

INTRODUCTION

En 2015, la population protégée par l'assurance maladie-maternité pour les soins de santé s'élève à 793 044 personnes en moyenne annuelle. 66% de cette population est résidente, 34% est non-résidente. 341 443 personnes, soit 42,9% de la population protégée a droit aux prestations en espèces payées en cas de maladie ou de maternité. 505 444 personnes protégées résidentes ont bénéficié d'un remboursement de la Caisse nationale de santé (CNS) en 2015.

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

Le but de l'assurance maladie-maternité est d'assurer l'accès équitable à des soins de santé de qualité pour toute la population, indépendamment du statut social ou du revenu et de garantir la sécurité financière en cas de maladie. Elle vise un taux de couverture optimal de la population ainsi qu'une prise en charge complète des soins de santé dans les limites de " l'utile et du nécessaire ".

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

Les prestations de l'assurance-maladie comprennent les soins de santé et les prestations en espèces. Les soins de santé et les mesures de médecine préventive suivantes sont pris en charge :

- les soins de médecine et de médecine dentaire ;
- les soins dispensés par les professionnels de santé ;
- le traitement en milieu hospitalier et extrahospitalier ;
- les analyses de laboratoire, l'imagerie médicale et la physiothérapie ;
- les médicaments ;
- les moyens curatifs et produits accessoires ;
- la rééducation, les cures thérapeutiques et de convalescence ;
- les frais de voyage et de transport ;
- les soins palliatifs.

Sur base de conventions avec le ministre ayant dans son attribution la Santé, l'assurance maladie-maternité prend en charge des programmes de médecine préventive pour des populations ciblées : par exemple, le suivi médical pour femmes enceintes et des enfants en bas âge, le dépistage prénatal d'anomalies congénitales et des programmes de vaccinations (grippe, papillomavirus) pour des groupes de personnes à risque.

L'offre de soins de santé couverte par l'assurance maladie-maternité varie avec le temps ; récemment la psychothérapie fait partie des prestations remboursées.

L'assurance maladie-maternité offre également aux assurés sociaux actifs, salariés et non-salariés, des prestations en espèces, c'est-à-dire un remplacement de salaire en cas de maladie ou lors d'un congé maternité. Elles sont servies jusqu'à concurrence du plafond cotisable mensuel qui correspond à 5 fois le salaire social minimum (SSM)¹. A noter que les prestations en espèces de maternité concernent le congé légal pré- et postnatal, la dispense de travail pour femmes enceintes ainsi que des prestations assimilées : congé d'accueil en cas d'adoption d'un enfant ou congé pour raisons familiales pour soigner ses enfants malades.

1. Le SSM mensuel est fixé à 1 922,56 EUR (indice courant) au 1^{er} janvier 2015.

ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

La CNS, qui est l'organisme de gestion de l'assurance maladie-maternité, est placée sous la responsabilité d'un comité-directeur qui se compose de représentants des salariés, des professions indépendantes et des employeurs :

- La CNS est compétente pour l'élaboration du budget annuel global, de la programmation pluriannuelle, et de la fixation du taux de cotisation. Elle établit les règles concernant son propre fonctionnement et statue sur le décompte annuel. Elle arrête les statuts déterminant les modalités de prise en charge. Toutes ces décisions sont soumises à l'approbation ministérielle ;
- La CNS négocie les conventions avec les prestataires ;
- Elle procède à la liquidation des frais pour soins de santé et à la liquidation des prestations en espèces de maladie pour les périodes de maladie dépassant le cadre légal d'intervention patronale. En cas de maternité, la CNS prend en charge la totalité des prestations liées au congé de maternité.

Pour les périodes de maladie intervenant au cours de la période de conservation légale de la rémunération, les prestations en espèces sont, dans un premier temps, avancées par les employeurs. Ces derniers sont ensuite remboursés à concurrence de 80% des rémunérations payées à leurs salariés par la Mutualité des employeurs, institution de sécurité sociale créée par loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé.

L'assurance maladie-maternité a comme souci majeur la gestion optimale des ressources afin de garantir un accès équitable aux soins, de maintenir un niveau de protection élevé tout en préservant la viabilité financière du système.

A cette fin, le Code de la sécurité sociale (CSS, Art. 80) prévoit un comité quadripartite, qui réunit au moins une fois par an les représentants des départements ministériels concernés, des organisations des salariés et des employeurs ainsi que des prestataires de soins. Le comité est appelé à examiner annuellement :

- l'équilibre financier de l'assurance maladie-maternité sur base du budget prévisionnel ;
- l'adaptation du système de santé aux besoins de la population, à l'évolution du progrès médical et des ressources dont dispose le pays.

Le comité quadripartite peut proposer ensuite toutes les mesures qu'il juge opportunes pour améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé.

FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

L'assurance maladie-maternité est essentiellement financée par des cotisations. La charge des cotisations est répartie par parts égales entre les assurés et les employeurs. Des règles différentes s'appliquent aux indépendants, aux membres de l'armée et de la police grand-ducale, aux salariés handicapés etc. L'Etat supporte 40% des cotisations. Actuellement, le taux de cotisation de l'assurance maladie-maternité est fixé à 5,6%. Ce taux est majoré de 0,5% pour les assurés ayant droit aux prestations en espèces.

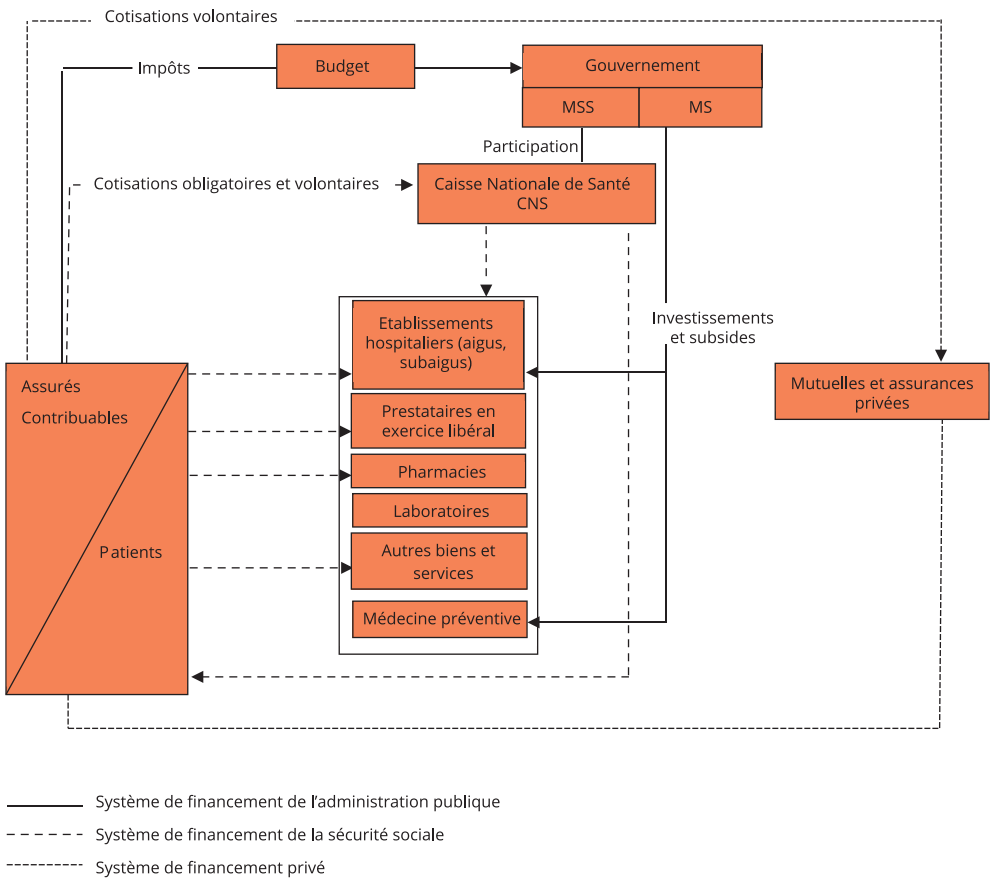
Jusqu'au 31 décembre 2018, suite à la réforme du système des soins de santé en 2010, l'Etat compense les charges occasionnées par l'intégration des prestations de maternité par une dotation annuelle de 20 millions EUR.

Afin de faire face aux charges incombant à l'assurance maladie-maternité, la CNS doit constituer une réserve qui ne peut être inférieure à 10%, ni supérieure à 20% du montant annuel des dépenses. Toutefois, cette réserve peut, par dérogation de la loi budgétaire, être révisée à la baisse. Cela a été fait entre 2010 et 2015.

Le financement de la Mutualité des employeurs repose, quant à lui, sur un système de classes de risque au sein desquelles les entreprises sont réparties. A chaque classe (4 au total) correspond un taux de cotisation. Ces derniers sont adaptés chaque année. L'appartenance à une classe de risque dépend du taux d'absentéisme financier constaté au cours d'une fenêtre d'observation donnée. En plus des cotisations versées par les employeurs, le financement de la Mutualité est assuré par une contribution de l'Etat inscrite à l'article 56 du CSS.

Le schéma suivant retrace l'organisation actuelle et le financement des soins de santé au Luxembourg.

Graphique 1: Organigramme des soins de santé au Luxembourg en 2015



1. LES RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Les ressources du secteur de la santé se répartissent en ressources humaines, ressources matérielles et ressources financières. La section sur les ressources humaines présente, par groupes professionnels, les caractéristiques des médecins et médecins dentistes ainsi que celles des autres professions de santé. Ensuite, un point sera fait sur les ressources matérielles en décrivant les établissements hospitaliers, les maisons médicales et les officines de pharmacie. Enfin, les ressources financières sont traitées dans les sections " les soins de santé " et " données financières ".

1.1. LES RESSOURCES HUMAINES

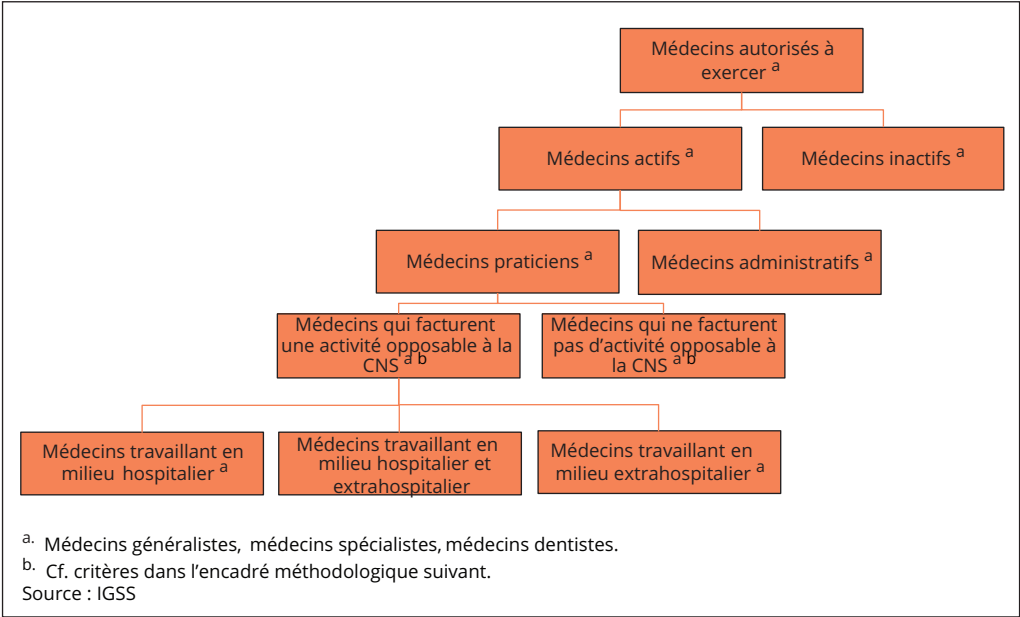
La sous-section " ressources humaines " traite d'une part des médecins et médecins dentistes et d'autre part des autres professions de santé.

1.1.1. Les médecins et médecins dentistes

Au Luxembourg, les médecins sont subdivisés en quatre catégories selon leur mode d'activité : les médecins autorisés à exercer, les médecins en activité, les médecins praticiens et les médecins hospitaliers. Par ailleurs, un médecin peut être classé comme médecin généraliste, médecin spécialiste, médecin dentiste ou être en voie de spécialisation (MEVS). Il peut prodiguer des soins et services directement au patient (médecin praticien) ou exercer une activité pour laquelle la formation en médecine est indispensable (médecin administratif).

Le schéma suivant illustre en détail les différentes catégories de médecin.

Graphique 2: Catégories des médecins



Encadré méthodologique

Les données présentées dans cette sous-section proviennent de sources différentes. Leur comparabilité est donc limitée.

A Les médecins et médecins dentistes autorisés à exercer

Les médecins autorisés à exercer regroupent tous les médecins ayant obtenu une autorisation d'exercer du Ministère de la Santé en application des règlements du Code de la Santé relatifs à l'exercice de la médecine au Luxembourg. Cette population comprend aussi bien les médecins qui exercent et ceux qui n'exercent pas, les médecins libéraux et les médecins salariés, les résidents ou non résidents. Les médecins en voie de spécialisation (MEVS) sont exclus.

Les données sur les médecins autorisés à exercer proviennent du Registre des médecins, médecins spécialistes et médecins dentistes, géré par le Ministère de la Santé.

Les statistiques illustrent la démographie médicale au Luxembourg au 31 décembre de l'année considérée. Un changement de méthodologie dans la saisie des données en 2015 affecte les données pour 2015.

B Les médecins et médecins dentistes professionnellement actifs

Les médecins professionnellement actifs regroupent les médecins praticiens et les médecins pour lesquels la formation en médecine est indispensable à l'exercice de leurs fonctions (médecins administratifs). Les chiffres proviennent du Registre des médecins, médecins spécialistes et médecins dentistes, géré par le Ministère de la Santé.

Sont inclus :

- les médecins praticiens ;
- les médecins administratifs ;
- les MEVS en médecine générale auprès de l'Université de Luxembourg.

Sont exclus :

- les médecins sans emploi ou retraités ;
- les médecins autorisés à exercer au Luxembourg, mais travaillant exclusivement à l'étranger ;
- les médecins autorisés à exercer au Luxembourg pratiquant irrégulièrement.

Les statistiques présentent la situation au 31 décembre de l'année considérée. Un changement de méthodologie dans la saisie des données en 2015 affecte les données pour 2015.

.../...

.../...

C Les médecins et médecins dentistes praticiens

Les médecins praticiens comprennent les médecins et médecins dentistes prodiguant des soins et des services directement aux patients.

Sont inclus :

- les médecins autorisés à exercer dispensant des soins et des services directement aux patients (exercice libéral ou salarié) ;
- les MEVS en médecine générale auprès de l'Université de Luxembourg.

Sont exclus :

- les MEVS (autre que la médecine générale) ;
- les médecins occupant des postes administratifs, de management, de direction ou travaillant dans le secteur de la recherche et du développement, sans contact direct avec des patients (médecins administratifs) ;
- les médecins sans emploi ou retraités ;
- les médecins autorisés à exercer au Luxembourg, mais travaillant exclusivement à l'étranger.

Les chiffres sur le nombre des médecins et médecins dentistes praticiens proviennent du Ministère de la Santé et sont établis au 31 décembre de l'année considérée. Un changement de méthodologie dans la saisie des données en 2015 affecte les données pour 2015.

Les données sur les MEVS proviennent de la base de données des prestataires, gérée par la CNS. La même source de données est utilisée pour établir les statistiques sur les médecins et médecins dentistes exerçant une activité opposable à la CNS et pour lesquels au moins un remboursement a été fait par la CNS au cours de l'année considérée.

D Les médecins hospitaliers

Il s'agit des médecins qui sont agréés auprès des établissements hospitaliers ou salariés de ces derniers. Un médecin peut être agréé dans un ou plusieurs hôpitaux et exercer à titre libéral dans un cabinet privé.

Le fichier des médecins hospitaliers est géré par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS). Il repose sur un recensement annuel du nombre des médecins agréés au 1er janvier (libéraux et salariés) auprès des établissements hospitaliers et est adapté par l'IGSS.

1.1.1.1. Les médecins autorisés à exercer

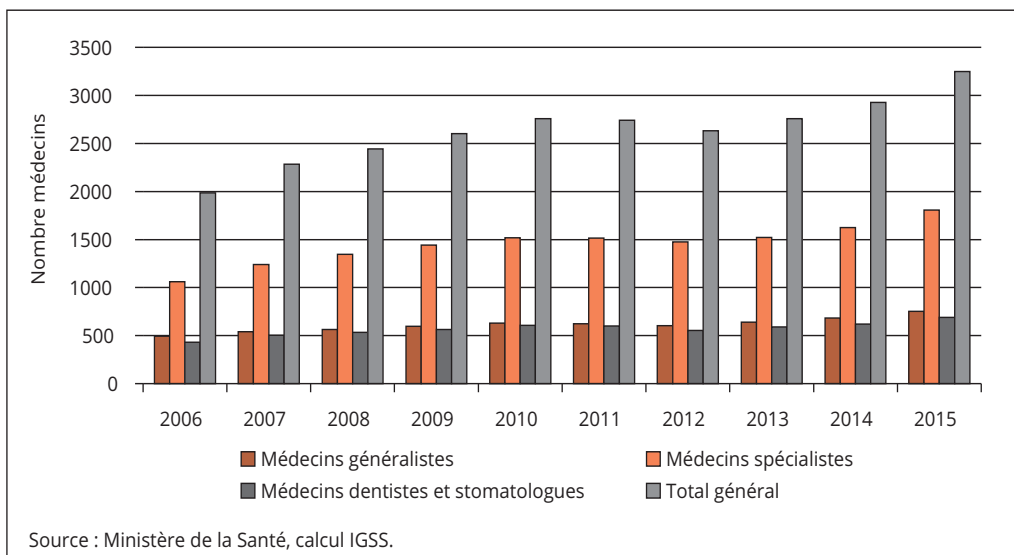
Les médecins autorisés à exercer incluent :

- les médecins généralistes ;
- les médecins spécialistes ;
- les médecins dentistes et les stomatologues.

Les spécialités médicales sont déterminées par le règlement grand-ducal du 10 juillet 2011 qui fixe la liste des spécialités en médecine et médecine dentaire reconnues au Luxembourg.

En 2015, le nombre de médecins autorisés à exercer s'établit à 3 247. En 2006, ce nombre n'était que de 1 986 (graphique 3). L'augmentation entre 2014 et 2015 s'explique par un changement méthodologique dans la saisie des données.

Graphique 3: Evolution du nombre de médecins autorisés à exercer par catégorie de 2006 à 2015

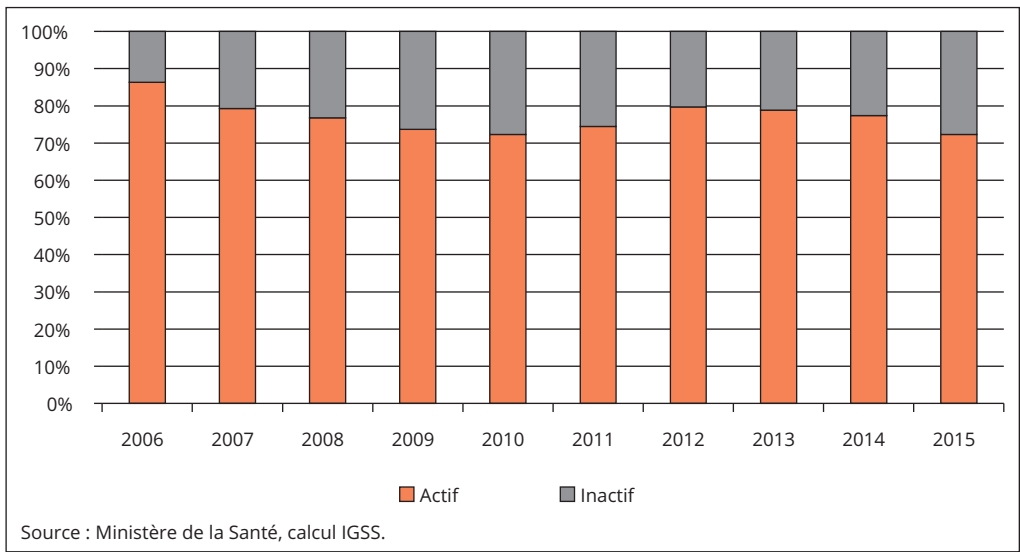


1.1.1.2. Les médecins professionnellement actifs

Les médecins professionnellement actifs regroupent les médecins praticiens auprès des patients ainsi que les médecins pour lesquels la formation en médecine est indispensable à l'exercice de leurs fonctions (médecins administratifs).

Parmi les 3 247 médecins autorisés à exercer en 2015, 2 265 sont actifs, soit 72,3%. Les médecins professionnellement actifs peuvent être groupés en 92,1% de médecins praticiens et 7,9% de médecins administratifs. Entre 2006 et 2015 le rapport entre les médecins actifs et inactifs a peu changé (graphique 4). Comme la notification de l'inactivité d'un médecin est effectuée avec un certain retard, les statistiques sur le nombre des médecins actifs sont biaisées. En 2015, les médecins inactifs ont en moyenne le même âge que les médecins actifs (51 ans), par contre, l'écart type de ce dernier est beaucoup plus élevé : 17,5 ans vs. 10,6 ans. Le même phénomène s'observe pour les années précédentes. Cela signifie que les médecins inactifs ne sont pas uniquement des médecins à la retraite.

Graphique 4: Rapport des médecins autorisés à exercer et des médecins professionnellement actifs de 2006 à 2015



En 2015, 186 médecins occupent un poste administratif, de médecine du travail, de management, de direction ou ont travaillé dans le secteur de la recherche et du développement. Environ deux tiers de médecins administratifs sont de médecins spécialistes, avec une tendance légèrement croissante ces dernières années. Toutefois, le nombre de médecins administratifs dentistes est très faible (4 médecins dentistes en 2015). Une large majorité (90%) de médecins généralistes et de médecins spécialistes pratiquent auprès du patient, voire 99% des médecins dentistes.

Les médecins praticiens exercent dans le cadre d'une prise en charge par l'assurance maladie-maternité des actes et services. En considérant les critères d'inclusion (cf. encadré méthodologique), la CNS a enregistré une activité de 1 961 médecins, dont 23,9% de médecins généralistes, 53,7% de médecins spécialistes et 22,4% de médecins dentistes et stomatologues. Par ailleurs, le nombre de MEVS est de 107 pour 2015. On retrouve dans les 1 961 médecins des MEVS qui ont terminé leur formation médicale pendant l'année.

La structure d'âge et le sexe des médecins professionnellement actifs

En 2015, 63,7% des médecins professionnellement actifs sont des hommes et 94,2% d'entre eux sont des médecins praticiens. Chez les femmes, qui représentent 36,3% des médecins professionnellement actifs, la part des médecins administratifs est un peu plus élevée que chez leurs homologues masculins. En termes d'évolution, il faut noter que la part des femmes dans les médecins professionnellement actifs est grandissante. En effet, elle n'était que 29,1% en 2006 contre 36,3% en 2015.

