

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
LA SÉCURITÉ SOCIALE EN GÉNÉRAL	3
L'organisation de la sécurité sociale	3
<i>Ministère de la sécurité sociale</i>	3
<i>L'Inspection générale de la sécurité sociale</i>	3
<i>Institutions de sécurité sociale</i>	4
<i>Statut des institutions de sécurité sociale</i>	4
<i>Organigramme</i>	5
<i>Concentration administrative</i>	5
<i>Centre commun de sécurité sociale</i>	5
<i>Personnel des institutions de sécurité sociale</i>	6
Situation globale de la sécurité sociale	7
L'ASSURANCE MALADIE MATERNITÉ	9
L'organisation de l'assurance maladie - maternité	9
<i>L'Union des caisses de maladie et les caisses de maladie</i>	9
<i>L'action concertée</i>	9
L'évolution financière de l'assurance maladie maternité	9
L'évolution législative et réglementaire	14
La stratégie: " Dépenser mieux pour soigner mieux "	15
L'ASSURANCE PENSION	19
L'organisation de l'assurance pension	19
<i>Les caisses de pension</i>	19
<i>Le Fonds de compensation</i>	19
L'évolution financière de l'assurance pension	19
<i>L'appréciation globale des opérations courantes</i>	19
<i>Les recettes courantes</i>	20
<i>Les dépenses courantes</i>	22
<i>Les transferts à l'étranger</i>	23
<i>Les opérations sur réserves et sur reports</i>	24
<i>La réserve de compensation</i>	24
<i>Valeurs immobilisées</i>	25
L'évolution législative et réglementaire	25
La viabilité du système de pension	27
L'ASSURANCE DÉPENDANCE	29
L'organisation de l'assurance dépendance	29
<i>L'organisme gestionnaire</i>	29
<i>La Cellule d'évaluation et d'orientation</i>	29
L'évolution de l'assurance dépendance	29
L'évolution législative et réglementaire	33
L'amélioration de la qualité des soins	34

L'ASSURANCE ACCIDENTS	35
L'évolution de l'assurance accidents	35
<i>Les principales données statistiques</i>	35
<i>Les données financières</i>	37
L'évolution législative et réglementaire	38
La réforme de l'assurance accidents	39
LE CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	43
L'organisation du Contrôle médical	43
<i>Attributions</i>	43
<i>Personnel</i>	43
Les activités du Contrôle médical	43
1. <i>Activités dans le domaine de l'assurance maladie</i>	43
2. <i>Activités dans le domaine de l'assurance pension</i>	45
3. <i>Activités dans le domaine de l'assurance accidents</i>	46
4. <i>Activités en rapport avec l'Administration de l'Emploi</i>	46
5. <i>Activités en rapport avec le Fonds national de solidarité et le Service national d'action sociale</i>	46
6. <i>Activités en rapport avec la Caisse nationale des prestations familiales</i>	46
7. <i>Examens médicaux en vue de l'octroi des cartes d'invalidité</i>	46
8. <i>Examens médicaux en vue de l'octroi du signe distinctif particulier "handicapé physique"</i>	46
9. <i>Commissions</i>	46
9.1. <i>Commission consultative des laboratoires</i>	46
9.2. <i>Commission médicale des permis de conduire</i>	47
9.3. <i>Commission d'orientation et de reclassement professionnel des travailleurs handicapés</i>	47
9.4. <i>Sous-commission des pensions AVI</i>	47
9.5. <i>Conseil supérieur de la santé et de la sécurité au travail</i>	47
9.6. <i>Commission mixte instituée par la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle.</i>	47
10. <i>Service social du Contrôle médical de la sécurité sociale</i>	47
11. <i>Autres activités</i>	47
Statistiques	48
Cartes d'invalidité	53
LES JURIDICTIONS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	55
L'organisation des Juridictions de la Sécurité sociale	55
L'activité des juridictions de la sécurité sociale	55
LA SÉCURITÉ SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL	57
Les relations multilatérales	57
<i>Union Européenne</i>	57
<i>Conseil de l'Europe</i>	58
<i>Sécurité sociale des bateliers de la navigation intérieure</i>	59
<i>Association internationale de la sécurité sociale</i>	59

Les relations bilatérales	59
1. <i>Luxembourg-Suède</i>	59
2. <i>Luxembourg-Turquie</i>	59
3. <i>Luxembourg-Maroc</i>	59
4. <i>Luxembourg-Serbie/Monténégro</i>	59
5. <i>Luxembourg-Bulgarie</i>	60
6. <i>Luxembourg-Roumanie</i>	60
7. <i>Luxembourg-Macédoine</i>	60
8. <i>Luxembourg-Bosnie Herzégovine</i>	60
9. <i>Luxembourg-Brésil</i>	60
Transferts à l'étranger	61

INTRODUCTION

1. Compte tenu de la précarité de l'équilibre financier de l'assurance maladie, le processus amorcé lors de la réunion du comité quadripartite d'octobre 2004, a été poursuivi et affiné au cours de l'exercice 2005. Tous les acteurs de l'assurance maladie, prestataires de soins, partenaires sociaux et l'Etat, sont désormais réunis dans une démarche commune et se sont engagés dans un programme d'action pour le système de la santé et de l'assurance maladie. Ce programme vise à éviter des doubles emplois coûteux, à soigner mieux en dépensant mieux, en proposant des bonnes pratiques médicales au sens large du terme.

Dans ce cadre, le Conseil scientifique, dont la mission consiste notamment à identifier, ensemble avec les principaux acteurs, les thèmes médicaux prioritaires et à récolter les informations scientifiques disponibles, a entamé ses travaux.

Il a été procédé à une première analyse des profils des prescripteurs de certificats d'incapacité de travail et il a été retenu notamment que la méthodologie d'analyse sera affinée davantage et qu'il y aura lieu, par la suite, de se donner les moyens conventionnels de sanction appropriés.

Comme le Luxembourg occupe, en ce qui concerne la consommation de médicaments, la deuxième place en Europe derrière la France, des efforts de freinage des coûts dans ce domaine ont été entamés, notamment par une deuxième campagne contre l'usage abusif des antibiotiques et par une campagne d'introduction pour les génériques, produits de substitution bio-équivalents avec le médicament classique qu'ils remplacent.

Dans l'optique d'une amélioration de l'efficacité, les hôpitaux ont fait des efforts considérables, notamment en ce qui concerne l'organisation d'une centrale d'achat commune. Un comité de pilotage supervise les différentes actions entreprises qui visent, à plus ou moins courte échéance, d'avoir des prix plus avantageux de la part des principaux fournisseurs, et ce, non seulement en ce qui concerne l'achat de médicaments, mais encore dans les domaines des dispositifs médicaux, des consommables de laboratoires, des perfusions et autres.

2. En vue d'améliorer la prise en charge des incapacités de travail, le dispositif législatif a été amélioré.

Dans le domaine de l'assurance maladie, d'importantes modifications concernant essentiellement les modalités de paiement des indemnités pécuniaires de maladie se sont opérées avec effet au 1er mai 2005. Ces modifications touchent principalement les modalités de déclaration et d'indemnisation en cas d'incapacité de travail.

Afin d'améliorer le système de protection des travailleurs incapables d'exercer pour des raisons de santé, d'infirmité ou d'usure leur dernier poste de travail, la loi du 25 juillet 2002 avait mis en place une procédure de reclassement interne ou externe liée à l'attribution de certaines indemnités. Le déclenchement de la nouvelle procédure de reclassement était lié à l'introduction par l'assuré d'une demande en invalidité.

Il a été constaté que l'effet accélérateur de la détermination du système de prise en charge approprié escompté ne s'est pas mis en place. C'est pourquoi que la loi du 1er juillet 2005 a dissocié le déclenchement de la procédure de la réinsertion professionnelle de l'introduction d'une demande en obtention de la pension d'invalidité par le travailleur. Par ce biais, la gestion de la prise en charge de l'incapacité de travail de longue durée est améliorée dans le sens que soit il intervient l'assurance maladie (maladies aiguës et maladies chroniques évolutives), soit l'assurance pension (incapacité de travail sur le marché général de l'emploi), soit sont appliquées des mesures de réinsertion professionnelle (incapacité de travail par rapport au dernier poste de travail).

3. Le groupe de travail " Individualisation des droits ", institué à la suite du " Rentendesck " a présenté son rapport final au courant de l'année 2005. Ce rapport orientera les conclusions politiques à prendre par la suite.

4. A la suite de l'adoption par le Gouvernement de plusieurs amendements au projet de loi n°5146 modifiant différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière d'assurance dépendance, la Chambre des Députés s'est penchée à son tour sur le projet de loi en question, qui a pu être voté au mois de décembre 2005.

Tout en maintenant les principes fondamentaux de la loi de 1998, la loi du 23 décembre 2005 introduit un certain nombre de modifications ponctuelles concernant notamment les prestations accordées, les relations avec les prestataires d'aides et de soins et les missions de la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Le nouveau texte prévoit entre autre l'instauration d'une Commission de qualité des prestations qui a pour mission d'élaborer des propositions de lignes directrices et de standards de référence, notamment en matière de qualité des aides et soins, aides techniques et adaptations du logement.

Etant donné que pour la première fois depuis sa création en 1999, l'assurance dépendance accuse un déficit budgétaire, un groupe de travail et de réflexion a été mis en place au sein du Ministère de la Sécurité sociale en vue de faire le bilan du fonctionnement de l'assurance dépendance. Le groupe de travail passe en revue les différents aspects et domaines de l'assurance dépendance pour examiner lesquels de ces domaines fonctionnent bien et de relever d'autre part ceux où il y a des risques de déraillement en matière de coûts pour les années à venir. Dans une seconde phase ce groupe de travail se penchera sur les remèdes à apporter face aux problématiques relevées.

En matière d'assurance accident, les travaux en vue de reformer cette branche de risque ont été entamés.

Au cours de l'exercice 2005, le Gouvernement a mené, comme par le passé, une politique très active en matière de sécurité sociale sur le plan international. Les activités afférentes se sont caractérisées par un effort continu pour la conclusion d'accords bilatéraux nouveaux, d'une part, et par la collaboration constructive aux travaux des diverses institutions de l'Union européenne, d'autre part. Par ailleurs, le Gouvernement a continué comme par le passé son appui aux activités du Conseil de l'Europe et auprès de la Commission centrale pour la navigation du Rhin.

LA SÉCURITÉ SOCIALE EN GÉNÉRAL

L'organisation de la sécurité sociale

Ministère de la sécurité sociale

Le Ministère de la Sécurité Sociale est compétent pour les domaines suivants : Législation de la sécurité sociale - Inspection générale de la sécurité sociale; Cellule d'évaluation et d'orientation en matière d'assurance dépendance - Contrôle médical de la Sécurité sociale - Conseil arbitral et Conseil supérieur des assurances sociales - Centre commun de la Sécurité Sociale - Office des assurances sociales - Caisse de pension des employés privés - Caisse de pension des artisans, des commerçants et des industriels - Caisse de pension agricole - Union des caisses de maladie - Caisses de maladie - Sociétés de secours mutuels.

Par ailleurs, les lois, règlements et les instruments internationaux, attribuent au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale des attributions spécifiques.

L'Inspection générale de la sécurité sociale

L'inspection générale de la sécurité sociale (IGSS), placée sous l'autorité du ministre de la sécurité sociale, exerce des tâches de conception et de contrôle sur l'ensemble de la sécurité sociale.

L'inspection générale de la sécurité sociale a notamment pour mission:

- de donner son avis sur les projets et propositions qui intéressent la sécurité sociale, de faire des propositions en vue d'une harmonisation et d'une coordination de la législation y relative;
- d'établir pour les besoins du Gouvernement les bilans actuariels des régimes de pension contributifs en étroite collaboration avec les différents organismes de pension;
- de recueillir les données statistiques nécessaires tant sur le plan national que sur le plan international suivant un plan statistique et comptable uniforme;
- de préparer les projets concernant la programmation sociale, à moyen ou à long terme, suivant les lignes de conduite à définir par le Gouvernement;
- de contribuer sur le plan international à tout travail d'élaboration en rapport avec les règlements communautaires et les conventions multi- ou bilatérales en matière de sécurité sociale des travailleurs migrants et d'en surveiller l'exécution dans le pays;
- d'assurer le contrôle des institutions sociales qui, en vertu des lois ou règlements, est exercé par le Gouvernement ou un membre du Gouvernement.

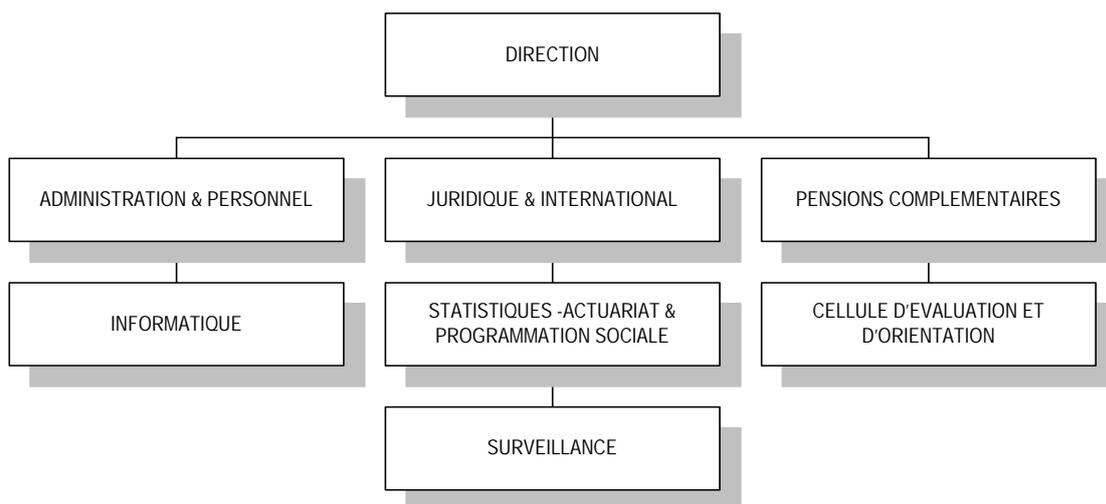
A l'égard des institutions de sécurité sociale, l'autorité de surveillance doit veiller à l'observation des prescriptions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ainsi qu'à la régularité des opérations financières. A cette fin, elle peut en tout temps contrôler ou faire contrôler la gestion de l'union des caisses de maladie et des caisses de maladie.

Si une décision de l'Union des caisses de maladie ou des caisses de maladie est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts, l'inspection générale de la sécurité sociale peut en suspendre l'exécution par décision motivée jusqu'à décision du ministre de la sécurité sociale qu'elle saisit aux fins d'annulation.

Dans le cadre des régimes complémentaires de pension, l'inspection générale de la sécurité sociale exerce la mission de l'autorité compétente en la matière.

Par ailleurs, la *Cellule d'évaluation et d'orientation* prévue en matière d'assurance dépendance est rattachée administrativement à l'inspection générale de la sécurité sociale.

Organigramme de l'IGSS.



Nombre des emplois de l'IGSS :

Inspection générale de la sécurité sociale	Directeur	1
	Fonctionnaires de la carrière supérieure administrative	15
	Fonctionnaires des carrières supérieures scientifiques	8
	Fonctionnaires des carrières moyennes paramédicales	9
	Fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur*)	30
	Fonctionnaires des carrières inférieures paramédicales *)	9
	Fonctionnaires de la carrière inférieure de l'expéditionnaire*)	1
	Fonctionnaires de la carrière inférieure de l'huissier *)	1
	Employés de l'Etat (carrières scientifiques et paramédicales)	10
	Employés de l'Etat (carrière administrative)	12
	TOTAL	96

*) Les fonctionnaires des carrières du rédacteur, d'expéditionnaire et d'huissier sont détachés de l'administration gouvernementale vers l'inspection générale de la sécurité sociale.

Institutions de sécurité sociale

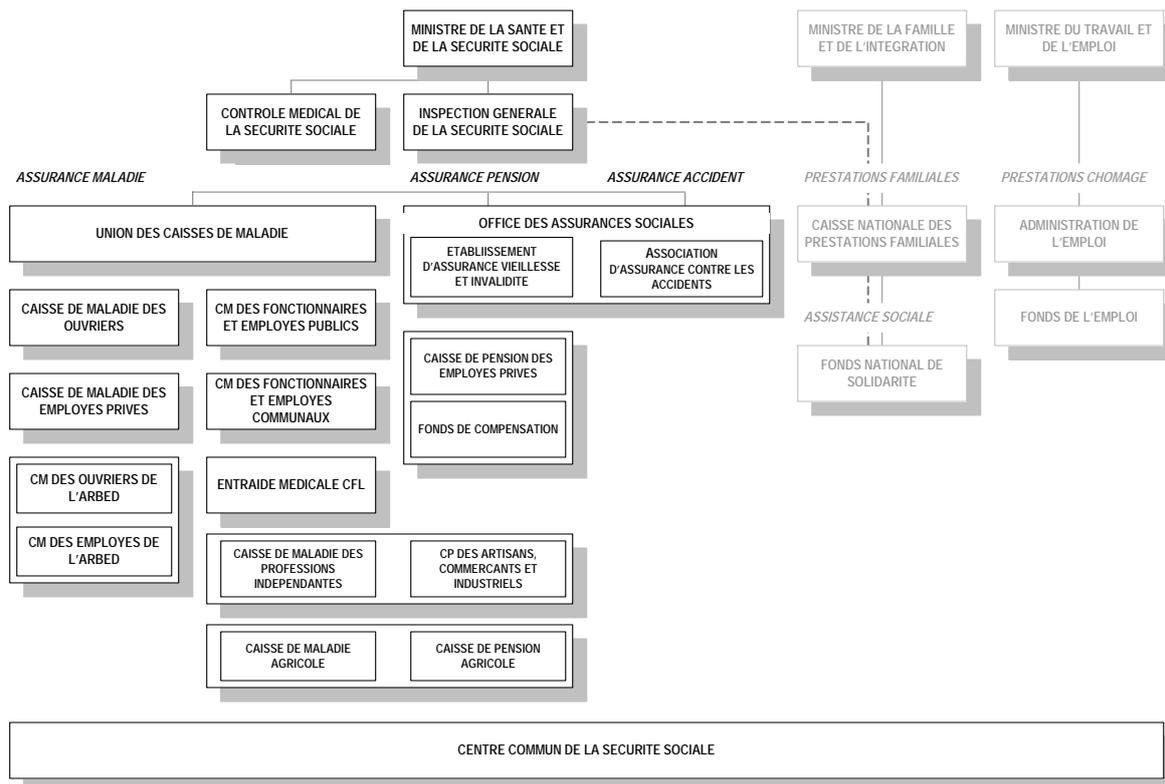
Statut des institutions de sécurité sociale

Les différentes institutions de sécurité sociale ont le caractère d'établissements publics, dotés de la personnalité civile.

Les institutions de sécurité sociale sont gérées par des organes (assemblée générale ou délégation; Comité-directeur ou Conseil d'administration) composés de représentants élus des partenaires sociaux et, éventuellement, de représentants de l'Etat.

Les institutions d'assurance sont placées sous la surveillance du Gouvernement qui exerce un contrôle de la légalité préalable ou consécutif aux décisions des organes de gestion. Le contrôle porte sur la légalité, et dans certains cas sur l'opportunité des décisions.

Organigramme des institutions de sécurité sociale luxembourgeoises :



Concentration administrative

Une certaine concentration administrative a été réalisée par la réunion des services des deux sections de l'association d'assurance contre les accidents et de l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité dans l'*office des assurances sociales (OAS)*.

Il y a en outre à signaler le regroupement administratif de l'assurance maladie et de l'assurance pension dans les régimes des indépendants, à savoir:

- une union administrative regroupe la caisse de maladie des professions indépendantes et la caisse de pension des artisans, des commerçants et industriels;
- une union administrative regroupe la caisse de maladie agricole et la caisse de pension agricole.

Ces deux organismes s'appellent respectivement administration commune des caisses de sécurité sociale des classes moyennes et administration commune des caisses de sécurité sociale de la profession agricole.

Centre commun de sécurité sociale

Le centre commun de la sécurité sociale (CCSS) a pour mission notamment:

- l'organisation de l'informatisation, la collecte et le traitement des données informatiques pour le compte des différentes institutions de sécurité sociale, du fonds national de solidarité, de l'administration de l'emploi, de l'inspection générale de la sécurité sociale, du contrôle médical de la sécurité sociale et de l'administration du personnel de l'État, dans le cadre des missions légales, réglementaires et statutaires dévolues à ces institutions et administrations;
- l'affiliation des assurés, la détermination, la perception et le recouvrement des cotisations d'après les dispositions y relatives en matière de sécurité sociale, la comptabilisation et la répartition de celles-ci entre les différents organismes;
- la création d'une banque de données de la sécurité sociale et l'exploitation de cette banque selon les besoins spécifiques des institutions et administrations de la sécurité sociale;
- la réalisation de tâches communes et d'études lui confiées par l'une ou l'autre ou par plusieurs des institutions et administrations de la sécurité sociale.

