

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Réunion retransmise en direct¹

Procès-verbal de la réunion du 13 mai 2026

Ordre du jour :

1. Rapport suite à la réunion du comité quadripartite du 6 mai 2026
 - Situation financière de la CNS
 - Négociations relatives à la nouvelle convention CNS-AMMD (suite à la demande de la sensibilité politique déi gréng du 13 avril 2026)
2. Divers

*

Présents : Mme Diane Adehm, M. Marc Baum, Mme Djuna Bernard, M. Dan Biancalana, M. Jeff Boonen, Mme Corinne Cahen, M. Mars Di Bartolomeo, M. Georges Engel, Mme Carole Hartmann, Mme Françoise Kemp, M. Ricardo Marques, M. Georges Mischo, M. Gérard Schockmel, Mme Alexandra Schoos, membres de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

M. Sven Clement, observateur délégué

Mme Martine Deprez, Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale

M. Laurent Beauloye, du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale

M. José Balanzategui, de la Caisse nationale de santé (CNS)

Mme Alisa Babacic, Mme Rachel Moris, de l'Administration parlementaire

*

Présidence : Mme Françoise Kemp, Présidente de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

*

1. Rapport suite à la réunion du comité quadripartite du 6 mai 2026

Situation financière de la CNS

¹ Retrouvez la vidéo de la réunion ici : <https://chd.lu/fr/meeting/1014588>.

Suite à quelques paroles d'introduction de Madame la Présidente de la Commission et de Madame la Ministre, le représentant de la CNS présente le document annexé au présent procès-verbal, qui détaille la situation financière de l'assurance maladie-maternité. Cette présentation met en évidence la confirmation d'une trajectoire financière défavorable de l'assurance maladie-maternité. Après un excédent ponctuel en 2023, les comptes replongent dans le déficit dès 2024 et cette tendance s'accroît fortement en 2025 et 2026. Le solde des opérations courantes passe ainsi de +100,1 millions d'euros en 2023 à -25,8 millions en 2024, -102,1 millions en 2025 et -126,5 millions prévus en 2026. Le résultat de l'exercice suit la même évolution, atteignant -157,5 millions d'euros prévus en 2026. Cette détérioration entraîne une érosion rapide des réserves financières. La réserve globale diminue de 961,7 millions d'euros en 2023 à 707,3 millions d'euros prévus en 2026, tandis que son poids relatif par rapport aux dépenses courantes passe de 22,9 % à 13,6 % sur la même période.

Le document souligne que, depuis 2024, la progression des recettes devient moins dynamique. Cette évolution s'explique principalement par le ralentissement de la croissance de l'emploi et de la masse salariale cotisable, qui constituent la principale source de financement de l'assurance maladie. Alors que les recettes progressaient fortement les années précédentes, leur croissance n'est plus suffisante pour compenser celle des dépenses.

Les dépenses continuent d'augmenter à un rythme supérieur à celui des recettes.

Pour 2025, les principaux postes de dépenses sont :

- les soins hospitaliers : 1,512 milliard d'euros ;
- les soins de médecine : 725 millions d'euros ;
- les prestations à l'étranger : 637 millions d'euros ;
- les médicaments : 419 millions d'euros ;
- les prestations en espèces : 365 millions d'euros.

Sur la période 2015-2025, plusieurs catégories connaissent des croissances particulièrement soutenues. Ainsi, par exemple :

- prestations en espèces : +10,8% par an ;
- kinésithérapie : +10,6% ;
- soins dentaires : +8,9%.

À titre de comparaison, les recettes courantes n'augmentent en moyenne que de 6,4% par an sur la même période.

La présentation insiste sur le caractère structurel du déséquilibre financier. Depuis plusieurs années, les dépenses progressent plus rapidement que les recettes, ce qui conduit à une consommation continue des réserves. Les taux de croissance présentés montrent qu'en 2024 les dépenses augmentent de 8,9%, contre seulement 5,1% pour les recettes. En 2025 et 2026, l'écart se réduit mais demeure défavorable. Le déficit ne résulte donc pas d'un phénomène ponctuel mais d'une tendance de fond.

Les projections pluriannuelles jusqu'en 2030 sont préoccupantes. Selon le scénario central, la réserve globale passerait sous le seuil légal minimal de 10% fin 2027 et serait quasiment épuisée à l'horizon 2030. Même dans un scénario plus favorable où la croissance de l'emploi serait supérieure de 0,5% aux prévisions, la réserve continuerait de diminuer. À l'inverse, un ralentissement supplémentaire de l'emploi accélérerait considérablement l'épuisement des réserves.

La présentation conduit à trois conclusions majeures :

- Le financement actuel de l'assurance maladie-maternité n'est plus équilibré ;
- La croissance des dépenses de santé demeure durablement supérieure à celle des recettes ;
- Sans mesures correctrices, les réserves disponibles pourraient atteindre le seuil légal minimal dès 2027-2028, compromettant à terme la soutenabilité financière du système.

Le document conclut sur la nécessité d'engager rapidement des mesures visant soit à renforcer les recettes, soit à maîtriser davantage la progression des dépenses de santé.

Suite à cette présentation, il est procédé à un échange de vues dont il y a lieu de retenir ce qui suit :

Monsieur Jeff Boonen (CSV) revient sur les données relatives à l'évolution moyenne des dépenses entre 2015 et 2025, en particulier celles liées aux indemnités pécuniaires de maladie (page 4 du document annexé). Il souhaite savoir si une analyse plus détaillée de cette période existe, notamment afin de mieux comprendre l'impact de la pandémie de Covid-19. Selon lui, on pourrait s'attendre à ce que cette période ait entraîné une augmentation marquée des arrêts de travail pour raisons de santé. En réponse, il est indiqué que l'augmentation des dépenses liées aux arrêts maladie s'accélère effectivement au cours des dernières années. Certains facteurs ont contribué à cette évolution, notamment la réforme introduite par la loi du 10 août 2018, qui a élargi la période pendant laquelle les indemnités pécuniaires de maladie sont prises en charge par la CNS. Cette modification a eu un impact sur les dépenses de la CNS. À noter que la progression des arrêts maladie ne se limite pas au Luxembourg mais relève d'une dynamique structurelle observée dans la plupart des pays européens depuis la pandémie. Aucune donnée ne permet de conclure à une hausse équivalente de la morbidité qui expliquerait cette évolution. Si certains facteurs conjoncturels, tels que les vagues de grippe, peuvent influencer ponctuellement les chiffres, ils ne suffisent pas à expliquer la tendance de fond. Le représentant de la CNS considère dès lors qu'il est essentiel d'approfondir l'analyse des causes réelles de cette augmentation des arrêts maladie avant d'envisager des mesures correctrices et d'élaborer des réponses efficaces et adaptées. Madame la Ministre ajoute que les montants présentés correspondent uniquement aux dépenses prises en charge par la CNS. Or, la CNS n'intervient qu'à partir du moment où l'incapacité de travail dépasse 77 jours d'absence. Les coûts supportés directement par les employeurs durant la première phase ne sont donc pas inclus dans les statistiques présentées, qui ne reflètent dès lors qu'une partie du coût total de l'absentéisme pour cause de maladie. Madame la Ministre reconnaît que l'impact spécifique de la pandémie de Covid-19 mérite d'être examiné plus en détail. Dans ce cadre, un élément apparaît déjà clairement : contrairement à ce qui pourrait être attendu, le niveau des arrêts maladie n'est pas revenu à celui observé avant la pandémie. Le taux d'absentéisme demeure plus élevé qu'au cours de la période pré-Covid, ce qui constitue l'une des principales explications de la hausse durable des dépenses dans ce domaine. Pour une analyse plus détaillée de l'évolution des arrêts maladie, Madame la Ministre renvoie aux études et statistiques publiées régulièrement par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS).