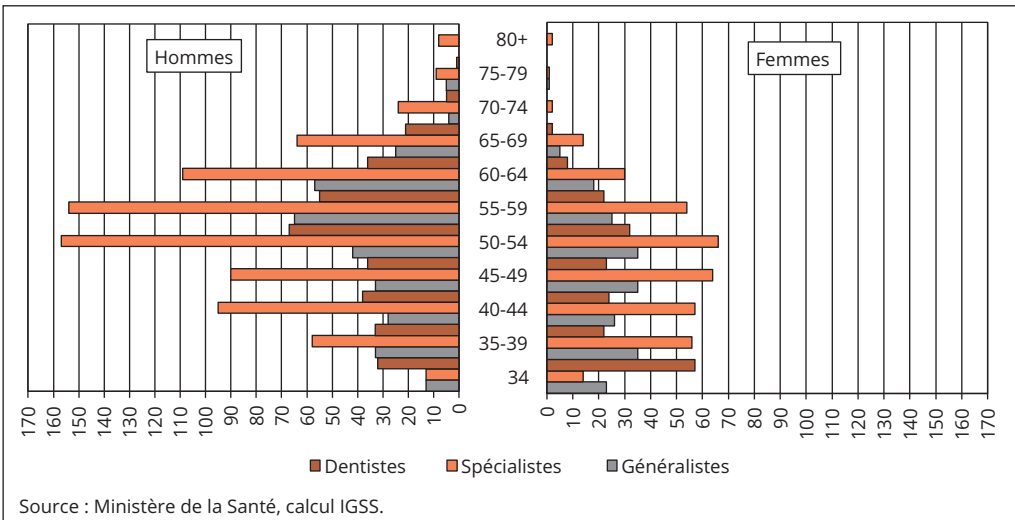
Tableau 1: Médecins professionnellement actifs par catégorie et sexe au 31 décembre 2015

| | Hommes | En % du total | Femmes | En % du total | Total |
|-------------------------------------|--------------|---------------|------------|---------------|--------------|
| Médecins praticiens | 1 410 | 65,2% | 753 | 34,8% | 2 163 |
| Médecins généralistes | 305 | 60,0% | 203 | 40,0% | 508 |
| Médecins spécialistes | 781 | 68,4% | 360 | 31,6% | 1 141 |
| Médecins dentistes et stomatologues | 324 | 63,0% | 190 | 37,0% | 514 |
| Médecins administratifs | 87 | 46,8% | 99 | 53,2% | 186 |
| TOTAL | 1 497 | 63,7% | 852 | 36,3% | 2 349 |

Source : Ministère de la Santé, calcul IGSS.

En 2015, 38,2% des médecins praticiens ont plus de 55 ans. Les médecins dentistes et stomatologues sont les plus jeunes avec une moyenne d'âge de 47,1 ans. Les médecins généralistes par contre sont en moyenne âgés de 50,3 ans et les médecins spécialistes de 52,0 ans. Une analyse par sexe met en évidence que les médecins dentistes femmes ont un âge moyen de 42,5 ans en 2015 contre 49,7 ans chez leurs confrères masculins. Le même phénomène s'observe chez les autres catégories de médecins : les femmes sont nettement plus jeunes que les hommes. L'écart maximal de différence d'âge se situe à 7,2 ans et se présente chez les médecins dentistes et stomatologues.

Graphique 5: Pyramide des âges des médecins praticiens par catégorie et sexe au 31 décembre 2015

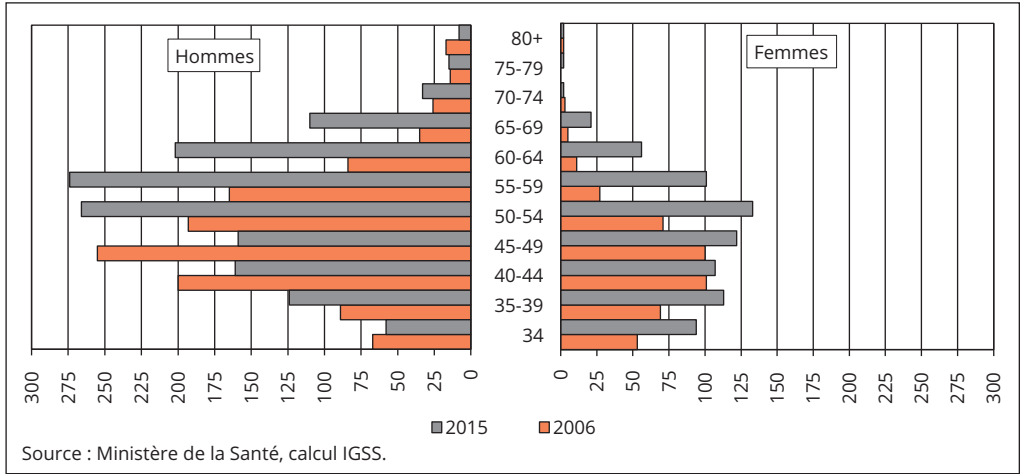


Source : Ministère de la Santé, calcul IGSS.

La pyramide des âges du graphique 6 illustre que les médecins praticiens hommes sont plus vieux que les médecins praticiens femmes. En effet, 45,5% des hommes ont plus de 55 ans contre 24,4% des femmes.

De plus, la population des médecins praticiens vieillit. En 2006, 24,5% d'entre eux avait plus de 55 ans contre 38,2% en 2015. Chez les médecins praticiens femmes la proportion est passée de 10,9% en 2006 à 24,4% en 2015, et chez les hommes de 29,8% à 45,5%.

Graphique 6: Pyramide des âges des médecins praticiens par sexe au 31 décembre 2006 et 2015



Évolution de la densité médicale des médecins praticiens

La densité médicale est un indicateur couramment utilisé pour mesurer les ressources humaines de la santé. Au Luxembourg, la densité médicale a augmenté au cours des dernières années. En effet, elle passe de 2,8 médecins pour 1 000 personnes protégées résidentes en 2011 à 2,9 médecins pour 1 000 personnes protégées résidentes en 2015.

Tableau 2: Évolution de la densité médicale pour 1 000 personnes protégées résidentes de 2011 à 2015

| Année | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|----------|------|------|------|------|------|
| Médecins | 2,8 | 2,8 | 2,8 | 2,9 | 2,9 |

Source : OCDE Health Data <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm#indicator-chart>

1.1.1.3. Les médecins hospitaliers

Les médecins hospitaliers sont des médecins agréés auprès ou salariés par des établissements hospitaliers. Les statistiques suivantes reposent sur des données recensées annuellement par l'IGSS auprès des hôpitaux. Depuis 2012, les hôpitaux " Haus Omega " et " Hôpital intercommunal de Steinfort " (HIS) sont inclus dans le recensement.

Le tableau 3 présente l'évolution, de 2013 à 2016, du nombre de médecins hospitaliers praticiens. Chaque médecin n'est compté qu'une seule fois, même s'il est agréé auprès plusieurs hôpitaux.

Tableau 3: Evolution du nombre des médecins hospitaliers de 2013 à 2016

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|
| Médecins hospitaliers | 968 | 990 | 995 | 1 021 |
| MEVS | 62 | 57 | 61 | 61 |
| TOTAL | 1 030 | 1 047 | 1 056 | 1 082 |

Source : Enquête IGSS auprès des établissements hospitaliers, calcul IGSS.

Les revenus moyens des médecins facturant une activité opposable à la CNS

Encadré méthodologique

Les revenus des médecins sont issus des données provenant de la CNS et du Centre commun de la sécurité sociale (CCSS). Les données disponibles accusent cependant un retard important dû principalement aux délais légaux liés aux déclarations des revenus et du traitement des données déclarées. Ainsi, les dernières données disponibles se réfèrent à l'année 2007. Les montants pour les années 2008 à 2015 sont estimés.

D'un côté, les montants des revenus varient en fonction du nombre d'actes médicaux et de l'évolution des tarifs de ces actes relevant de la nomenclature des actes médicaux (dont les tarifs pour la location d'appareils). Les tarifs de leur côté évoluent en fonction de la lettre-clé, négociée régulièrement, et en fonction du coefficient scientifique déterminé pour chaque acte. Par ailleurs, des revenus provenant d'activités médicales non opposables peuvent s'ajouter, ce qui constitue une majoration par rapport au montant des honoraires.

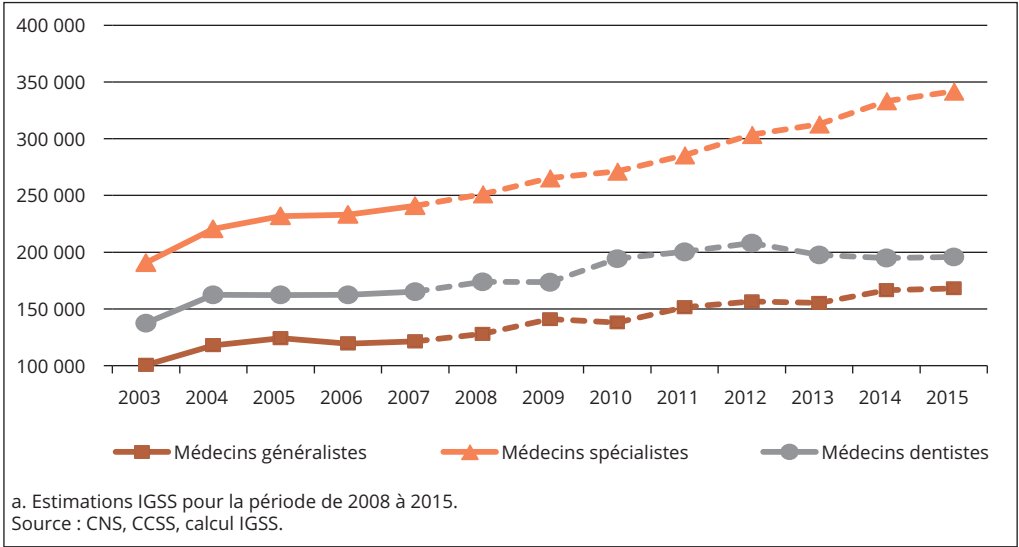
D'un autre côté, les montants des revenus peuvent être diminués par les frais d'investissements et de fonctionnement d'un cabinet privé, par l'achat d'équipement médical spécialisé ou par d'autres frais liés à leur activité, comme par exemple des frais pour primes d'assurances.

Afin de calculer les revenus annuels moyens bruts, certains critères ont été appliqués :

- tous les médecins (salariés et non-salariés) sont considérés, pour lesquels le code fournisseur a été utilisé au cours de l'année de référence et en cas d'exercice libéral ;
- les médecins cotisent pendant 12 mois/an pour l'assurance maladie-maternité ;
- les médecins ayant un revenu annuel brut inférieur au salaire social minimum annuel sont supprimés.

Partant du constat que les revenus des médecins observés ont évolué parallèlement aux honoraires observés sur la période de 2003 à 2007 (cf. section soins de santé), et que le rapport " revenus / honoraires " reste constant sur la même période (en moyenne 78,3% pour les généralistes, 75,6% pour les spécialistes et 57,8% pour les dentistes), l'évolution des honoraires observée entre 2008 et 2015 est utilisée pour estimer les revenus sur cette période.

Graphique 7: Evolution des revenus annuels moyens bruts des médecins par catégorie de 2003 à 2015 ^a



Les estimations obtenues indiquent que le revenu annuel moyen brut des spécialistes s'établit à 341 739 EUR en 2015, celui des généralistes à 168 302 EUR et celui des dentistes à 195 835 EUR. Le revenu moyen des dentistes a augmenté de 2,5% par rapport à 2014 tandis que les revenus moyens médecins généralistes et spécialistes restent stables.

1.1.2. Les autres professions de santé

Les autres professions de santé jouent également un rôle essentiel dans la prestation des soins et des services de santé. Le terme " autres professions de santé " comprend entre autres les aides-soignants, les infirmiers, les laborantins, les masseurs, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes. Ils travaillent en milieu hospitalier comme en milieu extrahospitalier. Cependant, la sous-section ci-après analyse surtout les données concernant les autres professions de santé pratiquant en secteur hospitalier.

Le tableau 4 présente l'évolution du nombre de professions de santé, exprimé en " Equivalents Temps Plein " (ETP), dans les établissements hospitaliers entre 2011 et 2015. L'effectif total a légèrement augmenté au cours des années 2011 à 2014. En 2015 l'évolution est stable et le nombre s'élève à 4 336 ETP. Par spécification, les variations sont relativement différenciées.

Tableau 4: Evolution du nombre de professions de santé dans les établissements hospitaliers (exprimées en ETP) de 2011 à 2015

| Spécification | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | Taux moyen de variation 2011/2015 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------------------------|
| Aide-soignants | 402,7 | 372,7 | 369,0 | 349,3 | 344,7 | -3,8% |
| Infirmiers | 2 028,6 | 2 124,9 | 2 143,4 | 2 170,4 | 2 177,7 | 1,8% |
| Assistants techniques méd. de radiologie | 230,2 | 241,4 | 238,2 | 243,1 | 238,8 | 0,9% |
| Assistants techniques méd. de laboratoire | 91,2 | 86,6 | 72,4 | 70,0 | 66,7 | -7,5% |
| Infirmiers en psychiatrie | 154,9 | 148,1 | 154,1 | 156,7 | 151,1 | -0,6% |
| Infirmiers en pédiatrie | 132,2 | 144,2 | 134,4 | 139,8 | 138,4 | 1,2% |
| Assistants techniques méd. de chirurgie | 171,2 | 172,1 | 179,7 | 170,0 | 172,9 | 0,3% |
| Infirmiers en anesthésie et réanimation | 342,7 | 348,5 | 344,4 | 346,5 | 343,6 | 0,1% |
| Masseurs | 1,2 | - | - | - | - | - |
| Sages-femmes | 128,8 | 132,9 | 134,8 | 136,3 | 137,1 | 1,6% |
| Infirmiers gradués | 75,1 | 79,5 | 83,0 | 83,8 | 84,3 | 2,9% |
| Laborantins | 110,3 | 106,5 | 99,3 | 100,9 | 94,2 | -3,9% |
| Diététiciens | 18,6 | 21,3 | 21,6 | 23,2 | 22,5 | 4,8% |
| Ergothérapeutes | 77,9 | 81,4 | 82,3 | 78,7 | 81,6 | 1,2% |
| Psychomotriciens | 5,7 | 7,3 | 9,8 | 9,8 | 10,5 | 16,6% |
| Assistants d'hygiène sociale | 2,4 | 1,3 | 5,7 | 4,0 | 3,7 | 11,6% |
| Assistants sociaux | 39,4 | 40,1 | 39,2 | 38,9 | 39,3 | 0,0% |
| Orthophonistes | 8,0 | 7,7 | 6,0 | 5,6 | 6,5 | -5,0% |
| Kinésithérapeutes | 129,7 | 131,7 | 142,0 | 137,8 | 139,1 | 1,8% |
| Autres ^a | 79,8 | 70,8 | 70,2 | 75,6 | 83,7 | 1,2% |
| TOTAL | 4 230,5 | 4 318,8 | 4 329,1 | 4 340,2 | 4 336,5 | 0,6% |

a. Y compris éducateurs gradués, éducateurs gradués diplômés, psychologues et autres professions qui ne sont pas reconnues comme profession de santé.

Source : CNS.

Evolution de la densité des infirmiers

L'analyse de l'évolution de la densité des infirmiers montre que le nombre des infirmiers pour 1 000 personnes protégées résidentes a augmenté au cours des dernières années, pour passer de 11,3 en 2011 à 12,1 en 2015.

Tableau 5: Évolution de la densité d'infirmiers pour 1000 personnes protégées résidentes entre 2011 et 2015

| Année | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|------------|------|------|------|------|------|
| Infirmiers | 11,3 | 11,9 | 11,9 | 12,0 | 12,1 |

Source: OCDE <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm#indicator-chart>

Revenu moyen des infirmiers hospitaliers

Tableau 6: Evolution des revenus moyens annuels des infirmiers hospitaliers^a de 2011 à 2015 (en EUR)

| Année | Revenus moyens bruts ^b | Variation en % |
|-------|-----------------------------------|----------------|
| 2011 | 76 011 | 2,9% |
| 2012 | 78 463 | 3,2% |
| 2013 | 80 821 | 3,0% |
| 2014 | 82 964 | 2,7% |
| 2015 | 83 243 | 0,3% |

a. Sont considérées les professions suivantes: infirmier, infirmier en anesthésie et réanimation, infirmier en pédiatrie, infirmier psychiatrique, assistant technique médical de chirurgie travaillant dans les établissements hospitaliers aigus.

b. Salaire annuel brut avant impôts.

Source : FHL.

Les pharmaciens

Le tableau ci-après montre l'évolution de pharmaciens selon leurs secteurs d'activité à partir en 2006.

Tableau 7: Evolution du nombre des pharmaciens ^a de 2006 à 2015

| Pharmaciens en activité par secteur | 2006 | 2015 | Variation moyenne annuelle 2006/2015 |
|-------------------------------------|------------|------------|--------------------------------------|
| Pharmacies ouvertes au public | 336 | 396 | 1,8% |
| Pharmacies d'hôpitaux | 31 | 48 | 5,0% |
| Laboratoires d'analyses médicales | 8 | 16 | 8,0% |
| Distribution en gros | 15 | 13 | -1,6% |
| Fonction publique | 5 | 8 | 5,4% |
| Autres secteurs | 6 | 4 | -4,4% |
| Total | 401 | 485 | 2,1% |

a. Situation au 31 décembre de l'année.

Source STATEC.

Les salariés du secteur hospitalier

Encadré méthodologique

Les statistiques sur les salariés du secteur hospitalier sont établies à partir de fichiers recensant l'emploi salarié selon la classification NACE^a.

Par contre, elles ne proposent qu'une vue tronquée des ressources humaines du secteur hospitalier car :

1. La plupart des médecins hospitaliers n'ont pas de statut de salarié, mais exercent en mode libéral.
2. Les établissements hospitaliers ont recours, dans des proportions variables, à des travaux de sous-traitance dans différents domaines : buanderie, restauration, certains travaux d'entretien, maintenance de systèmes informatiques, stérilisation, etc. Le personnel travaillant en sous-traitance, dans des domaines qui ne relèvent pas de l'activité centrale de l'hôpital est classé dans une autre catégorie NACE et n'est donc plus identifiable.

Il faut mentionner également que les données ne sont pas directement comparables avec les statistiques reproduites plus haut, qui elles visent plus spécifiquement l'évolution de l'emploi des professions de santé dans le secteur hospitalier ; elles ne se réfèrent pas non plus à des personnes physiques, mais à des ETP (Equivalents Temps Plein).

Enfin, les médecins hospitaliers salariés sont inclus dans la population salariée du secteur hospitalier.

a. Nomenclature statistique des Activités économiques dans la Communauté européenne.

Le secteur hospitalier est un important pourvoyeur d'emploi, avec 8 311 salariés au 31 mars 2016. Ce nombre a augmenté de 0,5% par rapport à la même date de l'année précédente. Le nombre de salariés résidant au Luxembourg représente le groupe le plus important, suivi par les salariés résidant en France, en Belgique et en Allemagne. Alors que la part des salariés résidant dans les pays voisins augmente légèrement au cours des trois dernières années passées, la part des salariés résidant au Luxembourg diminue très légèrement de 60,7% en 2013 à 59,2% en 2016.

Tableau 8: Evolution du nombre de salariés du secteur hospitalier par sexe et pays de résidence en 2015 et 2016

| | Luxembourg | France | Belgique | Allemagne | Total |
|--------------------------------|--------------|--------------|------------|------------|--------------|
| Situation au 31.03.2015 | | | | | |
| Hommes | 1 163 | 362 | 209 | 291 | 2 025 |
| Femmes | 3 757 | 1 354 | 685 | 449 | 6 245 |
| TOTAL | 4 920 | 1 716 | 894 | 740 | 8 270 |
| Situation au 31.03.2016 | | | | | |
| Hommes | 1 152 | 374 | 222 | 282 | 2 030 |
| Femmes | 3 765 | 1 381 | 692 | 443 | 6 281 |
| TOTAL | 4 917 | 1 755 | 914 | 725 | 8 311 |

1.2. LES RESSOURCES MATÉRIELLES

A côté des ressources humaines, les ressources matérielles constituent une ressource importante pour le secteur de la santé. Cette sous-section se limite à décrire le paysage hospitalier à partir des lits budgétisés par la CNS, les maisons médicales et les officines de pharmacie.

Lits des établissements hospitaliers

Les soins hospitaliers (en dehors des frais médicaux) représentent près de la moitié des dépenses pour soins de santé au Luxembourg. Sur ce critère, les hôpitaux sont le premier prestataire de soins de santé du système de santé. Leurs besoins à long terme en ressources humaines et en investissements lourds ainsi que leur organisation complexe requiert donc au niveau national des efforts de planification et de concentration des moyens. Ces efforts se concrétisent entre autres par l'élaboration d'une carte sanitaire, d'un plan hospitalier national pluriannuel et la fixation d'une enveloppe budgétaire globale.

Le plan hospitalier, dont la dernière version date du 23 mars 2009, édicte les critères de classement des établissements hospitaliers, leurs services, le nombre maximal de lits autorisés, ainsi que les dotations en équipements lourds.

Le nombre de lits effectivement utilisé par les établissements hospitaliers est communiqué dans le cadre des négociations budgétaires par les établissements hospitaliers à la CNS. Ces lits, appelés " lits budgétisés " sont affichés dans le tableau 9 et leur nombre ne peut pas dépasser celui accordé par le plan hospitalier.

Tableau 9: Les lits budgétisés des établissements hospitaliers en 2016

| Nbre | Nom de l'établissement | Région | Nombre total de lits | dont: lits de psy- chiatric | dont: lits de réédu- cation | dont: lits 1ère classe ^a |
|------|---|--------|----------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|
| 1 | CENTRE HOSPITALIER DE LUXEMBOURG ^b | Centre | 579 | 57 | | 130 |
| 2 | CHEM ^{c d} (Centre Hospitalier Emile Mayrisch) | Sud | 642 | 45 | 30 ^e | 77 |
| 3 | HRS - Site KIRCHBERG (Hôpitaux Robert Schuman) | | 787 | 68 | 30 ^e | 189 |
| 4 | HRS - CLINIQUE PRIVEE DR. BOHLER (Hôpitaux Robert Schuman) | Centre | | | | |
| | HRS - SITE GARE (Hôpitaux Robert Schuman) | | | | | |
| | HRS - CLINIQUE STE MARIE ESCH (Hôpitaux Robert Schuman) | Sud | | | | |
| 4 | CENTRE HOSPITALIER DU NORD ^f | Nord | 357 | 45 | 30 ^e | 115 ^g |
| 5 | CENTRE HOSPITALIER NEUROPSYCHIATRIQUE (+ annexes) ^h | Nord | 237 | 237 | | |
| 6 | CENTRE FRANCOIS BACLESSE (Centre national de radiothérapie Esch-Alzette) | i | 10 | | | |
| 7 | INCCI (Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle, Luxembourg) | i | 17 | | | 5 |
| 8 | REHAZENTER (Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation, Kirchberg) | i | 72 | | 72 | |
| 9 | HOPITAL COMMUNAL STEINFORT (Centre de rééducation gériatrique) | i | 30 | | 30 ^e | |
| 10 | HAUS OMEGA | i | 15 | | | |

a. Source : Négociation budgétaire 2013/2014.

b. Fusionné avec la Clinique d'Eich à partir du 1.1.2004.

c. Fusionné avec l'Hôpital de la Ville de Dudelange à partir du 1.7.2004.

d. Fusion CHEM / Hôpital Princesse Marie-Astrid Differdange à partir du 1.1.2008.

e. Concerne: lits de rééducation gériatrique.

f. Fusion entre l'Hôpital St. Louis Ettelbruck et la Clinique St Joseph de Wiltz pour former le Centre Hospitalier du Nord à partir du 1.1. 2010.

g. A partir du 1.5.2015.

h. Centres thérapeutiques de Manternach (toxicomanie) et Useldange (alcoolisme).

i. En raison de leur vocation nationale et nonobstant leur site d'implantation, ces établissements ne sont pas attribués à une région hospitalière déterminée.