Personnel des institutions de sécurité sociale

1) Le statut du personnel

Quatre règlements grand-ducaux fixent le statut du personnel des dix institutions de sécurité sociale, établissements publics, relevant du département de la Sécurité sociale en application des articles 282 et 325 du Code des assurances sociales. Ces règlements déterminent principalement le cadre du personnel assistant les organes dirigeants (délégués élus des assurés et des employeurs des salariés). Les agents desdites institutions sont divisés en quatre catégories:

- les fonctionnaires de l'Etat, relevant de la carrière supérieure, auprès de l'Union des caisses de maladie, l'Office des assurances sociales, la Caisse de pension des employés privés et du Centre commun de la sécurité sociale ;
- les employés publics, qui sont assimilés aux fonctionnaires de l'Etat;
- les employés non-statutaires, qui sont assimilés aux employés de l'Etat, ainsi que
- les ouvriers assimilés aux ouvriers de l'Etat et dont la situation est régie par le contrat collectif applicable à ces derniers.

Sur base des dispositions légales contenues dans le Code des assurances sociales, lesdits règlements précisent cette assimilation: ils rendent en effet applicables aux agents n'ayant pas la qualité de fonctionnaire de l'Etat, les lois et règlements fixant le régime des fonctionnaires et employés de l'Etat tout en prévoyant des mesures spécifiques dérogeant à ce principe telles que notamment l'attribution des compétences en matière de nominations, de promotions, de démission et de mise à la retraite du personnel.

Tout comme pour les lois déterminant le cadre du personnel des administrations de l'Etat, les règlements grand-ducaux en question fixent les carrières et le nombre des emplois et fonctions pour chaque institution de sécurité sociale, les conditions et modalités de l'admission au service, de la formation et des examens administratifs, de la nomination et de la promotion.

2) Le nombre des emplois:

Institution	Carrière	Nombre d'emplois
Union des caisses de maladie	<i>Fonctionnaires de l'Etat</i>	
	Président	1
	Carrières supérieures	12
	Employés publics :	
	Carrière moyenne du rédacteur	60
	Carrières inférieures	40
	<i>Employés non-statutaires</i>	31
	TOTAL	144
Caisse de maladie des ouvriers	<i>Employés publics</i>	
	Carrière moyenne du rédacteur ⁷⁶	76
	Carrières inférieures ⁴⁹	49
	<i>Employés non-statutaires</i>	36
	TOTAL	161
Caisse de maladie des employés privés	<i>Employés publics</i>	
	Carrière moyenne du rédacteur	24
	Carrières inférieures	36
	<i>Employés non-statutaires</i>	6
	TOTAL	66
Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics	<i>Employés publics</i>	
	Carrière moyenne du rédacteur	4
	Carrière inférieure	7
	<i>Employés non-statutaires</i>	5
	TOTAL	16
Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux	<i>Employés publics</i>	
	Carrière moyenne du rédacteur	3
	Carrières inférieures	5
	TOTAL	8
Administration commune des caisses de sécurité sociale des classes moyennes	<i>Employés publics</i>	
	Carrière supérieure	1
	Carrière moyenne du rédacteur	14
	Carrières inférieures	18
	<i>Employés non-statutaires</i>	4

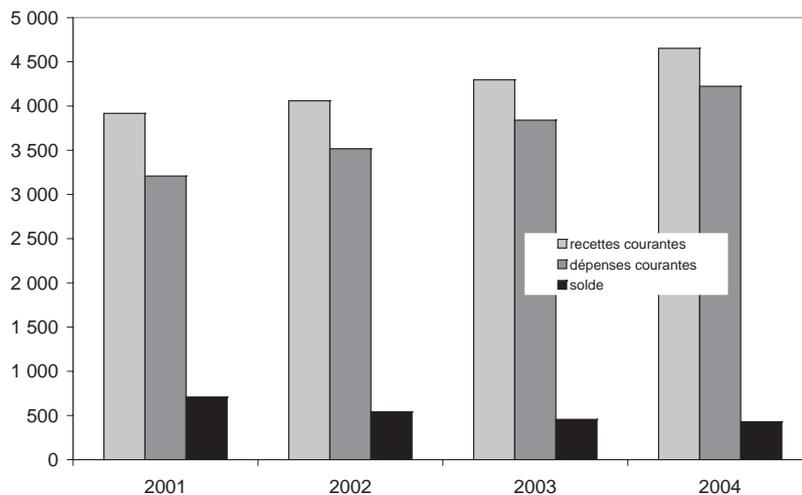
	TOTAL		37
Administration commune des caisses de sécurité sociale de la profession agricole	<i>Employés publics</i>		
	Carrière supérieure		
	Carrière moyenne du rédacteur		9
	Carrières inférieures		7
	<i>Employés non-statutaires</i>		5
	TOTAL:		22
Office des assurances sociales	<i>Fonctionnaires de l'Etat</i>		
	Président		1
	Carrières supérieures		7
	<i>Employés publics :</i>		
	Carrières moyennes		106
	Carrières inférieures		17
	<i>Employés non-statutaires</i>		23
	TOTAL		154
Caisse de pension des employés privés	<i>Fonctionnaires de l'Etat</i>		
	Président		1
	Carrières supérieures		3
	<i>Employés publics :</i>		
	Carrières moyennes		39
	Carrières inférieures		12
	<i>Employés non-statutaires</i>		18
	TOTAL		73
Institution	Carrière		Nombre d'emplois
Centre commun de la sécurité sociale	<i>Fonctionnaires de l'Etat</i>		
	Carrière supérieure administrative		3
	Carrière supérieure de l'informaticien		14
	<i>Employés publics :</i>		
	Carrière moyenne du rédacteur		64
	Carrière moyenne de l'informaticien diplômé		30
	Carrière moyenne de l'ingénieur-technicien		3
	Carrière infér. de l'expéditionnaire administratif		21
	Carrière infér. de l'expéditionnaire informaticien		18
	Autres carrières inférieures		8
	<i>Employés non-statutaires</i>		15
	TOTAL		176
TOTAL GENERAL :			857

Situation globale de la sécurité sociale

Recettes et dépenses des organismes de sécurité sociale

Les recettes courantes de l'ensemble des quatre branches de sécurité sociale considérées s'élèvent à 4 652,6 millions EUR en 2004, présentant une progression de 8,3% en comparaison avec l'année 2003 (4 295,8 millions EUR). Les dépenses courantes atteignent 4 223,2 millions EUR ce qui représente une augmentation de 10,0% par rapport à l'année 2003 (3 840,4 millions EUR). L'année 2004 termine avec un solde positif de 429,3 millions EUR (455,4 millions EUR en 2003). Les recettes courantes représentent 17,2% du PIB tandis que les dépenses courantes sont à 15,6% du PIB (SEC 95 révisé). Le solde revient à 1,6% du PIB.

Evolution des recettes et dépenses courantes de quatre branches de la sécurité sociale entre 2001 et 2004 (en millions EUR).



En 2004, les cotisations des employeurs forment 26,2% des recettes courantes tandis que la participation des personnes protégées revient à 33,6%. Les pouvoirs publics interviennent pour 33,1%. 57,3% des dépenses courantes représentent des prestations en espèces et 35,6% des prestations en nature.

L'ASSURANCE MALADIE MATERNITÉ

L'organisation de l'assurance maladie maternité

L'Union des caisses de maladie et les caisses de maladie:

La gestion de l'assurance maladie maternité est assurée conjointement par l'Union des des caisses de maladie et les 9 caisses de maladie:

- 1) la caisse de maladie des ouvriers (CMO)
- 2) la caisse de maladie des ouvriers de l'ARBED (CMOA)
- 3) la caisse de maladie des employés privés (CMEP)
- 4) la caisse de maladie des employés de l'ARBED (CMEA)
- 5) la caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics (CMFEP)
- 6) la caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux (CMFEC)
- 7) l'entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois (EMCFL)
- 8) la caisse de maladie des professions indépendantes (CMPI)
- 9) la caisse de maladie agricole (CMA).

L'Union des caisses de maladie (UCM) a une compétence générale pour toutes les affaires sous réserve des compétences d'attribution dévolues aux caisses de maladie.

Les caisses de maladie sont compétentes pour la liquidation des prestations de soins de santé avancées par les assurés et du forfait de maternité ainsi que pour la liquidation de l'indemnité pécuniaire de maladie et de maternité et de l'indemnité funéraire.

L'action concertée

Le ministre de la sécurité sociale convoque annuellement un comité quadripartite qui réunit les ministres de la sécurité sociale, de la santé et des finances, les représentants des organisations professionnelles les plus représentatives des salariés et des employeurs, ainsi que ceux des groupements professionnels signataires des conventions.

Sur base d'un rapport établi par des experts, le comité quadripartite examine l'évolution des recettes et des dépenses en matière de santé et propose des mesures à prendre sur le plan légal, réglementaire, conventionnel ou statutaire en matière d'assurance maladie ainsi que toutes autres mesures destinées à améliorer l'efficacité du système de santé en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des techniques médicales et des ressources dont dispose le pays.

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

Au cours de l'exercice 2005 deux réunions de comité quadripartite ont eu lieu.

L'évolution financière de l'assurance maladie maternité

Les tableaux qui suivent présentent en premier lieu un bref rappel de l'évolution financière de l'assurance maladie maternité de 2001 à 2004 et des données provisoires pour l'exercice 2005.

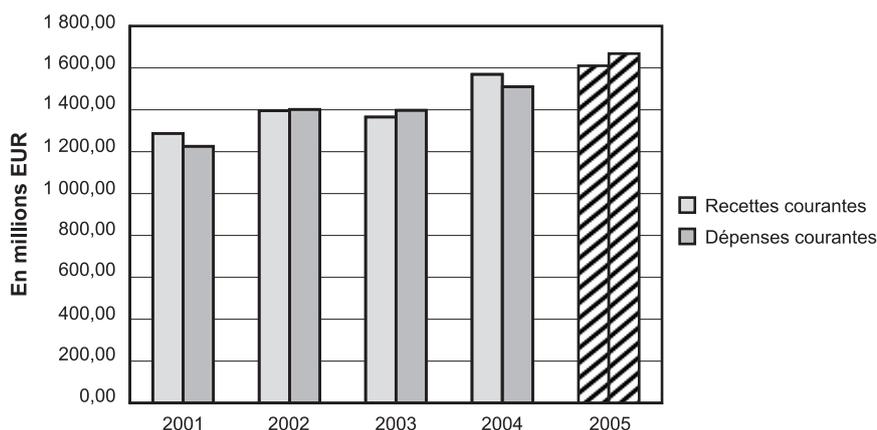
1. Evolution financière globale

1.1. Evolution des recettes et dépenses courantes¹⁾

Depuis 2001, les recettes courantes ont progressé à un rythme annuel moyen de 5,8% alors que les dépenses courantes ont augmenté de 8,0% en moyenne annuelle.

1) Données provisoires pour 2005, basées sur les estimations actualisées de l'UCM (situation mars2006).

Evolution des recettes et dépenses à partir de 2001

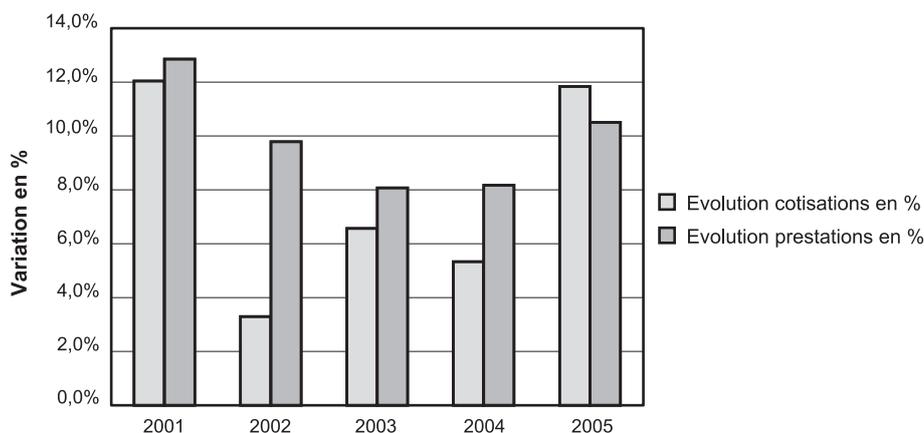


En 2005¹⁾, les recettes courantes ont augmenté de 2,6% par rapport à 2004 et se chiffrent à 1 610 millions €. Ce taux de croissance très faible ne reflète cependant pas l'évolution réelle des cotisations, qui constituent la base de financement de l'assurance maladie. Il est le résultat d'un gonflement brusque des recettes en 2004, dû à une dotation exceptionnelle de 130 millions €. Cet apport financier extraordinaire en provenance des organismes de pensions avait comme but d'équilibrer les comptes en 2004 sans recourir à une augmentation des cotisations.

Les dépenses courantes se situent en 2005¹⁾ à 1 668 millions €. Par rapport à 2004 les dépenses se sont accrues de 10,5%.

Une comparaison de l'évolution des cotisations et des prestations permet de visualiser l'écart grandissant entre les recettes et dépenses.

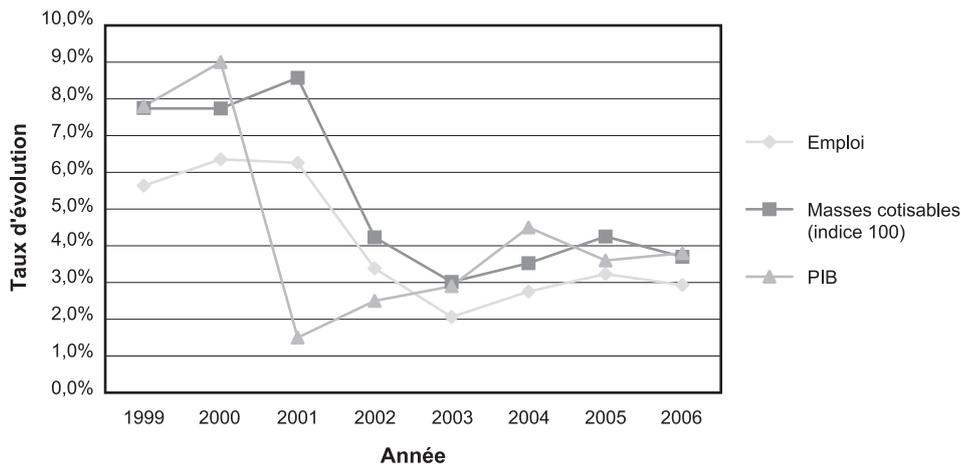
Comparaison des taux d'évolution des cotisations et des prestations (nature + espèces) à partir de 2001



	2001	2002	2003	2004	2005
Taux de cotisation Prestation en nature (PN)	5,2%	5,1%	5,1%	5,1%	5,4%

Si les dépenses continuent de croître à un rythme soutenu, les recettes en cotisations qui, à taux de cotisation constant, évoluent en fonction de la croissance de la masse des salaires, ralentissent. La croissance des cotisations en 2005 est due essentiellement à un relèvement significatif du taux de cotisation pour prestations en nature de 5,1% à 5,4%. L'évolution des salaires en relation avec le taux de variation de d'emploi et du PIB est représentée dans le graphique ci-après.

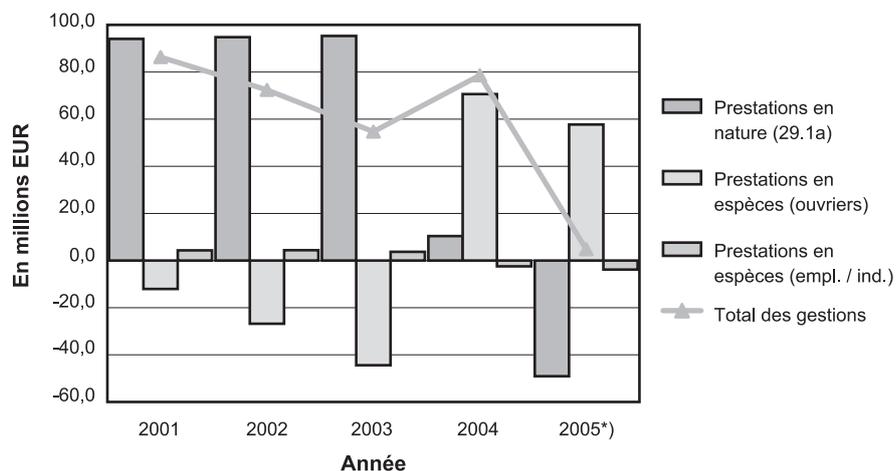
Evolution des masses salariales (revenus soumis à cotisation des assurés ouvriers et employés)¹⁾



Le ralentissement des recettes en cotisations est donc tributaire de l'évolution de la masse salariale qui évolue de son côté en fonction de la situation de l'emploi.

Le graphique ci-après résume les résultats d'exploitation des 5 dernières années :

Evolution de la réserve de l'assurance maladie-maternité à partir de 2001 (en millions EUR)



*) Données 2005 provisoires.

On constate que malgré une dotation de 130 millions € en provenance du régime des pensions en 2004 et malgré un relèvement substantiel au 1er janvier 2005 du taux de cotisation pour prestations en nature, les réserves de l'assurance ont chuté de 86,3 millions € en 2001 à 4,8²⁾ millions € en 2005.

2. Analyse par gestion

2.1. Les prestations en nature

A partir de 2003 on observe un solde négatif des opérations courantes, qui s'amplifie fortement en 2004 et 2005.

1) Respect. données provisoires et estimations pour 2005 et 2006.

2) Données provisoires.

Evolution de la gestion des prestations en nature (en millions EUR)

	2001	2002	2003	2004	2005
	Décompte	Décompte	Décompte	Décompte	Estimations actualisées
Recettes courantes	1 057,5	1 149,9	1 107,7	1 166,3	1 315,8
Dépenses courantes	998,1	1 140,8	1 117,2	1 226,2	1 362,1
Solde des opérations courantes	59,4	9,1	-9,5	-59,9	-46,3
Taux de cotisation appliqué	5,20%	5,10%	5,10%	5,10%	5,40%
Taux d'équilibre de l'exercice	4,95%	5,12%	5,14%	5,41%	5,65%

A partir de 2002 le taux d'équilibre, c'est-à-dire le taux de cotisation théorique nécessaire pour garantir l'équilibre financier sans recourir aux réserves, est supérieur au taux de cotisation appliqué. L'augmentation des cotisations en 2005 n'a manifestement pas suffi pour rétablir l'équilibre financier de cette gestion.

L'analyse de l'évolution des prestations en nature montre une croissance soutenue de 8,7% en moyenne annuelle en ce qui concerne les prestations au Luxembourg. Si certains postes de frais de moindre importance comme la médecine préventive ont les taux de croissance les plus élevés, c'est surtout l'évolution des gros postes de frais qui attire l'attention. On note que les soins médicaux et les soins hospitaliers, qui totalisent plus des trois quarts des prestations au Luxembourg, affichent une croissance très importante située entre 8,5% et 11,1% en moyenne annuelle entre 2001 et 2005 et donc largement au-dessus de la croissance des recettes en cotisations pour cette même période. Les dépenses pour analyses de laboratoire, dont la croissance a été très forte jusqu'en 2004, ont pu être réduites en 2005 grâce à une limitation du nombre d'analyses par prescription et à la promotion de prescriptions plus ciblées.

Le tableau ci-après livre le détail de l'évolution des prestations :

Evolution des prestations en nature à partir de 2001*) (en millions EUR)

	2001	2002	2003	2004	2005	Variation annuelle moyenne 2005/01
					Données provisoires	
Prestations de soins de santé au Luxembourg	771,1	832,7	900,2	1 031,4	1 076,5	8,7%
Soins médicaux	147,9	163,1	177,9	215,4	225,3	11,1%
Soins médico-dentaires, prothèses, traitement orthodontique	32,7	38,8	41,8	48,2	49,5	10,9%
Frais de voyage et de transport	5,2	5,8	6,3	6,8	6,9	7,2%
Médicaments (secteur extra-hospitalier)	105,4	115,6	124,7	132,6	136,8	6,7%
Soins des autres professions de santé	30,5	34,1	38,0	42,6	47,1	11,5%
Moyens curatifs et adjuvants	18,8	21,7	24,0	25,3	26,2	8,7%
Analyses de laboratoire (secteur extra-hospitalier)	26,7	27,9	32,3	38,2	32,0	4,6%
Rééducation et cures	12,3	13,6	8,3	8,6	9,2	-7,1%
Soins hospitaliers	389,9	409,4	443,7	509,8	539,5	8,5%
Médecine préventive	1,7	2,6	3,0	3,9	4,1	25,2%
Prestations diverses	0,1	0,1	0,1	0,1	p.d.	
Prestations de soins de santé à l'étranger	140,4	157,0	171,0	146,9	233,2	13,5%
Prestations servies en vertu de conventions internationales	135,4	152,1	165,9	141,2	227,3	13,8%
Autres prestations à l'étranger	4,9	4,7	4,9	5,4	5,9	4,6%
Frais de séjour à l'étranger	0,1	0,2	0,2	0,3	p.d.	
Maternité	18,5	21,9	22,4	23,3	27,9	10,8%
Prestations au Luxembourg	14,7	15,7	16,2	18,1	20,1	8,2%
Prestations à l'étranger	3,8	6,1	6,2	5,3	7,8	19,5%
Indemnités funéraires	3,5	3,6	4,1	3,7	3,7	1,8%
TOTAL	933,5	1 015,2	1 097,7	1 205,4	1 341,4	9,5%

*) Déduction faite des prélèvements aux provisions.