Monsieur Gérard Schockmel (DP) s'interroge sur les mesures envisagées pour répondre à l'augmentation des dépenses de santé et à certaines pratiques susceptibles de l'alimenter. Il observe par exemple que, dans le domaine de la facturation, une certaine créativité peut parfois exister et note également que certains médecins semblent délivrer des certificats médicaux ou des prescriptions de manière particulièrement généreuse. À cet égard, il évoque l'exemple du Royaume-Uni, où les médecins reçoivent régulièrement des informations comparatives sur leurs pratiques. Chaque praticien est ainsi informé de sa position par rapport à la moyenne de ses confrères en matière de prescriptions ou d'arrêts de travail. Selon lui, ce simple retour d'information produit souvent un effet dissuasif et conduit les praticiens concernés à adapter spontanément leur comportement. Il estime qu'une telle approche pourrait être envisagée au Luxembourg, d'autant plus que l'on dispose d'un volume important de données permettant ce type d'analyse. En réponse, Madame Martine Deprez indique que plusieurs travaux sont déjà en cours dans cette direction. Ainsi, par exemple, un groupe de travail analyse les situations atypiques (« outliers »), afin d'identifier les comportements qui s'écartent significativement des pratiques observées. Les pistes identifiées à ce stade ne visent pas principalement des économies budgétaires, mais plutôt une amélioration de l'efficacité globale du système. La CNS souligne également qu'elle développe, en collaboration avec l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes (AMMD), une démarche de maîtrise médicalisée des dépenses de santé fondée sur la promotion des bonnes pratiques médicales. Dans ce cadre, plusieurs initiatives concrètes ont déjà été mises en œuvre, notamment dans le domaine des analyses biologiques. Les médecins concernés ont été contactés afin de leur rappeler les recommandations en vigueur et ont reçu des données

statistiques individualisées leur permettant de comparer leurs habitudes de prescription à celles de leurs confrères. Cette approche de sensibilisation produit des résultats tangibles. Dans certains domaines, les volumes de prescriptions ont diminué à la suite de ces retours d'information, les praticiens ayant réévalué leurs pratiques à la lumière des recommandations existantes. Sur cette base, la CNS a identifié une dizaine d'autres cas d'usage pour lesquels une démarche similaire pourrait être déployée. Le représentant de la CNS considère ainsi que la transparence des données et le retour d'information aux professionnels de santé sont des leviers importants pour améliorer l'efficacité du système sans remettre en cause la qualité des soins.

Monsieur Mars Di Bartolomeo (LSAP) souligne qu'avant d'envisager des mesures correctrices, il convient d'analyser en détail les causes de l'évolution des dépenses de santé. Selon lui, certaines hausses relèvent d'évolutions structurelles normales et ne doivent pas être interprétées comme des anomalies. Il cite notamment le secteur du médicament, marqué par l'arrivée régulière de traitements innovants dont le coût est souvent élevé.

Concernant les dépenses hospitalières, il relève que les hôpitaux constituent de loin le poste de dépenses le plus important et qu'ils doivent donc faire l'objet d'une attention particulière dans toute analyse de la trajectoire financière de l'assurance maladie.

Concernant les prestations médicales, il est en faveur d'un retour à une logique de profils permettant d'identifier les écarts significatifs entre praticiens. Il insiste toutefois sur le fait qu'une déviation statistique ne constitue pas en soi une preuve d'abus. Celle-ci peut, par exemple, s'expliquer par la nature de la patientèle. L'objectif doit donc être d'analyser les situations atypiques afin d'en comprendre les causes plutôt que de présumer automatiquement l'existence de comportements inappropriés. Dans ce contexte, il souligne que les éventuels abus doivent être objectivés et documentés avant toute intervention. Il soutient l'approche consistant à utiliser des indicateurs afin d'identifier des situations atypiques, puis à en analyser les raisons de manière approfondie.

Il regrette le faible recours aux médicaments génériques, alors même que ceux-ci permettent, à efficacité thérapeutique équivalente, de réduire significativement les dépenses. Il estime qu'un effort accru devrait être entrepris afin d'encourager leur utilisation.

Plus largement, il plaide pour une approche fondée sur l'identification des postes de dépenses les plus importants et de leur évolution respective. L'enjeu est de concentrer l'analyse sur les secteurs où les montants engagés sont les plus élevés afin de déterminer si leur progression reste justifiée.

Abordant la question du financement, il s'interroge sur la date de la dernière adaptation des taux de cotisation. Il évoque également la possibilité d'un relèvement du plafond de cotisation actuellement fixé à cinq fois le salaire social minimum, considérant qu'un débat sur un éventuel déplafonnement ne devrait pas être tabou si les besoins de financement venaient à l'exiger.

En conclusion, il exprime son attachement à un système de santé solidaire et affirme enfin que toute tentative visant à fragiliser cet équilibre ou à remettre en cause les fondements solidaires du système devra être combattue.

Madame la Ministre souligne qu'il convient avant tout d'analyser les facteurs structurels à l'origine de la progression des dépenses de santé. Elle rappelle que le Luxembourg connaît un vieillissement de sa population ainsi qu'une croissance démographique, deux évolutions qui entraînent mécaniquement une augmentation des besoins en soins et, partant, des dépenses de santé. Elle relève également que l'offre médicale tend à se réduire dans les régions frontalières. Dans ce contexte, les travailleurs frontaliers affiliés au système luxembourgeois exercent légitimement leur droit de se faire soigner au Luxembourg, ce qui contribue également à l'augmentation de la demande de soins. Cette situation témoigne de l'attractivité et de la qualité du système luxembourgeois, qu'il convient de préserver. Dès lors, l'objectif ne doit pas être de réduire l'offre de prestations, mais d'améliorer l'efficacité du système là où cela est possible.

Madame la Ministre précise qu'il n'a jamais été question de présumer l'existence d'abus généralisés, mais plutôt d'identifier les « outliers » et d'engager un dialogue avec les prestataires concernés lorsque leur activité s'écarte de la moyenne. De tels écarts peuvent effectivement s'expliquer par des caractéristiques propres à leur patientèle ou à leur pratique médicale. L'objectif consiste avant tout à sensibiliser et à veiller à ce que les soins dispensés correspondent aux besoins réels des patients.

Abordant la question du financement, Madame la Ministre rappelle que la dernière adaptation du taux de cotisation remonte à une dizaine d'années. Si plusieurs pistes d'économies ont déjà été identifiées, celles-ci ne suffiront vraisemblablement pas à résorber le déficit projeté. Madame la Ministre souligne toutefois qu'une augmentation des cotisations ne constitue pas la première réponse envisagée. La priorité demeure la maîtrise des dépenses par des mesures d'efficience : réduction de la durée moyenne des séjours hospitaliers lorsque cela est médicalement approprié, recours à des médicaments moins coûteux lorsque leur efficacité est équivalente, ainsi que développement d'une maîtrise médicalisée des dépenses en concertation avec les prestataires de soins. L'objectif est de garantir que chaque patient bénéficie des traitements appropriés, tout en évitant les prescriptions redondantes ou non conformes aux recommandations scientifiques reconnues.

