budget de l'État pour l'exercice 2023 retient à l'article 14.0.31.051 un montant de 5,8 millions EUR en tant que participation de l'État aux missions de l'Agence. La participation financière de la CNS aux missions de l'Agence, à savoir 11,6 millions EUR et correspondant au double de la participation financière de l'État, présente une progression de 16,0% par rapport à la participation de la CNS pour l'exercice 2022 (10,0 millions EUR). Il n'a pas été tenu compte des produits constatés d'avance accumulés par l'Agence pour l'établissement du budget pour l'exercice 2023.

Pour 2024 la participation financière de la CNS aux missions de l'Agence sera de 12,2 millions EUR, en ligne avec le budget prévisionnel pluriannuel, sans pour autant tenir compte des produits constatés d'avance accumulés par l'Agence.

5 CONCLUSIONS

Les mesures introduites par la réforme du système de soins de santé en 2010 et prolongées jusqu'en 2016 ont contribué à encadrer l'évolution des dépenses de soins de santé au Luxembourg. En outre, l'abrogation du plafond légal de la réserve le 1er janvier 2017 a permis une augmentation continue et significative de la réserve globale de l'assurance maladie-maternité. Ces réserves ont permis de financer des dépenses structurelles introduites en 2018 par la loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, ainsi que des dépenses pour améliorer la prise en charge des patients et des dépenses liées aux adaptations de la convention collective de travail dans le secteur hospitalier.

En 2022, la crise sanitaire a continué d'avoir des répercussions à divers égards. Afin d'atténuer l'impact de cette crise sur la population protégée, les mesures prises par le Gouvernement notamment par des adaptations temporaires au niveau du congé pour raisons familiales et des indemnités pécuniaires de maladie restent en vigueur jusqu'au 1er avril 2023. De plus, les réserves substantielles de l'assurance maladie-maternité ont permis de soutenir financièrement les mesures prises par le Gouvernement dans le cadre de la réorganisation du système de santé en réponse à la crise sanitaire liée à la COVID-19.

Dans le présent rapport sur la situation financière de l'assurance maladie-maternité, sont également soulevés à côté de l'analyse de l'évolution des recettes et des dépenses, plusieurs sujets pertinents tels que notamment les impacts de la loi sur le virage ambulatoire, le financement d'incitants à la digitalisation des médecins, l'application en 2024 d'un facteur de rattrapage lié à certaines valeurs lettre-clés en raison d'une application tardive de la revalorisation des lettre-clés pour les médecins, les médecins-dentistes et les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique. De surcroît, les réserves des établissements hospitaliers et la comptabilisation des primes annuelles dans le cadre du programme qualité sont également abordés.

Les projections présentées dans ce rapport se basent, en ce qui concerne les prestations de soins de santé, sur des estimations établies par la CNS en octobre 2023, tandis que les recettes s'appuient sur la trajectoire reprise dans la note au Formateur du Comité économique et financier national (CEFN).

L'évolution des dépenses de l'assurance maladie-maternité de 2022 de 8,8% s'explique par une augmentation des dépenses pour soins de santé de 9,2% et une augmentation des dépenses pour prestations en espèces de 5,0%.

Les recettes augmentent de leur côté de 9,3%, ce qui s'explique entre autres par le versement d'une dotation de 37,5 millions EUR par l'État à la CNS correspondant à la dette de l'État envers la CNS cumulée sur les exercices 2020, 2021 et 2022 dans le cadre des mesures prises dans le contexte de la lutte contre le virus COVID-19.

Les dépenses courantes dépassent les recettes courantes en 2022, engendrant un solde des opérations courantes négatif de l'ordre de 41,6 millions EUR. Le rapport entre la réserve globale et les dépenses courantes se situe à 21,8% en 2022.

En 2023, le solde des opérations courantes prévisible sera positif et s'élèvera à 24,9 millions EUR, mais le solde des opérations courantes de 2024 deviendra de nouveau négatif et se situera à -51,9 millions EUR.

Les estimations prévoient un rapport entre la réserve globale et les dépenses courantes qui continuera à diminuer en passant prévisiblement à 20,8% en 2023 et à 18,2% en 2024.

Le tableau suivant résume le niveau de la réserve légale en 2024.

Tableau 9 - Le niveau de la réserve fin 2024 (en millions EUR)

	31.12.2024 ^{a)}
Réserve globale	834,6
Minimum légal = 10% des dépenses courantes	459,2
Rapport réserve globale / dépenses courantes	18,2%

a) Source : estimations CNS (octobre 2023).

Ainsi pour l'année 2024, le niveau de la réserve globale se situant à 18,2% sera supérieur au minimum légal de 10,0% du montant annuel des dépenses courantes, tel que prévu à l'article 28 du CSS.