Maisons médicales

Les maisons médicales assurent un service de remplacement des médecins généralistes pour les soins de nuits, les week-ends et les jours fériés, donc lorsque les cabinets médicaux sont fermés.

Dans l'ensemble du pays, trois maisons médicales sont disponibles : à Luxembourg-Ville, à Esch/Alzette et à Ettelbruck.

Les officines de pharmacie

Le tableau ci-après montre le nombre d'officines de pharmacie en 2006 et en 2015.

Tableau 10: Evolution du nombre de concessions de pharmacie ^a

| Concessions de pharmacies | 2006 | 2015 | Variation moyenne annuelle 2006/2015 |
|----------------------------|-----------|------------|--------------------------------------|
| ouvertes au public | 86 | 95 | 1,1% |
| hospitalières ^b | 9 | 6 | -4,4% |
| Total | 95 | 101 | 0,7% |

a. Situation au 31 décembre de l'année.

b. La diminution du nombre de pharmacies hospitalières s'explique par le fait que le Centre Hospitalier de Luxembourg et la Fondation Norbert Metz (2003), le Centre Hospitalier Emile Mayrisch et l'Hôpital Princesse Marie-Astrid (2008), et en dernier la Clinique St Joseph de Wiltz et la Clinique St. Louis à Ettelbruck (2013) ont fusionnés.

Source: STATEC.

2. SOINS DE SANTÉ

Les prestations de soins de santé de l'assurance maladie-maternité sont analysées selon deux approches.

La première approche s'appuie sur les résultats comptables qui sont établis à partir des montants liquidés pour soins de santé au cours d'une année civile. Ces données comptables présentent l'inconvénient de fluctuer considérablement d'un exercice à un autre et se prêtent donc mal à des comparaisons dans le temps, sauf à les ajuster. Elles permettent par contre une vue globale des dépenses pour les différentes prestations (prestations au Luxembourg, prestations à l'étranger).

La deuxième approche recourt aux coûts des soins de santé en se basant sur la date de délivrance de la prestation, peu importe la date de sa liquidation. Cette approche fournit des séries statistiques plus stables et mieux adaptées à l'analyse de l'évolution de ces prestations et présente donc un complément adéquat aux résultats comptables. Toutefois, un certain recul dans le temps s'avère nécessaire avant de disposer de données stables.

Cette section couvre les dépenses de la CNS pour les différents soins de santé, les caractéristiques des consommateurs de soins de santé, l'activité médicale, les soins hospitaliers, les médicaments ainsi que les soins des autres professions de santé.

2.1. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ SELON LE DÉCOMPTE DE LA CNS

Encadré méthodologique

Les données sont issues des décomptes de la CNS et sont ajustées, pour les besoins statistiques, au niveau des écritures de provisions pour prestations. En effet, suivant les principes comptables, une prestation n'est enregistrée qu'au moment où la liquidation est comptabilisée et non pas à la date effective de la prestation. Par approximation, les soins prestés durant un exercice donné, mais non encore facturés au 31 décembre sont toutefois présents dans les décomptes via les provisions. De même, le décompte de l'année contient des prestations qui, bien que facturées durant l'année en question, ont été prestées avant l'exercice comptable. Afin de pouvoir présenter des statistiques plus conformes à l'évolution effective des prestations, l'ajustement des données comptables consiste à ajouter les soins de santé provisionnés parmi les prestations de l'année et à déduire les prestations délivrées avant l'exercice comptable mais liquidées durant l'exercice, les prélèvements aux provisions.

Evolution des prestations de soins de santé

Selon les données comptables, les dépenses pour prestations de soins de santé atteignent 2 104,6 millions EUR en 2015 contre 2 128,2 millions EUR en 2014, soit une diminution de 1,1%. Le taux de 2015 résulte d'une croissance des prestations au Luxembourg de 2,7% et d'une baisse des prestations à l'étranger de 13,4%. Cette baisse s'explique principalement par une provision supplémentaire d'un montant de 40 millions EUR en 2015 contre un montant de 160 millions EUR en 2014 comptabilisé par la CNS pour les prestations en nature à l'étranger.

L'évolution des soins de santé au Luxembourg de 2,7% en 2015 s'explique par une évolution des soins des autres professions de santé à charge de l'assurance maladie-maternité de 15,4% (croissance comptable, comptabilisation de reports), par la croissance des frais pharmaceutiques de 5,2% et par une évolution négative des frais des laboratoires (laboratoires privés et analyses de laboratoires des hôpitaux pour patients en ambulatoire). Suivant l'exercice de prestation, cette évolution négative est estimée à -15,9% et due à la réduction de 20% de la valeur de la lettre-clé fixée par loi budgétaire et à une évolution positive de l'activité de +/-4%. Finalement les soins hospitaliers affichent une progression de 2,2% en 2015.

Tableau 11: Evolution des dépenses pour soins de santé (en millions EUR) de 2011 à 2015 ^a

| Type de prestation | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Frais hospitaliers | 723,3 | 747,4 | 749,5 | 764,7 | 781,4 |
| Honoraires médicaux | 287,1 | 303,3 | 351,3 | 343,1 | 352,8 |
| Honoraires médico-dentaires | 64,4 | 65,9 | 76,1 | 71,4 | 72,0 |
| Produits pharmaceutiques (en dehors des hôpitaux) | 173,5 | 186,8 | 187,2 | 195,0 | 205,1 |
| Dispositifs médicaux (en dehors des hôpitaux) | 36,0 | 37,7 | 40,5 | 41,9 | 44,0 |
| Analyses de laboratoire (en ambulatoire) | 58,5 | 70,0 | 83,1 | 77,0 | 63,5 |
| Honoraires des autres professions de santé | 81,3 | 88,7 | 113,2 | 99,6 | 114,9 |
| Autres prestations ^b | 31,2 | 30,2 | 34,4 | 33,2 | 35,9 |
| TOTAL DES PRESTATIONS AU LUXEMBOURG | 1 455,3 | 1 530,1 | 1 635,4 | 1 625,9 | 1 669,5 |
| TOTAL DES PRESTATIONS A L'ETRANGER | 320,5 | 362,1 | 413,6 | 502,3 | 435,1 |
| TOTAL SOINS DE SANTE | 1 775,9 | 1 892,2 | 2 049,0 | 2 128,2 | 2 104,6 |
| Variation annuelle | 2,4% | 6,5% | 8,3% | 3,9% | -1,1% |

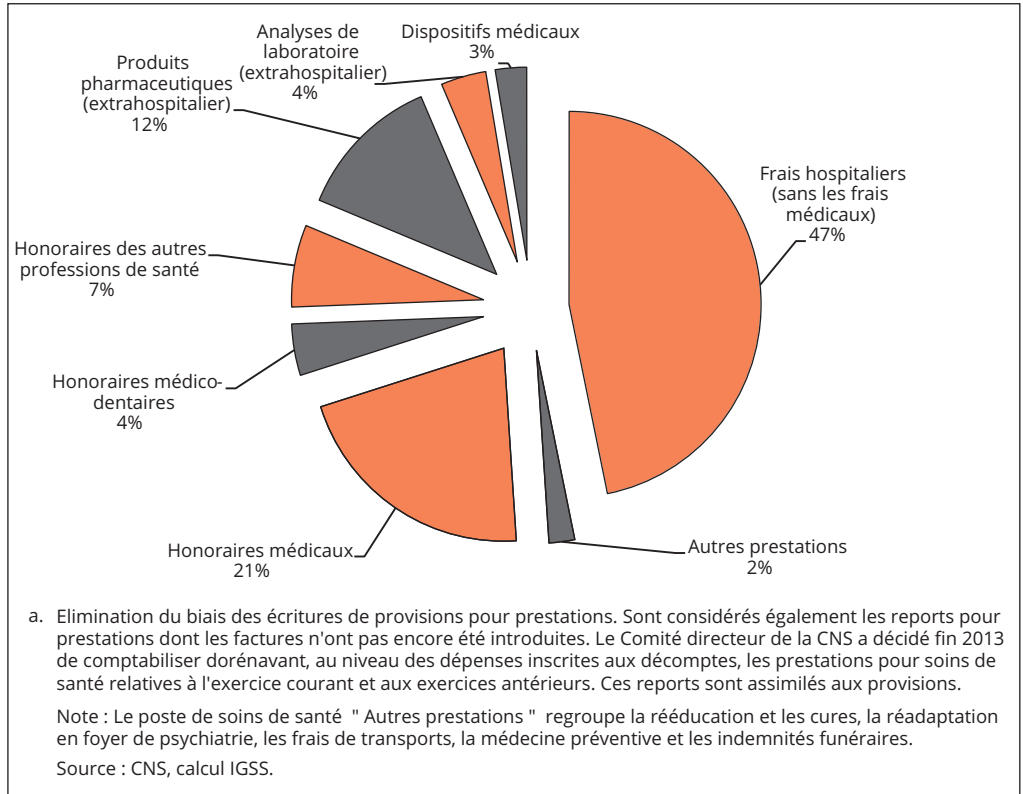
- a. Elimination du biais des écritures de provisions pour prestations. Sont considérés également les reports qui se réfèrent à des prestations fournies, mais dont les factures n'ont pas encore été introduites. Le Comité directeur de la CNS a décidé fin 2013 de comptabiliser dorénavant, au niveau des dépenses inscrites aux décomptes, les prestations pour soins de santé relatives à l'exercice courant et aux exercices antérieurs. Ces reports sont liquidés sous forme de provisions.
- b. Le poste de soins de santé "Autres prestations" regroupe la rééducation et les cures, la réadaptation en foyer de psychiatrie, les frais de transports, la médecine préventive et les indemnités funéraires.

Source : CNS, calcul IGSS.

2.1.1. Les prestations de soins de santé au Luxembourg

Sur les 2 104,62 millions EUR liquidés par l'assurance maladie-maternité pour soins de santé en 2015, 1 669,5 millions EUR, soit 79,3%, sont dépensés pour les prestations délivrées principalement à la population protégée résidente² au Luxembourg.

Graphique 8: Répartition des frais pour soins de santé au Luxembourg en 2015 (en % du total) ^a



Les frais hospitaliers représentent près de la moitié des dépenses (46,8%) pour soins de santé au Luxembourg. Les honoraires médicaux (21,1%) et les produits pharmaceutiques (12,3%) complètent le podium des premières dépenses. Ces trois postes représentent à eux seuls 80,2% de l'ensemble des dépenses en soins de santé au Luxembourg et 63,6% de l'ensemble des dépenses en soins de santé (au Luxembourg et à l'étranger).

La répartition des frais pour soins de santé au Luxembourg reste stable depuis quelques années.

2. La consommation de soins de santé des personnes protégées non résidentes s'effectue essentiellement dans leur pays de résidence.

2.1.2. Les prestations de soins de santé à l'étranger

Avec 435,1 millions EUR, les prestations à l'étranger représentent 20,7% du total des frais pour soins de santé liquidés en 2015. En raison de systèmes de classification et de tarification divergents dans les pays respectifs, une ventilation identique à celle appliquée aux prestations au Luxembourg n'est pas possible.

Les prestations de soins de santé à l'étranger ont connu des variations importantes passant d'une hausse de 14,2% en 2013 à 21,4% en 2014 pour diminuer de 13,4% en 2015. Ces variations s'expliquent par les différents montants comptabilisés en relation avec les dettes de la CNS envers les institutions de sécurité sociale étrangères : 49 millions en 2013, 160 millions EUR en 2014 et 40 millions EUR en 2015. Ces chiffres montrent les limites à l'utilisation des décomptes pour décrire une évolution.

Tableau 12: Evolution des prestations de soins de santé à l'étranger de 2011 à 2015 (en millions EUR)

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Prestations de soins de santé, dont: | 320,5 | 362,0 | 413,5 | 502,2 | 435,0 |
| - Conventions internationales (tiers payant) ^a | 312,1 | 353,3 | 404,1 | 492,9 | 424,7 |
| - Autres prestations à l'étranger (remboursement de prestations) | 8,5 | 8,6 | 9,4 | 9,4 | 10,3 |
| Indemnités funéraires | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| TOTAL DES PRESTATIONS | 320,7 | 362,1 | 413,6 | 502,3 | 435,1 |

a. Montants ajustés en fonction des dotations aux provisions.
Source : CNS, calcul IGSS.

En 2015, 17 317 demandes d'autorisation dans le cadre du règlement CEE 883/2004 ont été reçues par la CNS. Ces demandes ont été introduites par 9 397 patients. La plupart des demandes concernent des consultations ou examens et des traitements stationnaires. Dans 88,3% des cas, la demande d'autorisation a été accordée sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS), 4,7% des demandes ont été refusées et 7,1% des cas sont encore en instance.

Comparé à l'année précédente, le nombre total des demandes d'autorisation a diminué de 2,3% : moins de demandes ont été accordées (-4,6%), et moins de demandes ont été refusées (-3,8%).

Tableau 13: Evolution du nombre de demandes d'autorisation de transfert à l'étranger^a entre 2013 et 2015

| | 2013 | | 2014 | | 2015 | | Variation 2013/2014 | Variation 2014/2015 |
|--------------|--------------------------------|------------------|--------------------------------|------------------|-------------------------------|------------------|------------------------|------------------------|
| | Nombre d'autorisa- tions | En % du total | Nombre d'autorisa- tions | En % du total | Nombre d'autorisation s | En % du total | | |
| Accordé | 17 617 | 93,4% | 16 029 | 90,4% | 15 286 | 88,3% | -9,0% | -4,6% |
| En instance | 603 | 3,2% | 856 | 4,8% | 1 221 | 7,1% | 42,0% | 42,6% |
| Refusé | 638 | 3,4% | 842 | 4,7% | 810 | 4,7% | 32,0% | -3,8% |
| TOTAL | 18 858 | 100,0% | 17 727 | 100,0% | 17 317 | 100,0% | -6,0% | -2,3% |
| | Nombre de patients | | Nombre de patients | | Nombre de patients | | | |
| Accordé | 9 221 | | 8 713 | | 8 284 | | -5,5% | -4,9% |
| En instance | 543 | | 779 | | 1 016 | | 43,5% | 30,4% |
| Refusé | 570 | | 745 | | 710 | | 30,7% | -4,7% |
| TOTAL | 10 334 | | 10 237 | | 10 010 | | -0,9% | -2,2% |

a. Il n'est pas possible de séparer les personnes ayant reçu une autorisation pour un examen ou un traitement à l'étranger de celles qui ont vraiment profité de cette autorisation.

Source : CNS, calcul IGSS.

La très grande majorité (96,4%) de demandes de transferts est destinée aux trois pays limitrophes (Allemagne, Belgique, France). Plus de la moitié des autorisations est accordée pour l'Allemagne (55,7%) et environ un quart pour la Belgique (27,0%). Cependant, les chiffres présentés ne donnent pas d'indication sur les traitements effectivement obtenus.

Tableau 14: Répartition du total des autorisations sollicitées par pays fournisseur en 2015 ^a

| Pays fournisseur | Nombre d'autorisations | | | | Nombre de patients | | | | Répartition par pays des autorisations accordées | Répartition par pays du total des autorisations |
|---------------------|------------------------|----------------|------------|---------------|--------------------|----------------|------------|--------------|---|--|
| | Accordé | En instance | Refusé | Total | Accordé | En instance | Refusé | Total | | |
| Allemagne | 8 519 | 719 | 456 | 9 694 | 4 749 | 602 | 400 | 5 426 | 55,7% | 56,0% |
| Belgique | 4 126 | 216 | 154 | 4 496 | 2 212 | 186 | 133 | 2 389 | 27,0% | 26,0% |
| France | 2 097 | 99 | 94 | 2 290 | 1 182 | 89 | 87 | 1 300 | 13,7% | 13,2% |
| Suisse | 350 | 25 | 20 | 395 | 176 | 21 | 17 | 204 | 2,3% | 2,3% |
| Italie | 50 | 16 | 21 | 87 | 34 | 14 | 19 | 62 | 0,3% | 0,5% |
| Pays-Bas | 43 | 9 | 7 | 59 | 24 | 7 | 6 | 36 | 0,3% | 0,3% |
| Autres pays | 101 | 137 | 58 | 296 | 66 | 110 | 49 | 217 | 0,7% | 1,7% |
| TOTAL | 15 286 | 1 221 | 810 | 17 317 | 8 284 | 1 016 | 710 | 9 397 | 100,0% | 100,0% |

a. Il n'est pas possible de séparer les personnes ayant reçu une autorisation pour un examen ou un traitement à l'étranger et celles qui ont vraiment profité de cette autorisation.

Source : CNS, calcul IGSS.

2.2. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ SELON LA DATE DE LA PRESTATION

Dans cette sous-section, les prestations de soins de santé sont abordées selon deux points de vue : du point de vue des consommateurs et du point de vue des prestataires de soins.

Encadré méthodologique

Dans cette sous-section, les données statistiques concernent uniquement la population protégée résidente ainsi que les prestataires de soins pratiquant au Luxembourg. Cette limitation du champ d'observation s'explique par le fait que les systèmes d'assurance maladie avec des nomenclatures, des tarifs, des prises en charge différents selon les pays ne permettent pas d'établir des statistiques détaillées incluant les prestations à l'étranger.

Les données proviennent de fichiers basés sur la date de la prestation. Ces fichiers subissent des mises à jour continues. Étant donné que les prestataires disposent d'un délai de deux ans pour facturer et les assurés bénéficient d'un délai de deux ans pour introduire leur demande de remboursement, il faut supposer que les chiffres concernant l'année d'observation la plus récente sont sous-estimés et sont à considérer comme données provisoires.

Depuis 2003 les tarifs des prestataires de soins de santé sont adaptés à l'évolution de l'indice pondéré du coût de la vie.

2.2.1. La consommation médicale

En 2015, la CNS a dépensé 1 550 millions EUR pour soins de santé délivrés à la population protégée résidente. Sur les 526 513 personnes protégées résidentes, 505 444 ont bénéficié d'un remboursement de la CNS³. En moyenne, ce remboursement a été effectué à hauteur de 3 066,5 EUR par bénéficiaire. Il convient de préciser qu'il s'agit de la moyenne remboursée pour l'ensemble des prestations en 2015 par personne bénéficiaire, et non pas d'une moyenne par acte ou par prestation.

La consommation médicale dépend de trois facteurs, dont les facteurs de prédisposition (les facteurs individuels, les caractéristiques sociales et les attitudes concernant le système de santé, les facteurs contextuels), les facteurs de capacité (facteurs financiers et organisationnels) et les facteurs de besoin (le besoin perçu)⁴. Ces trois facteurs majeurs ont une influence sur la répartition de remboursement et expliquent l'inégalité.

Pour l'année 2015 on constate que :

- la moitié des bénéficiaires a touché un remboursement inférieur à 926,6 EUR (remboursement médian) ;
- environ quatre cinquièmes des bénéficiaires (79%) ont touché un montant inférieur au remboursement moyen (3 066,5 EUR) ;
- 98% des bénéficiaires ont touché 67,5% de l'ensemble des soins remboursés ;
- 2% des patients (ca. 10 109 personnes) ont eu un remboursement supérieur à 23 042,9 EUR et a donc touché 32,7% des remboursements de soins de santé ;
- le remboursement le plus élevé en 2015 était de 572 969 EUR.

3. Il faut noter que le nombre de personnes protégées résidentes représente une moyenne annuelle et que le nombre de bénéficiaires représente une valeur absolue.

4. Modèle comportemental d'Andersen, 1995.

L'examen de la part de soins consommés d'un pourcentage donné de patients, renvoie au même résultat que celui constaté pour les remboursements individuels : la distribution des soins est inégale parmi la population ayant bénéficié de soins et ce phénomène s'est renforcé au cours des années.

Tableau 15: Evolution de la distribution des soins consommés

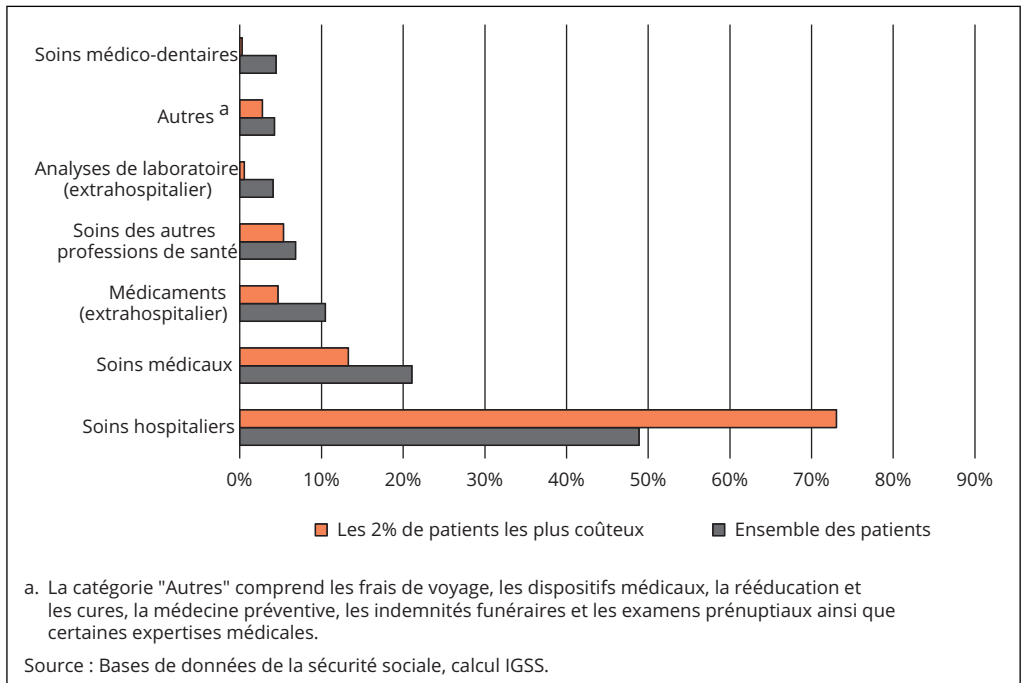
| Pourcentage de patients | Part de la consommation totale | | |
|-------------------------|--------------------------------|-------|-------|
| | 1995 | 2005 | 2015 |
| 50% bénéficient de | 8% | 7,2% | 6,5% |
| 75% bénéficient de | 21% | 20,7% | 18,8% |
| 98% bénéficient de | 71% | 70,3% | 67,3% |

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Note de lecture : En 2015, 98% des patients ont consommés 67,3% de l'ensemble des soins de santé.

Un complément d'analyse compare, par type de prestations, la composition des remboursements pour l'ensemble des patients à la composition des remboursements des 2% des patients bénéficiant des remboursements les plus élevés.