Enfin, elle indique que la question d'un éventuel déplafonnement des cotisations fait actuellement l'objet d'une question parlementaire (n°4064) à laquelle il sera répondu dans les meilleurs délais. Cette question pourra également être examinée dans le cadre des travaux de la réunion du comité quadripartite prévue à l'automne prochain.

Monsieur Mars Di Bartolomeo souhaite obtenir une ventilation plus précise du poste « Prestations à l'étranger ». Selon lui, il est essentiel de distinguer les prestations remboursées aux travailleurs frontaliers de celles concernant les résidents luxembourgeois qui se font soigner à l'étranger. Il estime également nécessaire de différencier les résidents qui se rendent à l'étranger pour bénéficier de traitements indisponibles au Luxembourg de ceux qui choisissent de se faire soigner ailleurs par préférence personnelle. Il critique par ailleurs les discours présentant le système de santé luxembourgeois comme défaillant et conduisant les patients à se faire soigner à l'étranger. Selon lui, ces affirmations relèvent davantage d'une rhétorique alarmiste que d'une réalité objective, le Luxembourg disposant d'un système de santé performant. Le représentant de la CNS apporte plusieurs précisions à ce sujet. Sur les quelque 637 millions d'euros inscrits dans la catégorie des prestations à l'étranger, seule une part limitée, environ 40 millions d'euros, concerne des résidents luxembourgeois qui reçoivent des soins hors du pays. Cette dépense demeure globalement stable dans le temps. Il est dès lors inexact d'affirmer que les résidents luxembourgeois sont de plus en plus nombreux à se faire soigner à l'étranger. Au contraire, cette catégorie de dépenses figure parmi celles dont l'évolution est la plus modérée au sein du budget de l'assurance maladie. L'augmentation observée des dépenses à l'étranger s'explique principalement par le recours croissant des frontaliers aux prestations de santé offertes au Luxembourg. Le représentant de la CNS réfute ainsi l'idée selon laquelle les patients quitteraient massivement le Luxembourg faute d'une offre de soins suffisante. Les données disponibles ne montrent aucune augmentation notable des départs à l'étranger pour ce motif. Lorsque des résidents luxembourgeois sont pris en charge hors du pays, il s'agit le plus souvent de traitements hautement spécialisés qui ne sont pas proposés au Luxembourg en raison de la taille du pays et du faible volume de patients concernés. Certains transferts concernent également la psychiatrie, secteur dans lequel la capacité d'accueil a parfois été insuffisante par le passé. Il est cependant rappelé que le nombre de lits psychiatriques a récemment été augmenté, ce qui devrait permettre de renforcer l'offre nationale et de réduire à l'avenir le recours à des prises en charge à l'étranger dans ce domaine.

Madame Djuna Bernard (déi gréng) relève que le déficit constaté pour l'exercice écoulé semble finalement inférieur aux projections présentées lors de la Quadripartite d'octobre dernier. Elle s'interroge sur les raisons de cet écart et demande notamment si les mesures décidées à l'automne dernier ont déjà produit des effets mesurables. Elle souhaite également

savoir dans quelle mesure les actions actuellement envisagées diffèrent de celles discutées en octobre et si de nouveaux éléments sont venus compléter le dispositif initial. Madame la Ministre confirme que le déficit attendu pour l'année en cours est effectivement inférieur aux estimations réalisées à l'automne 2025. Elle explique cette évolution par plusieurs facteurs. D'une part, les revenus ont progressé plus rapidement que prévu. D'autre part, certains effets liés à l'indexation ont été intégrés plus tardivement dans les projections initiales. De même, les lettres-clés n'ont finalement pas été adaptées à leur niveau maximal, mais seulement de manière partielle. S'agissant des mesures de maîtrise des dépenses, Madame la Ministre précise que les orientations arrêtées lors de la Quadripartite d'octobre dernier demeurent inchangées dans leur philosophie générale. Les travaux réalisés depuis lors ont principalement consisté à préciser et à opérationnaliser les mesures envisagées. Le comité stratégique mis en place à cette fin a élaboré une feuille de route détaillant les actions à entreprendre, les responsabilités respectives des acteurs concernés ainsi que les instruments nécessaires à leur mise en œuvre. Certaines mesures peuvent être déployées rapidement par voie de circulaire ou de sensibilisation, tandis que d'autres nécessitent l'adoption de nouvelles recommandations, la modification de règlements ou encore des adaptations législatives. Il est par ailleurs confirmé que les projections financières intègrent déjà les effets de la convention collective de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL).

Interrogée par Madame Djuna Bernard sur les réflexions en cours autour du « principe de l'utile et du nécessaire », Madame Martine Deprez rappelle que ce principe constitue l'un des fondements du système luxembourgeois d'assurance maladie. Il garantit à chaque assuré l'accès aux soins médicalement nécessaires dans des conditions financièrement accessibles. Elle insiste sur le fait que ce principe n'est nullement remis en cause. Les discussions actuellement menées avec l'AMMD portent davantage sur l'organisation des soins et sur la répartition de certaines prestations entre le secteur hospitalier et la médecine ambulatoire. Plusieurs groupes de travail examinent ainsi les actes qui sont aujourd'hui réalisés à l'hôpital alors qu'ils pourraient, dans certains cas, être effectués en cabinet médical. L'objectif est de rendre certaines prestations plus accessibles aux patients en évitant des passages inutiles par l'hôpital lorsque la prise en charge peut être assurée dans un cadre ambulatoire. Cette réflexion vise à améliorer l'efficacité du système de santé, sans remettre en cause le droit des patients à bénéficier des soins nécessaires. Madame la Ministre indique qu'elle informera la Commission des résultats de ces discussions dès que celles-ci auront progressé.

Monsieur Marc Baum (déi Lénk) souligne que toute réflexion sur l'équilibre financier de l'assurance maladie doit porter à la fois sur les dépenses et sur les recettes. S'agissant des dépenses, il relève la forte progression des prestations en espèces liées à la maladie. Il rappelle qu'il a été indiqué précédemment que cette évolution constitue un phénomène observé dans de nombreux pays européens et ne se limite pas au Luxembourg. Il s'intéresse plus particulièrement aux arrêts de travail de longue durée, c'est-à-dire ceux dépassant 77 jours, pris en charge par la CNS. Il demande si une analyse détaillée des pathologies concernées a été réalisée et si des comparaisons internationales existent à cet égard. S'agissant des recettes, il se félicite que la question du déplafonnement des cotisations ne soit plus considérée comme taboue. Il rappelle avoir lui-même introduit la question parlementaire sur ce sujet (voir ci-avant) et estime qu'il s'agit d'une question de justice sociale. Selon lui, les personnes disposant des revenus les plus élevés devraient contribuer proportionnellement de la même manière que les autres salariés. Il reconnaît que cette mesure entraînerait également des conséquences financières pour l'État et pourrait avoir des effets sur les recettes fiscales. Toutefois, il observe que ces arguments valent également pour une augmentation générale des cotisations et considère dès lors que le déplafonnement devrait faire partie des pistes examinées pour renforcer les recettes de la CNS.