Concernant la sensibilité du niveau projeté de la réserve fin 2024 dans un contexte géopolitique hostile, l'IGSS tient à souligner le risque d'un ralentissement de la croissance de l'emploi en 2023 et 2024 par rapport aux projections actuelles retenues dans le cadre du scénario retenu. Ainsi, le chapitre 3.3 du présent rapport comprend une analyse de sensibilité du niveau de la réserve. Dès lors, dans le cas d'un ralentissement de l'évolution du marché de travail de 0,5 point de pourcentage par rapport au scénario de base, la réserve de l'assurance maladie-maternité s'élèverait prévisiblement à 17,2% en 2024 et se situerait ainsi toujours largement au-dessus du seuil légal de 10,0%.

Au vu de ces éléments, l'IGSS ne peut qu'appeler à la prudence sur toutes les actions qui visent un changement structurel, même mineur, de l'organisation de l'assurance maladie-maternité, tant en ce qui concerne la prise en charge des prestations, tant en ce qui concerne les recettes.

6 ANNEXES

ANNEXE 1 : L'IMPACT FINANCIER DES MESURES DECIDEES PAR LE GOUVERNEMENT DANS LE CADRE DE LA PANDEMIE COVID-19 SUR LE BUDGET DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE

Le tableau suivant résume l'impact financier sur le budget de l'assurance maladie-maternité des différentes mesures décidées par le Gouvernement dans le contexte de la pandémie COVID-19.

Tableau 10 - Récapitulatif des mesures décidées par le Gouvernement en réponse à la lutte contre la COVID-19 et impactant le budget de l'assurance maladie-maternité (montants en millions EUR)

	Montant 2020	Actualisation 2021	Actualisation 2022	Estimation 2023
Soins de santé ^{a)}				
Soins de médecine	84,0	35,5	18,3	6,1
Forfait horaire en cas de consultation et de traitement dans le cadre de l'épidémie COVID-19 selon les recommandations de la Direction de la santé, y compris, le cas échéant, la téléconsultation et l'établissement des prescriptions médicales (FC45)	70,2	21,4	4,5	-
Téléconsultation dans le cadre de l'épidémie COVID-19 selon les recommandations de la Direction de la santé, y compris, le cas échéant, l'établissement des prescriptions médicales ou de déclarations d'incapacité de travail (C45)	12,1	8,2	6,7	3,6
Consultations dans un centre de consultations dédié à la prise en charge des patients atteints du COVID-19 (C801-C803) ^{b)}				
Consultations au service d'urgence d'un hôpital de garde ou au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patient atteint du COVID-19 (C811-C828) ^{b)}	1,7	3,0	4,1	2,0
Traitement hospitalier stationnaire pour patients atteints du COVID-19 (F53-F641) ^{b)}				
Forfait pour inscription dans le registre de vaccination contre la COVID-19, selon les directives de la Direction de la santé, d'un patient reconnu vulnérable (C46)	-	2,9	2,9	0,5
Forfait pour vaccination contre la COVID-19 et inscription dans le registre de vaccination, selon les directives de la Direction de la santé (C47)				
Forfait réservé aux médecins spécialistes en médecine générale, gériatrie, pédiatrie et médecine interne pour visite et vaccination contre la COVID-19 de personnes ne pouvant se déplacer en consultation pour raison médicale, et inscription dans le registre de vaccination, selon les directives de la Direction de la santé (V801) ^{b)}	-	0,0	0,1	0,0
Indemnité horo-kilométrique, par kilomètre, pour la vaccination contre la COVID-19 de personnes ne pouvant se déplacer en consultation pour raison médicale (K3) ^{b)}	-	0,0	0,0	0,0

Soins de médecine dentaire	9,4	0,0	0,0	0,0
Forfait horaire et majoration du forfait horaire FD45 en cas de consultation et de traitement dans le cadre de l'épidémie COVID-19 selon les recommandations de la Direction de la santé, y compris, le cas échéant, la téléconsultation et l'établissement des prescriptions médicales (FD45, FD46)	9,4	0,0	-	-
Téléconsultation dans le cadre de l'épidémie COVID-19 selon les recommandations de la Direction de la santé, y compris, le cas échéant, l'établissement des prescriptions médicales (DC45) b)	0,0	0,0	0,0	0,0
Laboratoires d'analyses médicales	29,7	33,1	29,0	4,9
Coronavirus Covid-19, amplification d'ARN y compris détection de l'amplification (BH860)	29,7	33,1	29,0	4,9
Infirmiers	3,2	0,6	1,9	0,1
Forfait journalier pour mesures de surveillance médicale accrue temporaire dans le cadre de l'épidémie COVID-19 pour des patients symptomatiques avec signes cliniques de gravité dans les établissements d'aides et de soins (N845)	3,2	0,6	1,9	0,1
Sages-femmes^{b)}	0,0	0,0	0,0	0,0
Téléconsultation dans le cadre de l'épidémie COVID-19 selon les recommandations de la Direction de la santé, y compris, le cas échéant, l'établissement des prescriptions médicales (S45)	0,0	0,0	0,0	0,0
Total soins de santé	126,4	69,2	49,2	11,1
Prestations en espèces				
Congé pour raisons familiales	238,0	50,0	18,0	-
Prise en charge CNS dès le premier jour d'incapacité de travail	132,0	-	-	-
Gel de la limite des 78 semaines d'incapacité de travail	2,0	4,0	0	-
Congé pour soutien familial	0,4	0,1	0	-
Total prestations en espèces	372,4	54,1	18,0	-
TOTAL	498,7	123,3	67,2	11,1