2.2. Les prestations en espèces (gestion 29.1c)

Evolution de la gestion prestations en espèces 29.1c (ouvriers) (en millions EUR)

	2001	2002	2003	2004*)	2005
	Décompte	Décompte	Décompte	Décompte	Estimations actualisées
Recettes courantes	135,5	143,1	150,1	287,0	165,2
Dépenses courantes	136,7	159,1	170,2	165,2	176,6
Solde des opérations courantes	-1,1	-16,0	-20,1	121,8	-11,4
Taux de cotisation appliqué	4,70%	4,70%	4,70%	4,70%	4,70%
Taux d'équilibre de l'exercice	4,81%	5,33%	5,37%	5,00%	5,09%

3) Apport financier de 130 millions € de la part des caisses de pension.

Le solde positif en 2004 est obtenu grâce à un transfert de 130 millions € des caisses de pension à l'assurance maladie. La réduction des cas de maladie et de la durée moyenne des périodes indemnisées a permis également une baisse des indemnités pécuniaires de maladie.

En 2005 le rythme des dépenses s'accélère à nouveau et on enregistre un solde d'exploitation négatif. Alors que pour la période 2001 à 2005 les dépenses augmentent de 6,6% en moyenne annuelle, la croissance des recettes pour cette même période est de 5,1% seulement.

Dans ce contexte il est intéressant d'analyser le profil des médecins prescripteurs de certificats d'incapacité de travail. L'Union des Caisses de Maladie a présenté en août 2005 une note déterminant le profil des prescripteurs de certificats d'incapacité de travail, c'est-à-dire le nombre de certificats d'incapacité en relation avec le contact patient/médecin.

Le champ d'application de l'étude porte sur les assurés actifs (résidents et non-résidents) dont l'indemnisation se fait dès le 1er jour de maladie. Le but est de comparer la prescription de certificats d'incapacité de travail de ces patients avec l'activité de prestation d'actes des médecins résidents à ce cercle d'assurés.

Le tableau suivant met en évidence les caractéristiques de la prescription globale pour les années 2002 à 2004.

Caractéristiques de la prescription globale pour les années 2002-2004

Variables	2002	2003	2004
Proportion de consultations / visites avec certificat d'incapacité de travail (CIT)	28,7%	27,8%	26,9%
Durée moyenne d'incapacité de travail par CIT	6,6	6,9	7,2
Nombre moyen de certificats par médecin	164,3	153,4	140,6
Proportion de médecins ayant émis un CIT	84,3	84,7%	83,3%
Nombre moyen de certificats par patient avec CIT	3,0	2,9	2,8
Proportion de patients avec CIT	56,7%	56,6%	55,1%
Nombre moyen de certificats par couple médecin-patient avec CIT	2,0	1,9	1,9
Nombre moyen de médecins ayant émis un CIT par patient avec CIT	1,5	1,5	1,5

On peut constater qu'à partir de 2002, la fréquence de prescription diminue. Cette baisse va de pair avec une augmentation de la durée de prescription de l'incapacité quelque soit la spécialité du médecin prescripteur.

D'autre part, l'analyse a dégagé que la durée moyenne d'incapacité par certificat augmente en principe avec le nombre moyen de certificats par patient.

En 2004, trois quart des certificats sont établis par les médecins généralistes. Suivent ensuite les orthopédistes (6,1% des certificats), les chirurgiens (4,2% des certificats), les internistes (4%) et les gynécologues (2,1%). Toutes les autres spécialités se situent en-dessous de 2% du nombre total de certificats d'incapacité de travail.

En ce qui concerne la fréquence et la durée moyenne de prescription, les généralistes émettent le plus fréquemment des certificats avec une durée moyenne d'incapacité assez faible. Les chirurgiens et orthopédistes par contre présentent aussi bien une grande fréquence de prescription qu'une longue durée moyenne de prescription.

L'examen, pour l'année 2004, du nombre moyen de certificats en fonction de l'âge et du sexe des patients a souligné que, pour tout groupe d'âge, le nombre moyen de certificat par patient délivré par un médecin-généraliste, est plus élevé pour les hommes que pour les femmes.

2.3. Les prestations en espèces (gestion 29.1b)

Evolution de la gestion prestations en espèces 29.1b (employés et indépendants) (en millions EUR)

	2001	2002	2003	2004	2005
	Décompte	Décompte	Décompte	Décompte	Estimations actualisées
Recettes courantes	14,6	14,2	13,8	14,5	15,6
Dépenses courantes	12,6	14,7	16,5	17,8	16,8
Solde des opérations courantes	2,1	-0,5	-2,6	-3,3	-1,2
Taux de cotisation appliqué	0,24%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%
Taux d'équilibre de l'exercice	0,21%	0,21%	0,24%	0,25%	0,22%

A partir de 2005, le découvert de cette gestion, s'amenuise, sans toutefois atteindre l'équilibre financier.

2.4. Les prestations de maternité

Les prestations de maternité sont financées entièrement par l'Etat. Une comparaison des recettes et des dépenses ne présente pas d'intérêt, étant donné que l'équilibre financier est garanti d'avance.

Le tableau suivant présente donc l'évolution des dépenses en général ainsi que celle des prestations en nature et en espèces.

Evolution des prestations de maternité (en millions EUR)

	2001	2002	2003	2004	2005
	Décompte	Décompte	Décompte	Décompte	Estimations actualisées
Dépenses courantes dont:	78,6	87,2	94,0	100,9	112,7
Prestations en nature	18,5	21,9	22,4	23,3	27,9
<i>variation en %</i>		18,0%	2,3%	4,3%	19,8%
Prestations en espèces	57,2	62,4	68,4	74,3	81,2
<i>variation en %</i>		9,1%	9,6%	8,6%	9,2%
Autres	2,8	2,9	3,2	3,2	3,6

L'augmentation significative des frais pour prestations en nature en 2005 est liée en partie au remboursement de prestations à l'étranger. La croissance pour les prestations à Luxembourg est de l'ordre de 11% en 2005 et imputable en majeure partie à un réagencement de certains tarifs médicaux liés à l'accouchement.

Les prestations en espèces comprennent le congé de maternité proprement dit, le congé d'accueil en cas d'adoption d'un enfant, ainsi que les dispenses de travail pour femmes enceintes décidées par le médecin du travail. L'évolution très dynamique des prestations en espèces de maternité est due à une combinaison de plusieurs facteurs :

- Nombre croissant de femmes actives
- Croissance exponentielle du nombre de femmes enceintes profitant d'une dispense de travail en application de la loi du 1er août 2001 concernant la protection des travailleuses enceintes, accouchées et allaitantes.
- Augmentation du niveau des salaires

L'évolution législative et réglementaire

L'article IV de la loi du 21 décembre 2004 modifiant 1. le Code des assurances sociales ; 2. la loi modifiée du 24 mai 1989 sur le contrat de travail, a fixé l'entrée en vigueur de la loi au 1er mai 2005. A partir de cette date, d'importantes modifications concernant essentiellement les modalités de paiement des indemnités pécuniaires de maladie se sont opérées dont voici les plus importantes.

C'est ainsi qu'un nouvel alinéa 4 de l'article 11 du CAS précise que " nonobstant la conservation légale ou conventionnelle de la rémunération, les assurés sont tenus de déclarer les incapacités de travail à la caisse de maladie conformément à l'alinéa 1er. L'employeur est tenu de fournir à la caisse de maladie, à la fin de la période de conservation de la rémunération, toutes les informations que celle-ci juge utiles pour pouvoir commencer le paiement de l'indemnité pécuniaire. " Cette disposition a été introduite pour permettre un contrôle médical de l'assuré incapable de travailler dès le 10e semaine d'incapacité. Ce contrôle est introduit par le nouvel alinéa 14, alinéa 2, la caisse de maladie doit être informée de son absence sans délai pour la mettre en mesure de computer les périodes d'incapacité à l'intérieur de la période de référence de 20 semaines définie au même article.

En deuxième lieu, il convient de citer le nouvel alinéa 2 de l'article 14 du CAS qui dispose que " toutefois, l'indemnité pécuniaire de l'assuré n'est plus accordée après dix semaines d'incapacité de travail au cours d'une période de référence de vingt semaines à moins que l'assuré ne présente un rapport médical circonstancié, établi par son médecin traitant, et justifiant de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale le maintien du droit au delà de cette échéance. "

Les réflexions à la base de cette modification trouvent leurs origines dans l'avis du Comité de coordination tripartite qui avait décidé qu'il convenait " d'améliorer la gestion de la prise en charge de l'incapacité de travail de longue durée, soit par l'assurance maladie (maladies aiguës et maladies chroniques évolutives), soit par l'assurance pension (incapacité de travail sur le marché général de l'emploi), soit dans le cadre des mesures de réinsertion professionnelle (incapacité de travail par rapport au dernier poste de travail) et d'exiger à ces fins la production endéans un certain délai, d'un avis motivé sur l'état de santé de l'assuré à établir par le médecin traitant (formulaire R4) afin de permettre au Contrôle médical de la sécurité sociale d'aiguiller l'assuré vers le système de prise en charge approprié (continuation de l'indemnité pécuniaire, pension d'invalidité ou mesure de réinsertion professionnelle) ou vers la reprise du travail et d'écarter les demandes abusives. "

Troisièmement, il convient de relever qu'en vertu du nouvel alinéa 3 de l'article 14 du CAS, la durée maximale d'indemnisation est limitée à 52 semaines au cours d'une période de référence de 104 semaines, même si un nouveau cas de maladie intervient. La distinction actuelle entre "même cas de maladie" et "autre maladie" disparaît, de même que celle entre périodes d'incapacité pour cause de maladie, de maladie professionnelle ou d'accident du travail. Il en résulte une simplification administrative importante, tant au niveau des caisses de maladie qu'au niveau du contrôle médical et les nombreux litiges découlant uniquement de l'interprétation de ces distinctions appartiendront au passé. Par ailleurs, les nouvelles dispositions permettent à l'employeur de déterminer de façon plus précise la fin de son obligation d'avancer l'indemnité pécuniaire ou de continuer le paiement de la rémunération.

En quatrième lieu, il faut signaler les dispositions du nouvel alinéa 4 de l'article 14 du CAS prévoient que " en cas de cessation de l'affiliation, le droit à l'indemnité pécuniaire est maintenu conformément aux alinéas précédents à condition que l'assuré ait été affilié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la désaffiliation. La condition de continuité de l'affiliation ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours. "

En pratique, si pour un assuré incapable de travailler tombant sous les nouvelles dispositions l'affiliation prend fin, la caisse de maladie doit vérifier si les conditions de stage sont remplies avant de continuer l'indemnisation. Les réflexions à la base de ces nouvelles dispositions se trouvent exprimées dans l'avis précité du Comité de coordination tripartite qui avait insisté sur la nécessité d'une mesure évitant une indemnisation abusive d'assurés bénéficiant de contrats à durée limitée qui, à la fin de leur contrat, se portent malades afin de bénéficier d'une indemnisation au cours de 52 semaines.

Finalement, une nouvelle rédaction des alinéas 3 et 5 de l'article 55 du CAS a été opérée dans l'esprit d'une simplification des procédures administratives auprès des caisses de maladie et d'une accélération du traitement des litiges.

En ce qui concerne les relations de l'assurance maladie avec les prestataires de soins, il est important de signaler que par différents règlements grand-ducaux, certaines nomenclatures des actes et services pris en charge par l'assurance maladie ont été adaptées aux connaissances scientifiques actuelles.

La stratégie: " Dépenser mieux pour soigner mieux "

Suite à la quadripartite du 13 octobre 2004, un certain nombre de mesures avaient été adoptées majoritairement par l'assemblée générale de l'UCM en date du 9 novembre 2004.

Ces mesures concernaient :

- la limitation des analyses et examens de laboratoire ;
- le relèvement du forfait d'hospitalisation ;
- la participation aux frais de voyage à l'intérieur du pays ;
- la participation au coût de certains moyens accessoires ;
- le relèvement des cotisations à charge des assurés, des employeurs et de l'Etat.

Suite aux décisions prises par l'assemblée générale, il avait été possible de présenter un budget global en équilibre. Alors que ce budget voté pour 2005 se présentait avec un excédent cumulé de 8 millions d'euros, cet excédent très faible résultait d'un déficit prévisible de 61,5 millions d'euros au niveau des prestations en nature et d'un excédent de 69,5 millions d'euros au niveau des prestations en espèces. Notons que ce budget se basait déjà sur l'hypothèse d'un ralentissement substantiel des prescriptions en matière de certificats d'incapacité de travail, de médicaments, d'analyses de laboratoire et d'autres soins des professionnels de la santé.

Dans cet équilibre précaire, il ne fallait donc surtout pas perdre de vue que la situation restait gravement déficitaire au niveau des prestations en nature, malgré le relèvement du taux de cotisation de 0,3%. C'était donc la maîtrise de l'évolution des prestations en nature, et plus précisément des dépenses pour soins hospitaliers, pour honoraires médicaux, pour médicaments et pour analyses de laboratoires qui devait, en vue du maintien de l'équilibre financier, constituer la grande priorité de l'UCM de concert avec les médecins prescripteurs et d'autres prestataires.

Dans cet ordre d'idées et afin d'étudier les possibilités d'adaptation du système de santé et de l'assurance maladie, il avait été mis en place un certain nombre de comités et de groupes de travail appelés à se pencher sur des domaines d'action précis.

1) L'incapacité de travail

L'article IV de la loi du 21 décembre 2004 modifiant 1. le Code des assurances sociales ; 2. la loi modifiée du 24 mai 1989 sur le contrat de travail, a fixé l'entrée en vigueur de la loi au 1er mai 2005. Par cette loi, la gestion de la prise en charge de l'incapacité de travail de longue durée est améliorée.

L'indemnité pécuniaire n'est plus accordée après dix semaines d'incapacité de travail au cours d'une période de référence de vingt semaines à moins que l'assuré ne présente un rapport circonstancié de son médecin traitant (formulaire R4). Ce formulaire permet au Contrôle médical de la sécurité sociale d'orienter l'assuré vers le système de prise en charge approprié (continuation de l'indemnité pécuniaire, pension d'invalidité, mesure de réinsertion professionnelle ou reprise du travail) et d'écartier les demandes abusives.

2) L'institution d'un Conseil scientifique

Bien que la maxime de " l'utile et du nécessaire " se trouve ancrée depuis longtemps dans le Code des assurances sociales, le choix de "l'utile et du nécessaire" a, dans le passé, été laissé le plus souvent à l'appréciation individuelle sans pourtant fournir le support, les critères et le référentiel en conformité duquel le système revendique ce choix.

L'introduction des recommandations de bonnes pratiques entend influencer les comportements des praticiens en leur proposant de se fier à des guides élaborés par des communautés scientifiques. Ces recommandations sont basées sur l'analyse critique d'un grand nombre d'études scientifiques et se concentrent sur les résultats concrets et mesurables des actions cliniques (" evidence based medicine ").

L'ambition de transposer un principe tel que "l'utile et du nécessaire" dans une réalité tangible a amené le Comité quadripartite à proposer l'institution d'un Conseil scientifique.

Voilà pourquoi, lors de sa séance du 29 avril 2005, le Gouvernement a institué le Conseil scientifique qui depuis, s'est constitué, a débuté ses activités et élaboré un concept de travail qui a été présenté lors de la réunion quadripartite du 26 octobre 2005.

La première mission du Conseil scientifique, composé avant tout de praticiens, est d'identifier, ensemble avec les principaux acteurs (partenaires sociaux, médecins, hôpitaux, etc.) les thèmes médicaux prioritaires et de récolter les informations scientifiques disponibles sur ces sujets.

Dans une deuxième étape, il s'agira d'établir sur base du programme de travail arrêté des recommandations sur les bonnes pratiques médicales et d'en assurer la diffusion auprès des praticiens.

Dans une troisième étape, il y a lieu de procéder à une évaluation des comportements, des moyens et des résultats. A examiner si les recommandations pourront être transposées comme références médicales opposables au niveau de la convention en application de l'article 64 CAS.

Le Conseil scientifique a établi son programme de travail prioritaire qui porte sur l'imagerie médicale, l'oncologie, le domaine cardio-vasculaire et le bon usage des antibiotiques. Afin d'assurer une publication des plus larges auprès des praticiens, un site WEB a été mis en place.

3) L'évaluation régulière des prescriptions

La publication de recommandations concernant la bonne pratique médicale n'aura pas d'effets concrets, si des évaluations systématiques ne sont pas introduites. Cette évaluation peut être globale ou individuelle. Chaque prestataire sera soumis à une évaluation périodique, mais à échéance aléatoire, et devra alors, le cas échéant, rendre compte de son activité par rapport aux recommandations émises. Les résultats de ces évaluations sont communiqués aux prestataires concernés.

Une méthodologie concernant l'établissement du profil prescripteur de certificats d'incapacité de travail a été établie par l'UCM et a trouvé l'accord de tous les concernés. Les premières statistiques étaient disponibles en octobre 2005. Par la suite, les méthodes ont été affinées de sorte qu'un profil personnel pourra être adressé à chaque prescripteur.

A noter qu'il est envisagé d'inscrire les normes relatives aux prescriptions dans la convention conclue entre l'AMMD et l'UCM.

L'UCM a également mis au point d'une méthodologie pour l'établissement de profils relatifs à l'analyse des prescriptions d'analyses de laboratoire. Les premiers résultats sont attendus pour le mois de mai 2006.

Finalement, il convient de signaler que le Contrôle médical de la sécurité sociale a d'ores et déjà procédé à une première évaluation des prescriptions en matière de médicaments. Chaque prestataire disposera de son profil de prescripteur comparé à une moyenne nationale.

4) L'établissement de systèmes d'informatisation des données médicales

La liberté du patient comme du médecin constitue une des forces de notre système de santé. Cette liberté peut cependant conduire à un manque de transparence au niveau des données médicales, favorisant ainsi la multiplication des actes techniques, la redondance et la duplication tout en augmentant inutilement les dépenses et certains risques.

Voilà pourquoi, l'établissement de systèmes d'informatisation des données médicales permettra le partage des données médicales nécessaire à une organisation et une dispensation des soins efficiente. L'outil le plus efficace de la coordination des soins et d'une meilleure information est le dossier médical informatisé ou électronique qui vise les échanges de données pour un patient par support informatique (transfert d'images - radiologie, endoscopies, etc. -, transmission de résultats d'examen biologiques...). Ce dossier médical devra satisfaire à toutes les obligations découlant de la loi sur la protection des données et son accès devra être soumis au contrôle du patient.

Le projet pilote du dossier médical du médecin généraliste (DMG), dont la mise en place est prévue dès que la Commission nationale pour la protection des données aura donné son approbation, en constitue une première approche qui devra ensuite être soumise à évaluation. Notons que ce dossier ne pourra pas encore recourir à un échange des données médicales par voie électronique, mais que cet échange se fera sur base de documents établis.

5) L'organisation hospitalière

Une très grande partie des travaux du comité de pilotage a été consacrée au secteur hospitalier. Les objectifs de ces travaux sont surtout la régulation de la capacité hospitalière afin d'optimiser l'allocation des ressources nécessaires tout en tenant compte des nouveaux besoins de santé et l'association du corps médical de manière renforcée à la gestion hospitalière et au partage des responsabilités en matière d'engagement des coûts.

Dans ce cadre, il a été décidé d'effectuer un audit de la gestion et du management des différents hôpitaux. Un groupe de travail a d'ores et déjà été institué pour élaborer un cahier des charges en vue de la réalisation d'un tel audit.

Dans le cadre de l'étude des moyens appropriés pour associer le corps médical de manière renforcée à la gestion hospitalière, l'AMMD et l'EHL sont en voie de finaliser une proposition de profil du médecin coordinateur des hôpitaux.

Un groupe de travail ayant pour mission d'analyser les activités des médecins dans le secteur hospitalier et trouver des moyens de freinage des coûts dans ce secteur, alors que dans le secteur ambulatoire de telles mesures ont déjà été prises.