En réponse, Madame Martine Deprez indique que des analyses détaillées des arrêts maladie de longue durée sont régulièrement réalisées par l'IGSS. Celles-ci montrent que les principales causes d'incapacité prolongée de travail relèvent, d'une part, des troubles psychiques et, d'autre part, des affections de l'appareil locomoteur, notamment les maladies

articulaires. Cette situation reflète en partie le vieillissement de la population. Madame la Ministre souligne également que les certificats médicaux comportent fréquemment un code de regroupement relatif à la dépression ou aux troubles psychiques. Toutefois, les données disponibles ne permettent pas de distinguer avec suffisamment de précision les différentes pathologies concernées, notamment entre les troubles psychiatriques et psychologiques. Une plus grande granularité des données est nécessaire afin de mieux comprendre les causes des incapacités de travail et d'orienter les interventions de manière plus ciblée. À cet égard, l'introduction du certificat médical électronique devrait permettre d'obtenir des informations plus détaillées et ainsi d'identifier plus précisément les besoins en matière de prise en charge. Concernant le déplaçonnement des cotisations, Madame Martine Deprez confirme qu'aucune option n'est exclue *a priori*. Elle rappelle que cette question a déjà été discutée dans le cadre d'autres réformes sociales, sans avoir été retenue à ce stade. Elle précise toutefois qu'il serait prématuré d'anticiper les conclusions des discussions à venir. Elle indique que la question du déplaçonnement fera vraisemblablement partie des sujets examinés tant par les partenaires sociaux que par le conseil d'administration de la CNS dans le cadre des réflexions sur le rétablissement de l'équilibre financier du régime.

Madame Alexandra Schooss (ADR) aborde plusieurs aspects liés à l'évolution des dépenses de santé. Elle évoque d'abord les réflexions internationales concernant d'éventuels mécanismes d'incitation liés à un mode de vie sain, tout en reconnaissant les difficultés pratiques et les questions d'équité qu'une telle approche soulève. Elle s'interroge ensuite sur la progression des dépenses en médecine dentaire, sur la distinction entre soins dentaires et orthodontie, sur l'augmentation des dépenses en kinésithérapie ainsi que sur la possibilité de distinguer les arrêts maladie des salariés de ceux des indépendants.

Madame Martine Deprez précise que les troubles psychiques concernent davantage les personnes en âge de travailler, tandis que les pathologies de l'appareil locomoteur augmentent avec l'âge, sans qu'il existe pour autant de séparation nette entre générations. Concernant les soins dentaires, elle souligne qu'il convient de distinguer la croissance des dépenses de leur poids réel dans les dépenses totales. L'augmentation observée s'explique notamment par l'arrivée de nouveaux praticiens sur le marché luxembourgeois, phénomène favorisé par les règles européennes de reconnaissance des qualifications professionnelles. Un groupe de travail spécifique a été mis en place afin d'analyser cette évolution.

S'agissant de la kinésithérapie, Madame la Ministre relève que plusieurs facteurs contribuent à la hausse des dépenses. Elle cite notamment l'importance des pathologies musculo-squelettiques, les prescriptions médicales, ainsi que les régimes de prise en charge à 100% pour certaines affections de longue durée. Des travaux sont en cours avec les kinésithérapeutes et les médecins afin de définir, sur la base de recommandations internationales, des lignes directrices plus précises concernant le nombre de séances nécessaires selon les situations cliniques.

Enfin, Madame la Ministre rappelle que le vieillissement de la population constitue un facteur structurel d'augmentation des dépenses de santé observé dans l'ensemble de l'Europe. Elle insiste sur le fait que les efforts engagés visent avant tout à améliorer l'efficacité du système sans remettre en cause le principe fondamental selon lequel chaque patient doit continuer à recevoir les soins nécessaires. À ce stade, environ 95 millions d'euros d'économies potentielles ont été identifiés grâce à diverses mesures d'efficacité, mais des recettes supplémentaires pourraient néanmoins s'avérer nécessaires. Cette question sera examinée lors de la prochaine Quadripartite.

M. Gérard Schockmel revient d'abord sur la question des certificats de maladie. Il suggère qu'une analyse plus approfondie soit menée en examinant la corrélation entre la durée des arrêts de travail et les pathologies invoquées. Une telle analyse pourrait également être croisée avec des données relatives aux médecins prescripteurs ou aux catégories de patients concernés. L'orateur relève ensuite que, pour des situations médicales comparables, les durées d'absence peuvent varier considérablement selon les professions exercées. Selon lui, il conviendrait dès lors d'élargir les analyses au-delà de la seule distinction entre salariés et

indépendants, en tenant également compte d'autres paramètres, tels que l'existence ou non d'une convention collective de travail.

Abordant ensuite la nomenclature des actes médicaux, il souligne que celle-ci présente certaines limites. Il arrive en effet qu'un médecin, faute de trouver un acte correspondant précisément à la prestation réalisée, recoure à un acte similaire prévu dans la nomenclature, avec des conséquences potentielles sur le niveau de rémunération. Il s'interroge dès lors sur les mécanismes envisagés pour remédier à cette situation. Il observe également que les mises à jour de la nomenclature accusent souvent un retard important par rapport aux évolutions médicales et technologiques et souhaite connaître les mesures prévues pour améliorer sa réactivité.

Monsieur Gérard Schockmel évoque par ailleurs certaines difficultés liées à la rémunération des actes chirurgicaux complexes, notamment dans les situations de polytraumatisme. Il explique que le système actuel tend à privilégier un acte principal, tandis que les actes complémentaires bénéficient d'une rémunération décroissante. Cette logique pourrait, selon lui, créer des incitations inappropriées, conduisant soit à la facturation distincte de plusieurs interventions alors qu'une seule opération a été réalisée, soit à la division artificielle d'une intervention unique en plusieurs actes distincts.

Enfin, il attire l'attention sur certaines prestations, telles que les échographies ou certains actes d'anesthésie, qui peuvent être facturées comme actes médicaux réalisés par un médecin alors qu'elles auraient, dans certains cas, été exécutées par d'autres professionnels de santé. Il estime dès lors nécessaire de renforcer les contrôles et d'approfondir l'analyse des modalités de facturation afin de garantir leur conformité.

Monsieur Mars Di Bartolomeo souligne, pour sa part, qu'il convient d'apprécier l'évolution des dépenses de santé à la lumière des progrès réalisés dans le système de soins. Il estime qu'une analyse devrait être menée afin de mesurer l'apport des nouvelles infrastructures, des équipements médicaux modernes et des innovations diagnostiques, ainsi que leur contribution à l'augmentation des dépenses. Il juge également utile d'examiner l'évolution de la part relative des différents sous-secteurs de la santé dans les dépenses globales, afin de mieux comprendre les dynamiques à l'œuvre et leur évolution dans le temps. Par ailleurs, il rappelle que l'analyse des coûts doit être mise en perspective avec les améliorations apportées à la prise en charge des patients, notamment par l'intégration de nouveaux progrès médicaux couverts par l'assurance maladie. Concernant les soins dentaires, il estime qu'il serait pertinent d'évaluer non seulement les dépenses prises en charge par l'assurance, mais également la part restant directement à charge des patients. Il plaide enfin pour un examen approfondi de la nomenclature afin d'identifier d'éventuels déséquilibres injustifiés entre les différentes spécialités médicales.

En réponse à ces deux interventions, Madame la Ministre indique que les propositions relatives à l'analyse des certificats de maladie rejoignent des réflexions déjà engagées. Des discussions ont notamment porté sur l'élaboration de recommandations concernant la durée habituelle des arrêts de travail pour certaines pathologies courantes.