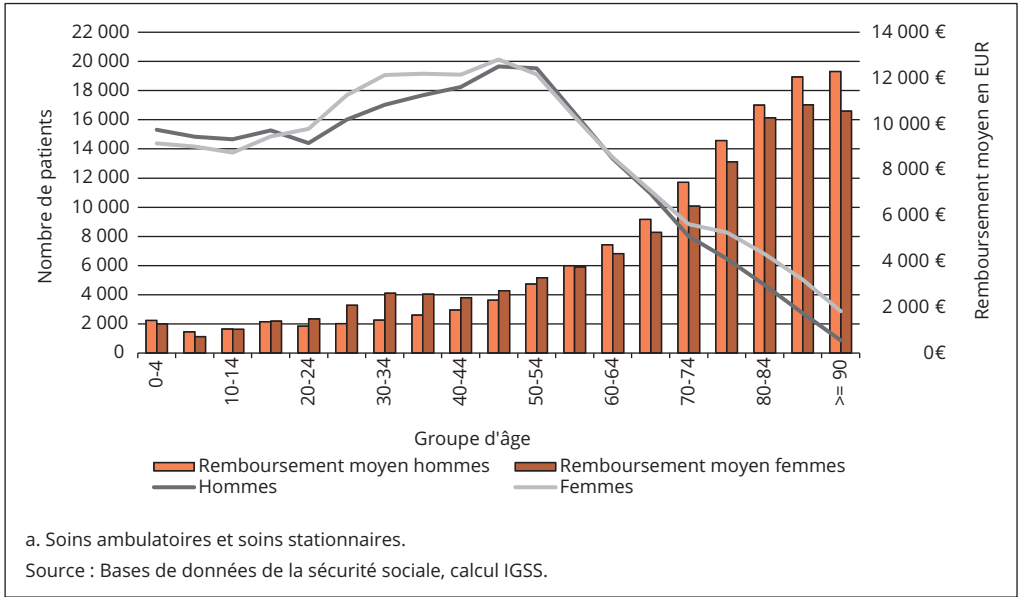
Graphique 9: Répartition des remboursements de soins de santé pour l'ensemble des patients et pour les 2% de patients ayant bénéficié des remboursements les plus élevés en 2015 (en % du total)



Les remboursements pour frais d'hospitalisation représentent 73,1% des remboursements des prestations de soins de santé des 2% de patients ayant bénéficié des remboursements les plus élevés, tandis que ces frais ne représentent qu'environ la moitié des remboursements pour l'ensemble des patients (48,9%).

Entre autres, l'âge et le sexe sont des facteurs qui influencent l'état de santé et donc le volume des soins de santé consommés. L'analyse des remboursements de soins de santé par groupe d'âge et par sexe, est riche d'enseignement.

Graphique 10: Les soins de santé au Luxembourg ^a : nombre de patients et remboursement moyen par sexe et âge en 2015



Le graphique 10 illustre, par sexe et par groupe d'âge, le nombre de bénéficiaires et le montant moyen remboursé pour les soins de santé en 2015. A noter que la répartition par sexe de la population protégée résidente ne correspond pas à celle des patients : alors que les hommes prédominent jusqu'à 69 ans dans la population protégée résidente, les patients femmes sont majoritaires dans le groupe d'âge de 20-50 ans. Pour environ ces mêmes groupes d'âge, la moyenne remboursée des femmes est plus élevée. Cette situation peut être attribuée à l'effet maternité. Dans tous les autres groupes d'âge, la moyenne remboursée est plus élevée chez les hommes, même si le nombre de patients féminins dépasse celui des patients masculins.

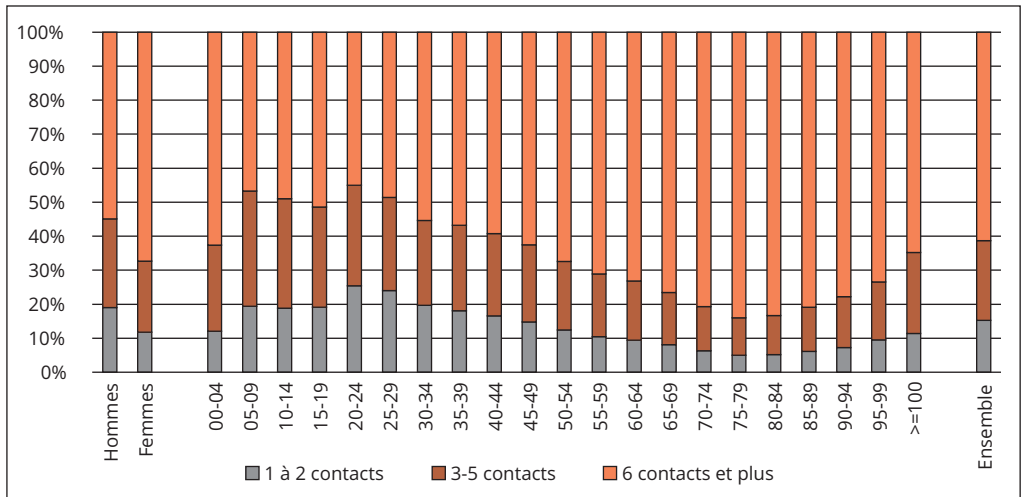
Contacts médicaux

Encadré méthodologique

Les contacts médicaux sont basés sur les actes facturés par des médecins en milieu extrahospitalier. Un contact médical correspond à un acte par patient et par médecin par jour. Les rapports, les renouvellements d'ordonnance et les frais divers ne sont pas pris en compte.

Le pourcentage de patients qui ont eu au moins un contact médical pendant l'année est sous-estimé car il est calculé sur base de la population protégée résidente moyenne et les patients qui ont que consulté un médecin à l'étranger ne sont pas pris en compte. Les personnes qui ne se sont pas rendues chez le médecin pendant l'année sont donc exclues. De plus, les données utilisées qui se basent sur la date de la prestation pour 2015 sont provisoires.

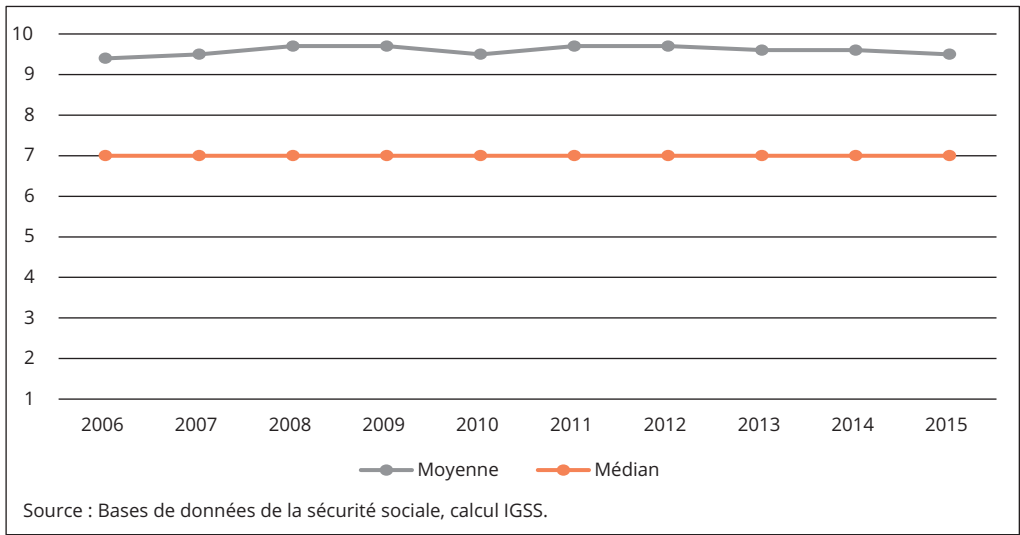
Graphique 11: Contacts médicaux par groupe d'âge et sexe en 2015



En 2015, environ 91% de la population protégée résidente a eu au moins un contact médical en milieu extrahospitalier⁵. La moitié des patients a eu jusqu'à 7 contacts médicaux (médiane) et la moyenne se situe autour de 9,5 contacts médicaux. Les femmes ont en moyenne plus de contacts médicaux que les hommes (10,6 vs. 8,3). Le nombre de contacts médicaux augmente jusqu'à l'âge de 84 ans, et diminue légèrement après. Toutefois, les admissions à l'hôpital augmentent avec l'âge (cf. sous-section " les soins hospitaliers ").

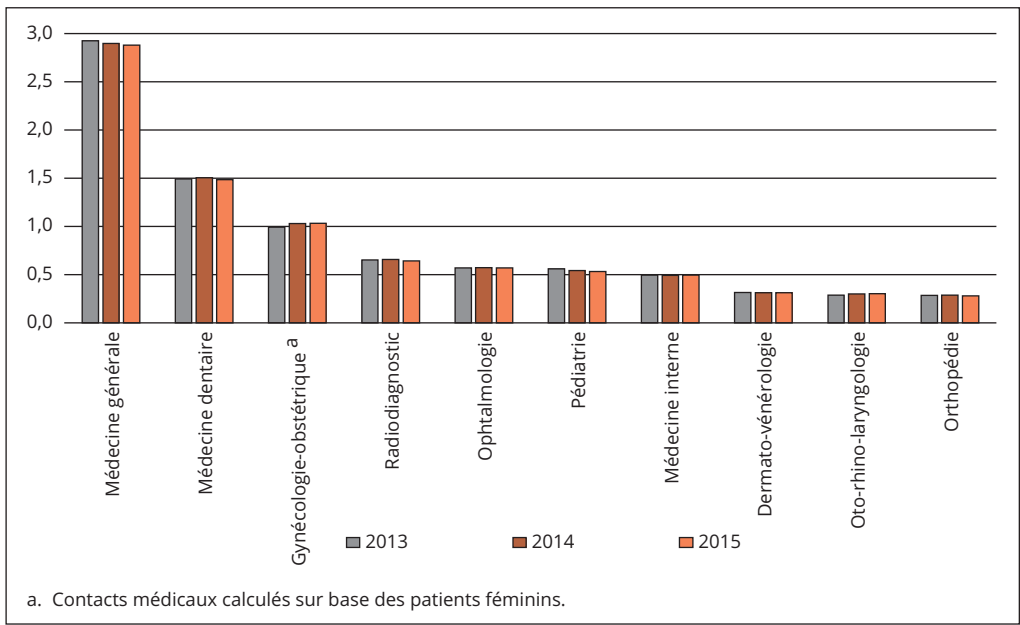
5. Il faut noter que le nombre de personnes protégées résidentes représente une moyenne annuelle et que le nombre de bénéficiaires représente une valeur absolue, il s'agit donc d'une valeur estimée.

Graphique 12: Evolution des contacts médicaux de 2006 à 2015



L'évolution est stable pendant les dix dernières années (graphique 12).

Graphique 13: Evolution des contacts médicaux par spécialité médicale de 2013 à 2015 ^a



Les personnes consultent le plus fréquemment les médecins généralistes (en moyenne 2,9 fois/an), les médecins dentistes (1,5 fois/an) et les gynécologues et obstétriciens (1 fois/an)⁶. Au cours des 3 dernières années, la distribution des médecins consultés selon leur spécialité est restée stable.

6. Calculée sur base de patients féminines de l'année correspondante.

2.2.2. Les prestataires de soins de santé

Le système des soins de santé regroupe l'ensemble des services de santé qui ont pour principale fonction la prestation d'interventions préventives, curatives et palliatives, en réponse à des besoins spécifiques de santé des individus ou des populations (OMS 2000).

Les services de soins de santé couverts dans cette sous-section sont les frais médicaux, les soins hospitaliers, les médicaments et les soins des autres professions de santé.

2.2.2.1. L'activité médicale au Luxembourg

Encadré méthodologique

L'activité médicale se différencie selon le type de traitement prodigué par le médecin. Il y a lieu de distinguer :

- les traitements prodigués par le médecin " exécutant ", qui preste directement un acte médical tel que défini dans la nomenclature des actes et services des médecins et médecins dentistes ;
- les traitements prodigués par le médecin " prescripteur " qui prescrit des actes, des biens médicaux, des analyses de laboratoires, des produits pharmaceutiques, des actes d'imagerie médicale.

Un médecin peut être prescripteur et exécutant à la fois.

Les statistiques présentées dans cette sous-section concernent les traitements prodigués par le médecin " exécutant ".

L'activité médicale peut être mesurée par les honoraires médicaux. Les honoraires médicaux correspondent aux honoraires bruts.

Afin de calculer les honoraires médicaux moyens, certains critères ont été appliqués :

- tous les médecins (salariés et non-salariés) sont considérés, pour lesquels le code fournisseur a été utilisé au cours de l'année de référence et en cas d'exercice libéral, le montant net facturé pendant l'année est égal ou supérieur au salaire social minimum moyen ;
- seuls les médecins qui ont eu le même statut pendant les 12 mois de l'année correspondante sont considérés ;
- les médecins ont entre 26 et 70 ans.

Pour la présentation des honoraires médicaux moyens par spécialité certaines spécialités ont été regroupées.

Les spécialités médicales avec un nombre de médecins pratiquants inférieur à 5, ne sont pas retenues dans les chiffres. Elles sont cependant considérées dans le calcul de la moyenne générale.

En 2015, les honoraires de l'ensemble des médecins se sont élevés à 460,3 millions EUR, soit 1,7% de plus qu'en 2014. La plus grande variation peut être observée chez les médecins généralistes avec 3,1%. Le volume des honoraires des médecins spécialistes progresse de 1,3%, celui des médecins dentistes de 1,7%.

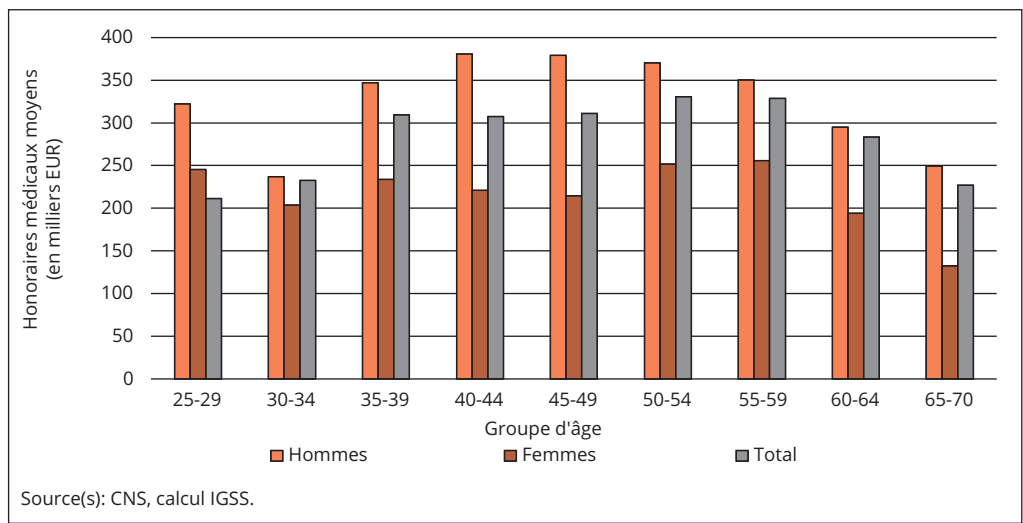
Tableau 16: Evolution du volume des honoraires des médecins depuis 2007 (en millions EUR)

| | 2007 | 2011 | 2015 | Variation moyenne annuelle 2007/15 |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|------------------------------------|
| Médecins généralistes | 46,9 | 58,9 | 71,7 | 5,4% |
| Médecins spécialistes | 186,3 | 223,6 | 261,9 | 4,4% |
| Dentistes et stomatologues | 90,5 | 119,8 | 126,7 | 4,3% |
| Total des médecins | 323,6 | 402,3 | 460,3 | 4,5% |

Source : CNS, calcul IGSS.

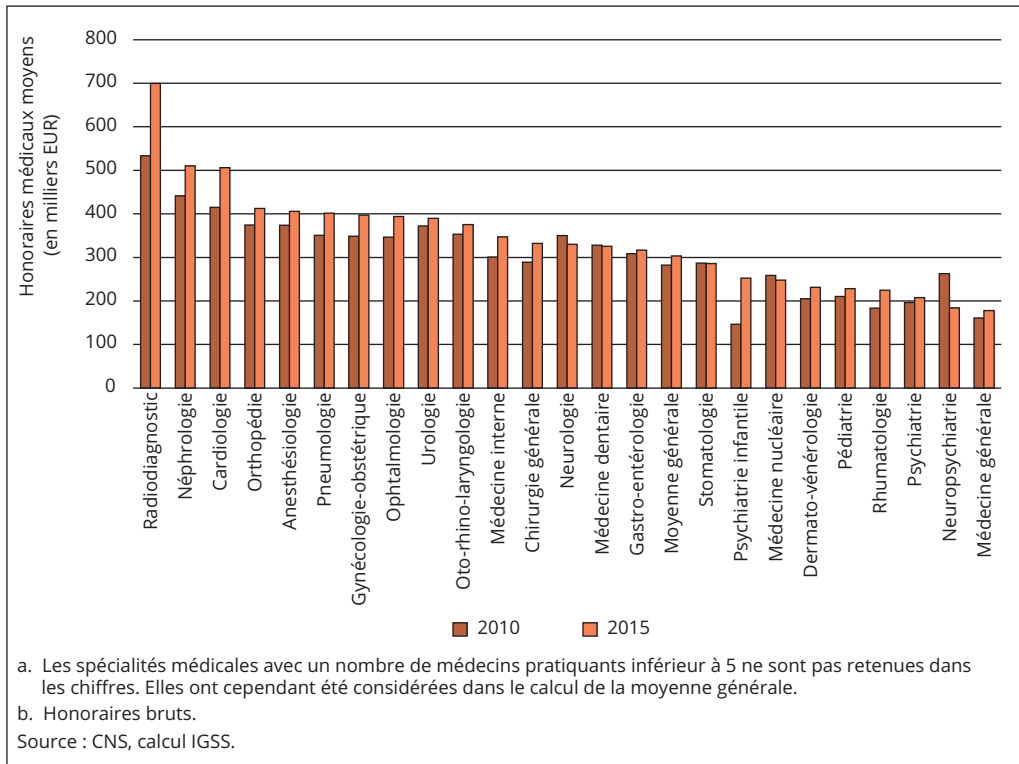
Le graphique 14, qui reproduit le montant moyen des honoraires, ventilé par groupe d'âge et sexe, montre qu'il y a des différences notables entre les honoraires moyens perçus par les hommes et les femmes. Pour tous les groupes d'âge, les femmes perçoivent des honoraires médicaux moins élevés. Ceci est lié à la fois au choix de la spécialité et à l'intensité de travail de celles-ci.

Graphique 14: Répartition des honoraires médicaux moyens par groupe d'âge et sexe en 2015 (en milliers EUR)



Les écarts d'honoraires moyens sont très importants selon la spécialité médicale. En règle générale, les moyennes les plus faibles se rencontrent chez les spécialités médicales conservatrices (médecins généralistes, pédiatres et psychiatres). Les moyennes les plus élevées sont associées aux spécialités médicales interventionnelles. L'analyse de l'évolution des honoraires médicaux moyens de 2010 à 2015 montre une diminution chez les neurologues, les médecins spécialistes en médecine nucléaire et les neuropsychiatres.

Graphique 15: Evolution des honoraires médicaux moyens par spécialité médicale entre 2010 et 2015 ^{ab} (par ordre décroissant pour 2015)



2.2.2.2. Les soins hospitaliers

Les soins hospitaliers comprennent l'ensemble des services (soins et hébergement) de court et moyen séjour fournis par les hôpitaux. Les soins médicaux ne sont pas inclus. Les journées d'hospitalisation avec ou sans nuitée, le nombre d'admissions à l'hôpital, les diagnostics de sortie ainsi que la durée de séjour et les accouchements sont présentés dans cette sous-section.

Les journées d'hospitalisation

Encadré méthodologique

Les statistiques de cette sous-section ont été établies du point de vue du patient. Ainsi par exemple, un seul "épisode" hospitalier est mis en compte pour un patient lors d'une hospitalisation complète, ininterrompue, même si cette hospitalisation comporte des transferts vers d'autres établissements spécialisés (p.ex. INCCI, Rehazenter, etc.) ou commence avec une hospitalisation du jour. S'y ajoute que le jour de sortie n'est pas compté comme une journée prestée. Ainsi par exemple, un séjour à l'hôpital pour une intervention chirurgicale, avec sortie de l'hôpital le lendemain de l'opération, est considéré comme un séjour d'une seule journée.

Les données concernent tous les hôpitaux et l'analyse se base sur les différentes entités fonctionnelles de l'hôpital.

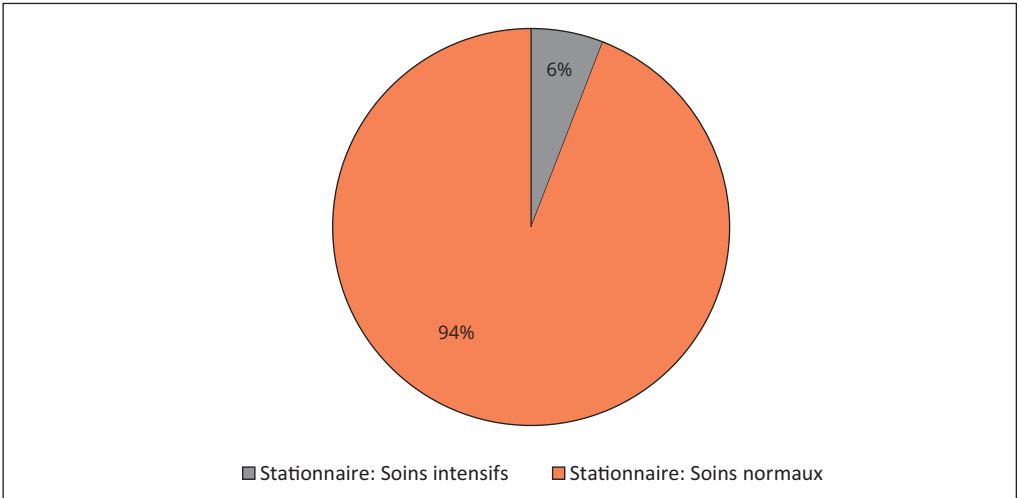
Comme pour toutes les données établies selon la date de la prestation, les données pour les années les plus récentes sont provisoires et probablement sous-estimées.

En 2015, 744 138 journées ont été facturées en milieu hospitalier au Luxembourg⁷. Les journées facturées avec au moins une nuitée s'élèvent à 678 212 en 2015. Elles incluent les journées en soins normaux et soins intensifs. Il faut souligner qu'un épisode hospitalier commencé en place de surveillance ou en hôpital de jour psychiatrique et directement prolongé par une hospitalisation avec au moins une nuitée sera comptabilisé dans les journées facturées avec une nuitée. Les soins normaux sont l'unité d'œuvre la plus souvent facturée avec 94,1%. Les soins intensifs représentent 5,9% de journées facturées avec nuitée.

Les hospitalisations de jour, qui ne sont pas suivies d'une hospitalisation avec nuitée sont au nombre de 65 926 en 2015. Les soins normaux concernent 25,0%, les places de surveillance 38,0% et les hospitalisations de jour en psychiatrie 37,0%. Abstraction faite de ces derniers, 39,7% incombent aux soins normaux et 60,3% aux places de surveillance.