Afin d'établir l'échange de données entre les médecins agréés et les établissements sur les activités prestées au sein de leur établissement et notamment l'échange d'informations sur les diagnostics, les actes et les procédures, un groupe de travail spécial a été institué le 1er février 2005 suite à une entrevue du Ministère de la Sécurité sociale, l'EHL et l'AMMD, avec mission de préparer l'introduction de l'ICD 10 à 4 positions.

Il faut souligner que la nomenclature des actes et services des médecins telle qu'elle se présente actuellement ne semble pas constituer un outil adapté aux activités médicales fournies dans les hôpitaux. Dès lors, l'AMMD, l'EHL et les directeurs des hôpitaux ont été invités à élaborer un listing des points et positions discutables.

Pour maîtriser l'augmentation des frais variables hospitaliers, il est envisagé de créer une instance nationale de négociation du volume et donc des coûts d'acquisition des médicaments et autres fournitures, ainsi qu'à l'implémentation d'un système de distribution unitaire des médicaments.

Dans ce contexte, l'introduction des médicaments génériques dans les hôpitaux a également été débattue et un projet pilote relatif à la présence d'un pharmacien clinique dans les services hospitaliers sera le cas échéant réalisé.

Depuis juin 2005, l'EHL en collaboration avec les responsables des pharmacies hospitalières a entamé les travaux pour l'élaboration d'un nouveau concept " Achats en commun ". Un comité de pilotage " achat central " a été mis en place depuis au sein de l'EHL.

Dans ce cadre, l'EHL vient récemment de demander au Conseil scientifique de l'assister dans l'analyse ciblée de l'achat et de la consommation des médicaments et des dispositifs médicaux dans les domaines des implants (orthopédiques et plaques, oculaires, pacemakers) et des produits chimio-thérapeutiques.

6) L'usage judicieux des médicaments

En ce qui concerne la consommation des médicaments, il est impératif pour une bonne santé des bénéficiaires et une meilleure maîtrise des dépenses en soins de santé de promouvoir l'usage judicieux des médicaments.

La campagne lancée en novembre 2004 pour l'usage raisonné des antibiotiques en est un premier exemple. Suite à cette campagne, la consommation de ce type de médicaments en milieu extra-hospitalier avait sensiblement diminué. Malheureusement, elle a repris sa croissance depuis lors pour atteindre une variation moyenne de +6,2% au cours du premier semestre 2005. Voilà pourquoi le Ministère de la Santé de concert avec l'AMMD, a lancé une nouvelle campagne pour l'usage raisonné des antibiotiques en novembre 2005. Elle sera impérativement suivie d'une initiative concernant le bon usage des médicaments psychotropes.

7) L'introduction de médicaments " génériques "

Pour maîtriser les dépenses superflues engendrées par la prescription et donc la consommation de médicaments de marque onéreux, le comité de pilotage a travaillé sur la possibilité d'introduire des médicaments génériques.

Les médicaments " génériques " sont des copies de médicaments originaux qui ne bénéficient plus d'une exclusivité commerciale (levée du brevet d'invention). Ils sont destinés à se substituer au médicament original sous réserve qu'ils sont à valeur thérapeutique égale. Ces médicaments sont moins onéreux que les médicaments originaux.

Les travaux afférents ont abouti en septembre 2005 à l'établissement d'une liste de 7 molécules pouvant être remplacées sans problèmes à l'heure actuelle. Cette liste peut être consultée sur le site Internet de l'UCM. Une campagne d'information afférente a été lancée au début de l'année 2006. Il est prévu d'ajouter d'autres molécules à la liste au fur et à mesure de l'établissement des équivalences thérapeutiques. Une première évaluation de l'impact de la campagne et un rappel éventuel sont prévus pour le mois de juin 2006.

8) Modification de la législation concernant l'assurance maladie

Afin d'examiner les dispositions légales et réglementaires en matière d'assurance maladie dont l'exécution s'avère difficile, voire impossible à l'heure actuelle ou qui sont susceptibles de donner lieu à des interprétations diverses, un groupe de travail spécifique a été mis en place. En même temps, ce groupe prépare la transposition dans la législation des matières conventionnelles sur lesquelles les partenaires UCM et prestataires de soins ne réussiront pas à trouver d'accord lors des négociations conventionnelles.

Le groupe, qui devra se pencher également sur des problèmes de structures organisationnelles de l'assurance maladie ainsi que du regroupement des services du Contrôle médical de la sécurité sociale, présentera un premier bilan de ses travaux au printemps 2006.

L'ASSURANCE PENSION

L'organisation de l'assurance pension

Les caisses de pension

La gestion du régime général de pension est assurée par les caisses de pension suivantes:

- 1) l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité (AVI);
- 2) la caisse de pension des employés privés (CPEP) ;
- 3) la caisse de pension des artisans, commerçants et industriels (CPACI);
- 4) la caisse de pension agricole (CPA).

Le Fonds de compensation

La gestion de la réserve de compensation incombe à un établissement public, dénommé Fonds de compensation commun au régime général de pension. La gestion de certains éléments de la fortune peut être confiée aux caisses de pension.

L'évolution financière de l'assurance pension

L'appréciation globale des opérations courantes

En 2004, les recettes courantes dépassent les dépenses courantes de 398,6 millions EUR. Ce résultat a été obtenu avec une croissance des dépenses prononcée de 10,6% face à des recettes qui n'augmentent que de 5,0%. En éliminant l'évolution de l'échelle mobile des salaires, les dépenses augmentent de 8,3%, tandis que les recettes progressent seulement de 2,9%.

Opérations courantes (en milliers EUR)

Année	Dépenses courantes	Variation	Variation n.i. 100	Recettes courantes	Variation	Variation n.i. 100	Excédent
2001	1 695 595,7			2 315 128,2	14,1%	10,7%	619 532,5
2002	1 981 036,7	16,8%	14,5%	2 388 346,2	3,2%	1,1%	407 309,4
2002 sans transfert baby-year	1 869 611,0	10,3%	8,0%	2 388 346,2			518 735,1
2003	2 015 803,1	1,8%	-0,3%	2 501 530,1	4,7%	2,6%	485 727,0
2004	2 229 130,6	10,6%	8,3%	2 627 720,9	5,0%	2,9%	398 590,3
2004 sans UCM compensatoire	2 099 129,3	4,1%	2,0%	2 627 720,9			528 591,6

En général, l'évolution des recettes suit celle de la conjoncture économique, les dépenses augmentent en fonction, d'une part, de la croissance du nombre des bénéficiaires et, d'autre part, de celle du niveau moyen des prestations. Ce dernier, en dehors de l'impact des réformes des prestations, augmente avec les échéances biennales des ajustements.

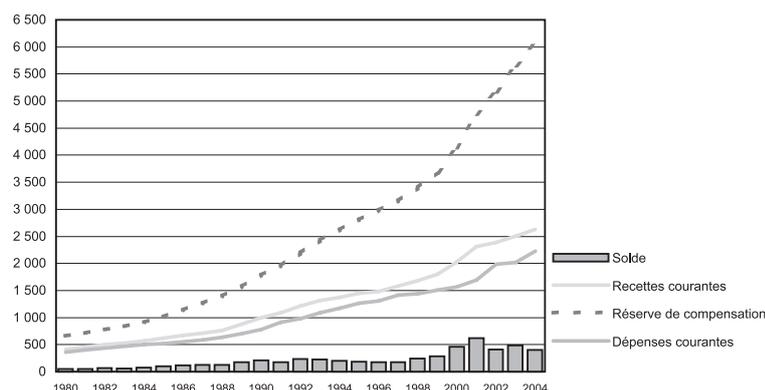
En 2002, le fléchissement conjoncturel avec un ralentissement significatif de la création d'emplois a presque arrêté la progression des recettes que le régime a connu depuis 1997. Les dépenses en revanche, sous l'impact de la mise en vigueur des mesures du "Rentendësch" ancrées dans la loi du 28 juin, ont connu une évolution exceptionnelle. Sans la dépense unique de 111,4 millions EUR contenue dans les dépenses courantes de 2002 et qui représente les avances sur prestations futures "baby year", la comparaison des dépenses de 2001 à 2002 se réduirait à 10,3% ou 8% en valeur réelle et celle de 2002 à 2003 afficherait une valeur plus cohérente de 7,8%, soit 5,6% en valeur réelle.

Les dépenses courantes de 2004 contiennent de nouveau une dépense unique de 130 millions EUR, comptabilisée sub. "dépenses diverses" et qui représente un montant compensatoire versé à l'assurance maladie pour le financement de l'indemnité pécuniaire de maladie en faveur des salariés qui ne bénéficient pas de la conservation légale ou conventionnelle de la rémunération pendant le mois de la survenance du risque et les trois mois subséquents.

Sans cette dépense, la comparaison entre 2004 et 2003 afficherait un taux de variation de 4,1% ou 2,0% en valeur réelle pour les dépenses courantes, soit une progression située en dessous de celle des recettes, l'excédent de l'exercice aurait augmenté en conséquence.

Les recettes courantes atteignent 10,2% du PIB face à 10,4% en 2003, tandis que les dépenses courantes augmentent de 8,4% à 8,7% du PIB. (PIB; source: STATEC).

Evolution des recettes, des dépenses et de la réserve du régime général (montants en millions EUR)



Les recettes courantes

Les cotisations globales (y compris les cotisations à charge des pouvoirs publics) représentent avec 2 415,3 millions EUR plus de 90,0% des recettes courantes, les revenus de la fortune atteignent 167,6 millions EUR et représentent 6,4%, le reste est constitué par diverses contributions de l'Etat et par les transferts et les recettes diverses.

Structure des recettes courantes en 2004 (en milliers EUR)

Cotisations des assurés et des employeurs	1 610 348,6
Cotisations des pouvoirs publics	804 902,4
Autres contributions de l'Etat	38 132,1
Revenus de la fortune	167 607,1
Transferts et recettes diverses	6 730,7
Total des recettes courantes	2 627 720,9

Les cotisations des assurés et des employeurs

En 2004, le nombre moyen d'assurés atteint 286 589 unités.

Selon la répartition socioprofessionnelle, c'est la catégorie des employés privés qui accuse la plus forte progression observée entre 1984 et 2004 avec un taux de croissance annuel moyen de 5,6%, celle des ouvriers ne s'établit qu'à 2,6%. Il faut remarquer cependant qu'à partir de 2002, les deux taux se rapprochent de plus en plus. La forte régression des agriculteurs est freinée et se situe aux alentours de -2% au cours des dernières années, tandis que le nombre des artisans, commerçants et industriels a augmenté d'une centaine de personnes entre 2003 et 2004.

Nombre moyen d'assurés par caisse

Caisse	2001	2002	2003	2004	Variation 2003/2004
AVI	118 201	121 494	125 132	128 835	3,0%
CPEP	131 299	137 182	140 729	145 305	3,3%
CPACI	9 153	9 091	9 222	9 353	1,4%
CPA	3 275	3 217	3 154	3 096	-1,8%
TOTAL	261 928	270 984	278 237	286 589	3,0%

Les cotisations des assurés et des employeurs se montent à 1 610,3 millions EUR face à 1 523,8 millions EUR en 2003. La progression affiche 5,7% contre 5,6% en 2003, soit un taux de croissance réel de 3,5% en 2004 contre 3,4% en 2003.

En 2004, 98,5% des cotisations des quatre caisses de pension ont été perçues par le CCSS. Les caisses des salariés ne reçoivent plus que les cotisations sur les indemnités pécuniaires de maladie et certains rappels concernant des périodes antérieures à la reprise de la perception des cotisations par le centre commun; la perception des cotisations de la caisse de pension agricole a été reprise au 1er janvier 1995, celle de la caisse de pension des artisans, des commerçants et des industriels ayant déjà été reprise au 1er janvier 1993.

L'évolution du volume des cotisations à charge des assurés et des employeurs s'explique exclusivement par l'évolution de la masse des revenus cotisables puisque le taux de cotisation est resté constant à 16%.

A côté de l'évolution du niveau général des salaires, c'est surtout l'évolution freinée du nombre moyen des assurés cotisants, 3,0% en 2004, 2,7% en 2003, 3,5% en 2002 face à 5,9% en 2001 et 6,1% en 2000, évolution qui a ralenti sensiblement la croissance de la masse des revenus cotisables. Si l'on élimine l'adaptation des salaires à l'évolution du coût de vie, qui était de 2,08% en 2004 comme en 2003, on note une progression réelle très faible de la cotisation moyenne de 0,5% comparable aux 0,7% de 2003.

La contribution des pouvoirs publics

La contribution des pouvoirs publics concerne essentiellement la prise en charge d'un tiers (8%) des cotisations globales. En outre, l'Etat intervient dans le paiement de certaines cotisations des assurés (cotisations relatives au congé parental, intervention du Fonds d'orientation économique et social pour l'agriculture, cotisations des volontaires de l'Armée et de la Police et périodes de service militaire obligatoire, cotisations sur activités de volontariat), dans les frais d'administration, dans le complément différentiel et dans les prestations prises en charge par l'Office des dommages de guerre. En contrepartie, l'Etat se voit restituer sa part dans les décharges et extournes de cotisations des exercices antérieurs. La contribution nette des pouvoirs publics au financement de l'assurance pension s'élève à 855,6 millions EUR et accuse une augmentation de 47,1 millions EUR, soit 5,8% par rapport à 2003.

Contribution nette des pouvoirs publics (en milliers EUR)

	2001	2002	2003	2004
Cotisations des pouvoirs publics	691 495,5	721 244,8	761 601,2	804 902,40
FOA et autres cotisations	20 797,1	11 359,0	12 211,6	13 083,30
Frais d'administration	10 993,3	11 515,8	11 843,3	12 168,50
Complément différentiel	22 805,0	22 990,7	23 385,3	22 763,30
Majorations proportionnelles baby-year	-	-	-	3 199,10
Contribution brute	746 090,9	767 110,3	809 041,4	856 116,60
à déduire	287,4	364,1	551,7	469,70
Contribution nette	745 803,5	766 746,2	808 489,7	855 646,9

Dans les cotisations, le montant de la participation des pouvoirs publics est calculé à partir des cotisations de l'assurance générale obligatoire et volontaire des assurés et employeurs. En 2004, il s'est élevé à 804,9 millions EUR. En considérant les restitutions de cotisations à l'Etat, ce montant se réduit à une participation nette de 804,4 millions EUR. La part Etat dans les cotisations de l'assurance obligatoire et volontaire est en progression de 5,7% au nombre indice courant, soit de 3,5% au nombre indice 100 du coût de la vie.

La participation de l'Etat au financement des frais d'administration se chiffre en 2004 au montant de 12,2 millions EUR et représente 53,5% du total des frais d'administration à charge du régime d'assurance.

L'Etat maintient à sa charge le financement du complément différentiel introduit par la loi du 26 mars 1974 portant fixation de suppléments de pension à allouer aux personnes devenues victimes d'actes illégaux de l'occupant en cas d'invalidité ou de décès précoces. L'évolution décroissante du nombre des bénéficiaires et le remplacement des titulaires décédés par leurs survivants expliquent la régression continuée de la dépense y relative.

Evolution du complément différentiel (en milliers EUR)

Année	Montant nominal	Variation	Montant à l'indice 100	Variation	Nombre moyen de bénéficiaires	Variation
2001	22 805,0		3 883,4		5 099	
2002	22 990,7	0,8%	3 835,2	-1,2%	4 921	-3,5%
2003	23 385,3	1,7%	3 821,6	-0,4%	4 696	-4,6%
2004	22 763,3	-2,7%	3 644,3	-4,6%	4 501	-4,2%

Autres cotisations

Les cotisations prises en charge par l'assurance dépendance

Il s'agit des cotisations, relatives aux périodes pendant lesquelles des personnes ont assuré des aides et des soins à une personne dépendante (art. 171.13 CAS), prises en charge par l'assurance dépendance, conformément à l'article 357 de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance.

Ces cotisations continuent d'augmenter sensiblement pour s'élever en 2004 à 1 674,7 milliers EUR (+19,4%) face à 1 402,8 milliers EUR (+37,0%) en 2003.

Les cotisations de l'assistance maternelle

Ces cotisations sont à charge des organismes agréés oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique et concernent les personnes assurant l'accueil d'un enfant en placement de jour et de nuit ou en placement de jour (art.171.14 CAS). Le montant y relatif s'élève en 2004 à 478,4 milliers EUR (+12,6%) face à 425,0 milliers EUR (+15,6%) en 2003.

Les cotisations de l'assurance volontaire

Les cotisations de l'assurance volontaire se sont chiffrées en 2004 à 5 937,0 milliers EUR (+6,2%) face à 5 588,4 milliers EUR (+11,4%) en 2003.

Les autres recettes

Les autres recettes concernent principalement les revenus sur immobilisations, les bénéfices de réalisation sur titres et sur immeubles, les produits divers en provenance de tiers, les produits financiers et les recettes diverses.

Les revenus bruts de la fortune (revenus sur immobilisations, bénéfices de réalisation sur titres et sur immeubles, produits financiers) atteignent 167,6 millions EUR et régressent de 3,8% par rapport à 2003. En tenant compte des intérêts de retard sur cotisations de 2,3 millions EUR et des frais de gestion du patrimoine et pertes diverses au montant de 4,5 millions EUR, les revenus nets s'élèvent à 165,5 millions EUR. Le taux de rendement moyen calculé par rapport à la réserve globale de compensation descend à 2,86%.

Evolution du taux de rendement moyen de la fortune (tous les régimes)

Année	Revenus bruts de la fortune	Intérêts de retard sur cotisations	A déduire: frais de gestion du patrimoine et pertes diverses	Revenus nets de la fortune	Réserve au 31 décembre	Taux de rendement moyen
2001	198 493,0	2 114,1	6 882,7	193 724,4	4 768 782,8	4,44%
2002	181 176,1	2 644,1	8 577,2	175 243,0	5 176 092,2	3,59%
2003	174 200,0	2 712,2	4 411,4	172 500,8	5 661 819,2	3,23%
2004	167 607,1	2 322,5	4 470,6	165 459,0	6 060 409,5	2,86%

Si ce taux de rendement intervient dans l'équilibre financier global du régime de pension, il faut cependant rappeler qu'il est dans une certaine mesure sous-évalué puisque la réserve de compensation contient une partie non négligeable de recettes dues mais non encore encaissées (débiteurs de cotisations, solde de la contribution de l'Etat). Le taux calculé par rapport aux valeurs placées se situerait à 3,12%.

Les dépenses courantes

Les prestations atteignent en 2004 un montant de 1 990,6 millions EUR et représentent ainsi 89,3% des dépenses courantes. Le reste se compose des frais d'administration et des transferts et dépenses diverses, qui s'élèvent exceptionnellement à 9,6% en raison du transfert compensatoire vers l'assurance maladie, inclus dans les dépenses diverses.

Structure des dépenses courantes en 2004 (en milliers EUR)

Frais d'administration	22 732,4
Pensions	1 990 581,8
Autres prestations	1 320,9
Transferts et dépenses diverses	214 495,5
Total des dépenses courantes	2 229 130,6

Les frais d'administration

Les frais d'administration s'élèvent à 22,7 millions EUR pour augmenter de 2,8% par rapport à l'exercice précédent, évolution située légèrement au dessus de celle de l'indice des prix.

Les prestations

Nombre de pensions par caisse - mois de décembre (avances comprises)

Caisse	2001	2002	2003	2004	Variation 2003/2004
AVI	72 417	73 896	75 452	77 092	2,2%
CPEP	23 097	24 288	25 373	26 713	5,3%
CPACI	8 402	8 386	8 369	8 409	0,5%
CPA	6 485	6 313	6 132	5 978	-2,5%
TOTAL	110 401	112 883	115 326	118 192	2,5%

En 2004, le nombre des pensions a augmenté de 2,5% par rapport à 2003. La plus forte progression du nombre de pensions se situe toujours auprès de la CPEP, qui se trouve dans un stade de maturation encore assez jeune, notamment en raison de la forte expansion de ses assurés cotisants. Auprès de l'AVI, l'évolution du nombre de pensions, est plus faible en raison du degré de maturation plus élevé déjà atteint, elle s'accroîtra dans un avenir proche avec l'entrée à la retraite de la première vague des assurés migrants et frontaliers. La CPACI se trouve dans une situation stable, tandis que le nombre des pensions de la CPA régresse pour épouser progressivement l'évolution du nombre des assurés actifs qui diminue depuis pratiquement 20 ans.