S'agissant de la nomenclature, elle reconnaît qu'il s'agit d'un chantier d'envergure. Bien qu'une commission *ad hoc* existe, les discussions de fond se déroulent aujourd'hui largement en dehors de celle-ci, les travaux se limitant souvent à constater l'existence ou non d'un consensus sur les propositions soumises.

Madame la Ministre partage également le constat selon lequel l'intégration des progrès technologiques dans la nomenclature n'est pas suffisamment rapide. Elle souligne toutefois que cette situation n'empêche pas la prise en compte des innovations, grâce au mécanisme de la facturation par analogie, qui permet de rattacher un acte nouveau à un acte existant moyennant une justification appropriée.

Concernant les situations susceptibles de soulever des interrogations en matière de facturation, elle estime qu'il convient de rester prudent tant qu'aucun cas concret n'a été identifié et documenté. Le cas échéant, ces dossiers doivent être transmis à la CNS afin de permettre les vérifications nécessaires.

Madame la Ministre précise également qu'en principe, lorsqu'un acte médical est réalisé par un médecin, celui-ci en assure lui-même la facturation. Les situations évoquées mériteraient dès lors une analyse au cas par cas afin de déterminer si elles révèlent effectivement une irrégularité.

S'agissant enfin de l'impact financier des nouvelles infrastructures ou des innovations médicales, Madame la Ministre rappelle que toute nouvelle prestation est évaluée au regard du « principe de l'utile et du nécessaire ». Dans le secteur hospitalier, cette évaluation est notamment réalisée avant toute intégration dans les mécanismes de remboursement.

Concernant l'évolution de la structure des dépenses, elle cite l'exemple du secteur hospitalier, dont la part dans les dépenses totales est passée d'environ 50% en 2012 à près de 44% aujourd'hui. Si certains secteurs affichent une croissance plus rapide, les dépenses hospitalières demeurent néanmoins un poste majeur du système de santé. Madame Martine Deprez souligne dès lors qu'une analyse pertinente doit tenir compte à la fois des taux de croissance relatifs et des montants absolus en jeu.

Négociations relatives à la nouvelle convention CNS-AMMD

Madame Djuna Bernard explique avoir souhaité mettre ce point à l'ordre du jour afin d'être informée de l'état actuel des négociations, des prochaines étapes envisagées ainsi que des perspectives concernant la signature d'une convention entre la CNS et l'AMMD, qui demeure, à ses yeux, le scénario le plus souhaitable. Elle indique toutefois que plusieurs questions se posent quant à l'éventuelle mise en œuvre d'un « plan B », à savoir l'adoption d'un règlement grand-ducal en l'absence d'accord entre les parties. Dans cette hypothèse, elle souhaite obtenir des précisions sur la manière dont ce règlement serait conçu, sur l'éventuelle reprise de la nomenclature actuelle et sur les conséquences qu'une telle démarche pourrait avoir, notamment en matière de paiement immédiat direct (PID). Elle souligne également que, si la voie réglementaire devait se concrétiser, elle souhaiterait pouvoir en débattre à nouveau lorsque les contours du texte seront plus clairement définis. Enfin, elle insiste sur l'importance de la transparence dans ce dossier. Selon elle, l'ensemble des acteurs partagent un intérêt commun à garantir la sécurité juridique du système et à rassurer les assurés quant à l'évolution des discussions et à leurs conséquences pratiques.

Madame Martine Deprez rappelle tout d'abord que, fin octobre 2025, l'AMMD a décidé de dénoncer la convention conclue avec la CNS. Toutefois, le Code de la sécurité sociale prévoit que cette dénonciation ne produit pas d'effet immédiat, la convention continuant à s'appliquer pendant une période de douze mois. À l'issue de cette période, si aucune nouvelle convention n'a été signée, un règlement grand-ducal prendra le relais. Ce règlement devra reprendre les éléments obligatoires de la convention et leur donner une base légale. Les services juridiques compétents travaillent actuellement à sa préparation. Il s'agit en effet d'un exercice complexe, qui doit distinguer les dispositions obligatoires de celles qui relèvent uniquement du cadre conventionnel. Ce travail progresse et, le cas échéant, le contenu du règlement grand-ducal sera présenté lorsqu'il sera suffisamment abouti. La conclusion d'une nouvelle convention reste cependant l'option privilégiée.

Concernant l'état des négociations, Madame la Ministre indique que la CNS et l'AMMD ne discutent plus réellement du texte conventionnel lui-même. En effet, les divergences ne portent plus sur le contenu de la convention, mais sur le cadre légal dans lequel celle-ci s'inscrit. Ces questions font actuellement l'objet de discussions parallèles dans différents groupes de travail.

Elle souhaite ensuite rassurer sur la question de la nomenclature. Celle-ci ne fait pas directement partie de la convention puisqu'elle est fixée par un règlement grand-ducal distinct. Son existence et son application ne dépendent donc pas de la signature d'une convention et les prestataires restent tenus de respecter les actes et tarifs prévus par la nomenclature. Madame la Ministre insiste dès lors sur le fait qu'en cas de remplacement de la convention par un règlement grand-ducal, l'assuré ne constaterait pas de changement dans le fonctionnement du système ni dans les modalités de remboursement.

Concernant le PID, celui-ci repose sur une obligation de nature conventionnelle. Cette obligation ne dispose pas d'une base légale autonome et ne pourrait donc pas être maintenue sous une forme identique si elle n'était pas reprise dans le règlement grand-ducal. La CNS continuera cependant à mettre les outils nécessaires à disposition et les nouveaux prestataires pourront toujours rejoindre le système. La différence résiderait principalement dans le caractère obligatoire du dispositif. Certaines obligations de transmission électronique ne pourraient plus être imposées de la même manière en l'absence de base réglementaire spécifique. Cela ne remet toutefois pas en cause l'existence même du PID, d'autant qu'il n'existe déjà aujourd'hui aucune obligation imposant aux prestataires de l'utiliser.

En conclusion, Madame la Ministre estime qu'il n'existe pas de risque de rupture de service à court terme. Elle réaffirme que l'objectif reste la signature d'une convention avant l'expiration du délai de douze mois, tout en soulignant que les mécanismes prévus par la loi permettent d'assurer la continuité du système si cette issue devait ne pas se concrétiser.

Monsieur Jeff Boonen relève que, d'après les explications fournies, le passage éventuel d'une convention AMMD-CNS à un règlement grand-ducal ne semble pas avoir d'impact immédiat pour les assurés, les règles de remboursement, la nomenclature et les prestations couvertes restant inchangées. Il s'interroge dès lors sur la plus-value concrète de la convention. Il demande quels sont les éléments supplémentaires réglés par la convention qui risqueraient d'être perdus en cas d'absence d'accord et où se situerait l'inconvénient d'un basculement vers un règlement grand-ducal. Il s'interroge ainsi sur la portée pratique des divergences actuelles et souhaite savoir si l'absence de convention aurait d'autres conséquences que la perte d'un cadre négocié entre partenaires, voire si le débat ne relève pas avant tout d'un rapport de force politique entre les acteurs concernés.