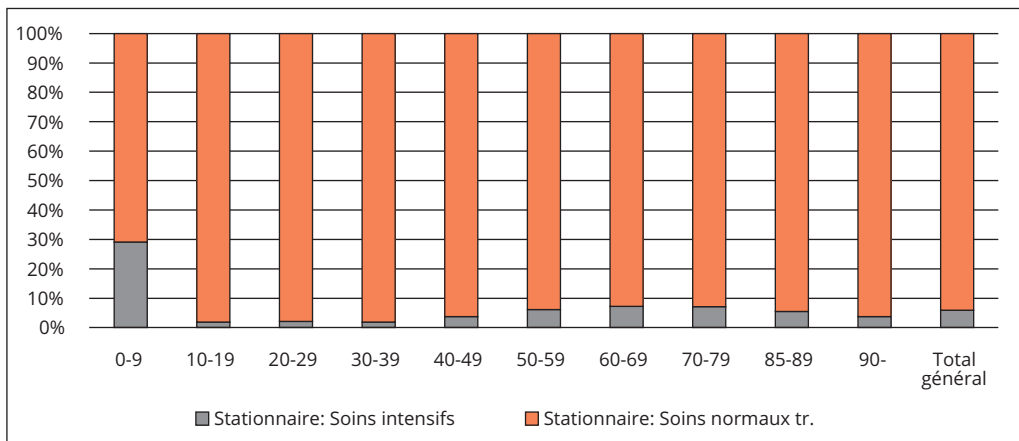
7. Ces journées comprennent les hospitalisations avec nuitée (soins normaux, soins intensifs) et les hospitalisations de jour (places de surveillance, soins normaux, soins intensifs).

Graphique 16: Répartition des types de journées prestées avec nuitée en 2015



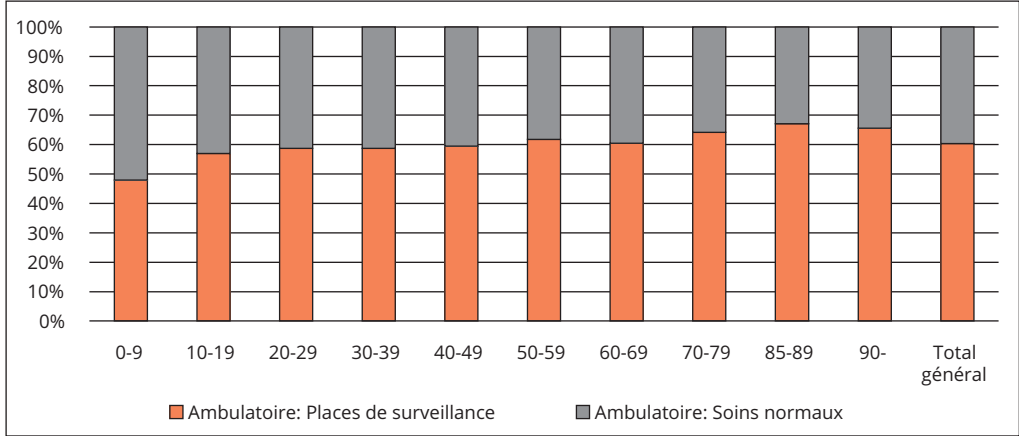
Le graphique 17 illustre, par groupe d'âge, la part des différents types de journées facturées avec nuitée. Les hospitalisations en soins normaux dominent dans tous les groupes d'âge. Pour les nouveau-nés en bonne santé, le séjour normal en maternité après la naissance n'est pas considéré comme une hospitalisation. Ceci explique la proportion en soins intensifs relativement élevée pour les très jeunes. L'ensemble de journées facturées avec nuitée concerne 52 621 personnes.

Graphique 17: Répartition des types de journées facturées avec nuitée par groupe d'âge en 2015 (en %)



Concernant les journées facturées sans nuitée, ce sont les places de surveillance qui occupent la part la plus importante, au-delà de 50% des journées facturées sans nuitée pour tous les groupes d'âge à l'exception des plus jeunes. Les jours concernent un total de 29 888 patients.

Graphique 18: Répartition des types de journées facturées sans nuitée par groupe d'âge en 2015 (en %)



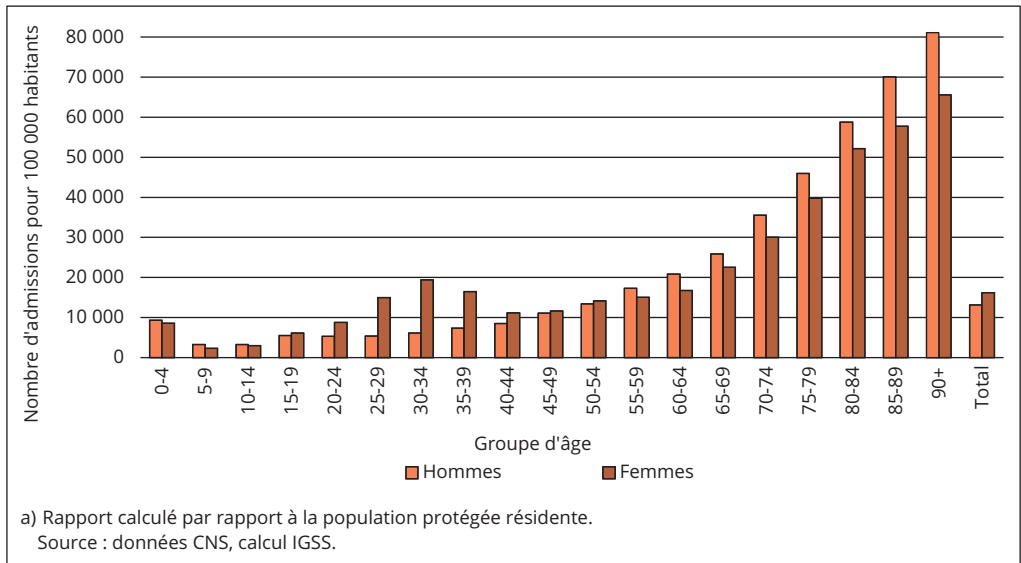
Les admissions à l'hôpital

Encadré méthodologique

Contrairement à la sous-section " les journées d'hospitalisation " ces statistiques ont été établies du point de vue hôpital. Ainsi deux (ou plus) admissions en hôpital sont comptées pour un patient transféré entre établissements au cours d'un " épisode " du patient. La comparabilité est donc limitée.

En 2015 le nombre d'admissions hospitalières avec au moins une nuitée s'élève en moyenne à 14 628 pour 100 000 personnes protégées résidentes.

Graphique 19: Nombre d'admissions pour 100 000 personnes protégées résidentes par groupe d'âge et sexe en 2015 ^a



Le taux élevé des admissions chez les femmes âgées de 20 à 45 ans par rapport à celui des hommes du même âge s'explique en grande partie par les accouchements qui sont la première cause d'hospitalisations chez les femmes de ces groupes d'âges. Sans surprise, le nombre d'admissions augmente avec l'âge pour atteindre un maximum de 8,1/10 chez les hommes de 90 ans et plus.

Les diagnostics de sortie

Le tableau 17 présente le classement, par ordre décroissant, des 10 premiers diagnostics de sortie pour les hommes et les femmes. Ces diagnostics de sortie couvrent, en 2015, environ 41,8% des admissions en hospitalisation avec nuitée, respectivement 41,2% des hospitalisations à diagnostic de sortie connu/disponible. En effet, il faut noter qu'au moment de l'établissement de ces statistiques, pour 4,3% des cas, le diagnostic de sortie était inconnu, respectivement les données non encore disponibles.

Sans tenir compte des accouchements, les tumeurs malignes, les arthropathies et les autres formes de cardiopathies présentent les trois premiers diagnostics de sortie dans les hôpitaux aigus. L'ordre de diagnostics de sortie est différent selon le sexe : 9,5% des hommes sont hospitalisés à cause des tumeurs malignes, suivi de 5,6% à cause des arthropathies et 4,7% à cause d'autres formes de cardiopathies. Chez les femmes, la première cause d'hospitalisation est l'accouchement (12,9%), suivi des tumeurs malignes (6,8%), des arthropathies (6,8%) et des Dorsopathies (3,4%).

Le classement des principaux diagnostics de sortie dans les hôpitaux aigus n'a que peu changé aux cours des dernières années.

Tableau 17: Les 10 principaux diagnostics de sortie dans les hôpitaux aigus avec nuitée en 2015^{ab}

| | Hommes | En % du total | Femmes | En % du total | TOTAL | En % du total |
|----|---|---------------|--|---------------|--|---------------|
| 1 | Tumeurs malignes C00-C97 | 9,5% | Accouchement O80-O84 | 12,9% | Tumeurs malignes C00-C97 | 8,1% |
| 2 | Arthropathies M00-M25 | 5,6% | Tumeurs malignes C00-C97 | 6,8% | Accouchement O80-O84 | 7,1% |
| 3 | Autres formes de cardiopathies I30-I52 | 4,7% | Arthropathies M00-M25 | 6,8% | Arthropathies M00-M25 | 6,3% |
| 4 | Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47 | 4,4% | Dorsopathies M40-M54 | 3,4% | Autres formes de cardiopathies I30-I52 | 3,8% |
| 5 | Cardiopathies ischémiques I20-I25 | 3,9% | Autres formes de cardiopathies I30-I52 | 3,1% | Dorsopathies M40-M54 | 3,3% |
| 6 | Dorsopathies M40-M54 | 3,3% | Affections non inflammatoires de l'appareil génital de la femme N80-N98 | 2,8% | Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47 | 3,3% |
| 7 | Troubles mentaux liés à l'utilis substanc psych-activ F10-F19 | 3,2% | Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39 | 2,4% | Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39 | 2,8% |
| 8 | Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39 | 3,1% | Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47 | 2,4% | Cardiopathies ischémiques I20-I25 | 2,5% |
| 9 | Maladies des artères, artérioles et capillaires I70-I79 | 2,8% | Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87 | 2,0% | Troubles mentaux liés à l'utilis substanc psych-activ F10-F19 | 2,1% |
| 10 | Hernies K40-K46 | 2,8% | Troubles de l'humeur affectifs F30-F39 | 2,0% | Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87 | 2,0% |
| | % par rapport au total des admissions | 43,5% | % par rapport au total des admissions | 44,8% | % par rapport au total des admissions | 41,2% |

a. D'après la classification CIM 10 (Classification Internationale des Maladie 10e édition - OMS).

b. Hors hospitalisations dont le diagnostic de sortie n'est pas connu.

Source : données CNS, calcul IGSS.

La fréquence et la durée de séjour dans les hôpitaux aigus

Encadré méthodologique

Pour évaluer la durée moyenne de séjour (DMS), il faut distinguer les hospitalisations, qui comprennent au moins un jour et une nuit (hospitalisation avec nuitée), et les hospitalisations de jour dont la durée se limite à une journée. La DMS ne tient compte ni des hospitalisations de jour ni des hospitalisations pour traitements subaigus (rééducation, convalescence, etc.). A noter que la DMS n'est pas calculée sur base des épisodes et n'inclut pas les transferts entre plusieurs hôpitaux.

Pour les données sur les hôpitaux aigus les 4 établissements suivants sont exclus :

- l'établissement spécialisé accueillant des personnes en fin de vie Haus Omega de Hamm ;
- le RehaZenter du Kirchberg qui est le centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation ;
- le Centre hospitalier neuropsychiatrique d'Ettelbruck (CHNP) réservé à la rééducation et à la réhabilitation psychiatrique ;
- l'Hôpital communal de Steinfort, réservé à la rééducation gériatrique.

Le tableau synoptique 18 présente les principaux indicateurs en matière de durée de séjour dans les hôpitaux aigus. Au cours des dernières années, le nombre des hospitalisations comprenant au moins une nuit à l'hôpital a diminué et le nombre d'admissions en hospitalisation de jour a augmenté, même si l'augmentation en 2015 n'était pas aussi forte que les années précédentes. Le rapport entre le nombre d'hospitalisation de jour et le nombre total d'hospitalisation passe de 16,5% en 2011 à 18,9% en 2015. Toutefois, le taux d'hospitalisation avec une durée égale à ou de moins de 4 jours, respectivement de moins de 7 jours ne reflètent pas cette tendance.

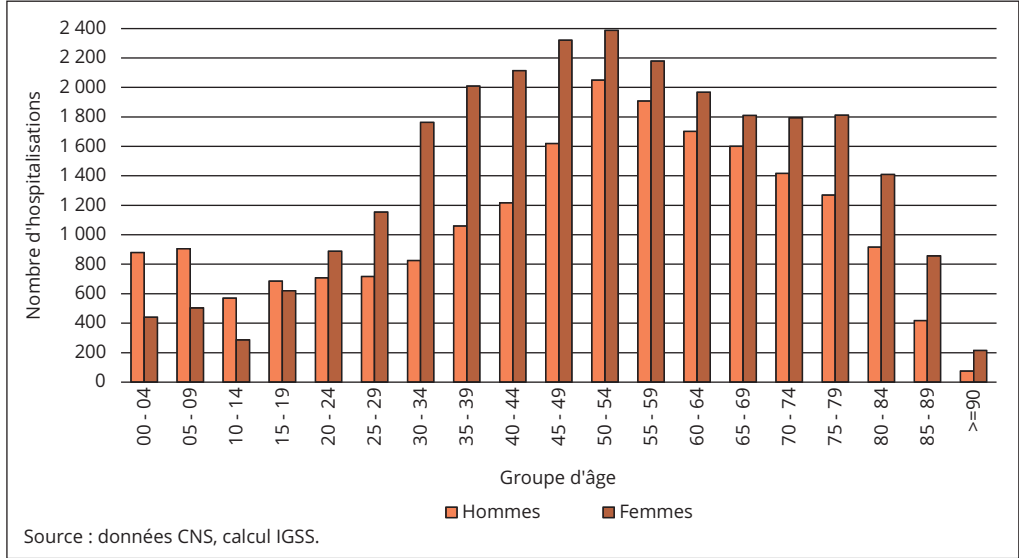
Tableau 18: Evolution du type d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux aigus de 2011 à 2015 ^a

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Nombre de cas d'hospitalisations comprenant au moins une nuit à l'hôpital | 78 241 | 77 367 | 76 173 | 75 721 | 74 674 |
| Nombre d'admissions en hospitalisation de jour (HDJ, sans nuitée) | 15 488 | 15 460 | 16 479 | 17 232 | 17 451 |
| Nombre de patients en place de surveillance ^b (sans nuitée et sans admission formelle) | 22 286 | 25 488 | 27 170 | 29 909 | 30 969 |
| Durée moyenne de séjour ^c | 7,3 | 7,4 | 7,4 | 7,3 | 7,5 |
| <i>Evolution annuelle des hospitalisations complètes</i> | 2,8% | -1,1% | -1,5% | -0,6% | -1,4% |
| <i>Evolution annuelle des hospitalisations de jour</i> | 12,7% | 8,6% | 6,5% | 4,6% | 1,3% |
| <i>Evolution annuelle des places de surveillance</i> | 11,1% | 14,4% | 6,6% | 10,1% | 3,5% |
| Taux d'hospitalisation avec une durée <=4 jours | 64,4% | 64,0% | 64,4% | 65,1% | 64,9% |
| Taux d'hospitalisation avec une durée <=7 jours | 78,5% | 78,4% | 78,4% | 78,6% | 78,4% |
| Rapport nombre HDJ / Nombre total d'hospitalisations (sans places de surveillance) | 16,5% | 16,7% | 17,8% | 18,5% | 18,9% |

- a. A l'exclusion des établissements de rééducation psychiatrique et gériatrique, du Haus Omega et du Reha-zenter (Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation).
- b. Après certains examens ou traitements en service ambulatoire de l'hôpital, les patients sont surveillés pendant un laps de temps qui garantit qu'ils soient en mesure de rentrer et d'assumer leur vie quotidienne sans risques pour leur santé. Les établissements disposent de "places" réservées à ces périodes de surveillance à la différence des "lits" attribués aux patients après une procédure d'admission formelle pour une HDJ ou une hospitalisation plus longue.
- c. Concerne uniquement les hospitalisations comportant au moins une nuit à l'hôpital.

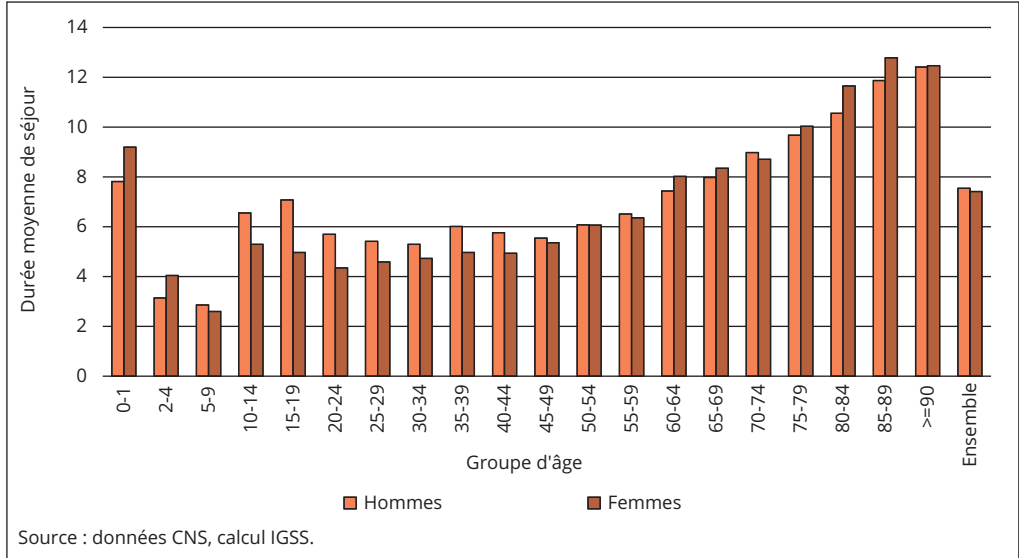
En 2015, 48 420 hospitalisations de jour (y compris places de surveillance) ont été dénombrées. A l'exception des femmes âgées de moins de 20 ans, le nombre d'hospitalisations des femmes est toujours supérieur à celui des hommes. La maternité et l'espérance de vie des femmes supérieure à celle des hommes expliquent cette situation.

Graphique 20: Nombre de cas d'hospitalisations de jour en 2015 par groupe d'âge (hôpitaux aigus)



La durée moyenne de séjour des 74 674 hospitalisations avec au moins une nuitée se situe à 7,5 jours en 2015. Pour les hommes comme pour les femmes, la durée moyenne de séjour progresse avec l'âge. L'exception à cette tendance sont les enfants de moins de 1 an qui affichent une durée de séjour plus élevée. Cela vient du fait que le séjour à la maternité d'un nouveau-né en bonne santé n'est pas considéré comme une hospitalisation pour le bébé mais pour la mère et n'est donc pas pris en compte dans le calcul de la DMS. Par contre, les accouchements par césarienne ainsi que les nouveau-nés présentant des complications sont inclus.

Graphique 21: Durée moyenne de séjour en 2015 par groupe d'âge et sexe (hôpitaux aigus)



Les soins de maternité pris en charge par l'assurance maladie-maternité

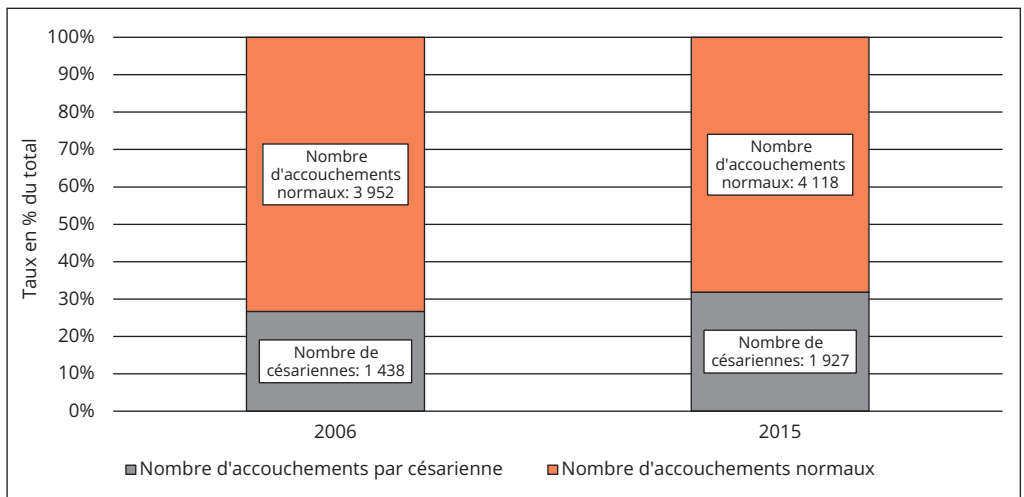
Les soins de maternité lors d'un accouchement à l'hôpital ont été pris en charge forfaitairement par l'Etat jusqu'en 2010. A partir du 1er janvier 2011, le financement des soins en cas de maternité a été intégré au régime général de l'assurance maladie-maternité.

En 2015, le nombre total des accouchements remboursés par l'assurance maladie-maternité est de 6 045. Comparé à 2006, ceci représente une augmentation de 12,2%. Toutefois, la population protégée résidente a également augmenté. Trois points sont mis en évidence :

- Diminution des accouchements chez les femmes âgées de moins de 29 ans ;
- Transfert des accouchements vers les groupes d'âge 30 ans et plus ;
- Augmentation des accouchements par césarienne.

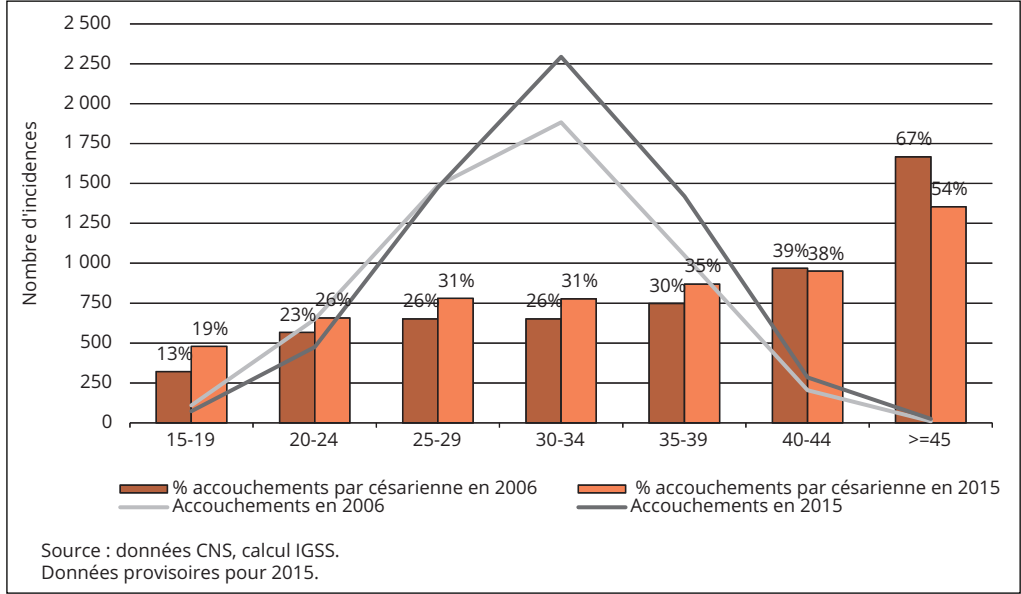
Le taux des césariennes calculé par rapport au nombre total d'accouchements est de 31,9% en 2015 contre 26,7% en 2006 (graphique 22).