Evolution des éléments de pension (en milliers EUR)

	2001	2002	2003	2004	Variation nominale 2003/2004	Variation réelle 2003/2004
Avances	1 666,5	-4 762,7	-1 337,8	-1 570,5	-	-
Majorations proportionnelles	1 131 082,9	1 226 754,0	1 332 471,3	1 393 233,8	4,6%	2,4%
Majorations proportionnelles spéciales	78 479,3	85 409,8	90 844,3	93 156,7	2,5%	0,5%
Majorations proportionnelles baby-year	-	-	-	3 199,1	-	-
Majorations forfaitaires	212 668,7	242 613,1	263 967,1	274 168,1	3,9%	1,8%
Majorations forfaitaires spéciales	28 518,4	32 305,1	34 806,9	35 799,0	2,9%	0,8%
Majorations forfaitaires transitoires	40 418,5	44 419,3	45 868,1	44 902,7	-2,1%	-4,1%
Majorations assurance supplémentaire	3 167,3	3 151,5	3 230,8	3 189,4	-1,3%	-3,3%
Suppléments enfants	424,7	376,0	342,3	302,8	-11,5%	-13,3%
Compléments différentiels	22 805,0	22 990,7	23 385,3	22 763,3	-2,7%	-4,6%
Compléments pensions minima	62 787,7	69 756,7	74 126,9	75 336,1	1,6%	-0,4%
Compléments divers	8 725,0	8 400,2	8 259,1	7 853,9	-4,9%	-6,8%
Allocations trimestrielles	629,9	604,1	581,1	539,3	-7,2%	-9,1%
Allocations de fin d'année	-	33 074,1	35 941,2	37 708,1	4,9%	2,8%
Pensions brutes	1 591 373,9	1 765 091,9	1 912 486,6	1 990 581,8	4,1%	2,0%

A partir de 2003, qui contient encore des recalculs en relation avec les dispositions "Rentendesch", l'évolution des dépenses pour prestations du régime s'est réorienté vers son rythme de croisière.

Entre 2003 et 2004, les pensions brutes ont augmenté de 4,1%, soit 2,0% en valeur réelle. A noter que les régressions renseignées pour les éléments de pension "anciens", qui ne figurent plus dans les pensions récemment échues, à savoir, les majorations forfaitaires transitoires, les majorations assurance supplémentaire, les suppléments enfants, les compléments différentiels, les compléments divers et les allocations trimestrielles, réduisent le taux de progression des pensions brutes.

Les majorations proportionnelles prises isolément, affichent une progression de 4,6% soit 2,4% en valeur réelle.

Les transferts à l'étranger

L'extension de l'assurance migratoire internationale au cours des dernières décennies, en raison de l'appel continu de l'économie luxembourgeoise à la main-d'oeuvre étrangère, n'a pas manqué de se répercuter sur les transferts de pensions à l'étranger. En décembre 2004, le nombre de pensions transférées s'est élevé à 44 666, représentant 38,1% du nombre total des pensions. En décembre 2003 le nombre de pensions transférées s'était élevé à 42 754, qui

représentaient 37,4% du nombre total de pensions liquidées pendant le même mois. Ainsi le nombre de pensions transférées a encore progressé de 4,5% par rapport à l'année précédente. Depuis 1985, ce nombre a plus que doublé.

Evolution des transferts de pensions à l'étranger (mois de décembre, sans les avances / en millions EUR)

Catégorie	2001	2002	2003	2004	Taux de variation 2003/2004
Nombre total de pensions	109 241	111 850	114 211	117 263	2,7%
Nombre de pensions transférées à l'étranger	38 975	40 780	42 754	44 666	4,5%
Proportion	35,7%	36,5%	37,4%	38,1%	
Montant total des pensions	1 588,1	1 761,5	1 908,6	1 986,4	4,1%
Montant des pensions transférées	259,8	296,7	329,7	350,3	6,2%
Proportion	16,4%	16,8%	17,3%	17,6%	

Le montant des pensions transférées passe de 329,7 millions EUR en 2003 à 350,3 millions EUR en 2004 pour représenter 17,6% du montant total des pensions. Que ce pourcentage soit inférieur de moitié à celui du nombre de pensions transférées, s'explique par le fait qu'en général les pensions transférées ne sont actuellement que des pensions partielles calculées sur des carrières d'assurance incomplètes. On remarque cependant que la progression des montants transférés dépasse largement celle du nombre.

Les principaux pays destinataires sont évidemment les trois pays limitrophes à savoir la Belgique, l'Allemagne, la France ainsi que l'Italie et le Portugal.

Autres dépenses

Le poste "décharges et restitutions de cotisations" se réfère à des décharges accordées par les comités-directeurs des quatre caisses de pension, ainsi qu'à des redressements dus à des recalculs de cotisations se référant à des exercices antérieurs. Le CCSS a dû procéder à des décharges et extournes de 5,7 millions EUR, montant à déduire avant les transferts aux caisses de pension.

A relever que le montant relatif aux décharges sur cotisations irrécouvrables a plus que doublé en 2004, ceci en raison d'une opération d'apurement des cas anciens et historiques de faillites et de "débiteurs partis sans laisser d'adresse", qui ont été classés irrécouvrables et extournés dans les comptes bilan du centre commun.

Les opérations sur réserves et sur reports

Les dotations aux fonds de roulement sont réalisées pour les quatre caisses de pension par les quotes-parts attribuées dans la répartition des cotisations. En outre, la CPEP peut effectuer une dotation à la réserve excédentaire.

L'excédent des opérations courantes qui constitue la dotation nette à la réserve de compensation se chiffre à un montant de 398 590,3 EUR soit, pour les raisons évoquées ci-avant, une régression importante par rapport à l'exercice précédent. Cette dotation correspond à 17,9% des dépenses courantes contre 24,1% pour l'exercice précédent.

Structure des réserves en 2004 (en milliers EUR)

	AVI	CPEP	CPACI	CPA	Total	En % du total
Réserves représentées par:	511 764,5	5 427 207,9	77 560,2	43 876,9	6 060 409,5	100,0%
- Immeubles et terrains	36 634,2	154 026,6	15 745,1	1 132,9	207 538,8	3,4%
- Prêts à long terme	57,6	670 762,4	67,1	-	670 887,1	11,1%
- Titres	373,6	389 511,6	-	-	389 885,2	6,4%
- Placements à court terme	169 100,0	3 997 000,0	9 800,0	17 370,0	4 193 270,0	69,2%
- Trésorerie	920,9	19 173,5	2 268,8	254,5	22 617,7	0,4%
- Solde débiteur	304 678,2	196 733,8	49 679,2	25 119,5	576 210,7	9,5%

La réserve de compensation

La réserve de compensation se chiffre à 6 060,4 millions EUR au 31 décembre 2004 et est en progression de 398,6 millions EUR par rapport au 31 décembre 2003. Comparée au montant de 1 965,9 millions EUR de dépenses en prestations à charge de la communauté de risque (déduction faite du complément différentiel et des majorations proportionnelles baby-year), la réserve de compensation représente 3,08 fois le montant des prestations annuelles.

Les valeurs immobilisées

Le montant total des valeurs immobilisées s'élève à 878,4 millions EUR et représente 14,0% du total de l'actif contre 929,7 millions EUR au 31 décembre 2003 ou 15,3% du total de l'actif.

Au 31 décembre 2004, le montant des immobilisations corporelles a augmenté de 25,9% pour l'AVI, qui tient compte de l'agrandissement de son bâtiment administratif sub "Immobilisations en cours" au montant de 9,6 millions EUR. Le montant correspondant de la CPEP a diminué de 6,7%, diminution due à l'évolution des immobilisations financières. Les valeurs immobilisées de la CPACI et de la CPA restent pratiquement au niveau de 2003.

En attendant l'exécution des transferts vers le Fonds de compensation, qui se feront après que les commissions respectives des caisses de pension auront statué dans leurs assemblées générales sur les décomptes annuels des recettes et des dépenses de l'exercice 2004, la plus grande partie du patrimoine des caisses est resté constitué par les placements à moins d'un an qui se sont ainsi chiffrés au 31 décembre 2004 pour l'ensemble des caisses à 4 193,3 millions EUR, la CPEP ayant placé quant à elle seule 3 997,0 millions EUR.

Appréciation globale de la situation du régime unique

Situation du régime

Année	Coefficient de charge	Prime de répartition pure	Niveau relatif de la réserve
2001	41,5 ¹⁾	19,6	3,04
2002	41,2	22,0	2,97
2003	41,0	21,2	2,99
2004	40,7	22,1	3,08

1) 41,8 après élimination rétroactive des affiliations "baby-year".

Paramètres démographiques

Les nombres moyens des assurés cotisants et des pensions progressent parallèlement, celui des assurés dépassant toujours, bien que de façon moins spectaculaire à partir de 2001, celui des pensions, ce qui ralentit la descente continue du coefficient de charge du régime.

Paramètres financiers

Sans le transfert exceptionnel vers l'assurance maladie d'un montant compensatoire important, la hausse modérée des recettes en cotisations, épousant l'évolution, comparable à 2003, de la hausse salariale, aurait pu compenser la progression des dépenses pour prestations du régime, sans que la prime de répartition pure s'en aurait ressentie.

Néanmoins, malgré un excédent des recettes diminué, le niveau de la réserve a été majoré dans une mesure permettant de dépasser de nouveau le triple des prestations annuelles.

Si les dernières perspectives économiques du STATEC, prévoyant que la reprise conjoncturelle annoncée en 2005 prendra son élan en 2006, devraient se confirmer, l'environnement économique revigoré permettrait de préserver la santé solide actuelle du système de financement.

Toutefois, si l'on veut préserver un taux de remplacement élevé à des charges supportables tant pour les assurés et employeurs, que pour le Budget de l'Etat, on doit faire abstraction de toute ponction supplémentaire, comme celles du "Rentendësch" et des contributions au financement du "baby-year" et de l'assurance maladie.

L'évolution législative et réglementaire

Afin d'améliorer le système de protection des travailleurs incapables d'exercer pour des raisons de santé, d'infirmité ou d'usure leur dernier poste de travail, la loi du 25 juillet 2002 avait mis en place une procédure de reclassement interne ou externe liée à l'attribution de certaines indemnités. Le déclenchement de la nouvelle procédure de reclassement était lié à l'introduction par l'assuré d'une demande en invalidité. Tout dépendait de la bonne volonté du travailleur.

Or, dans l'application pratique de la loi du 25 juillet 2002, il a été constaté que l'effet accélérateur de la détermination du système de prise en charge approprié escompté ne s'est pas mis en place. En effet, le travailleur a préféré épuiser son droit à l'indemnité pécuniaire de maladie avant d'introduire une demande en invalidité, l'indemnité pécuniaire de maladie correspondant au montant intégral de son revenu professionnel. Au moment de l'introduction de la demande en invalidité, le contrat de travail était déjà souvent résilié soit de plein droit ou légalement par l'employeur de sorte que la procédure de reclassement interne s'est avérée dès lors impossible.

Afin de remédier à cet état des choses, la *loi du 1er juillet 2005* a dissocié le déclenchement de la procédure de la réinsertion professionnelle de l'introduction d'une demande en obtention de la pension d'invalidité par le travailleur. Le Contrôle médical de la sécurité sociale, saisi sur base d'un avis motivé établi par le médecin traitant peut saisir la Commission mixte en vue de l'ouverture d'une procédure de reclassement. La loi du 1er juillet 2005 a ainsi repris une revendication du Comité de coordination tripartite qui avait retenu qu'il convient d'améliorer la gestion de la prise en charge de l'incapacité de travail de longue durée, soit par l'assurance maladie (maladies aiguës et maladies chroniques évolutives), soit par l'assurance pension (incapacité de travail sur le marché général de l'emploi), soit dans le cadre des mesures de réinsertion professionnelle (incapacité de travail par rapport au dernier poste de travail) et d'exiger à ces fins la production endéans un certain délai, d'un avis motivé sur l'état de santé de l'assuré à établir par le médecin traitant (formulaire R4) afin de permettre au Contrôle médical de la sécurité sociale d'aiguiller l'assuré vers le système de prise en charge approprié (continuation de l'indemnité pécuniaire, pension d'invalidité ou mesure de réinsertion professionnelle) ou vers la reprise du travail.

Par ailleurs, différentes lacunes constatées dans le cadre de l'exécution de la loi du 25 juillet 2002 ont été comblées.

- Les personnes auxquelles le bénéfice d'une invalidité provisoire a été retiré peuvent également bénéficier d'un reclassement externe.
- La personne qui demande le bénéfice des mesures de réinsertion professionnelle doit se trouver dans un relation de travail. Cette référence au contrat de travail élimine les assurés volontaires, les bénéficiaires du revenu minimum garanti et les bénéficiaires de l'indemnité de chômage.
- En cas de reclassement, la loi prévoit une limitation de la réduction du temps de travail qui ne peut dépasser 50% par rapport au temps de travail fixé au contrat en vigueur avant la première décision de reclassement. Exceptionnellement et sur décision de la Commission mixte cette réduction peut atteindre 75% sur demande motivée de l'employeur et sur avis du médecin-conseil de l'Administration de l'emploi.
- Pour le calcul de l'indemnité compensatoire qui représente la différence entre l'ancienne et la nouvelle rémunération, l'ancienne rémunération servant de base est adaptée aux variations du coût de la vie et ajustée au niveau de vie.
- L'indemnité d'attente peut être retirée si les conditions relatives à l'état de santé ne sont plus remplies ou si l'intéressé se soustrait aux mesures de reclassement.
- En cas de reclassement de travailleurs frontaliers, l'indemnité de chômage reste suspendue jusqu'à concurrence d'une prestation étrangère de même nature.

La mise en vigueur de la loi du 1er juillet 2005 coïncide avec la loi du 21 décembre 2004 modifiant 1. le Code des assurances sociales ; 2. la loi modifiée du 24 mars 1989 sur le contrat de travail dont les implications ont pris effet au cours du mois de juillet 2005.

La *loi du 6 mai 2004 sur l'administration du patrimoine du régime général de pension* a créé une structure appropriée pour permettre une gestion optimisée de la réserve de compensation du régime général de pension. La gestion de la réserve de compensation est assurée par le Fonds de compensation dont les organes sont l'assemblée générale et le conseil d'administration. Les délégués assurés et les délégués employeurs de ces organes ont été désignés par les élections sociales en novembre 2004 et par l'arrêté ministériel du 16 février 2005 en ce qui concerne les représentants gouvernementaux.

Les statuts du Fonds de compensation établis par l'assemblée générale du Fonds dans sa réunion du 14 juillet 2005, déterminent le fonctionnement interne de l'assemblée générale, du conseil d'administration et du comité d'investissement, les règles déontologiques liant les organes, les experts et les collaborateurs du Fonds et l'établissement du budget et du compte annuel. Ces statuts ont été approuvés par arrêté ministériel du 24 octobre 2005.

Depuis la publication de la loi, la mise en exécution a été poursuivie sans relâche, notamment au regard des procédures sur les marchés publics. Ont ainsi été entamés les préparatifs concernant les cahiers des charges en vue des appels d'offres et de candidatures à lancer le moment venu.

Dans le cadre de mise en application de la loi du 6 mai 2004 deux règlements grand-ducaux ont été pris.

Le *règlement grand-ducal du 16 février 2005 fixant les modalités de la répartition du produit des cotisations entre les caisses de pension et le Fonds de compensation* a pour objet d'intégrer dans le circuit de la répartition des cotisations perçues par le Centre commun de la sécurité sociale, le Fonds de compensation. Le produit des cotisations est réparti entre les quatre caisses de pension en vue de leur permettre de couvrir leurs dépenses et de leur assurer les moyens de trésorerie prévus par la loi. L'excédent éventuel est attribué au Fonds de compensation.

Le *règlement grand-ducal du 1er juillet 2005 déterminant les valeurs de la réserve de compensation du régime général d'assurance pension pouvant être investies à travers un organisme de placement collectif* autorise le Fonds de compensation à constituer un organisme de placement collectif (OPC) fonctionnant sous le régime de la loi modifiée

du 19 juillet 1991 concernant les organismes de placement collectif dont les titres ne sont pas destinés au placement dans le public et à investir jusqu'à la fin de l'année 2007 en obligations euros, en obligations non euros et en actions jusqu'à concurrence de respectivement 949, 316 et 633 millions euros, soit au total 1.898 millions euros à prélever sur la réserve disponible du régime général d'assurance pension existant au 31 décembre 2003.

Conformément à l'article 220 du Code des assurances sociales, le calcul des pensions s'effectue au niveau de vie d'une année de base qui est l'année 1984. A cet effet, les salaires, traitements ou revenus intervenant dans le calcul des pensions sont ajustés au niveau de vie de l'année 1984 en les multipliant par des coefficients d'ajustement qui expriment la relation entre le niveau moyen brut des salaires de l'année de base et le niveau moyen brut des salaires de chaque année de calendrier.

Le règlement grand-ducal du 21 décembre 2005 a fixé le coefficient d'ajustement pour l'exercice 2004.

La viabilité du système de pension

Les régimes de pension forment un élément important dans les transferts inter- et intra-générationnels. La pension constitue un facteur principal pour maintenir la cohésion sociale au sein de la population et le rôle des régimes de pension ne peut se limiter au seul paiement de prestations reflétant les contributions payées. Bien que la viabilité financière du système de pension soit étroitement liée au niveau des pensions liquidées, il faut veiller à ce que le système assure une sécurité de revenu aux personnes âgées. Même si les prestations sont actuellement à un niveau adéquat et que la couverture de la population en âge de retraite est appropriée, certains aménagements s'imposeront dans le futur.

L'Inspection générale de la sécurité sociale a développé un outil informatique (SOBULUX, Social budget simulating software for Luxembourg) pour établir les projections financières à long terme du régime général de pension du secteur privé et des régimes spéciaux du secteur public. L'approche de modélisation place les pensions dans le contexte du développement économique et démographique du pays. Le modèle permet de simuler directement l'impact de changements économiques ou démographiques sur le statut financier des régimes de pension. L'outil informatique a été utilisé dans le cadre des projections sur les dépenses du système de pension du Comité de politique économique (CPE), du rapport sur la période de couverture 1999-2005 et de la 7ème actualisation du programme de stabilité et de croissance.

Les projections sur les dépenses de pension du Groupe de travail " Vieillesse " du Comité de politique économique ont été réalisées sous la responsabilité des Etats membres sur base d'une méthodologie commune à l'ensemble des pays. Les résultats de ces projections montrent que la dépense brute des systèmes de pension augmente de 10,0% du produit intérieur brut (PIB) en 2004 à 17,4% vers 2050.

Il faut souligner que la méthodologie commune convient parfaitement pour les pays où le marché du travail coïncide avec celui de la population résidente, c'est-à-dire tous les Etats membres à l'exception du Luxembourg. Dans le cas du Luxembourg cette approche n'est pas convenable du fait de l'envergure de la part des frontaliers sur le marché du travail. Pour ces raisons les projections nationales, utilisées dans le contexte de la 7ème actualisation du programme de stabilité et de croissance et du rapport sur la période de couverture 1999-2005 du régime général, ont été adaptées pour tenir compte de la situation spécifique du marché de l'emploi luxembourgeois. De ce fait les hypothèses macro-économiques diffèrent de celles retenues par le Groupe de travail " Vieillesse " en ce qui concerne l'évolution du marché du travail pour pouvoir tenir compte de façon plus adéquate de l'importance de l'emploi frontalier.

Le rapport sur la période de couverture 1999-2005 du régime général de pension présente l'évolution du régime sur la période révolue et établit des prévisions sur l'évolution du régime pour les années à venir de 2006 à 2050. La comparaison avec la période de couverture 1992-1998 révèle que la situation financière du régime général s'est nettement améliorée. Ce n'est qu'en se plaçant dans une optique à long terme qu'on peut déceler les problèmes de financement du système. Ainsi selon le premier scénario, basé sur une croissance économique à long terme de 3%, le taux de cotisation devra être adapté pour la première fois, au plus tard, en 2034 (en 2027 dans le deuxième scénario basé sur une croissance économique de 2,2% à long terme) et à taux de cotisation inchangés la réserve légale sera épuisée vers 2041 (2034 dans le deuxième scénario).

Les résultats présentés dans le cadre de la 7ème actualisation du programme de stabilité et de croissance sont basées sur le scénario de 3% de croissance économique à long terme tel que présenté dans le rapport de couverture. Sur la période de projection, les dépenses de prestations de pension (y compris régimes spéciaux) connaissent une forte progression et le poids des prestations de pension dans le PIB dépasse les 16% en 2050 (10% en 2004).

Les projections montrent que la situation financière du régime général de pension est saine et présente des conditions favorables aux adaptations que la viabilité financière rendra nécessaires dans les décennies à venir. Cette situation favorable peut perdurer à condition que l'équilibre financier atteint soit maintenu, y compris l'alimentation continue de la réserve. A cet effet il convient de maintenir les ressources financières à leur niveau actuel et, à défaut de réduire les dépenses, de subordonner toute charge financière supplémentaire du régime à la condition d'introduire de façon explicite des ressources financières nouvelles.

En date du 24 mars 2005, le groupe de travail " *Individualisation des droits* ", institué à la suite du " Rentendèsch " a présenté son rapport. Compte tenu de divergences fondamentales sur le sujet qui se sont manifestées tout au long des travaux du groupe de travail, le rapport ne présente pas de solution mais se limite à décrire différentes pistes. Lors du Conseil de Gouvernement du 15 avril 2005, il a été retenu qu'un groupe de travail composé des ministres de l'Egalité des chances, de la Fonction publique et la Réforme administrative et de la Sécurité sociale dégage les conclusions politiques de ce rapport.