En réponse, il est expliqué que la convention conclue entre la CNS et l'AMMD constitue un document volumineux, dont une grande partie porte sur des aspects essentiellement techniques et administratifs. Ces dispositions, bien qu'importantes pour le bon fonctionnement du système, ne constituent pas les enjeux principaux du débat actuel. Cependant, certaines parties de la convention présentent une importance particulière. Tel est notamment le cas des dispositions relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, où la capacité des partenaires à adapter conjointement les mécanismes existants constitue un élément essentiel du système. Dans le cadre conventionnel, les deux parties disposent d'une certaine flexibilité pour définir, préciser et adapter les modalités de cette maîtrise médicalisée. En revanche, si ces dispositions sont reprises dans un règlement grand-ducal, cette marge de manœuvre se réduit considérablement. Toute modification ultérieure nécessitera alors une procédure réglementaire formelle, plus lourde que la négociation conventionnelle. Les mêmes considérations valent pour certaines questions tarifaires actuellement réglées par la convention, comme par exemple les « convenances personnelles », dans lesquelles un médecin peut, sous certaines conditions, appliquer un supplément tarifaire. Aujourd'hui, ces matières relèvent d'un équilibre négocié entre la CNS et l'AMMD. Dans un cadre réglementaire, cette capacité d'adaptation conjointe disparaît, les règles étant fixées directement par le règlement. C'est précisément cette perte de flexibilité qui constitue l'une des principales préoccupations de l'AMMD. Le débat ne porte donc pas uniquement sur le contenu de la convention elle-même, mais plus largement sur le cadre juridique dans lequel certaines questions sensibles doivent être réglées. L'enjeu consiste à déterminer dans quelle mesure ces matières continuent à relever de la négociation conventionnelle ou sont davantage encadrées par des dispositions réglementaires. En conclusion, si l'essentiel des dispositions techniques de la convention peut être repris sans difficulté majeure dans un règlement grand-ducal, la disparition du cadre conventionnel entraînerait une perte de souplesse dans les relations entre la CNS et le corps médical.

Monsieur Gérard Schockmel s'interroge sur la situation dans laquelle un médecin facture un acte à un patient qui souhaite obtenir rapidement un examen spécialisé, par exemple une IRM, et se déclare prêt à en assumer personnellement le coût sans passer par la caisse de

maladie, afin de réduire les délais d'attente. Il demande comment une telle situation est traitée en pratique.

En réponse, il est signalé que, lorsqu'un patient décide de ne pas transmettre sa facture à la CNS pour obtenir un remboursement, celle-ci n'a pas connaissance de l'opération. La facture est réglée directement entre le patient et le médecin. Dans la pratique, il peut aussi arriver qu'un médecin facture un montant différent de celui prévu par la nomenclature lorsque le patient y consent et que la facture n'est pas soumise à la CNS. Les situations de ce type restent généralement invisibles pour l'assurance maladie dès lors qu'aucune demande de remboursement n'est introduite. En revanche, lorsqu'un patient transmet ultérieurement la facture à la CNS, celle-ci est amenée à rappeler au prestataire les règles applicables. Il est également précisé que, dans le domaine de l'imagerie médicale, les affirmations relatives à de prétendus délais d'attente excessifs reposent souvent sur des cas individuels et ne sont pas toujours étayées par des données objectives. Les situations présentant un caractère urgent sur le plan vital ou fonctionnel bénéficient généralement d'une prise en charge rapide. Il est toutefois rappelé que la perception de l'urgence peut varier selon les situations et selon les patients. Une demande ressentie comme urgente par une personne concernée ne correspond pas nécessairement à une urgence médicale au sens clinique du terme.

2. **Divers**

Aucun point divers n'a été abordé.

Procès-verbal approuvé et certifié exact



Situation financière de l'assurance maladie- maternité

Mercredi 13 mai 2026

Commission de la Santé et de la Sécurité
sociale

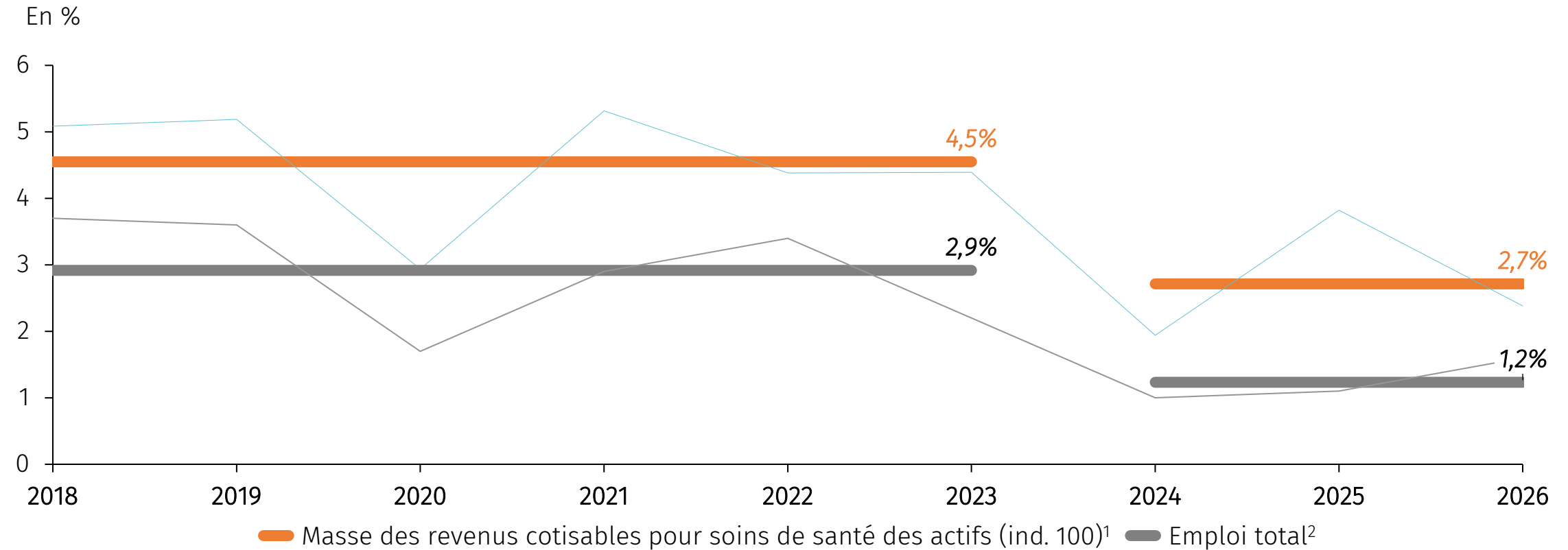
La trajectoire financière défavorable observée ces dernières années se confirme

DRAFT

En millions d'euros	Décompte						Prév.	
	2021	2022	2023	2024	2025 ¹		2026	
Recettes courantes	3.576,3	3.910,3	4.303,9	4.524,5	4.776,9		5.062,4	+6,0%
Dépenses courantes	3.632,0	3.951,9	4.203,8	4.550,3	4.879,1		5.188,9	+6,4%
Solde opérations courantes	-55,7	-41,6	100,1	-25,8	-102,1²		-126,5	
Réserve globale	903,2	861,6	961,7	936,0	833,8		707,3	
En % des dép. courantes	24,9%	21,8%	22,9%	20,6%	17,1%		13,6%	
Fonds de roulement min. (10%)	363,2	395,2	420,4	455,0	487,9		518,9	
Résultat de l'exercice	-41,2	-73,6	74,9	-60,4	-135,0		-157,5	
Réserve excédentaire	540,0	466,4	541,4	480,9	345,9		188,4	
Taux d'équilibre de l'exercice	5,67%	5,71%	5,50%	5,68%	5,77%		5,79%	