Graphique 22: Evolution du nombre d'accouchement par césarienne et du nombre d'accouchements normaux de 2006 à 2015



Le graphique 23 indique, en fonction de l'âge de la femme, le nombre d'accouchements des femmes résidentes pris en charge par l'assurance maladie-maternité pour les années 2006 et 2015. Ce nombre a diminué chez les adolescentes et a augmenté chez les femmes âgées de plus de 20 ans. De plus, il montre le pourcentage des accouchements par césarienne sur tous les accouchements.

Graphique 23: Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2006 et 2015



2.2.2.3. La délivrance de médicaments

Encadré méthodologique

Les données statistiques sur les médicaments se réfèrent uniquement aux médicaments prescrits par un médecin et remboursés par la CNS selon les taux définis par ses statuts. Les médicaments non prescrits sont donc exclus. De plus, les données ne concernent que les frais pharmaceutiques dans le secteur extrahospitalier (y inclus les médicaments à délivrance hospitalière).

En 2015, les frais pharmaceutiques dans le secteur extrahospitalier s'élèvent à 170,4 millions EUR et ont augmenté de 1,0% par rapport à l'année précédente. La hausse s'explique par l'inscription dans la liste positive de nouveaux traitements indiqués dans la sclérose en plaques.

Les quatre groupes ATC les plus pris en charge par la CNS en milieu ambulatoire sont présentés au tableau 19. Ils représentent 64% du montant net total.

Tableau 19: Principaux groupes de médicaments pris en charge par la CNS en 2015

| Code ATC 1er niveau | Montant net total % | Variation 2014 / 2015 de la consommation DDD |
|--|---------------------|--|
| Système cardio-vasculaire | 18% | -4% |
| Tractus gastro-intestinal et métabolisme | 17% | 1% |
| Cytostatiques, agents immunomodulateurs | 15% | 2% |
| Système nerveux central | 15% | 6% |

Source : CNS.

Soins des autres professions de santé exerçant en profession libérale

L'évolution du montant net des honoraires ou prestations des professions de santé non-médecins pris en charge par la sécurité sociale, est retracée dans le tableau 20. Contrairement au calcul des honoraires de médecins, aucun critère n'a été employé pour ce calcul.

Tableau 20: Evolution des frais des autres professions de santé de 2011 à 2015 (en milliers EUR)

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | Variation 2014/2015 | Variation 2011/2015 |
|--------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|---------------------|---------------------|
| Analyses de laboratoires | 54 501 | 64 219 | 69 224 | 75 579 | 63 300 | -16,2% | 16,1% |
| Massages, kinésithérapie | 40 769 | 46 310 | 51 084 | 57 542 | 59 179 | 2,8% | 45,2% |
| Soins infirmiers | 34 605 | 36 490 | 38 678 | 42 244 | 42 153 | -0,2% | 21,8% |
| Soins des sages femmes | 504 | 518 | 613 | 794 | 813 | 2,4% | 61,1% |
| Psychomotriciens | 1 006 | 1 118 | 1 123 | 1 245 | 1 316 | 5,7% | 30,9% |
| Orthophonie | 1 318 | 1 366 | 1 505 | 1 728 | 2 073 | 20,0% | 57,3% |

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES

3.1. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MALADIE

La CNS procède à la liquidation des prestations en espèces de maladie pour les périodes de maladie dépassant le cadre légal d'intervention patronale. Pour les périodes de maladie intervenant au cours de la période de conservation légale de la rémunération, les prestations en espèces sont, dans un premier temps, avancées par les employeurs. Ces derniers sont ensuite remboursés, à concurrence de 80% des rémunérations payées à leurs salariés, par la Mutualité des Employeurs.

Tableau 21: Evolution des prestations en espèces de maladie (en millions EUR)

| | 2013 | 2014 | 2015 |
|--|--------------|--------------|--------------|
| Prestations à charge de la CNS | 126,2 | 126,9 | 131,5 |
| <i>Variation annuelle en %</i> | +4,0% | +0,6% | 3,6% |
| dont Indemnités pécuniaires proprement dites | 117,9 | 118,0 | 121,6 |
| dont Indemnités pendant périodes d'essais | 8,1 | 8,8 | 9,7 |
| dont Indemnités liées à un congé d'accompagnement | 0,1 | 0,2 | 0,2 |
| <i>Taux de cotisation</i> | 0,50% | 0,50% | 0,50% |
| Prestations à charge de la Mutualité des Employeurs | 323,9 | 326,3 | 350,2 |
| <i>Variation annuelle en %</i> | +8,3% | +0,7% | 7,3% |

Source : CNS, décomptes annuels.

L'année 2015 est caractérisée par une augmentation importante des prestations en espèces correspondantes, indépendamment du fait qu'elles sont à charge de la CNS ou de la Mutualité des Employeurs. Cette progression s'explique par la croissance de l'emploi salarié ainsi que par l'augmentation du taux d'absentéisme causée par le caractère plus intense de l'épidémie grippale de l'hiver 2015 par rapport à celle qui a sévi au cours de l'hiver 2014. Les prestations en espèces à charge de la CNS s'établissent à 131,5 millions EUR en 2015 et sont ainsi de 3,6% plus élevées qu'en 2014. Les prestations en espèces à charge de la Mutualité s'établissent, quant à elles, à 350,2 millions EUR en 2015, contre 326,3 millions EUR l'année passée (+7,3%).

3.2. L'ANALYSE DE L'ABSENTEISME POUR CAUSE DE MALADIE

Encadré méthodologique

1. Champ étudié

Sont retenues toutes les occupations de tous les salariés de statut privé ayant eu au moins une occupation au cours de l'année. Sont exclus les indépendants ainsi que les salariés n'ayant pas droit à des prestations en espèces de la part de la Caisse nationale de santé (fonctionnaires, employés et ouvriers de l'Etat, fonctionnaires et employés communaux). Seul l'absentéisme pour cause de maladie est traité. Les périodes relatives à la maternité et aux accidents sont écartées.

2. Source

Les chiffres sur l'absentéisme s'appuient sur les périodes d'incapacité de travail renseignées au Centre commun de la sécurité sociale par les salariés et par les patrons.

3. Sélection des périodes de maladie

Approche " comptable "

L'approche comptable consiste à considérer uniquement les jours de maladie compris entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année étudiée. Cette approche est retenue pour le calcul des taux d'absentéisme.

Cette approche ne permet pas d'analyser de façon optimale les durées des épisodes de maladie, étant donné que les épisodes commençant et/ou finissant en dehors de l'année sont tronqués. Pour ce type d'analyse, c'est l'approche " durée " définie ci-dessous qui est retenue.

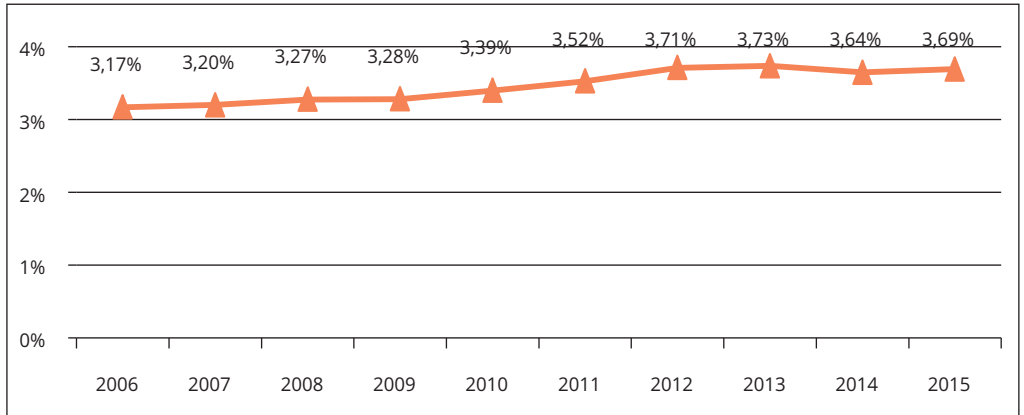
Approche " durée "

L'approche durée consiste à ne considérer que les épisodes se terminant au cours de l'année. De cette façon aucun épisode n'est tronqué.

3.2.1. Principaux chiffres et évolution récente

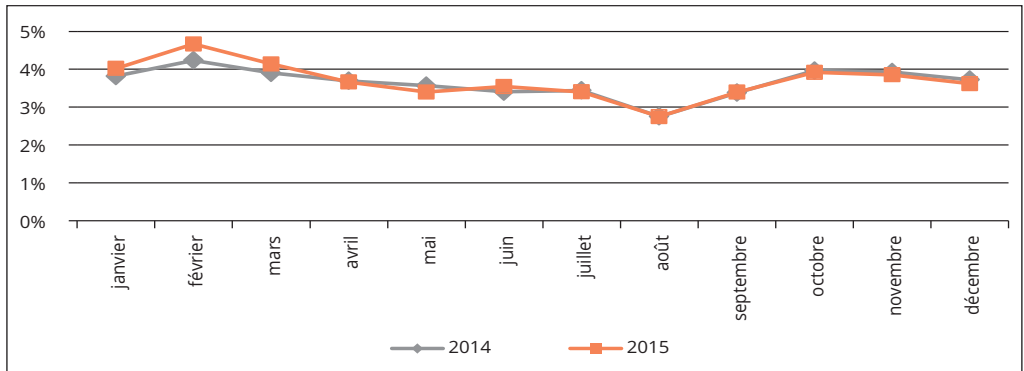
Près d'un salarié sur deux (46%) n'a pas été malade au cours de l'année 2015. Ceux qui ont été malades ont connu en moyenne 2,6 épisodes de 8,5 jours chacun. Le taux d'absentéisme atteint 3,7% contre 3,6% l'année passée (graphique 24).

Graphique 24: Evolution du taux d'absentéisme maladie depuis 2006



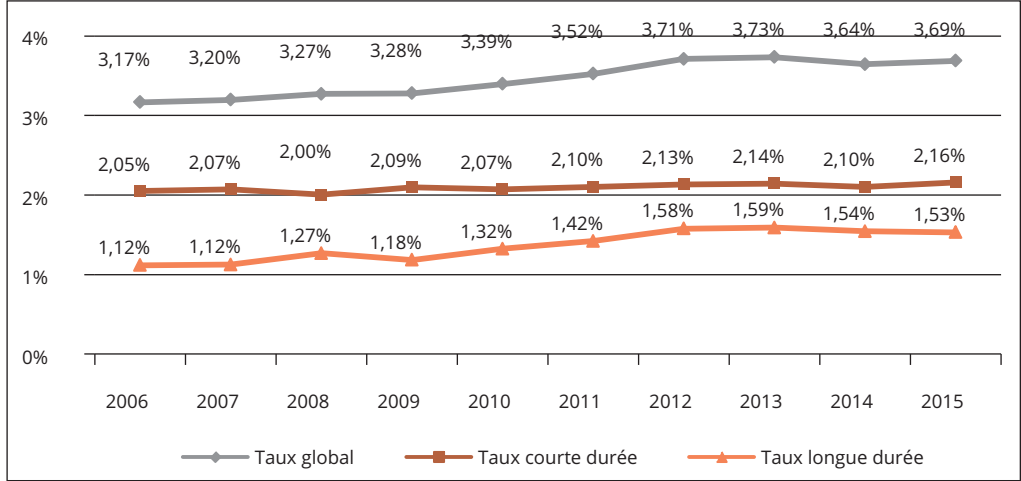
La légère augmentation du taux d'absentéisme constatée en 2015 résulte du caractère plus intense de l'épidémie grippale de l'hiver 2015 par rapport à celle de l'hiver 2014. Alors que le taux d'absentéisme était de 4,0% en moyenne sur le premier trimestre 2014, il a atteint 4,3% en moyenne sur le premier trimestre 2015 (graphique 25).

Graphique 25: Evolution mensuelle du taux d'absentéisme maladie pour les années 2014 et 2015



L'augmentation du taux d'absentéisme observée en 2015 se retrouve dans l'évolution du taux d'absentéisme de courte durée (absences de moins de trois semaines). En revanche, le taux d'absentéisme de longue durée n'a pas augmenté par rapport à l'année passée (graphique 26).

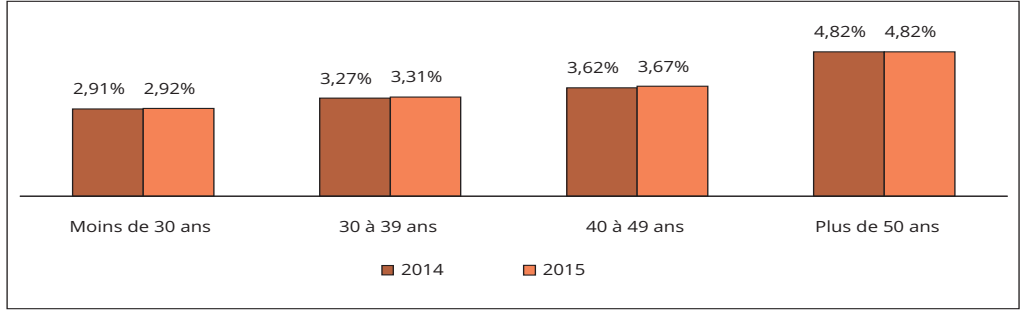
Graphique 26: Evolution des taux d'absentéisme maladie de courte et de longue durée depuis 2006



3.2.2. Taux d'absentéisme selon quelques caractéristiques individuelles

L'âge est un facteur aggravant de l'absentéisme. Le taux d'absentéisme des plus de 50 ans est 1,7 fois plus élevé que celui des moins de trente ans. Entre 2014 et 2015, le taux d'absentéisme a augmenté ou stagné dans chaque tranche d'âge de la population (graphique 27).

Graphique 27: Taux d'absentéisme maladie selon le groupe d'âge en 2014 et 2015



A côté de l'âge, d'autres caractéristiques individuelles comme le sexe, la résidence ou encore le type d'activité font partie des déterminants de l'absentéisme maladie (tableau 22).

Tableau 22: Taux d'absentéisme maladie 2015 selon la résidence, le sexe et le type d'activité

| | Frontaliers | | | Résidents | | | Frontaliers et résidents | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------------|-------------|-------------|
| | Hommes | Femmes | TOTAL | Hommes | Femmes | TOTAL | Hommes | Femmes | TOTAL |
| Salariés exerçant une activité manuelle ^a | 5,0% | 6,5% | 4,7% | 4,3% | 4,5% | 4,4% | 4,7% | 5,0% | 4,8% |
| Autres salariés | 2,4% | 4,1% | 2,2% | 2,0% | 3,2% | 2,6% | 2,2% | 3,6% | 2,9% |
| TOTAL | 3,6% | 4,6% | 3,4% | 3,1% | 3,8% | 3,5% | 3,4% | 4,1% | 3,7% |

a. L'information sur le caractère manuel de l'activité apparaît dans la déclaration d'entrée des salariés introduite par les employeurs auprès du Centre Commun de la Sécurité Sociale.

Le taux d'absentéisme des femmes (4,1%) est supérieur à celui des hommes (3,4%). Cet écart est souvent expliqué par certaines spécificités physiologiques des femmes ainsi que par une implication plus forte de ces dernières dans les tâches familiales. En 2014, le taux d'absentéisme des femmes était de 4,0% et celui des hommes était de 3,4%.

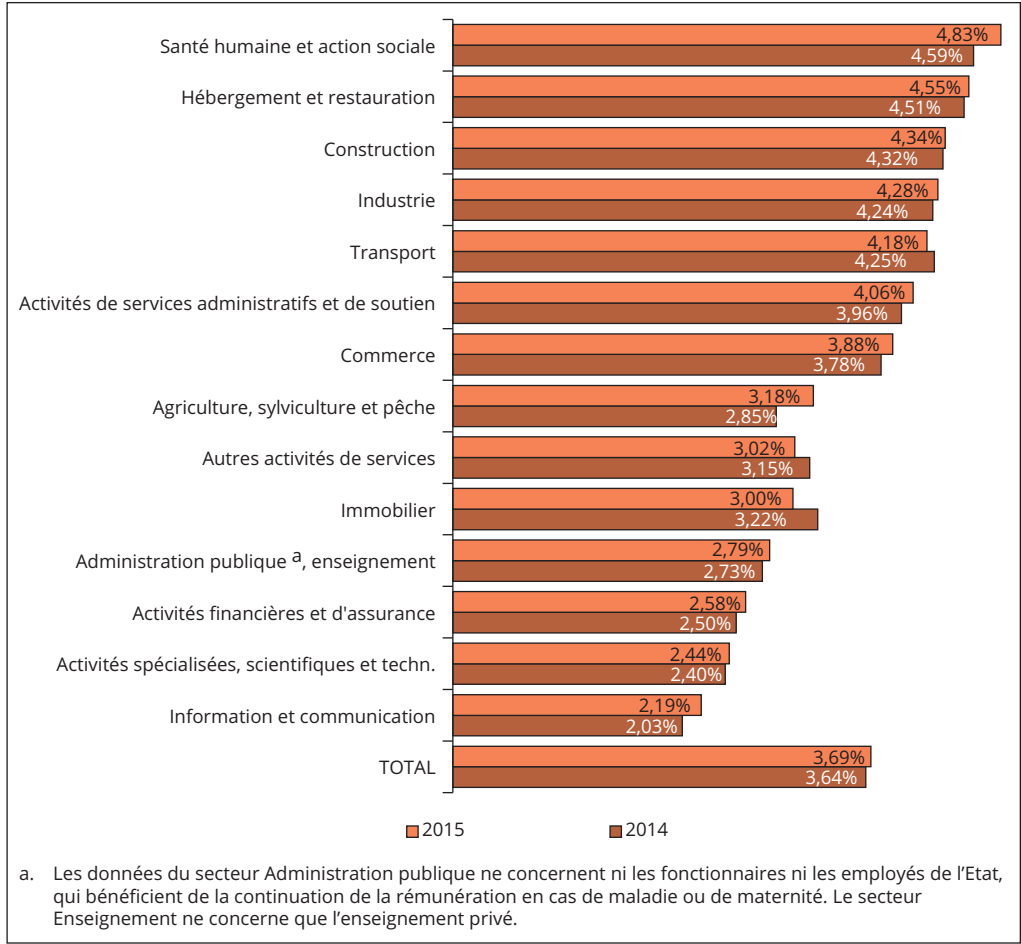
Le taux d'absentéisme des frontaliers (4,0%) est supérieur à celui des résidents (3,5%). Le fait de résider au-delà des frontières est porteur d'un certain nombre de particularités qui peuvent expliquer cet écart. Parmi celles-ci, on peut mentionner les durées de trajet domicile-travail qui sont majorées et qui peuvent être vues comme une source de fatigue et de stress supplémentaire. On peut également supposer l'existence de différences quant aux habitudes des prescripteurs (dans la durée de l'arrêt maladie notamment). En 2015, le taux d'absentéisme des frontaliers était de 3,9% et celui des résidents était de 3,4%.

Le taux d'absentéisme des salariés exerçant une activité manuelle (4,8%) est supérieur à celui des autres salariés (2,9%). Cet écart s'explique par la pénibilité du travail manuel par rapport au travail intellectuel. En 2015, le taux d'absentéisme des salariés exerçant une activité manuelle était de 4,8% et celui des autres salariés était de 2,8%.

3.2.3. Taux d'absentéisme selon le secteur d'activité

Le taux d'absentéisme varie fortement d'un secteur d'activité à l'autre. Ces variations s'expliquent par des conditions de travail spécifiques ainsi que par certaines caractéristiques individuelles des salariés appartenant aux différents secteurs (p.ex. structure d'âge). Le graphique présente les taux d'absentéisme par secteur pour les années 2014 et 2015.

Graphique 28: Taux d'absentéisme maladie selon le secteur d'activité en 2014 et 2015

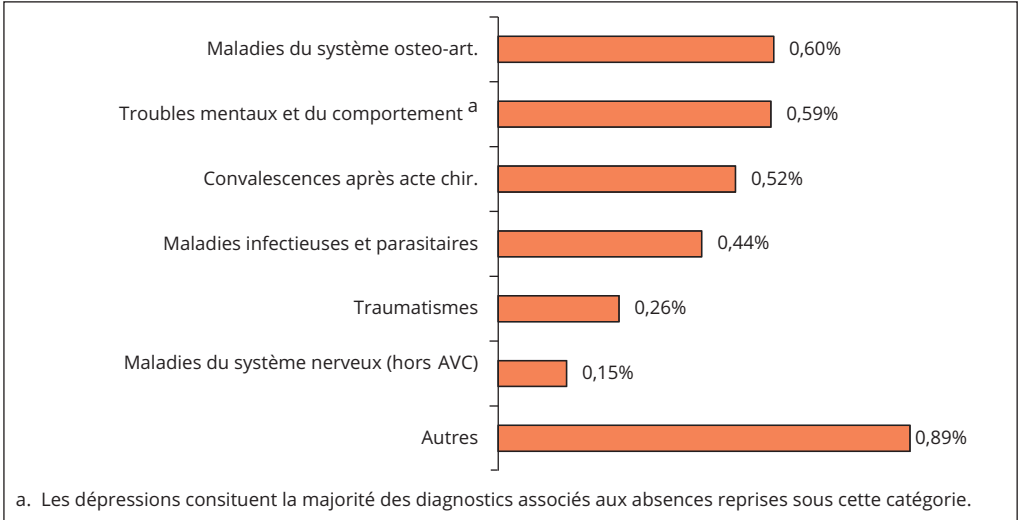


Le secteur de la santé humaine et de l'action sociale reste le secteur ayant le taux d'absentéisme le plus élevé (4,8%). Il affiche en outre l'une des augmentations les plus fortes entre 2014 et 2015. D'une façon plus générale, à l'exception des secteurs de l'immobilier, du transport et du secteur intitulé " autres activités de services ", tous les secteurs ont vu leur taux augmenter.

3.2.4. Raisons médicales des absences des résidents⁸

En 2015, les absences liées aux maladies du système ostéo-articulaire ont le plus pesé dans le taux d'absentéisme des salariés résidents. Alors que ce dernier a atteint 3,45%, la part des jours d'absence pour cause de maladies du système ostéo-articulaire dans l'ensemble des jours de travail théoriques s'est établie à 0,60% (graphique 29).