L'ASSURANCE DÉPENDANCE

L'organisation de l'assurance dépendance

L'organisme gestionnaire

La gestion de l'assurance dépendance est assumée par l'Union des caisses de maladie.

La Cellule d'évaluation et d'orientation

La Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO) est un service de l'Etat, placé sous l'autorité du ministre de la Sécurité sociale et rattaché sur le plan administratif à l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Elle a pour mission:

- de constater l'état de dépendance et de déterminer les aides et soins requis;
- d'émettre les avis concernant l'attribution des prestations en nature et en espèces, des produits nécessaires aux aides et soins, des aides techniques et des adaptations du logement, ainsi que les avis en cas de décision de retrait, de réduction ou de suppression des prestations;
- de proposer, le cas échéant, les mesures de rééducation et de réadaptation;
- de proposer le maintien à domicile ou l'admission en établissement d'aides et de soins;
- de déterminer un plan de prise en charge à l'attention du réseau assurant la coordination des aides et des soins autour de la personne dans le cadre du maintien à domicile ou à l'attention de l'établissement d'aides et de soins;
- de classer les personnes dépendantes pour l'entrée en établissement suivant les critères d'urgence faisant référence à la fois à l'état de la personne dépendante et aux possibilités de prise en charge de l'entourage;
- de centraliser les données sur l'offre en établissement ou en centre de jour ou de nuit;
- de conseiller l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance et les ministères chargés du financement des infrastructures et de l'agrément des services et établissements d'aides et de soins à la mise en place d'une infrastructure adaptée aux besoins de la population dépendante, de qualité et économiquement efficace. A cet effet, elle établit tous les ans un rapport;
- d'informer et de conseiller les personnes protégées, les médecins et les professionnels des aides et des soins en matière de prévention de la dépendance et de prise en charge des personnes dépendantes.

Les avis de la cellule d'évaluation et d'orientation à portée individuelle pris dans le cadre des missions concernant la constatation de la dépendance et l'attribution des prestations s'imposent à l'égard de l'Union des caisses de maladie.

Le principe de base du fonctionnement de la cellule d'évaluation et d'orientation est la multidisciplinarité. Elle est ainsi composée de représentants de plusieurs professions de santé: infirmiers, infirmiers psychiatriques, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, médecins et assistants sociaux. A ce personnel spécialisé s'ajoutent des employés chargés du travail administratif.

L'évolution de l'assurance dépendance

Depuis son entrée en vigueur le 1er janvier 1999, l'assurance dépendance a connu un important développement se caractérisant par une augmentation continue du nombre de bénéficiaires, de l'offre de soins et aussi des dépenses.

1. Les bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance

Le nombre de bénéficiaires connaît, depuis 2001, une croissance moyenne annuelle de 10,8%.

Evolution de 2001 à 2004 du nombre moyen de bénéficiaires de l'assurance dépendance par lieu de séjour

Année	Maintien à domicile	En % du total	Etablissement	En % du total	Total
2001	3 750	58,9%	2 620	41,1%	6 370
2002	4 380	61,5%	2 743	38,5%	7 123
2003	4 920	61,5%	3 083	38,5%	8 003
2004	5 475	63,3%	3 180	36,7%	8 655

Source: décompte UCM.

En 2004, le nombre moyen de bénéficiaires de prestations s'élève à 8 655. Parmi ces personnes, 5 475 (63,3%) vivent à domicile et 3 180 (36,7%) dans un établissement d'aides et de soins. La proportion des personnes bénéficiaires de prestations à domicile augmente d'année en année. En 2001, elle représente 58,8% du nombre moyen total de

bénéficiaires, soit 1,4 fois le nombre de bénéficiaires en établissement et en 2004, elle se situe à 63,3%, soit 1,7 fois le nombre de personnes en établissement d'aides et de soins.

2. L'augmentation de l'offre de soins

L'évolution de l'assurance dépendance depuis son entrée en vigueur se caractérise également par une croissance importante de l'offre de soins.

A cet égard, les chiffres présentant l'évolution du personnel au niveau des différentes structures impliquées dans la mise en œuvre de l'assurance dépendance sont particulièrement évocateurs.

Quelle que soit la structure envisagée, on constate une croissance remarquable de l'ensemble du personnel mais surtout du personnel intervenant au lit du patient. Pour les réseaux d'aide à domicile, on constate que la proportion de personnel au lit du patient par rapport à l'ensemble du personnel employé passe de 54 % en 1999 à 91,8% en 2004.

Le personnel des établissements d'aides et de soins (en équivalents temps plein) - évolution depuis 2001

	2001	2002	2003	2004
Personnel d'assistance et de soins	1 578,0	1 704,0	1 887,5	1 968,0
Personnel socio-éducatif	50,9	35,2	77,0	48,1
Personnel administratif	143,1	160,3	169,6	199,6
Personnel technique et logistique	1 109,0	1 176,4	1 198,5	1 264,9
TOTAL	2 881,3	3 075,8	3 332,7	3 480,6
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	1 629,2	1 739,2	1 964,5	2 016,1
	56,5%	56,5%	58,9%	57,9%

Le personnel des réseaux d'aides et de soins (sans les réseaux spécialisés dans le handicap) (en équivalents temps plein) - évolution depuis 2001

	2001	2002	2003	2004
Personnel d'assistance et de soins	526,0	671,8	793,0	968,8
Personnel socio-éducatif	4,8	6,4	7,1	7,7
Personnel administratif	61,5	73,4	76,0	78,9
Personnel technique et logistique	20,3	16,2	5,9	8,3
TOTAL	612,6	767,8	882,1	1 063,7
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	521,7	661,2	800,2	976,5
	85,2%	86,1%	90,7%	91,8%

Le personnel des réseaux d'aides et de soins spécialisés dans la prise en charge des personnes handicapées - évolution depuis 2001

	2001	2002	2003	2004
Personnel d'assistance et de soins	154,9	161,8	178,4	217,1
Personnel socio-éducatif	239,8	242,4	269,9	315,3
Personnel administratif	24	24,7	29,3	30,7
Personnel technique et logistique	83,9	82,22	68,9	95,6
TOTAL	502,6	511,1	546,5	658,1
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	394,7	404,2	448,3	532,4
	78,5%	79,1%	82,0%	80,9%

Le personnel des centres de jour spécialisés - évolution depuis 2001

	2001	2002	2003	2004
Personnel d'assistance et de soins	55,7	67,8	82,5	102,5
Personnel socio-éducatif	9,9	12,7	12,7	15,5
Personnel administratif	6,5	9,0	14,0	10,5
Personnel technique et logistique	26,9	35,1	30,0	33,1
TOTAL	99,0	124,6	139,3	161,6
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	65,6	80,5	95,2	118,0
	66,3%	64,6%	68,4%	73,0%

3. Les dépenses de l'assurance dépendance

La situation financière de l'assurance dépendance est marquée par une augmentation plus rapide des dépenses que des recettes. Comme l'illustre le tableau suivant, ce déséquilibre est particulièrement prononcé en 2004 : les recettes croissent de 2,9% alors que les dépenses augmentent de 15,2%.

Evolution de 2001 à 2004 des recettes et dépenses courantes de l'assurance dépendance (Montants en millions EUR)

Recettes	2001	2002	2003	2004
Contribution des ménages	112,7	122,1	130,6	138,8
Contribution de l'Etat	84,3	83,5	100,1	112,7
Redevance AD du secteur de l'énergie	2,8	4,2	3,8	4,4
Recettes diverses	5,0	4,9	4,0	3,5
Prélèvement aux provisions pour prestations	115,8	110,7	69,9	57,9
Total des recettes courantes	320,6	325,4	308,4	317,3
Dépenses				
Frais d'administration	2,5	2,4	3,2	3,0
Prestations en espèces	13,1	12,1	9,4	9,7
Prestations en nature	168,5	219,3	217,5	231,9
Transfert de cotisations	1,0	1,0	1,4	1,7
Dotations aux provisions pour prestations à liquider, dont:	110,7	69,9	57,9	87,2
- Prestations à domicile	65,9	45,3	44,0	47,3
- Prestations en milieu stationnaire	44,7	24,4	13,9	39,9
- Prestations à l'étranger	0,1	0,2	-	-
Dépenses diverses	0,1	1,7	0,6	0,5
Total des dépenses courantes	295,9	306,4	290,0	334,0

Source: décomptes UCM

Conséquence du ralentissement économique général, les recettes ont même diminué de 5,2 % en 2003.

Le taux de progression des cotisations a été de 7,0% en 2003 et de 6,3% en 2004.

Par ailleurs, on note que la participation de l'Etat aux dépenses de l'assurance dépendance augmente d'année en année. On relèvera toutefois qu'en 2004, cette augmentation n'est pas à la mesure des années précédentes. De 2003 à 2004, le taux de croissance se situe à 12,5% alors qu'il était de 19,9% en 2003. La loi du 19 décembre 2003 concernant le budget des recettes et dépenses de l'Etat pour l'exercice 2004 avait, en effet, ramené exceptionnellement la participation de l'Etat pour l'année 2004 à 40 % des dépenses totales, alors que cette participation était de 45 % les années précédentes.

Evolution du niveau de la réserve de 2001 à 2004 (Montants en millions EUR)

	31.12.2001	31.12.2002	31.12.2003	31.12.2004
Réserve	53,3	82,4	98,4	76,1
Minimum légal ¹⁾	29,6	19,6	22	27,6
Rapport réserve/dépenses courantes diminuées du prélèvement aux provisions pour prestations	30%	42%	45%	28%

Changement de la définition à partir de 2002: le niveau minimum de la réserve est égal à 10% des dépenses courantes qui sont diminuées du prélèvement aux provisions pour prestations.

Source: décomptes UCM.

La réserve (le patrimoine) de l'assurance dépendance ne peut être inférieure à 10% du montant des dépenses courantes avec provisions nettes (à partir de 2002) ni supérieure à 20% des ces dépenses. Sur toute la période analysée, la réserve dépasse le seuil maximum de 20% des dépenses courantes, ce qui reflète une situation financière saine. A partir de 2004, on constate cependant que cette réserve diminue sensiblement. Le rapport réserve/dépenses courantes passe de 45% en 2003 à 28% en 2004.

4. Les dépenses pour les différentes prestations de l'assurance dépendance

Les prestations de l'assurance dépendance se répartissent en plusieurs catégories :

- les aides et soins pour les actes essentiels de la vie ;
- l'aide pour les tâches domestiques ;
- les activités de soutien ;
- les produits nécessaires aux aides et soins ;
- les conseils ;
- les aides techniques ;
- les adaptations du logement.

Le tableau suivant présente l'évolution des dépenses pour ces différentes catégories de prestations.

Evolution de 2001 et 2004 des prestations de l'assurance dépendance (Montants en millions EUR)

Type de prestation	2001	2002	2003	2004
Prestations en espèces	13,1	12,1	9,4	9,7
Allocations spéciales pour personnes gravement handicapées	10,3	9,8	7,7	8,5
Allocations de soins	2,8	2,3	1,7	1,2
Prestations en nature	168,5	219,3	217,4	232,0
<i>Prestations au Luxembourg</i>	<i>163,8</i>	<i>216,4</i>	<i>211,9</i>	<i>227,3</i>
Prestations à domicile	60,6	95,0	100,8	102,3
- Aides et soins	41,7	59,1	63,5	57,4
- Prestations en espèces subsidiaires	18,3	26,6	30,6	35,6
- Forfaits pour produits d'aides et de soins	0,6	0,8	1,0	1,2
- Appareils	p.m.	8,1	4,7	7,6
Location		4,5	2,9	3,6
Acquisition		3,6	1,8	4,0
- Adaptation logement		0,4	1,0	0,5
Prestations en milieu stationnaire	103,2	121,4	111,1	125,0
- Aides et soins	102,0	120,0	109,9	123,7
- Forfaits pour produits d'aides et de soins	1,2	1,4	1,2	1,3
Actions expérimentales	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
<i>Prestations à l'étranger</i>	<i>4,7</i>	<i>2,9</i>	<i>5,5</i>	<i>4,7</i>

Source: Décomptes UCM.

Entre 2001 et 2004, on constate que les dépenses de l'assurance dépendance augmentent chaque année. Cette croissance n'est cependant pas régulière. C'est entre 2001 et 2002 que l'on relève l'augmentation la plus importante. Elle représente 30,1%.

En 2004, les prestations versées pour les bénéficiaires à domicile représentent en 45,0% du montant total des prestations dispensées au Luxembourg.

Les dépenses pour aides et soins sous forme de prestations en nature représentent la part la plus importante de l'ensemble des dépenses. On trouve ensuite les dépenses pour les prestations en espèces.

Le montant mensuel moyen des dépenses est très différent selon le lieu de séjour du bénéficiaire. Dans le tableau suivant, on trouve l'évolution de ce montant depuis 2001.

Le montant mensuel moyen par bénéficiaire et lieu de séjour

Année	Montant mensuel moyen		Etablissement	Taux de variation en %
	Maintien à domicile	Taux de variation en %		
2001	1 348,4		3 282,6	
2002	1 808,5	34,1%	3 686,1	12,3%
2003	1 708,6	-5,5%	3 003,1	-18,5%
2004	1 556,3	-8,9%	3 276,0	9,1%

Source: Calcul IGSS.

Ainsi qu'on avait pu le constater pour l'ensemble des dépenses, c'est également en 2002 que l'on peut constater l'augmentation la plus importante du montant mensuel moyen des dépenses par bénéficiaire et ceci quel que soit le lieu de séjour.

Le coût des prestations de l'assurance dépendance est déterminé par plusieurs facteurs:

- la valeur monétaire négociée entre l'UCM et la COPAS, l'organisme représentatif des prestataires ;
- le nombre de bénéficiaires de prestations ;
- L'adaptation à l'échelle mobile des salaires ;
- Le temps d'aides et de soins requis par bénéficiaire.

Des analyses ultérieures permettront de déterminer la part d'influence respective de chacun de ces facteurs dans l'augmentation générale.

L'évolution législative et réglementaire

A la suite de l'adoption par le Gouvernement de plusieurs amendements au projet de loi n°5146 modifiant différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière d'assurance dépendance, la Chambre des Députés s'est penchée à son tour sur le projet de loi en question, qui a pu être voté au mois de décembre 2005.

Tout en maintenant les principes fondamentaux de la loi de 1998, la loi du 23 décembre 2005 introduit un certain nombre de modifications ponctuelles concernant notamment les prestations accordées, les relations avec les prestataires d'aides et de soins et les missions de la Cellule d'évaluation et d'orientation. Sont à relever notamment les points suivants :

- La loi du 23 décembre 2005 introduit une Commission de qualité des prestations qui a pour mission d'élaborer des propositions de lignes directrices et de standards de référence notamment en matière de qualité des aides et soins, aides techniques et adaptations du logement. La Cellule d'évaluation et d'orientation a notamment pour mission supplémentaire de contrôler la qualité des prestations fournies à la personne dépendante, compte tenu des normes définies.
- La loi prévoit plus de flexibilité. Pour ce qui est de l'accès aux prestations, la loi prévoit une dérogation au seuil minimum de 3,5 heures de soins requis non seulement pour les adaptations du logement mais aussi pour les aides techniques et les projets d'actions expérimentales ; ces derniers étant désormais aussi possibles dans le domaine de la prévention de la dépendance. Pour les prestations en cas de maintien à domicile, la durée maximale de prise en charge de 24,5 heures peut, dans des cas d'une gravité exceptionnelle, être portée à 38,5 heures par semaine. Pour les prestations en milieu stationnaire, une autre dérogation consiste dans la possibilité des prestataires de modifier rétroactivement, sur présentation des factures, la répartition des prestations en nature et en espèces. En outre, si des fluctuations imprévisibles dans l'état de dépendance de la personne justifient la délivrance d'aides et de soins en dépassement du plan de prise en charge, les prestataires peuvent, sous certaines conditions, prester ces actes.
- Le montant mensuel forfaitaire pour produits nécessaires aux aides et soins en cas de maintien à domicile est augmenté de 7,44 euros à 14,32 euros.
- La limite supérieure de la réserve (20%) prévue dans le cadre du financement de l'assurance dépendance a été supprimée.
- Les relations entre l'assurance dépendance et les différentes catégories de prestataires d'aides et de soins sont désormais définies dans des conventions-cadre négociées avec l'Union des caisses de maladie.
- Le montant horaire de la prestation en espèces de l'aidant informel est figé à sa valeur actuelle de 25 euros.

Il est à noter qu'un projet d'actions expérimentales relatif à la prise en charge en petite unité de vie de personnes souffrant d'une neuro-dépendance a été retenu et qu'un projet de règlement grand-ducal afférent a été élaboré et soumis pour avis aux instances concernées. Plusieurs organisations, dont le Collège médical, le Conseil supérieur des professions de santé et le Comité national d'éthique de recherche ont avisé favorablement le projet. Actuellement un comité de pilotage, réunissant le promoteur et des responsables de la Cellule d'évaluation et d'orientation et de l'Union des caisses de maladie, s'occupe de la mise en œuvre dudit projet.

Par le protocole d'accord signé en date du 21 décembre 2005 entre l'Union des caisses de maladie et la Confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans les domaines de prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes, les valeurs monétaires applicables sur le terrain des aides et soins pour l'exercice 2006 ont été fixées à 39,93 euros par heure pour les établissements d'aides et de soins et à 51,27 euros par heure pour les réseaux d'aides et de soins.

L'amélioration de la qualité des soins

Le budget de l'assurance dépendance pour l'année 2006 présenté par l'Union des caisses de maladie présente pour la première fois un déficit des recettes courantes sur les dépenses courantes de 17,3 millions d'euros contre un solde déficitaire de 13,1 millions d'euros en 2005. La réserve globale de l'assurance dépendance passe ainsi de 90,6 millions à 73,4 millions d'euros en 2006, ce qui représente 22,6% des dépenses courantes.

En considération de la situation déficitaire de l'assurance dépendance, un groupe de travail et de réflexion a été mis en place au sein du Ministère de la Sécurité sociale en vue de faire le bilan du fonctionnement de l'assurance dépendance. Le groupe de travail passe en revue les différents aspects et domaines de l'assurance dépendance pour examiner lesquels de ces domaines fonctionnent bien et de relever d'autre part ceux où il y a des risques de déraillement en matière de coûts pour les années à venir. Dans une seconde phase ce groupe de travail se penchera sur les remèdes à apporter face aux problématiques relevées.

Dans sa démarche, le groupe de travail se concentrera dans une première phase sur les points suivants :

- examiner si et dans quelle mesure les personnes dépendantes obtiennent les prestations adaptées à leurs besoins ;
- examiner quelles sont les prestations prévues par le " requis " mais qui ne sont pas fournies et pour quelles raisons.

Les autres questions qui seront à analyser par la suite ont trait aux points suivants :

- procéder à un ré-examen du relevé-type des aides et soins requis en vue de voir s'il ne contient pas trop d'actes ;
- faire procéder à une validation des durées des actes contenus dans le relevé-type par un expert externe et, le cas échéant, procéder aux adaptations nécessaires ;
- étudier les raisons de l'augmentation des soins professionnels dans le domaine du maintien à domicile et procéder, le cas échéant, à une étude sur l'utilisation de la prestation en espèces par le bénéficiaire ;
- procéder à une analyse acte par acte du " requis " tel que établi par la CEO et du " facturé " des prestataires et examiner avec les prestataires d'éventuelles divergences en la matière pour éventuellement adapter dans une deuxième phase les standards de détermination du requis de la CEO ;
- procéder à une définition précise des activités de soutien ; les effets des activités de soutien devant également être évaluables ;
- re-considérer la méthodologie de détermination de la valeur monétaire ;
- réfléchir sur un mécanisme de contrôle en ce qui concerne l'exécution pratique du plan de prise en charge par le prestataire, respectivement du plan de partage par l'aidant informel et le prestataire d'aides et de soins ;
- procéder éventuellement à une étude comparative en ce qui concerne les systèmes de protection en matière de dépendance dans certains autres pays de la Communauté européenne telle que l'Allemagne notamment,
- procéder à la documentation des réclamations de la part des usagers et/ou des prestataires, dans le souci aussi d'améliorer la qualité de la prise en charge ;
- analyser de quelle façon des standards concernant la dotation du personnel des réseaux d'aides et de soins peuvent être définis en s'inspirant de modèles étrangers.

Les analyses du groupe de travail vont se poursuivre tout au long de l'exercice 2006.

Parallèlement à ces travaux le département de la Sécurité sociale réalise une étude de satisfaction auprès des bénéficiaires et de leurs proches.