¹ sous réserve de validation du projet de décompte / ² QP 102025 : SOC 2025 -118,6M€

Depuis 2024, la progression des recettes est moins dynamique

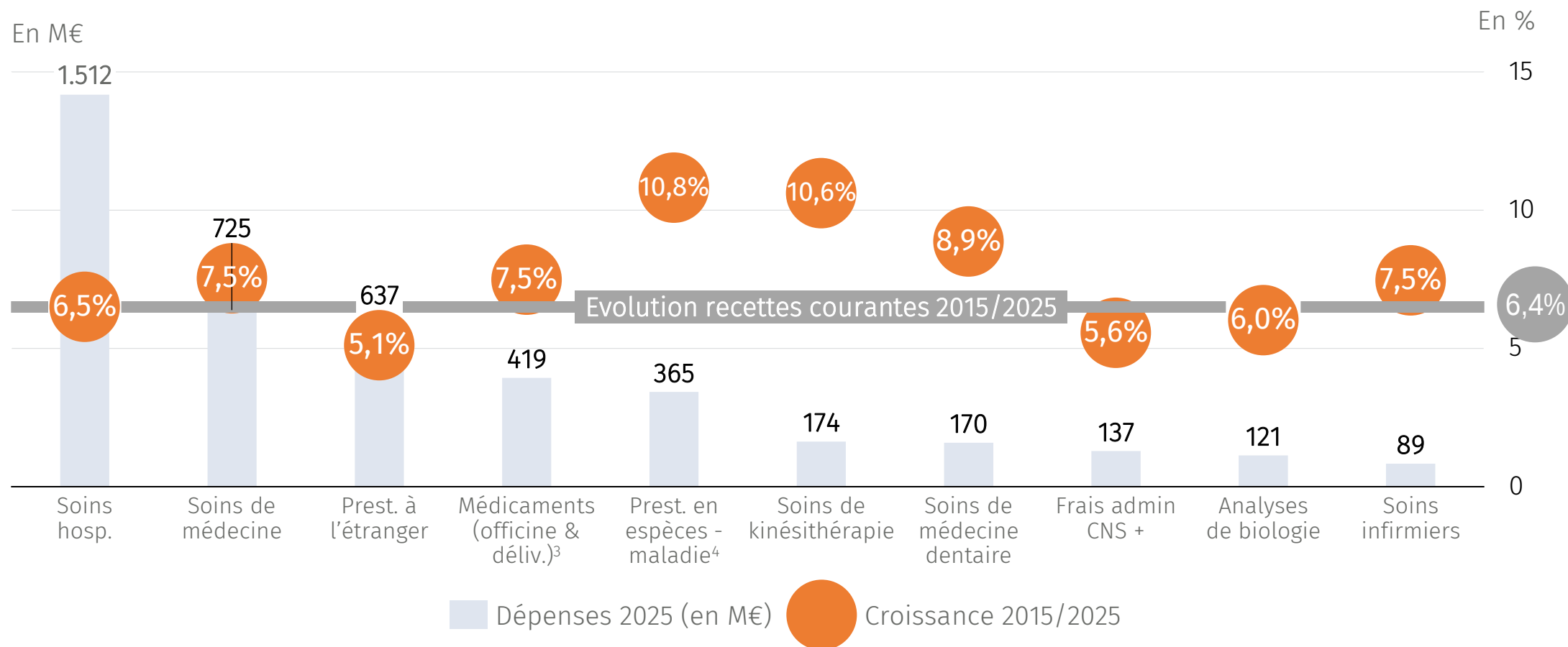


¹ Source : Circulaire budgétaire IGSS relative à la participation de l'Etat dans le financement des institutions de sécurité sociale pour les exercices 2027 à 2030 (27 février 2026).

² Source: Lettre circulaire aux départements ministériels, Projet de budget pour l'exercice 2027, Programmation financière pluriannuelle 2026-2030 (4 février 2026).

Une croissance des dépenses structurellement plus prononcée que celle des recettes

Dépenses¹ majeures de l'AMM en 2025 en millions d'euros et leur croissance moyenne² entre 2015 et 2025 en %

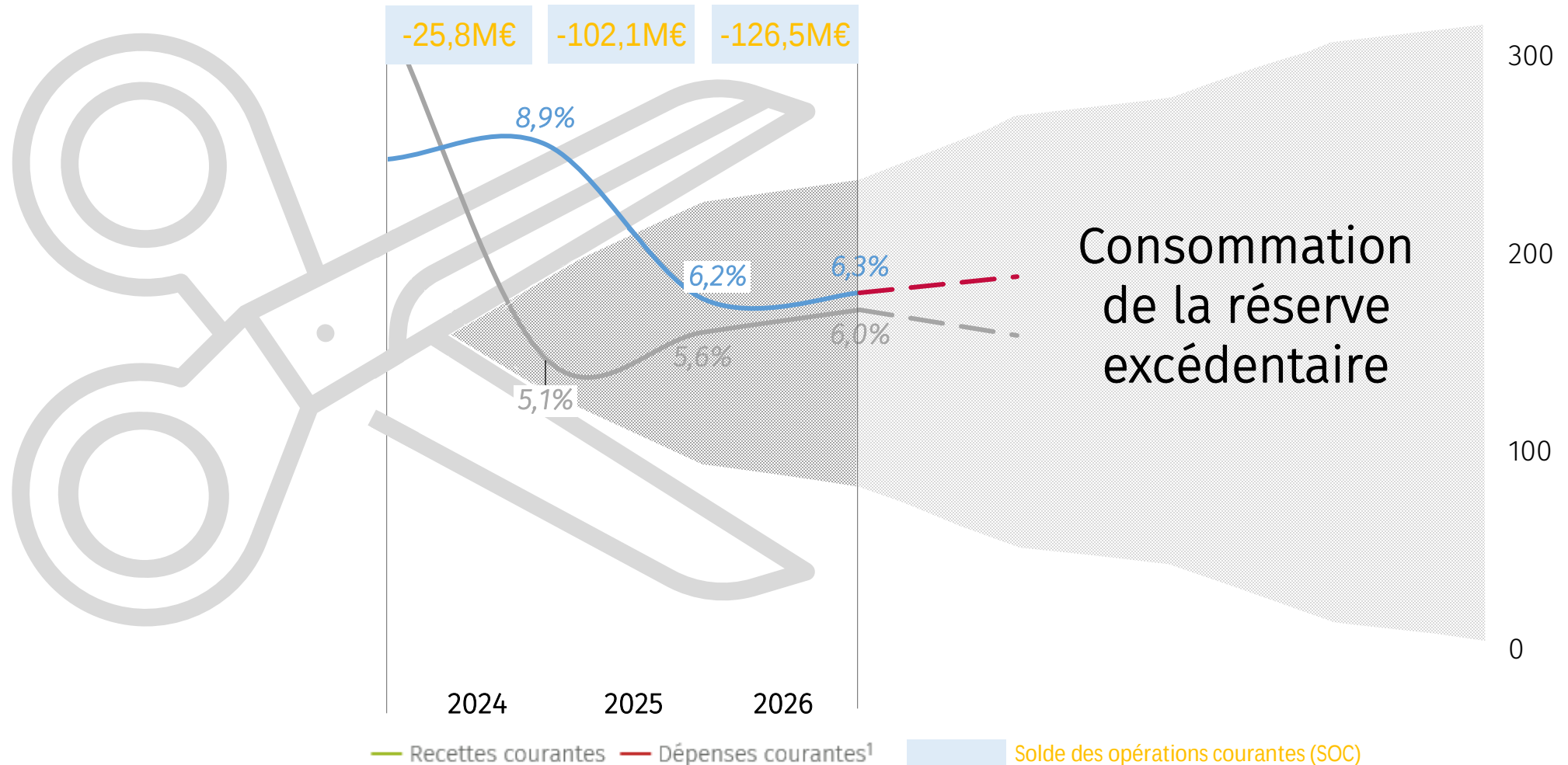


¹ Dépenses suivant exercice prestation. ² Taux de croissance annuel moyen $((\text{Valeur Finale} / \text{Valeur Initiale})^{(1 / \text{Nombre d'années})}) - 1$.