Graphique 29: Décomposition du taux d'absentéisme maladie (3,45%) selon la raison médicale en 2015



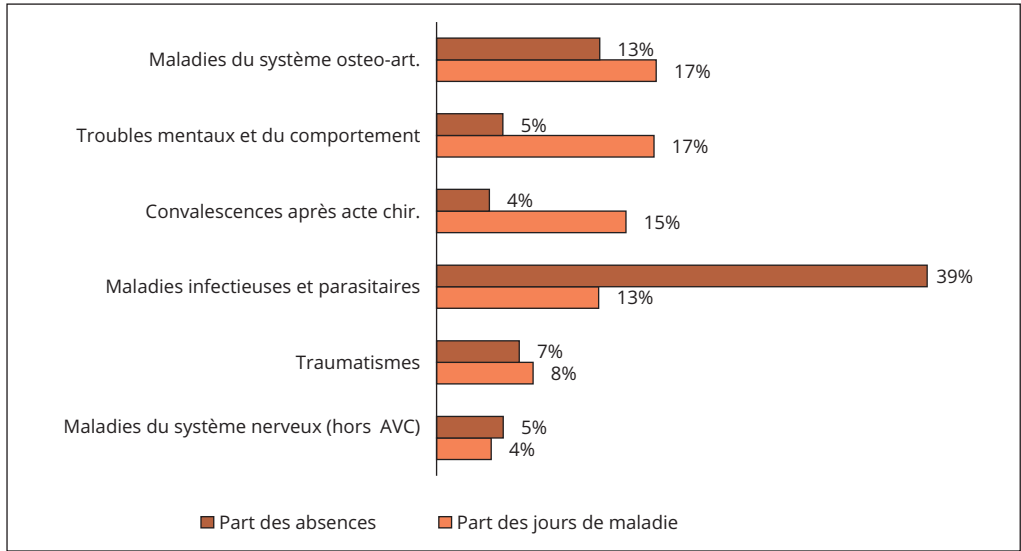
Guide de lecture :

- Pour une année donnée, la somme des contributions des différentes raisons médicales est égale au taux d'absentéisme des salariés résidents.
- En 2015, les maladies du système ostéo-articulaire ont concerné 0,60% des jours pendant lesquels les salariés résidents ont exercé une activité.

8. Pour l'analyse des raisons médicales, seuls les salariés résidents sont considérés. Les diagnostics proviennent des déclarations remplies par les médecins. Les données relatives aux frontaliers ne sont pas exploitables car seuls 20% des diagnostics sont codifiés contre 80% pour les résidents.

Alors que certaines pathologies concernent un grand nombre d'absences dont la durée est relativement courte en moyenne, d'autres concernent un nombre d'absences plus faible mais dont la durée est plus longue en moyenne. Les absences liées aux troubles mentaux et du comportement (principalement des dépressions) ont ainsi représenté 17% des jours de maladie mais seulement 5% des épisodes d'absence. A l'opposé, les absences liées à une maladie infectieuse ou parasitaire (grippe, gastro-entérites, sinusites, otites...) ont représenté 39% des absences mais seulement 13% des jours de maladie (graphique 30).

Graphique 30: Poids des principales raisons médicales dans la fréquence et dans le nombre de jours d'absences en 2015

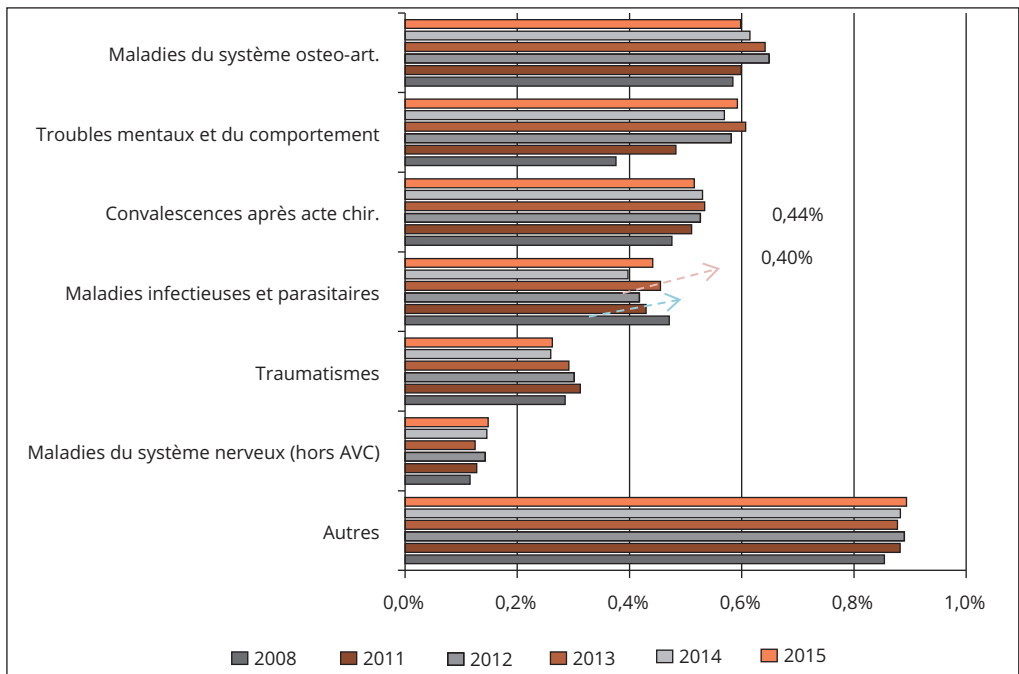


On peut également mentionner le fait que les maladies infectieuses et parasitaires sont la principale raison des arrêts de courte durée (moins de 21 jours). En 2015, ces maladies ont représenté 31,4% des jours de maladie de cette catégorie d'absences. En ce qui concerne les arrêts de longue durée, ce sont les troubles mentaux et du comportement qui en sont la cause principale. En 2015, ces maladies ont représenté 24,0% des jours de maladie de cette catégorie d'absences.

La décomposition du taux d'absentéisme des salariés résidents selon la raison médicale nous indique que l'augmentation du taux d'absentéisme observée en 2015 provient essentiellement des absences liées aux maladies infectieuses et parasitaires (graphique 31).

En effet, alors que le taux d'absentéisme des salariés résidents est passé de 3,40% en 2014 à 3,45% en 2015, la part des jours d'absence pour cause de maladies infectieuses et parasitaire dans l'ensemble des jours de travail théoriques est passée de 0,40% à 0,44%.

Graphique 31: Décomposition du taux d'absentéisme maladie selon la raison médicale - évolution entre 2008 et 2015



3.3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MATERNITÉ

Les prestations en espèces de maternité concernent le congé légal pré- et postnatal, la dispense de travail pour femmes enceintes ainsi que des prestations assimilées : congé d'accueil en cas d'adoption d'un enfant ou congé pour raisons familiales pour soigner ses enfants malades.

Tableau 23: Evolution des prestations en espèces de maternité (en millions EUR)

| | 2013 | 2014 | 2015 |
|--|-------|-------|-------|
| Prestations à charge de la CNS | 121,2 | 126,6 | 129,3 |
| Variation annuelle en % | +5,5% | +4,5% | 2,1% |
| dont Indemnités de maternité proprement dites | 89,1 | 93,4 | 94,5 |
| dont Indemnités de congé d'accueil | 0,3 | 0,2 | 0,2 |
| dont Indemnités pour femmes enceintes et allaitantes | 23,1 | 23,7 | 24,6 |
| dont Indemnités de congé pour raison familiale | 8,7 | 9,2 | 10,0 |

Source : CNS, décomptes annuels.

Après une croissance de 5,5% en 2013, l'évolution des prestations en espèces de maternité a légèrement ralenti en 2014 et 2015, affichant un taux de 4,5% pour 2014 et un taux de 2,1% pour 2015. Ces dernières s'établissent ainsi à 129,3 millions EUR en 2015 contre 126,6 l'année passée (tableau 23).

3.4. L'ANALYSE DE L'ABSENTÉISME POUR CAUSE DE MATERNITÉ

3.4.1. Les bénéficiaires d'un congé de maternité

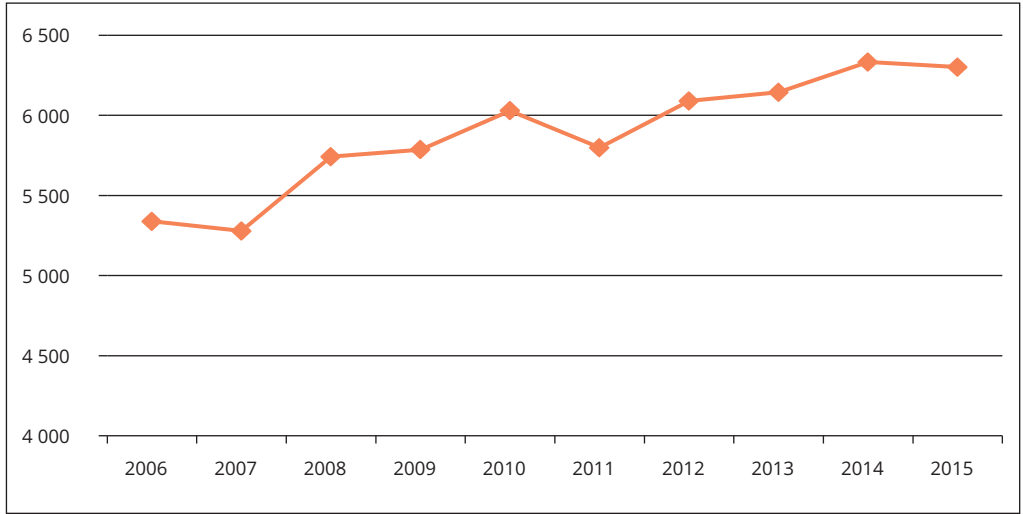
6 301 femmes, soit 5,0% des femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans, ont bénéficié d'un congé de maternité en 2015 (ne sont pris en compte que les congés ayant pris fin au cours de l'année étudiée). Par rapport à l'année passée, ce nombre a diminué de 0,5% (tableau 24).

Tableau 24: Nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité par groupe d'âge en 2015

| | Nombre | En % du total |
|---------------------------|--------------|---------------|
| <20 ans | 3 | 0,0% |
| 20-24 | 261 | 4,1% |
| 25-29 | 1 533 | 24,3% |
| 30-34 | 2 570 | 40,8% |
| 35-39 | 1 559 | 24,7% |
| >= 40 ans | 375 | 6,0% |
| TOTAL | 6 301 | 100,0% |
| <i>Variation annuelle</i> | -0,5% | |

Entre 2006 et 2015, le nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité est passé de 5 338 à 6 301 ce qui constitue une augmentation moyenne de 1,9% par année (graphique 32).

Graphique 32: Evolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité

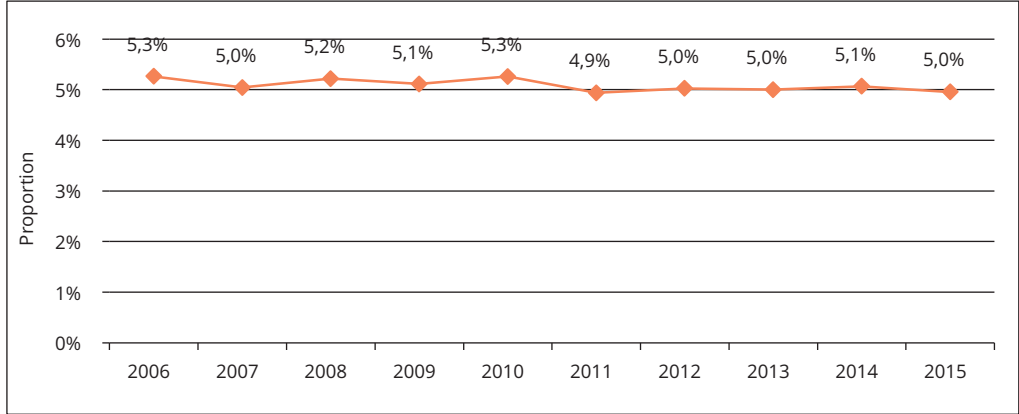


La progression du nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité est dictée par la croissance du nombre de femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans ainsi que par l'évolution de leur taux de fécondité.

Etant donné que le nombre de femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans a progressé de 1,8% en 2015, la diminution du nombre de femme ayant bénéficié d'un congé de maternité s'explique par le recul de leur taux de fécondité.

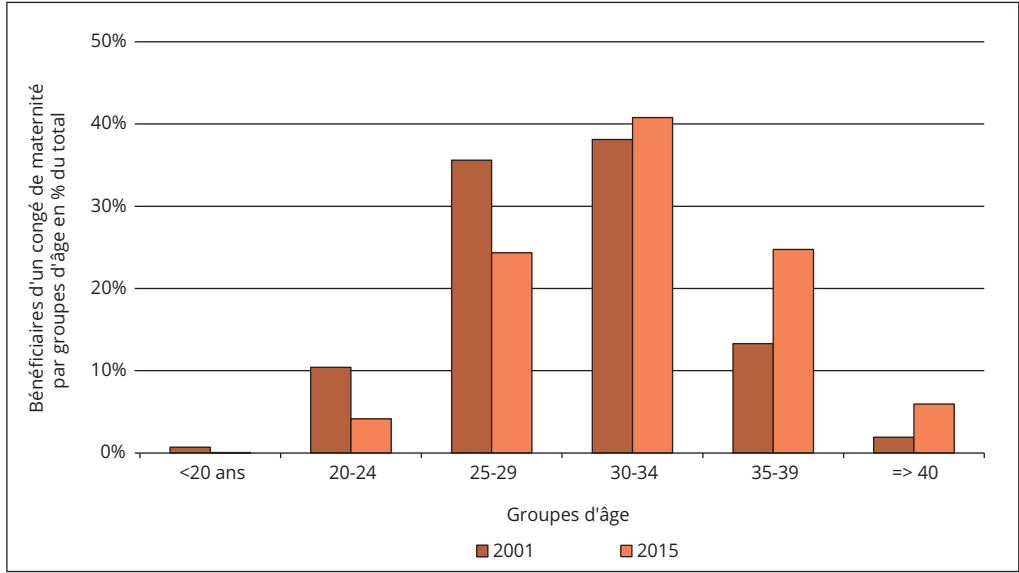
La progression de ce dernier se reflète dans l'évolution de la proportion des femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans ayant bénéficié d'un congé de maternité (graphique 33).

Graphique 33: Evolution de la proportion des femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans ayant bénéficié d'un congé de maternité



Concernant la répartition des bénéficiaires d'un congé de maternité selon l'âge, force est de constater que les comportements en termes de natalité ont profondément changé entre 2001 et 2015. Si en 2001, 53% des bénéficiaires avaient plus de 30 ans, on constate dorénavant que ce taux atteint 71% (graphique 34).

Graphique 34: Distribution de l'âge des bénéficiaires d'un congé de maternité en 2001 et 2015



3.4.2. Accouchements multiples - accouchements prématurés

En cas d'accouchement prématuré ou multiple, le congé postnatal est prolongé pour une durée de 4 semaines.

8,2% des accouchements, liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2015, ont été prématurés et 1,9% ont été multiples (tableau 25).

Tableau 25: Accouchements liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2015, selon le type et le groupe d'âge

| Groupes d'âge | Multiple | Prématuré | Normal | TOTAL |
|---------------|----------|-----------|--------|-------|
| <20 ans | | | 3 | 3 |
| 20-24 | 3 | 21 | 237 | 261 |
| 25-29 | 17 | 145 | 1 371 | 1 533 |
| 30-34 | 39 | 203 | 2 328 | 2 570 |
| 35-39 | 45 | 106 | 1 408 | 1 559 |
| >= 40 ans | 17 | 41 | 317 | 375 |
| TOTAL | 121 | 516 | 5 664 | 6 301 |

3.4.3. Allaitement

Tout comme dans le cas des accouchements prématurés ou multiples, le congé postnatal est prolongé de 4 semaines pour les mères allaitantes. En 2015, cette prolongation a été accordée dans 83% des congés de maternité classiques.

Il ressort de la littérature médicale que l'âge de la mère est un des facteurs influant positivement sur le choix d'allaiter ou non son enfant. Le fait que la population concernée dans ce chapitre soit restreinte aux femmes actives pourrait expliquer que la relation entre l'âge de la mère et la proportion de femmes allaitantes ne soit pas véritablement prononcée (tableau 26).

Tableau 26: Proportion, par groupe d'âge, des accouchements suivis d'un allaitement, parmi l'ensemble des accouchements liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2015

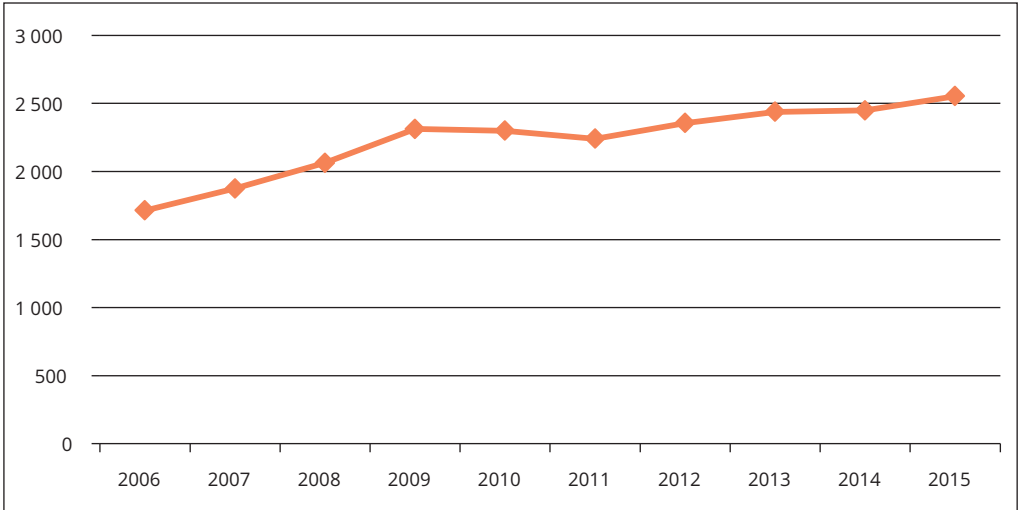
| Groupes d'âge | Proportion |
|---------------|------------|
| <20 ans | 100% |
| 20-24 | 70% |
| 25-29 | 82% |
| 30-34 | 85% |
| 35-39 | 84% |
| >= 40 ans | 80% |
| TOTAL | 83% |

3.4.4. Les dispenses de travail pour femmes enceintes

Les dispenses de travail pour femmes enceintes font partie des mesures protectrices que peut prendre l'employeur si une femme enceinte ou allaitante occupe un poste dangereux.

En 2015, 2 553 femmes ont bénéficié d'une dispense de travail (ne sont pris en compte que les dispenses ayant pris fin au cours de l'année étudiée). Ce nombre est en progression de 4,3% par rapport à l'année passée (graphique 35).

Graphique 35: Evolution du nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail



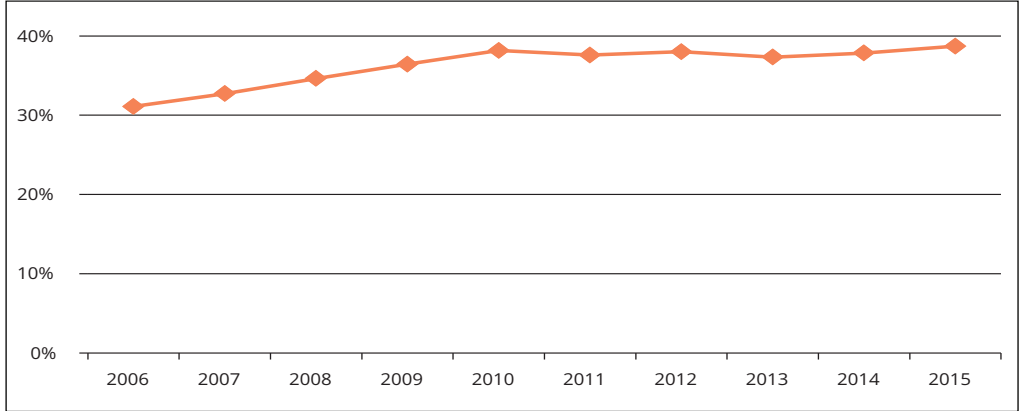
Entre 2006 et 2009, le nombre de dispenses a augmenté chaque année de 10,5% en moyenne. L'année 2010 a été marquée par un véritable freinage qui s'est confirmé en 2011. Depuis 2012, le nombre de dispenses accordées chaque année repart à la hausse.

Outre l'évolution du nombre de congés de maternité, reflétant l'évolution du nombre de femmes actives enceintes, les mécanismes de demande et d'attribution des dispenses jouent un rôle essentiel dans l'évolution du nombre de ces dernières. Le décalage, observé sur la période 2006-2009, entre l'évolution du nombre de congés de maternité (+2,7% en moyenne) et celle du nombre de dispenses (+10,5% en moyenne) est révélateur de l'influence des mécanismes en question.

Afin d'extraire de l'évolution du nombre de dispenses l'effet démographique, correspondant à l'évolution du nombre de congés de maternité, un nouvel indicateur doit être considéré. Il s'agit de la proportion de congés de maternité qui ont été précédés d'une dispense.

Après avoir augmenté tout au long de la période 2006-2010, la proportion de congés de maternité précédés d'une dispense s'est stabilisée autour de 38% à partir de 2011, traduisant par là un certain parallélisme entre l'évolution du nombre de congés de maternité et celle du nombre de dispenses (graphique 36).

Graphique 36: Evolution de la proportion de congés de maternité qui ont été précédés d'une dispense



En 2015, quatre secteurs ont concentré à eux seuls plus de 80% des dispenses : le secteur de la santé humaine et de l'action sociale (40%), le secteur de l'hébergement et de la restauration (12%), le secteur des activités de services administratifs et de soutien (11%) et le secteur du commerce (20%) (tableau 27).

Tableau 27: Répartition sectorielle des dispenses ayant pris fin au cours de l'année 2015

| SECTEUR REV2 | Nombre | En % du total |
|---|--------|---------------|
| Santé humaine et action sociale | 1 022 | 40,0% |
| Commerce | 503 | 19,7% |
| Hébergement et restauration | 306 | 12,0% |
| Activités de services administratifs et de soutien | 276 | 10,8% |
| Autres activités de services | 176 | 6,9% |
| Administration publique ^a , enseignement | 92 | 3,6% |
| Industrie | 78 | 3,1% |
| Transport | 33 | 1,3% |
| Activités spécialisées, scientifiques et techniques | 29 | 1,1% |
| Information et communication | 13 | 0,5% |
| Activités financières et d'assurance | 11 | 0,4% |
| Construction | 6 | 0,2% |
| Agriculture, sylviculture et pêche | 4 | 0,2% |
| Immobilier | 3 | 0,1% |
| Non-déterminés | 1 | 0,0% |
| TOTAL | 2 553 | 100,0% |

a. Les données du secteur Administration publique ne concernent ni les fonctionnaires ni les employés de l'Etat, qui bénéficient de la continuation illimitée de la rémunération en cas de maladie ou de maternité.

En particulier, dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale ainsi que dans le secteur de l'hébergement et de la restauration, plus de 70% des congés de maternité ayant pris fin en 2015 ont été précédés d'une dispense (tableau 28). Ces secteurs ont la particularité de regrouper un grand nombre de métiers nécessitant une station debout prolongée.

Tableau 28: Proportion de congés de maternité, ayant pris fin au cours de l'année 2015, précédés d'une dispense, selon le secteur d'activité

| SECTEUR REV2 | Proportion |
|--|------------|
| Santé humaine et action sociale | 77% |
| Hébergement et restauration | 72% |
| Activités de services administratifs et de soutien | 65% |
| Commerce | 57% |
| Autres secteurs | 13% |
| TOTAL | 39% |

3.4.5. Le congé pour raisons familiales

Un assuré actif ayant à charge un enfant âgé de moins de 15 ans accomplis et nécessitant en cas de maladie grave, d'accident ou d'autre raison impérieuse de santé la présence de l'un de ses parents peut prétendre à un congé pour raisons familiales. Sauf exception, le congé pour raisons familiales est limité à 2 jours par an et par enfant.