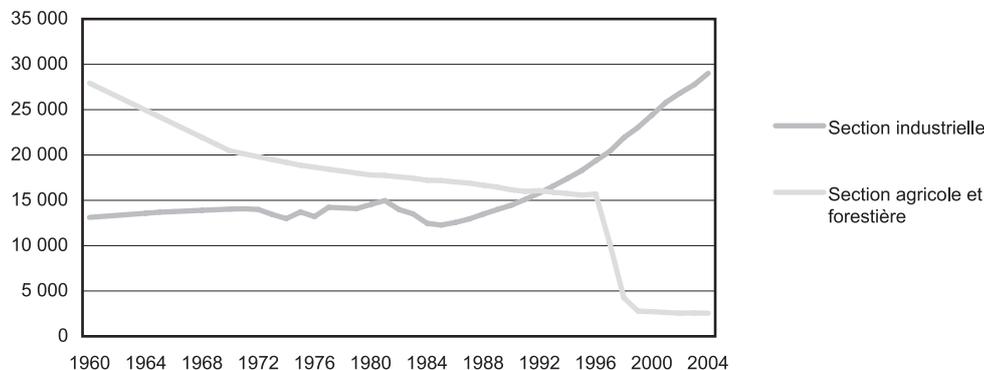
L'ASSURANCE ACCIDENTS

L'évolution de l'assurance accidents

Les principales données statistiques

Affiliation des entreprises

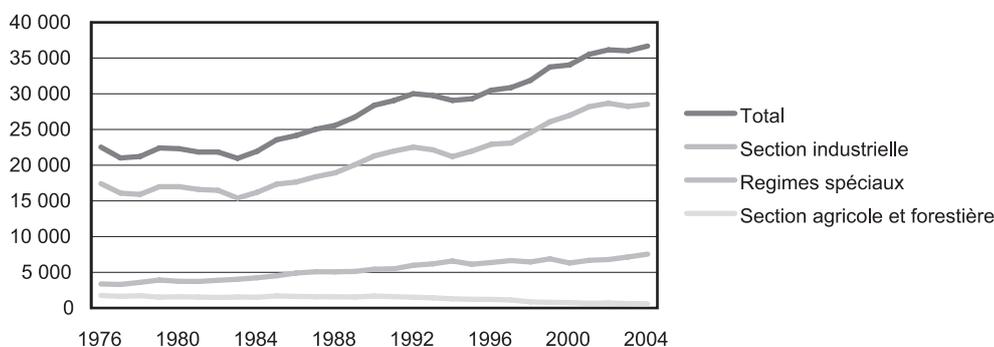
Evolution du nombre d'entreprises affiliées à l'assurance accidents (situation au 31 décembre)



Après une période de relative stabilité, le nombre d'entreprises affiliées à la section industrielle de l'association d'assurance a connu un mouvement de baisse dès le début des années quatre-vingt. Toutefois, depuis la reprise de la conjoncture économique et jusqu'en 2001, le nombre d'entreprises n'a cessé d'augmenter de plus de 4% par année. En 2004 cette augmentation a été de 4,6% contre 3,4% en 2003. Le nombre d'entreprises affiliées à la section agricole et forestière subit une diminution régulière depuis 1960 (avec 1% depuis 1970). En 1997, le nombre d'affiliés à la section agricole et forestière subit une réduction d'un tiers suite à une redéfinition de l'entreprise agricole affiliée à titre obligatoire et par conséquent de l'introduction d'une assurance volontaire. Ainsi depuis 1999 le niveau des affiliations n'évolue guère.

Statistiques sur les accidents

Evolution du nombre d'accidents déclarés



Le nombre des accidents déclarés en 2004 s'élève à 36 650 dont 28 533 (77,8%) pour la section industrielle, 7 548 (20,6%) pour les régimes spéciaux et 595 (1,6%) pour la section agricole et forestière. Le nombre des accidents mortels est de 10 unités. Dans l'ensemble, la campagne de prévention des accidents commence à porter ses fruits, le nombre des accidents par 100 salariés-unités descendant de 13,3 en 2003 à 12,0 en 2004.

Parmi les accidents déclarés à la section industrielle, 75,6% concernent des accidents de travail proprement dits, 23,4% des accidents de trajet et 1,0% des maladies professionnelles.

Rentes

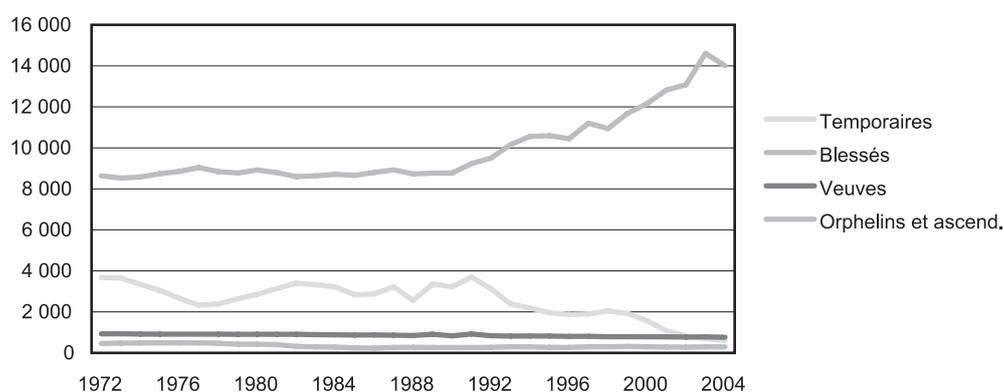
Le nombre total des rentes s'élève en 2004 à 15 664 unités contre 15 814 en 2003. La répartition de ces rentes suivant le régime et la catégorie de rente se présente comme suit:

Répartition selon les différents types de rentes (situation au 31 décembre 2004)

Catégorie	AAI	dont régimes spéciaux	AAA	Total
Rentes temporaires	580	-	26	606
Rentes de blessés	12 132	561	1 871	14 003
Rentes de conjoints survivants	705	14	59	764
Rentes d'orphelins	276	6	9	285
Rentes d'ascendants	6	-	-	6
TOTAL	13 699	581	1 965	15 664

Si l'on se limite aux seules rentes de blessés de la section industrielle qui commandent l'évolution du nombre, on constate que le nombre de rentes, qui s'est maintenu pratiquement à un niveau constant entre 1975 et 1990 a sensiblement progressé suite à l'augmentation massive de l'emploi depuis le milieu des années 80, entraînant avec un certain retard cette croissance du nombre des rentes. Le régime des assurances accidents n'est donc plus soumis au phénomène de maturation et le vieillissement de la population n'a guère de prise sur ce régime.

Evolution du nombre des rentes (situation au 31 décembre)



Les rentes viagères de blessés présentent en moyenne un taux d'incapacité assez faible. Environ 84% des rentes de la section industrielle et de la section agricole et forestière présentent un degré d'incapacité de moins de 30% et plus d'un tiers des rentes présentent un degré d'incapacité compris entre 10% et 20%. La diminution constante des rentes temporaires depuis 1996, est due à un traitement plus rapide des demandes, entraînant ainsi une augmentation des rentes viagères.

Le nombre des rachats de rentes dans la section industrielle progresse légèrement de 1 427 rachats en 2003 à 1 471 en 2004. Dans la section agricole et forestière, le nombre diminue de 15 rachats en 2003 à 11 en 2004.

Répartition des rentes et rachats de rentes par pays de résidence en 2004

Pays de résidence	Nombre			Montants (en millions EUR)		
	AAI	AAA	Total	AAI	AAA	Total
<i>Luxembourg</i>	10 285	2 041	12 326	76,20	5,75	81,95
<i>Autres pays de l'UE</i>	6 415	18	6 433	47,85	0,07	47,92
Allemagne	817	7	824	6,39	0,02	6,41
Autriche	8	-	8	0,04	-	0,04
Belgique	1 421	3	1 424	11,34	0,01	11,35
Danemark	1	-	1	0,00	-	0,00
Espagne	73	-	73	0,51	-	0,51
Finlande	-	-	-	-	-	-
France	3 343	3	3 346	24,50	0,01	24,51
Grèce	-	-	-	-	-	-
Irlande	-	-	-	-	-	-
Italie	326	-	326	2,43	-	2,43
Pays-Bas	6	1	7	0,02	0,00	0,03
Portugal	418	4	422	2,59	0,04	2,63
Royaume-Uni	1	-	1	0,02	-	0,02

Suède	1	-	1	0,01	-	0,01
Autres pays	51	2	53	0,48	0,01	0,49
TOTAL	16 751	2 061	18 812	124,53	5,83	130,36

Les données financières

Appréciation globale des opérations courantes

Depuis 2001 les recettes courantes de la section industrielle dépassent les dépenses courantes. En 2004 une dotation à la réserve légale de 25 440,11 milliers EUR a été effectuée contre 24 271,21 milliers EUR en 2003. En 2000 les dépenses courantes avaient encore dépassé les recettes courantes de 1 860,4 milliers EUR, soit 1,3%. La dotation aux réserves de l'excédent permet de rééquilibrer le compte d'exploitation de l'exercice 2004. Les dépenses courantes représentent 0,74% du PIB en 2004, et la proportion y relative continue de diminuer (1,3% en 1975). Aussi, le taux de croissance annuel moyen des dépenses courantes entre 1986 et 2004 n'atteint que 4,2% (au nombre indice 100) ce qui témoigne d'une évolution plus lente des dépenses que dans les principales autres branches de la sécurité sociale.

Concernant la section agricole et forestière, les dépenses courantes se chiffrent en 2004 à 7 326,49 milliers EUR par rapport à 4 707,36 milliers EUR en recettes et 2 470,93 milliers EUR en rôles à établir.

Un prélèvement au fonds de réserve légal d'un montant de 148,20 milliers EUR a été effectué pour la dépense extraordinaire, résultant de la régularisation de créances de l'UCM concernant des prestations en nature avancées par l'UCM pour la période 1994-2003.

Pour la section industrielle cette même régularisation s'est soldée par à une dépense supplémentaire de 5 191,19 milliers EUR.

Dépenses courantes

Les opérations courantes de l'assurance accidents (en milliers EUR)

Année	AAI			AAA			Total		
	Dépenses	Recettes	Solde	Dépenses	Recettes	Solde	Dépenses	Recettes	Solde
2001	162 746,90	168 589,14	5 842,24	6 287,55	3 704,52	-2 583,03	169 034,45	172 293,66	3 259,21
2002	172 330,77	185 959,31	13 628,54	7 357,75	4 594,20	-2 763,55	179 688,52	190 553,51	10 864,99
2003	181 911,39	206 182,60	24 271,21	7 171,31	4 734,39	-2 436,92	189 082,70	210 916,99	21 834,29
2004	190 314,43	215 754,54	25 440,11	7 326,49	4 707,36	-2 619,13	197 640,91	220 461,90	22 820,98

En 2004, les prestations cumulées des deux sections atteignent 182 836,92 milliers EUR et représentent 92,5% du total des dépenses. Les prestations sont en progression de 3,0% au nombre indice 100 par rapport à 2003.

Les frais d'administration, au nombre indice 100, ont connu une faible augmentation de 0,4% en 2004. Ils représentent 5,7% des dépenses courantes.

La structure des dépenses courantes (en milliers EUR) en 2004

	AAI	AAA	Total	En % du total
Frais d'administration	10 819,75	349,79	11 169,54	5,7%
Prestations en espèces	143 636,65	5 831,22	149 467,87	75,6%
- Indemnités pécuniaires	19 108,55	0,00	19 108,55	-
- Rentes	90 188,00	5 677,08	95 865,08	-
- Rachats et autres	34 340,10	154,15	34 494,24	-
Prestations en nature	32 322,01	1 047,04	33 369,05	16,9%
Dépenses diverses	3 536,02	98,44	3 634,46	1,8%
TOTAL	190 314,42	7 326,49	197 640,91	100,0%

Recettes courantes

L'assurance accidents est financée à raison de 80,5% par des cotisations, de 14,4% par les contributions publiques et de 5,0% par les revenus de la fortune et les recettes diverses. A noter que parmi les contributions publiques figure également la prise en charge intégrale des prestations allouées dans le cadre des régimes spéciaux.

Les cotisations au nombre indice 100 ont augmenté par rapport à 2003 de 3,1% pour la section industrielle.

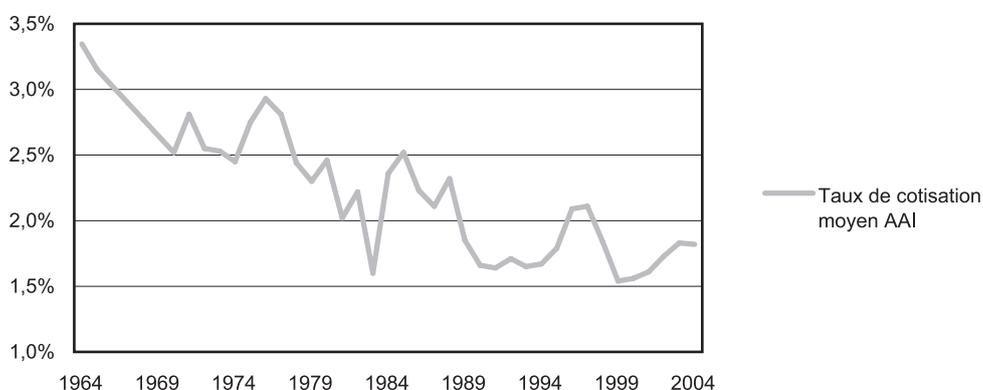
La structure des recettes courantes (en milliers EUR) en 2004

	AAI	AAA	Total	En % du total
Cotisations	177 577,39	-	177 577,39	80,5%
Participation de l'Etat	27 282,39	4 541,45	31 823,84	14,4%
Produits financiers et recettes diverses	10 894,75	165,91	11 060,66	5,0%
TOTAL	215 754,54	4 707,35	220 461,89	100,0%

Etant donné que les taux de cotisation de la section industrielle sont refixés annuellement pour chaque position du tarif, il est intéressant d'analyser l'évolution du taux de cotisation moyen. Ce taux de cotisation moyen est obtenu en divisant le montant des dépenses à charge des cotisants par la masse des salaires cotisables.

Le taux de cotisation moyen a augmenté depuis le début des années 90 pour atteindre un maximum de 2,11% en 1997, pour retomber ensuite et se situer au plus bas à 1,54% en 1999. Depuis il a entamé une progression nouvelle pour atteindre en 2004 une valeur de 1,82%.

Evolution du taux de cotisation moyen de l'AAI



L'évolution législative et réglementaire

Sur le plan législatif, il y a lieu de relever que la loi du 21 décembre 2004 modifiant 1. le Code des assurances sociales; 2. la loi modifiée du 24 mai 1989 sur le contrat de travail a opéré une harmonisation du régime de l'indemnité pécuniaire payée en matière d'assurance accident avec celui de l'assurance maladie. En effet, le nouvel alinéa 2 point 2° de l'article 97 CAS spécifie que " l'octroi d'une indemnité pécuniaire à l'assuré ayant exercé une activité professionnelle pour les périodes d'incapacité de travail totale imputable à l'accident; cette indemnité est due, calculée et payée conformément aux articles 9 à 16 ainsi qu'aux dispositions réglementaires et statutaires afférentes; ".

Ainsi, la limite de 13 semaines est-elle remplacée par celle de 52 semaines. Il est renvoyé aux dispositions applicables en matière d'assurance maladie. Il s'ensuit que pour la détermination de la limite de 52 semaines est mis en compte l'ensemble des périodes d'incapacité de travail totales se situant dans la période de référence de 104 semaines, quelle qu'en soit l'origine (maladie, autre accident de travail ou accident non professionnel). Ces nouvelles dispositions constituent certainement un avantage pour les assurés.

Il y a lieu de signaler qu'une exigence du CES que celui-ci avait formulé dans son avis du 2 octobre 2001 sur la réforme de l'assurance accident et qui concernait les prestations à charge de l'assurance dépendance non remboursées par l'assurance accident, a été satisfaite. En effet, l'article 2 de la loi du 23 décembre 2005 modifiant différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière d'assurance dépendance dispose qu'à partir du 1er janvier 2007, le point 1 de l'alinéa 2 de l'article 97 du CAS prend la teneur suivante : "1° Les prestations de santé visées à l'article 17, les prestations de l'assurance dépendance visées à l'article 347 ainsi que tout autre moyen capable d'amoinrir les suites de l'accident ou de la maladie."

Sur le plan réglementaire, il convient de citer le *règlement du 23 janvier 2006* approuvant les taux de cotisation applicables en matière d'assurance accident industrielle pour l'exercice 2006 tels que proposés par de l'assemblée générale de l'association d'assurance contre les accidents en date du 20 janvier 2006.

La réforme de l'assurance accidents

Un groupe de travail, constitué d'experts de l'Inspection générale de la sécurité sociale et de l'Assurance contre les accidents avait été institué. Il était chargé d'examiner, sur base de l'avis du CES, les différentes possibilités d'amélioration de la législation existante, mais aussi de revoir des dispositions devenues obsolètes.

Le groupe s'est réuni à plusieurs reprises sous l'égide du ministre pendant l'année 2005 pour réfléchir sur les propositions du CES concernant les différents aspects de l'assurance accident : champ d'application personnel, définition des risques, prestations, prévention des accidents, organisation administrative et financement.

Toutes ces réflexions, y compris celles du CES et les pistes éventuelles à suivre, ont été consignées dans un seul document de travail qui sera finalisé au début de l'année 2006.

L'élaboration d'un avant-projet de loi implique en effet d'importants travaux préliminaires qui pourraient comprendre les étapes suivantes :

- Première concertation avec les partenaires sociaux, éventuellement séparément pour les deux groupes,, su base du document de travail décrit ci-dessus ;
- Organisation d'un séminaire avec des experts étrangers en vue d'étudier la pratique administrative et les expériences acquises en matière d'assurance accident dans plusieurs autres pays européens ;
- Elaboration d'un nouveau modèle de prestations en espèces, estimation de son coût et incidence sur le taux de cotisation ;
- Nouvelle concertation avec les partenaires sociaux, le cas échéant dans un contexte plus vaste que l'assurance accident en y associant aussi les représentants d'autres ministères, comme le ministère de l'agriculture (fusion éventuelle des sections industrielle et agricole) et le ministère du travail (tutelle de l'ITM et compétence pour l'indemnité compensatoire prévue par la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle) ;
- Constitution d'un groupe de travail chargé d'élaborer un avant-projet de loi et comprenant éventuellement des experts externes.

LE CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

L'organisation du Contrôle médical

Atributions

- la constatation de l'incapacité de travail et, le cas échéant, la fixation de son degré provisoire ou définitif par rapport à la capacité de travail normale;
- les examens de contrôle périodiques en relation avec l'incapacité de travail, l'hospitalisation et les cures;
- l'autorisation de la prise en charge des traitements médicaux, médico-dentaires et paramédicaux, pour autant qu'elle est prescrite par les lois, règlements ou statuts, et leur surveillance;
- l'avis au sujet des normes à établir par les statuts en vue de définir la consommation abusive de soins de santé par les assurés;
- l'établissement par voie informatique avec la collaboration du centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de l'association d'assurance contre les accidents, de l'union des caisses de maladie et des caisses de maladie, d'un rapport de l'activité de chaque médecin ou médecin-dentiste en ce qui concerne notamment le nombre, la nature et le coût des actes réalisés ainsi que des prescriptions et des certificats d'incapacité de travail en vue de constater éventuellement la non observation des références médicales opposables ou toute autre décision injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire;
- l'étude, l'examen et la recommandation de mesures appropriées en matière de prévention et de réadaptation;
- l'autorisation de la prise en charge de prothèses, orthèses et épithèses de tous genres, la surveillance de leur mise en place en bonne et due forme et le contrôle périodique afférent;
- la vérification et le contrôle périodique des maladies ou infirmités donnant droit à des indemnités ou subventions à charge d'institutions ou de services à caractère social;
- les avis et examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité;
- l'établissement de statistiques concernant l'état de santé des personnes protégées;
- l'information et la formation continue du corps médical en matière de législation sociale;
- les avis en matière de médicaments à inscrire ou figurant sur la liste positive des médicaments.

Personnel :

Contrôle médical de la sécurité sociale	Médecin-Directeur	1
	Médecin-Directeur adjoint	1
	Fonctionnaires de la carrière supérieure du médecin-conseil	17
	Fonctionnaires de la carrière supérieure du pharmacien	1
	Fonctionnaires de la carrière moyenne de l'assistant social	1
	Fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur	2
	Fonctionnaires de la carrière inférieure de l'expéditionnaire	0
	Employés de l'Etat (carrières scientifiques et paramédicales)	8
	Employés de l'Etat (carrière administrative)	9
	TOTAL	40

Les activités du Contrôle médical

1. Activités dans le domaine de l'assurance maladie

Elle constitue le volet le plus important de l'activité du Contrôle médical. En 2005, dix médecins y étaient attachés et assuraient une permanence pour le compte des 9 caisses de maladie et de l'Union des caisses de maladie. Pour la Caisse de maladie des ouvriers, 18 agences réparties à travers le pays, ont été desservies.