Source : IGSS pour les dépenses pour prestations en espèces, estimations CNS pour les dépenses pour soins de santé (octobre 2023).

a) Montants < 50 000.

b) Données établies selon la date de la prestation, calcul IGSS (septembre 2023).

c) A l'exception du gel de la limite des 78 semaines d'incapacité de travail, les mesures décidées par le Gouvernement relatives aux prestations en espèces sont à charge du budget de l'État et atteignent un montant de 437,5 millions EUR sur la période de 2020 à 2022. Or, comme dans le cadre de la pandémie, le Haut-Commissariat à la Protection nationale a financé en 2020 un montant de 14,0 millions EUR qui aurait dû être à charge du budget de l'assurance maladie-maternité, le montant à rembourser par l'État s'élève à 423,5 millions EUR. Un décompte définitif de la mesure relative au CPRF est en attente.

ANNEXE 2 : SUIVI DE L'EBG

Le tableau qui suit présente la différence entre l'EBG fixée par le Gouvernement et les dépenses prévisibles de l'EBG pour les années 2015 à 2024.

Tableau 11 : Suivi de l'EBG (en millions EUR)

	EBG 2015	EBG 2016	EBG 2017	EBG 2018	EBG 2019	EBG 2020	EBG 2021	EBG 2022	EBG 2023	EBG 2024
Frais fixes (y inclus provisions pour décompte)	682,6	698,8	735,7	825,9	877,8	928,8	968,7	1010,8	1110,7	1140,6
Montant à récupérer sur mutuelle									-8,5	-2,1
Frais variables	152,9	167,4	175,0	191,4	209,5	215,6	235,6	250,0	270,2	286,4
Frais variables Art.21	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	8,4	8,4	9,5	0,0	0,0
Dépenses prévisibles non encore provisionnés									13,0	12,7
Prime annuelle	14,8	15,1	15,5	11,2	18,1	19,5	20,5	21,4	23,3	24,2
Pension complémentaire	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,0	0,0
Indemnités de garde ^{a)}	0,5	0,8	0,8	5,1	5,4	5,4	5,4	5,4	0,0	0,0
Dépenses prévisibles EBG	851,2	882,4	927,2	1033,9	1116,1	1177,9	1238,9	1287,9	1408,7	1461,7
EBG accordée par Gouvernement	863,1	889,0	910,7	1033,9	1127,7	1182,9	1246,8	1287,9	1424,4	1479,4
EBG accordée - Dépenses prévisibles EBG					11,6	5,0	7,9	0,0	15,7	17,7

a) Les montants de l'EBG fixés par le Gouvernement pour les exercices 2023 et 2024 contiennent une surestimation des prix énergétiques de sorte que les dépenses prévisibles actuelles restent inférieures aux montants accordés par le Gouvernement

b) Les frais variables article 21 sont dans l'EBG en 2019/2020/2021 et exclus dès 2022

c) Le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2023 prévoit la prise en charge l'indemnisation des gardes sur place de la continuité de service, de l'indemnisation des astreintes de la continuité de service et de l'indemnisation des astreintes du service national d'urgence des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements spécialisés

Source : estimations CNS (octobre 2023).

Au vu des éléments qui précèdent et selon les projections actuelles des dépenses, l'EBG 2023 accordée permettra le financement des prestations opposables pour l'année 2023. Les projections tiennent compte de l'adaptation du taux de cotisation moyen de la Mutualité des Employeurs en faveur des employeurs que la CNS récupérera dans le cas des établissements hospitaliers. L'EBG 2023 permettra le paiement de la totalité de la prime annuelle liée au programme qualité 2023. Le montant prévisible du solde restant résultant de la comparaison du montant de l'EBG accordée par le Gouvernement et les dépenses prévisibles de l'EBG s'élève à 15,7 millions EUR en 2023.

Sur base de l'analyse qui précède, l'IGSS est d'avis que l'EBG 2023 fixée par le Conseil de Gouvernement est selon les estimations actuelles pour couvrir les dépenses opposables des établissements hospitaliers.

L'IGSS maintient cependant sa recommandation que, par principe de prudence, en cas d'insuffisance de l'enveloppe, les avances liées à la prime annuelle dans le cadre du programme qualité payées pour le financement de prestations opposables soient allouées dans les limites du solde EBG disponible.