24 676 travailleurs, soit 6,0% des actifs, ont bénéficié d'un congé pour raisons familiales en 2015 (ne sont pris en compte que les congés ayant pris fin au cours de l'année étudiée). Cette proportion est en augmentation de 0,5 points de % par rapport à 2014. En absolu comme en relatif, ce sont les femmes qui y recourent le plus fréquemment (tableau 29).

Tableau 29: Proportion de travailleurs ayant bénéficié d'un congé pour raisons familiales qui a pris fin au cours de l'année considérée

| Année | Hommes | Femmes | Total |
|-------|--------|--------|-------|
| 2012 | 3,1% | 8,2% | 5,1% |
| 2013 | 3,5% | 8,7% | 5,5% |
| 2014 | 3,5% | 8,6% | 5,5% |
| 2015 | 3,9% | 9,2% | 6,0% |

4. LA SITUATION FINANCIÈRE

Deux réformes importantes aux cours des dernières années ont modifié l'organisation et le financement de l'assurance maladie-maternité. Ces réformes concernaient le système des prestations en espèces, le système des soins de santé et l'organisation de l'assurance maladie-maternité.

4.1. SITUATION GLOBALE

Le tableau 30 retrace l'évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité pour les exercices 2011-2015.

Tableau 30: Evolution financière globale de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)

| Exercice | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| N.i. du coût de la vie (moyenne annuelle) | 724,34 | 742,44 | 761,00 | 775,17 | 775,17 |
| Recettes | | | | | |
| Cotisations | 1 262,8 | 1 332,6 | 1 396,7 | 1 465,0 | 1 512,7 |
| Cotisations forfaitaires Etat | 841,3 | 888,2 | 931,0 | 976,5 | 1 008,2 |
| Autres contributions de l'Etat ^a | 20,1 | 20,1 | 20,2 | 20,1 | 20,1 |
| Autres recettes | 35,9 | 31,6 | 32,6 | 34,9 | 39,8 |
| TOTAL DES RECETTES COURANTES | 2 160,1 | 2 272,5 | 2 380,5 | 2 496,6 | 2 580,7 |
| Variation annuelle en % | 6,7% | 5,2% | 4,8% | 4,9% | 3,4% |
| Dépenses | | | | | |
| Frais d'administration | 67,4 | 70,9 | 76,2 | 75,9 | 79,9 |
| Prestations en espèces ^b | 232,5 | 258,9 | 271,4 | 277,9 | 285,7 |
| Prestations en nature | 1 775,9 | 1 892,2 | 1 991,8 | 1 969,1 | 2 104,6 |
| Autres dépenses | 5,9 | 6,5 | 63,6 | 167,7 | 5,4 |
| TOTAL DES DEPENSES COURANTES | 2 081,8 | 2 228,4 | 2 403,0 | 2 490,7 | 2 475,6 |
| Variation annuelle en % | 2,6% | 7,0% | 7,8% | 3,6% | -0,6% |
| Solde des opérations courantes | 78,3 | 44,1 | -22,5 | 5,9 | 105,1 |
| Participation de l'Etat (en % des recettes courantes) | 39,9% | 40,0% | 40,0% | 39,9% | 39,8% |
| Réserve globale | 272,8 | 317,0 | 294,5 | 300,3 | 405,5 |
| Réserve minimale ^c | 114,5 | 144,8 | 180,2 | 211,7 | 247,6 |
| Taux réserve globale / dépenses courantes | 13,1% | 14,2% | 12,3% | 12,1% | 16,4% |
| Taux réserve minimum / dépenses courantes | 5,5% | 6,5% | 7,5% | 8,5% | 10,0% |
| Excédent / découvert cumulé (après opérations sur réserve) | 158,3 | 172,1 | 114,2 | 88,6 | 157,9 |
| Taux de cotisation unique pour prestations en nature | 5,60% | 5,60% | 5,60% | 5,60% | 5,60% |
| Majoration pour assurés couverts par une prestation en espèce | | | 0,50% | 0,50% | 0,50% |
| Taux d'équilibre de l'exercice | 5,39% | 5,56% | 5,75% | 5,66% | 5,44% |

a. L'article 14 de la loi du 27 décembre 2010 prévoit le paiement par l'Etat 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 la loi relative au budget des recettes et des dépenses de l'Etat jusqu'au 31 décembre 2018.

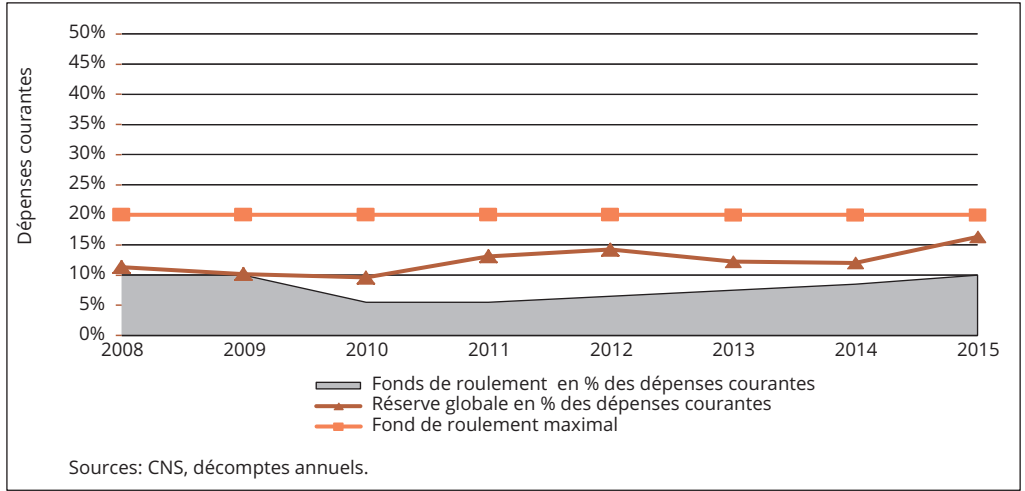
b. Y compris la part patronale dans les prestations.

c. Le niveau de la réserve minimale a été abaissé de 10% des dépenses courantes à 5,5% pour les exercices 2010 et 2011. Pour 2012, la réserve est fixée à 6,5%, pour 2013 à 7,5%, pour 2014 à 8,5% et pour 2015 elle atteint à nouveau 10%.

Source : CNS, décomptes annuels.

L'exercice 2015 a clôturé avec un solde des opérations courantes positif de 105,1 millions EUR et un excédent cumulé de 157,9 millions EUR. L'excédent cumulé augmente considérablement en 2015 et ceci après une baisse sensible pour les années 2012 et 2013 suite à une croissance plus élevée des dépenses par rapport aux recettes, une reconstitution progressive de la réserve minimale à son niveau initial de 10% et une comptabilisation des dettes de la CNS envers les institutions de la sécurité sociale étrangères.

Graphique 37: La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes de 2008 à 2015



Le graphique 37 présente l'évolution de la réserve par rapport aux dépenses courantes pour la période de 2008 à 2015. Bien qu'on puisse constater un excédent de financement apparemment important en valeur absolue, il faut retenir que celui-ci ne représente qu'un pourcentage réduit de la masse des dépenses. A rappeler également que pour les années 2010 à 2015, l'excédent est surévalué en raison de l'abaissement du taux de la réserve légale mentionné ci-avant.

Tableau 31: Evolution des recettes et dépenses globales de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)

| Exercice | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| RECETTES COURANTES ^a | 2 160,1 | 2 272,5 | 2 380,5 | 2 496,6 | 2 580,7 |
| DEPENSES COURANTES ^a | 2 081,8 | 2 228,4 | 2 403,0 | 2 490,7 | 2 475,6 |
| <i>Solde des opérations courantes</i> | <i>78,3</i> | <i>44,1</i> | <i>-22,5</i> | <i>5,9</i> | <i>105,1</i> |
| <i>Réserve globale</i> | <i>272,8</i> | <i>317,0</i> | <i>294,5</i> | <i>300,3</i> | <i>405,4</i> |
| <i>Fonds de roulement minimum ^b</i> | <i>114,5</i> | <i>144,8</i> | <i>180,2</i> | <i>211,7</i> | <i>247,6</i> |
| <i>Taux réserve minimum / dépenses courantes</i> | <i>5,5%</i> | <i>6,5%</i> | <i>7,5%</i> | <i>8,5%</i> | <i>10,0%</i> |
| Excédent / découvert cumulé (après opérations sur réserve) | 158,3 | 172,1 | 114,2 | 88,6 | 157,9 |

- a. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports.
- b. Le niveau de la réserve minimale a été abaissé de 10% des dépenses courantes à 5,5% pour les exercices 2010 et 2011. Pour 2012, la réserve est fixée à 6,5%, pour 2013 à 7,5%, pour 2014 à 8,5% et à partir de 2015 elle atteint à nouveau 10%.

Source : CNS, décomptes annuels.

La décroissance sensible de l'excédent cumulé poursuivie depuis 2012 aboutit au niveau minimal de 88,6 millions EUR en 2014. En 2015 par contre, la situation financière se redresse et l'excédent cumulé augmente de 78,2% pour se situer à 157,9 millions EUR.

En 2013, la baisse de l'excédent cumulé est surtout due à l'augmentation des dépenses courantes suite à des provisions supplémentaires créées par des adaptations de la méthode comptable (+58,7 millions EUR en 2013) et à la prolongation de 6 semaines du délai d'introduction des décomptes des institutions de sécurité sociale étrangères (+49,1 millions EUR régularisés).

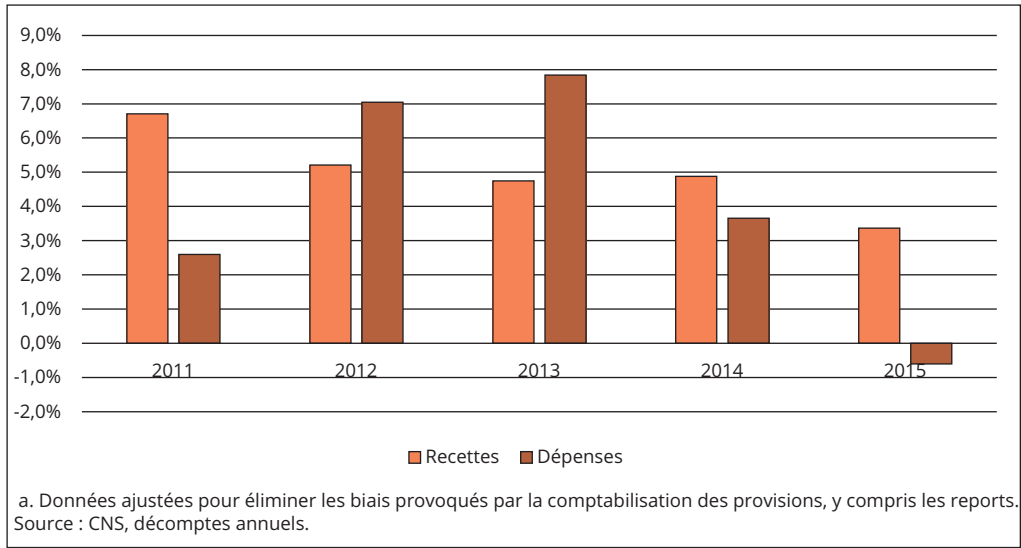
En 2014, un montant de 160 millions EUR (première tranche de remboursement comprenant environ 60% du total) de dettes envers les institutions de la sécurité sociale étrangères a été provisionné. En 2015 ce montant ne s'élève plus qu'à 40 millions EUR, ce qui explique le ralentissement des dépenses.

Du côté des recettes, une hausse effective de 3,4% s'affiche en 2015, une croissance donc plus élevée que celle des dépenses effectives de -0,6%. Comme illustré par la suite, les recettes de l'assurance maladie-maternité proviennent essentiellement des cotisations en provenance des assurés et employeurs ainsi que de la participation de l'Etat.

4.2. ÉVOLUTION DES RECETTES ET DES DÉPENSES

Le graphique 38 montre l'évolution des recettes et dépenses des 5 dernières années et illustre qu'après deux exercices marqués par un écart recettes / dépenses en faveur des dépenses, la situation s'est renversée en 2014 pour clôturer avec un excédent des recettes.

Graphique 38: Evolution des recettes et dépenses courantes ^a à partir de 2011



En 2015, les dépenses affichent même une baisse de 0,6% principalement due à la comptabilisation des dettes de la CNS envers les institutions de la sécurité sociale étrangères.

Le tableau 32 et le graphique 39 illustrent l'évolution des recettes, influencée par la participation de l'Etat et les cotisations payées par les assurés et employeurs.

Tableau 32: Evolution des cotisations de l'assurance maladie-maternité^a (en millions EUR)

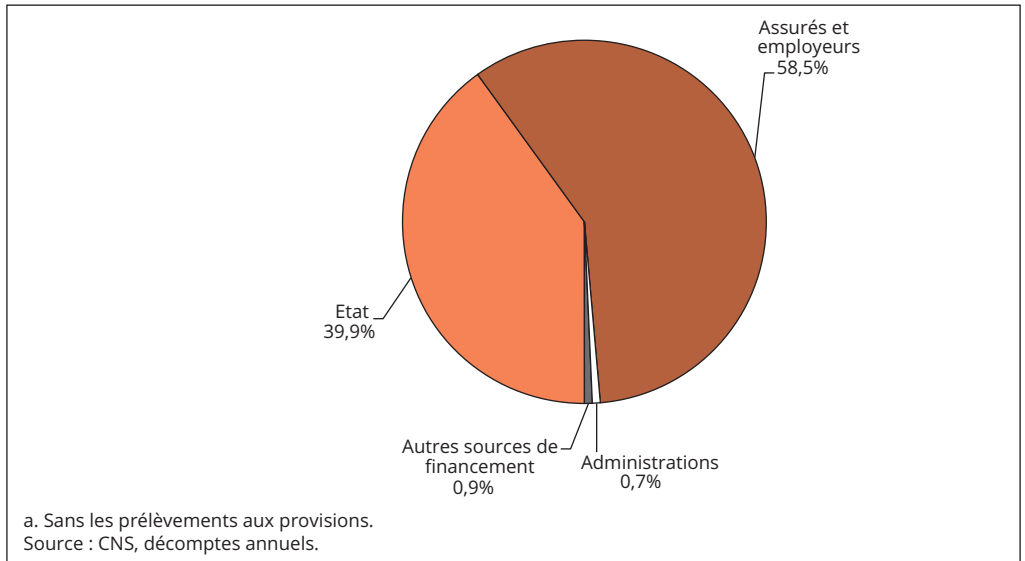
| Exercice | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Etat | 864,0 | 911,0 | 953,9 | 999,3 | 1 030,9 |
| Assurés et employeurs | 1 260,1 | 1 330,0 | 1 394,0 | 1 462,4 | 1 510,1 |
| Administrations | 14,2 | 14,8 | 16,7 | 17,5 | 17,0 |
| Autres sources de financement | 21,7 | 16,7 | 15,9 | 17,4 | 22,8 |
| TOTAL RECETTES COURANTES | 2 160,1 | 2 272,5 | 2 380,5 | 2 496,6 | 2 580,7 |

a. Sans les prélèvements aux provisions.

Source : CNS, décomptes annuels.

Le poids des différents intervenants dans le financement demeure stable au fil des années. L'État supporte 40% de l'ensemble des cotisations. A côté de cette participation, l'Etat verse depuis 2011 et cela jusqu'en 2018 une dotation annuelle de 20 millions EUR pour compenser les frais supplémentaires incombant à la CNS du fait de l'intégration des frais de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

Graphique 39: Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2015^a (en % du total)



La participation de l'Etat dans le financement de l'assurance maladie-maternité s'élève à 1 030,9 millions EUR en 2015, contre 999,3 millions EUR en 2014 (+3,2%). Les cotisations payées par les assurés et employeurs se chiffrent à 1 510,1 millions EUR, soit une augmentation de 3,3% par rapport à 2014.

4.3. LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS

Les affiliés à la Mutualité sont en premier lieu les employeurs qui cotisent à cette institution et qui bénéficient du remboursement à concurrence de 80% des rémunérations payées à leurs salariés pendant la durée de la continuation de la rémunération (13 premières semaines en moyenne).

Les affiliés peuvent également comprendre les ressortissants des professions libérales et indépendantes qui cotisent sur une base facultative pour couvrir ce même risque à leur propre égard.

Le financement de la Mutualité repose sur un système de classes de risque au sein desquelles les entreprises sont réparties. A chaque classe (4 au total) correspond un taux de cotisation différent. Ces derniers sont adaptés chaque année. L'appartenance à une classe de risque dépend du taux d'absentéisme financier constaté au cours d'une fenêtre d'observation donnée.

Pendant une période transitoire qui a pris fin le 31 décembre 2012, les salariés occupés principalement à des tâches manuelles ont contribué au financement de la Mutualité, contribution qui a été reprise par la suite par l'Etat.

Le tableau qui suit retrace l'évolution financière globale de la Mutualité des Employeurs depuis 2011.

Tableau 33: Evolution des recettes et dépenses globales de la Mutualité des Employeurs entre 2011 et 2015 (en millions EUR)

| Exercice | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| RECETTES | | | | | |
| Cotisations | 301 | 286 | 247 | 255 | 300 |
| dont Surprime | 76 | 37 | 4 | 0 | 0 |
| Participation de tiers (Etat) | 25 | 25 | 95 | 86 | 89 |
| Autres recettes | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| TOTAL DES RECETTES COURANTES | 328 | 313 | 342 | 342 | 389 |
| Variation annuelle en % | 25,2% | -4,4% | 9,2% | 0,0% | 13,7% |

Tableau 33: Evolution des recettes et dépenses globales de la Mutualité des Employeurs entre 2011 et 2015 (en millions EUR) (Suite)

| Exercice | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| DEPENSES | | | | | |
| Frais d'administration | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Prestations en espèces | 275 | 299 | 324 | 326 | 350 |
| Autres dépenses ^{a b} | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| TOTAL DES DEPENSES COURANTES | 301 | 325 | 350 | 353 | 376 |
| <i>Variation annuelle en %</i> | <i>15,2%</i> | <i>8,2%</i> | <i>7,7%</i> | <i>0,8%</i> | <i>6,6%</i> |
| SOLDE DES OPERATIONS COURANTES | 27 | -12 | -8 | -11 | 12 |
| Réserve globale | 84 | 72 | 64 | 53 | 66 |
| <i>dont fond de roulement à rembourser à l'Etat</i> | <i>27</i> | <i>10</i> | <i>0</i> | <i>0</i> | <i>0</i> |
| Réserve minimale | 30 | 33 | 35 | 35 | 30 |
| Taux réserve globale / dépenses courantes | 28,0% | 22,1% | 18,2% | 15,0% | 17,4% |
| Taux réserve minimum / prestations | 10,0% | 10,0% | 10,0% | 10,0% | 8,0% |
| Excédent / découvert cumulé (après op.sur réserve) | 27 | 29 | 29 | 18 | 35 |
| Taux de cotisation moyen | 1,79% | 1,92% | 1,81% | 1,81% | 2,03% |

- a. Transfert de la Mutualité des Employeurs au bénéfice des patrons de 25 millions EUR perçus par l'Etat en guise de compensation de l'augmentation du SSM intervenue au 1er janvier 2011. Ce transfert n'ayant, pour des raisons techniques, pas pu avoir lieu en 2011, il apparaît deux fois dans le décompte 2012 de la Mutualité.
- b. Le décompte 2012 de la Mutualité des employeurs fait apparaître une participation de tiers de 42 millions EUR. Ce montant se compose des 25 millions définis en 1) ainsi que de 17 millions EUR correspondant à l'utilisation d'une partie du fond de roulement mis à disposition par l'Etat en 2009. Ces 17 millions ont toutefois déjà été comptabilisés en 2009 dans le volet recettes. Ils ne sont donc pas repris dans ce tableau. Idem pour les 10 millions restant du fond de roulement, utilisés en 2013.

Lors de la création de la Mutualité des Employeurs, en 2009, l'Etat a effectué un versement de 27 millions EUR à l'institution en tant que dotation initiale au fond de roulement.

Entre 2009 et 2011, les salariés occupés principalement à des tâches manuelles ont contribué au financement de la Mutualité en continuant de payer leurs cotisations pour l'assurance maladie, prestations en espèces, sur base du taux en vigueur avant 2009 à savoir 2,35% au lieu du taux de 0,25% applicable au 1er janvier 2009.

En 2012, la surprime supportée depuis 2009 par les " anciens ouvriers " est passée de 2,1% à 1% de la masse cotisable⁹ qui leur est associée. Afin de compenser partiellement cette moins-value, l'Etat est intervenu à raison de 17,1 millions EUR. Cette participation s'est en réalité faite par le biais du fond de roulement initial de 27 millions EUR qui a été mis à disposition de la Mutualité en 2009 et qui était destiné à être remboursé à l'Etat.

9. Masse cotisable assurance maladie - prestations en espèces.

L'année 2013 a coïncidé avec fin de période transitoire au cours de laquelle les salariés occupés principalement à des tâches manuelles ont contribué au financement de la Mutualité. Afin de compenser cette perte de recettes pour la Mutualité, la participation de l'Etat a été rehaussée et s'est faite selon les modalités suivantes :

- 9,9 millions restant du fond de roulement initial de 27 millions EUR.
- 69,5 millions EUR fixés dans la loi budgétaire de 2013.

Malgré un solde des opérations courantes déficitaire de 8 millions EUR, l'excédent cumulé après opération sur réserve est resté, avec 29 millions EUR, relativement confortable.

La situation financière observée à l'issue de l'année 2014 a été comparable à celle de 2013 du fait d'une quasi-stagnation des recettes et des dépenses. Côté dépenses, la stabilisation s'est expliquée par le ralentissement de l'absentéisme pour cause de maladie. Côté recettes, l'augmentation des recettes de cotisations, imputable à l'accélération de la croissance de l'emploi, a été neutralisée par la réduction de participation de l'Etat, du fait de l'application de l'article de 56 du CSS et malgré une subvention forfaitaire supplémentaire. La participation de l'Etat s'est faite selon les modalités suivantes :

- 41,0 millions EUR correspondant, conformément à l'article 56 du CSS, à 0,3% de l'assiette cotisable obligatoire ;
- 20,5 millions en tant que dotation forfaitaire unique inscrite à l'article 40 de la loi du 19 décembre 2014 concernant le budget des recettes et dépenses de l'Etat pour l'exercice 2015.

Malgré un solde des opérations courantes déficitaire de 11 millions EUR, la Mutualité des Employeurs a affiché un excédent cumulé après opération sur réserve de 18 millions EUR.

La nette accélération de recettes constatée en 2015 (+13,5%) résulte essentiellement du relèvement du taux de cotisation moyen, ce dernier ayant été porté de 1,81% à 2,03%. Côté dépenses, l'augmentation observée (+6,6%) s'explique par la croissance de l'emploi salarié ainsi que par l'augmentation du taux d'absentéisme causée par le caractère plus intense de l'épidémie grippale de l'hiver 2015 par rapport à celle qui a sévi au cours de l'hiver 2014.

Enfin, il convient de noter que la subvention forfaitaire de 25 millions EUR versée par l'Etat depuis 2011, à titre de compensation de l'augmentation du salaire social minimum, disparaîtra en 2016.