³ Officines: 307,0M€ (+6,1%) et délivrance hosp.: 111,5M€ (+12,9%). ⁴ Changement du périmètre avec la réforme de 2018.

L'effet cumulatif de plusieurs années déficitaires rend un équilibre financier de plus en plus difficile à atteindre

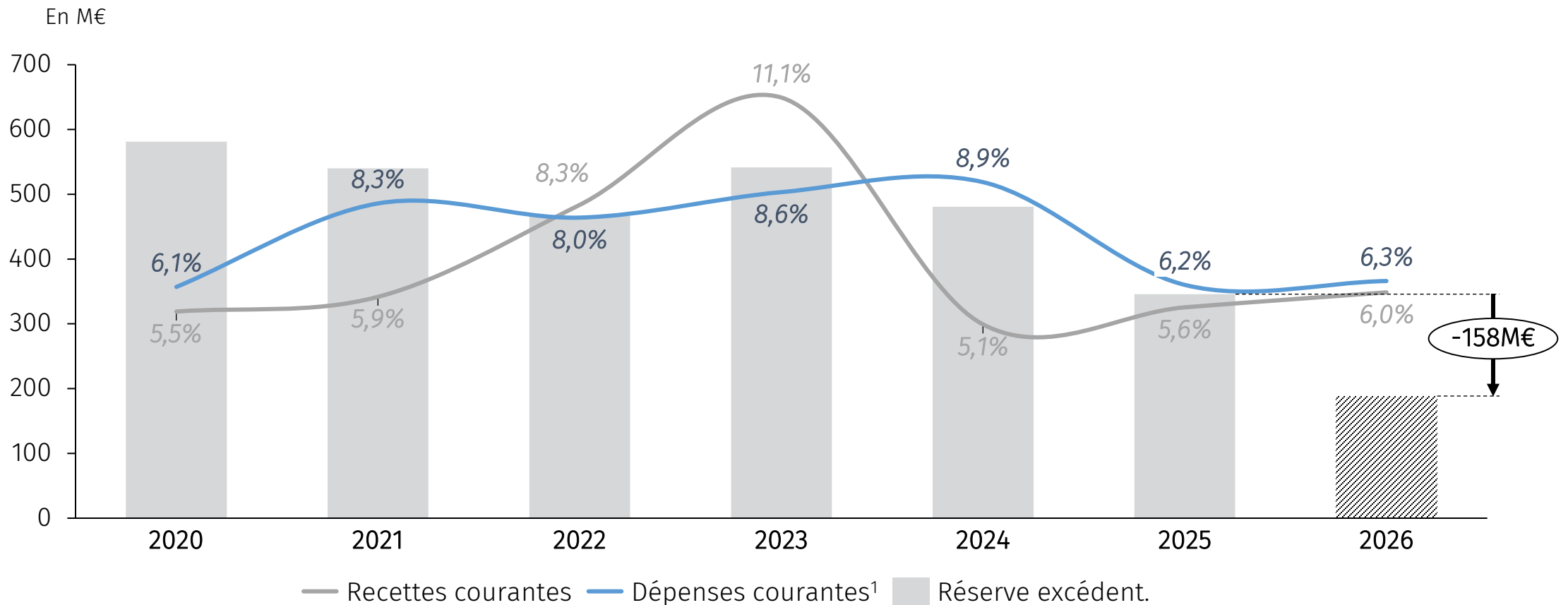
En M EUR



¹ Suivant exercice prestation.

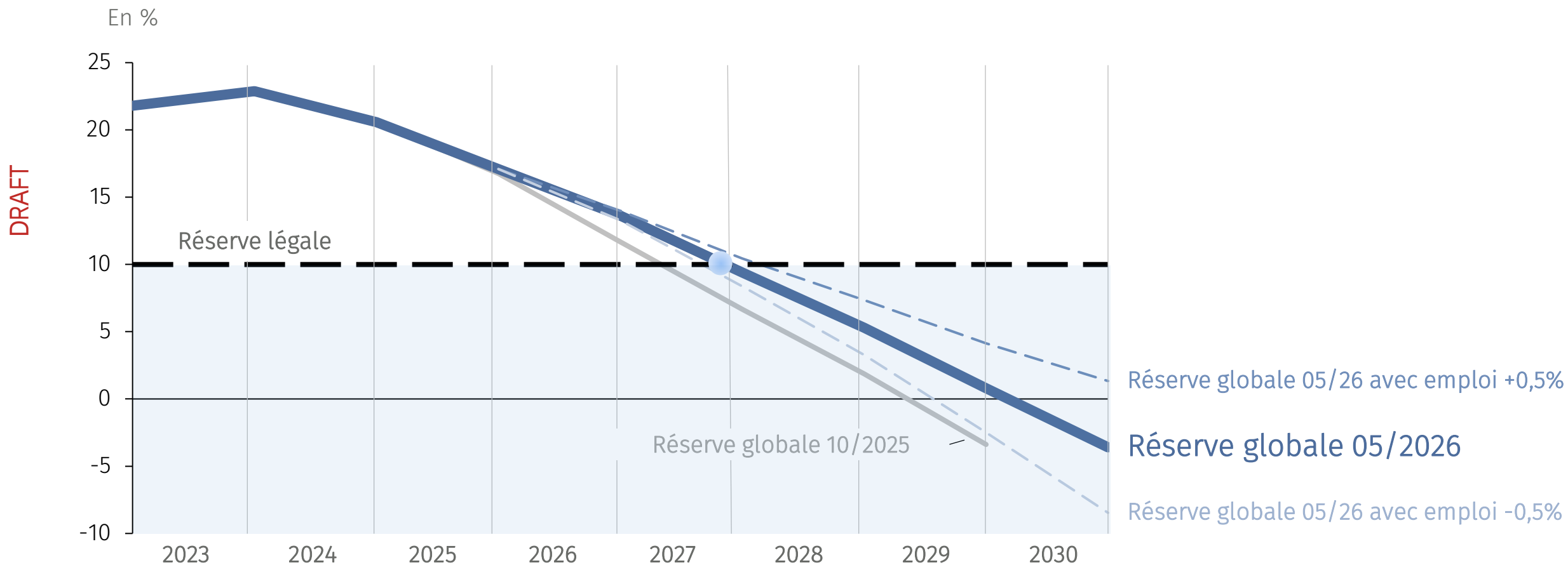
Un déficit structurel résultant de recettes affaiblies et de dépenses structurellement élevées

DRAFT



¹ Suivant exercice prestation.

Les projections pluriannuelles indiquent une consommation continue de la réserve, avec un risque d'atteindre le seuil légal minimal de 10% en fin 2027



Merci fir Är Opmierksamkeet