1.1. Activités en rapport avec les prestations en espèces

Le contrôle de l'incapacité de travail est effectué pour toutes les caisses, sauf la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et l'Entraide médicale des chemins de fer luxembourgeois.

Depuis le 27.06.1994, date de l'entrée en vigueur du nouveau contrat collectif des ouvriers de l'Etat, le Contrôle médical est également compétent pour la constatation de l'incapacité de travail de ces ouvriers.

1.2. Activités en rapport avec les prestations en nature

1.2.1. Soins médicaux et médico-dentaires

Etaients soumises pour autorisation les prestations suivantes:

- les consultations et visites dépassant le nombre de 1 par 24 heures, ou de 2 par semaine, ou de 12 par période de 6 mois ;
- les changements répétés de médecin ;
- la chirurgie plastique ;
- les mammographies pratiquées en dehors du programme officiel de dépistage précoce du cancer du sein.

Les caisses de maladie ont consulté les médecins-conseils pour:

- des problèmes de facturation et de nomenclature ;
- l'application de la liste des affections, des traitements ainsi que des moyens de diagnostic exclus de la prise en charge conformément à l'article 12 des statuts ;
- la constatation de la consommation abusive conformément aux articles 31 et 32 des statuts.

Trois médecins-dentistes engagés sur contrat à temps partiel ont été consultés en vue de l'autorisation de la prise en charge :

- de toutes les prothèses dentaires ;
- de tous les traitements orthodontiques.

1.2.2. Frais pharmaceutiques

Le travail des pharmaciens-réviseurs consiste à contrôler pour le compte de l'Union des caisses de maladie la concordance entre les prescriptions médicamenteuses et les médicaments mis en compte par le pharmacien.

Un pharmacien-inspecteur engagé à mi-temps, assume les fonctions suivantes:

- coordonner l'action des pharmaciens-réviseurs ;
- collaborer au sein de la commission d'autorisation de mise sur le marché des médicaments ;
- collaborer à l'élaboration et à la gestion du profil des médecins en matière de prescription médicamenteuse ;
- conseiller les médecins-conseils (notamment en ce qui concerne la prescription de médicaments non enregistrés au Grand-Duché de Luxembourg) ;
- collaborer à la mise à jour des fichiers A1, B1 et B2 ;
- collaborer à l'élaboration des protocoles thérapeutiques prévus par les statuts de l'UCM.

Les ordonnances comportant un médicament non enregistré au Grand-Duché de Luxembourg ont été soumises pour autorisation par les caisses de maladie aux médecins-conseils.

Le médecin-directeur a été appelé à donner son avis en vue du remboursement au taux préférentiel de certaines spécialités pharmaceutiques, dans le cadre des articles 111 et 112 des statuts.

1.2.3. Hospitalisations

Les médecins-conseils ont effectué des contrôles réguliers dans tous les hôpitaux du pays. L'essentiel de ces contrôles s'effectuait dans le cadre de la procédure de détermination des cas de simple hébergement.

Tous les traitements parallèles effectués lors des hospitalisations ont été soumis à l'autorisation des médecins-conseils.

1.2.4. Transferts à l'étranger

Tous les transferts à l'étranger sont traités au niveau de l'Union des caisses de maladie qui les transmet au Contrôle médical pour avis.

Les données statistiques y afférentes sont disponibles auprès de l'Union des caisses de maladie.

1.2.5. Cures de convalescence et cures thermales

Les cures de convalescence à Colpach et Berschbach étaient à charge de l'assurance maladie après avis favorable du médecin-conseil. Il en était de même des cures thermales à Mondorf-les-Bains.

1.2.6. Prestations des autres professions de santé

Les prestations des kinésithérapeutes, des rééducateurs en psychomotricité, des orthophonistes, des sages-femmes et des infirmières ont été soumises à l'autorisation du Contrôle médical dans tous les cas prévus par les statuts.

1.2.7. Prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses

Toutes les prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses sont soumises à un accord préalable du Contrôle médical. Ces accords sont placés sous la responsabilité d'un même médecin-conseil.

1.2.8. Moyens accessoires

Les moyens accessoires sont repris dans le fichier B2. Un certain nombre de ces moyens accessoires sont soumis à un accord préalable du Contrôle médical.

1.2.9. Frais de voyage, de transport et de séjour

Les transports en série en ambulance ou en taxi, les frais de voyage et de séjour pour personne accompagnante, ainsi que les frais de taxi pour transport de biopsies ont été soumis pour avis au Contrôle médical.

1.2.10. Chirurgie esthétique

La prise en charge des interventions de chirurgie esthétique est soumise à un accord préalable du Contrôle médical. Ces accords sont placés sous la responsabilité d'un même médecin-conseil.

1.3. Activités en rapport avec le conseil d'administration de l'UCM

Le médecin-directeur du Contrôle médical exerce une fonction d'expert auprès du conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie et assiste aux réunions dudit conseil avec voix consultative.

2. Activités dans le domaine de l'assurance pension

L'assurance pension comprend les régimes de pension contributifs de l'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité (AVI), de la Caisse de pension des employés privés (CPEP), de la Caisse de pension des artisans, des commerçants et des industriels (CPACI) et de la Caisse de pension agricole (CPA).

	examens et réexamens 2002	examens et réexamens 2003	examens et réexamens 2004	examens et réexamens 2005
AVI	2 520	3 233	3 556	3 287
CPEP	645	807	878	885
CPACI	163	169	127	126
CPA	52	53	40	45

Décisions prises après premier examen:

	2002			2003			2004			2005		
	invalid. perm.	invalid. temp.	pas invalide									
AVI	797	321	603	838	516	1 206	835	611	1 337	895	606	1 036
CPEP	230	101	72	196	75	311	193	100	421	202	120	347
CPACI	87	12	36	78	14	43	52	11	37	64	11	35
CPA	24	1	20	27	3	19	19	2	16	21	5	16

Dans le cadre des demandes d'assurance pension facultative, 71 dossiers ont été transmis pour avis aux médecins-conseils.

3. Activités dans le domaine de l'assurance accidents

L'assurance accidents est prise en charge par 3 médecins-conseils à plein temps et 2 médecins-conseils à mi-temps et porte sur les volets industriel et agricole, ainsi que sur les maladies professionnelles.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
premiers examens et réexamens	2.917	3.107	2.827	1.722	3.050	2.230
avis médicaux sur dossier	39.567	37.106	29.252	17.122	17.600	*)
examens pour maladie professionnelle	39	38	37	23	55	56

*) Les chiffres relatifs aux avis médicaux sur dossier n'étaient pas disponibles au moment de l'établissement du présent rapport.

4. Activités en rapport avec l'Administration de l'emploi

Elles sont sous la responsabilité d'un médecin-conseil. Sont convoquées aux fins d'examen:

- les personnes dont le placement s'avère difficile, ayant déjà bénéficié des allocations de chômage pendant un an et demandant une prolongation de prise en charge ;
- les personnes qui refusent les propositions de placement pour raison de santé ;
- les personnes se trouvant en période de chômage et présentant une incapacité de travail intercurrente pour cause de maladie.

Le nombre de dossiers transmis au Contrôle médical a augmenté considérablement depuis 2004. Malheureusement, les chiffres y relatifs n'ont pas pu être fournis par l'ADEM au moment de l'établissement du présent rapport.

5. Activités en rapport avec le Fonds national de solidarité et le Service national d'action sociale

Dans le cadre du revenu minimum garanti, le Contrôle médical est appelé à se prononcer sur l'aptitude au travail des bénéficiaires du complément.

Les statistiques y afférentes peuvent être consultées dans le rapport d'activité du Service national d'action sociale.

6. Activités en rapport avec la Caisse nationale des prestations familiales

En vue de l'attribution de l'allocation familiale spéciale supplémentaire pour enfants handicapés, le Contrôle médical a examiné 601 dossiers.

7. Examens médicaux en vue de l'octroi des cartes d'invalidité

Après avoir été saisi par le Ministère de l'Intérieur d'une demande en obtention d'une carte d'invalidité, le Contrôle médical de la sécurité sociale fait parvenir à l'intéressé un formulaire médical qui est à remplir par son médecin traitant. Le formulaire en question doit être retourné dans un délai de 40 jours au Contrôle médical. En 2005, 3.277 dossiers ont ainsi été traités.

8. Examens médicaux en vue de l'octroi du signe distinctif particulier "handicapé physique"

Un médecin-conseil est chargé de l'examen des demandes en obtention du signe distinctif particulier "handicapé physique".

Les données statistiques y afférentes peuvent être consultées dans le rapport d'activité du Ministère des Transports.

9. Commissions

Au cours de l'année 2005, les médecins-conseils ont participé aux commissions suivantes:

9.1. Commission consultative des laboratoires

Cette commission a délibéré entre autres des problèmes suivants:

- le contrôle de qualité des analyses de biologie clinique ;
- demandes d'ouvertures de laboratoires.

9.2. Commission médicale des permis de conduire

La présidence de la Commission médicale des permis de conduire est assurée par un médecin-conseil. Les données statistiques y afférentes peuvent être consultées dans le rapport d'activité du Ministère des Transports.

9.3. Commission d'orientation et de reclassement professionnel des travailleurs handicapés

Elle instruit les demandes en reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. En outre, lorsque la qualité de travailleur handicapé a été reconnue, elle peut proposer des mesures de placement, de formation ou de rééducation professionnelles, des mesures d'initiation ou des stages d'adaptation ou de réadaptation au travail.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Reconnaisances prononcées	172	269	293	355	343	333	506
Refus prononcés	45	62	111	100	108	103	264

9.4. Sous-commission des pensions AVI

9.5. Conseil supérieur de la santé et de la sécurité au travail

9.6. Commission mixte instituée par la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle.

10. Service social du Contrôle médical de la sécurité sociale

Une seule assistante sociale travaille à l'heure actuelle au sein du Contrôle médical. Elle s'occupe essentiellement du suivi des dossiers traités dans le cadre des traitements psychiatriques et cures de désintoxication à l'étranger.

	2002			2003			2004			2005		
	départs	désist. et refus	total des cas	départs	désist. et refus	total des cas	départs	désist. et refus	total des cas	départs	désist. et refus	total des cas
Cures de désintoxication	188	71	259	193	84	277	210	88	298	204	78	282
Traitements psychiatriques	237	46	283	295	59	354	258	53	311	307	55	362
Totaux	425	117	542	488	143	631	468	141	601	511	133	644

11. Autres activités

Une fois par mois les médecins-conseils se réunissent en conférence dans le but de mieux coordonner leur travail et de discuter les problèmes d'actualité.

Le Contrôle médical assure des cours de formation pour le personnel des organismes de sécurité sociale.

Chaque fois que le Conseil arbitral des assurances sociales est saisi d'un litige opposant un assuré à sa caisse de maladie et que la décision s'appuie sur un avis du Contrôle médical, ce dernier fournit une prise de position médicale circonstanciée.

Plusieurs réunions de coordination ont eu lieu avec les médecins du Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation.

Statistiques

Section A.V.I.

Exercice 2005

Tranches d'âge :	Femmes				Hommes				Totaux
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	Pas invalide	Total	Invalidité permanente	Incapacité de travail	Pas invalide	Total	
1940 - 1944	50	1	11	62	75	6	14	95	157
1945 - 1949	114	7	62	183	230	22	88	340	523
1950 - 1954	77	37	101	215	157	61	197	415	630
1955 - 1959	31	29	80	140	64	102	125	291	431
1960 - 1964	19	26	49	94	34	84	103	221	315
1965 - 1969	10	30	36	76	20	71	72	163	239
1970 - 1974	4	24	16	44	4	46	42	92	136
1975 - 1979	0	7	12	19	3	35	16	54	73
1980 - 1984	0	1	4	5	2	16	7	25	30
1985 - 1989	0	0	0	0	1	1	1	3	3
Totaux :	305	162	371	838	590	444	665	1699	2537

Section C.P.E.P.

Exercice 2005

Tranches d'âge :	Femmes				Hommes				Totaux
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	Pas invalide	Total	Invalidité permanente	Incapacité de travail	Pas invalide	Total	
1940 - 1944	9	0	5	14	11	0	1	12	26
1945 - 1949	31	3	30	64	49	4	22	75	139
1950 - 1954	18	8	52	78	39	7	31	77	155
1955 - 1959	11	15	40	66	8	16	28	52	118
1960 - 1964	5	12	38	55	8	12	35	55	110
1965 - 1969	1	16	14	31	7	3	7	17	48
1970 - 1974	1	7	15	23	0	5	17	22	45
1975 - 1979	2	6	7	15	2	4	2	8	23
1980 - 1984	0	2	3	5	0	0	0	0	5
Totaux :	78	69	204	351	124	51	143	318	669

Section C.P.A.**Exercice 2005**

Tranches d'âge :	Femmes				Hommes				Totaux
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	Pas invalide	Total	Invalidité permanente	Incapacité de travail	Pas invalide	Total	
1945 - 1949	8	0	4	12	5	0	2	7	19
1950 - 1954	4	1	5	10	2	1	3	6	16
1955 - 1959	1	0	0	1	1	0	1	2	3
1960 - 1964	0	0	1	1	0	1	0	1	2
1965 - 1969	0	0	0	0	0	1	0	1	1
1970 - 1974	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Totaux :	13	1	10	24	8	4	6	18	42

Section C.P.A.C.I.**Exercice 2005**

Tranches d'âge :	Femmes				Hommes				Totaux
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	Pas invalide	Total	Invalidité permanente	Incapacité de travail	Pas invalide	Total	
1940 - 1944	11	0	0	11	5	0	0	5	16
1945 - 1949	11	1	3	15	9	0	4	13	28
1950 - 1954	6	2	9	17	11	2	2	15	32
1955 - 1959	1	4	0	5	6	1	6	13	18
1960 - 1964	1	1	2	4	0	0	2	2	6
1970 - 1974	0	0	2	2	0	0	0	0	2
Totaux :	32	8	19	59	32	3	16	51	110

Nombre d'examens et de ré-examens :

	1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	total	premiers examens												
AVI	3 818	64.12%	3 811	64.10%	4 025	67.30%	3 845	58.60%	3 334	52.43%	3 244	52.56%	2 743	58.40%
CPEP	937	46.42%	875	55.54%	1 020	52.25%	1 084	54.34%	1 026	51.27%	976	51.54%	958	43.11%
CPACI	206	91.75%	204	93.63%	224	95.54%	225	89.78%	143	86.01%	196	83.16%	139	89.21%
CPA	152	94.74%	133	96.24%	124	85.48%	112	98.21%	88	94.32%	72	98.61%	67	97.01%
	5 113	62.90%	5 023	64.66%	5 393	66.05%	5 266	59.89%	4 591	54.02%	4 488	54.41%	3 907	56.41%

	2001		2002		2003		2004		2005	
	total	premiers examens								
AVI	2 312	65.96%	2 518	64.81%	3 233	79.18%	3 556	78.26%	3 287	77.18%
CPEP	662	56.80%	645	63.88%	807	72.12%	878	81.32%	885	75.59%
CPACI	147	86.39%	163	82.21%	169	79.88%	127	78.74%	126	87.30%
CPA	53	98.11%	52	88.46%	53	92.45%	40	92.50%	45	93.33%
	3 174	65.53%	3 378	65.84%	4 262	54.08%	4 601	72.29%	4 343	78.33%

Décisions prises après premier examen:

	1994			1995			1996			1997			1998			1999		
	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide
AVI	1 736	436	276	1 778	427	238	1 945	452	312	1 328	473	452	856	391	501	868	297	540
CPEP	311	112	12	350	118	18	357	145	31	371	134	84	332	124	70	328	114	61
CPACI	169	3	17	167	4	20	185	9	20	153	14	35	75	11	37	109	15	39
CPA	132	3	9	117	3	8	100	1	5	101	1	8	69	5	9	51	1	19
	2 348	554	314	2 412	552	284	2 587	607	368	1 953	622	579	1 332	531	617	1 356	427	659
		3 216			3 248			3 562			3 154			2 480			2 442	
	2000			2001			2002			2003			2004			2005		
	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide
AVI	785	216	601	770	241	514	797	321	603	838	516	1 206	835	611	1 337	895	606	1036
CPEP	235	85	93	230	65	81	230	101	72	196	75	311	193	100	421	202	120	347
CPACI	80	4	40	79	13	35	87	12	36	78	14	43	52	11	37	64	11	35
CPA	53	0	12	30	1	21	24	1	20	27	3	19	19	2	16	21	5	16
	1 153	305	746	1 109	320	651	1 138	435	731	1 139	608	1 579	1 099	724	1 811	1 182	742	1 434
		2 204			2 080			2 304			3 326			3 634			3 358	
	1994			1995			1996			1997			1998			1999		
	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide
AVI	70.92%	17.81%	11.27%	72.78%	17.48%	9.74%	71.80%	16.69%	11.52%	58.94%	20.99%	20.06%	48.97%	22.37%	28.66%	50.91%	17.42%	31.67%
CPEP	71.49%	25.75%	2.76%	72.02%	24.28%	3.70%	66.98%	27.20%	5.82%	62.99%	22.75%	14.26%	63.12%	23.57%	13.31%	65.21%	22.66%	12.13%
CPACI	89.42%	1.59%	8.99%	87.43%	2.09%	10.47%	86.45%	4.21%	9.35%	75.74%	6.93%	17.33%	60.98%	8.94%	30.08%	66.87%	9.20%	23.93%
CPA	91.67%	2.08%	6.25%	91.41%	2.34%	6.25%	94.34%	0.94%	4.72%	91.82%	0.91%	7.27%	83.13%	6.02%	10.84%	71.83%	1.41%	26.76%
	73.01%	17.23%	9.76%	74.26%	17.00%	8.74%	72.63%	17.04%	10.33%	61.92%	19.72%	18.36%	53.71%	21.41%	24.88%	55.53%	17.49%	26.99%
	2000			2001			2002			2003			2004			2005		
	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide
AVI	49.00%	13.48%	37.52%	50.49%	15.80%	33.70%	46.31%	18.65%	35.04%	32.73%	20.16%	47.11%	30.00%	21.95%	48.04%	35.28%	23.89%	40.84%
CPEP	56.90%	20.58%	22.52%	61.17%	17.29%	21.54%	57.07%	25.06%	17.87%	33.68%	12.89%	53.44%	27.03%	14.01%	58.96%	30.19%	17.94%	51.87%
CPACI	64.52%	3.23%	32.26%	62.20%	10.24%	27.56%	64.44%	8.89%	26.67%	57.78%	10.37%	31.85%	52.00%	11.00%	37.00%	58.18%	10.00%	31.82%
CPA	81.54%	0.00%	18.46%	57.69%	1.92%	40.38%	53.33%	2.22%	44.44%	55.10%	6.12%	38.78%	51.35%	5.41%	43.24%	50.00%	11.90%	38.10%
	52.31%	13.84%	33.85%	53.32%	15.38%	31.30%	49.39%	18.88%	31.73%	34.25%	18.28%	47.47%	30.24%	19.92%	49.83%	35.20%	22.10%	42.70%

Décisions prises après premier examen:

	AVI			CPEP			CPACI			CPA			Total		
	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide
1992	73.18%	15.33%	11.48%	76.05%	21.86%	2.09%	83.04%	5.80%	11.16%	89.89%	1.06%	9.04%	75.17%	14.73%	10.10%
1993	74.35%	17.66%	7.99%	72.37%	25.65%	1.99%	84.05%	5.17%	10.78%	87.43%	3.66%	8.90%	75.48%	17.19%	7.32%
1994	70.92%	17.81%	11.27%	71.49%	25.75%	2.76%	89.42%	1.59%	8.99%	91.67%	2.08%	6.25%	73.01%	17.23%	9.76%
1995	72.78%	17.48%	9.74%	72.02%	24.28%	3.70%	87.43%	2.09%	10.47%	91.41%	2.34%	6.25%	74.26%	17.00%	8.74%
1996	71.80%	16.69%	11.52%	66.98%	27.20%	5.82%	86.45%	4.21%	9.35%	94.34%	0.94%	4.72%	72.63%	17.04%	10.33%
1997	58.94%	20.99%	20.06%	62.99%	22.75%	14.26%	75.74%	6.93%	17.33%	91.82%	0.91%	7.27%	61.92%	19.72%	18.36%
1998	48.97%	22.37%	28.66%	63.12%	23.57%	13.31%	60.98%	8.94%	30.08%	83.13%	6.02%	10.84%	53.71%	21.41%	24.88%
1999	50.91%	17.42%	31.67%	65.21%	22.66%	12.13%	66.87%	9.20%	23.93%	71.83%	1.41%	26.76%	55.53%	17.49%	26.99%
2000	49.00%	13.48%	37.52%	56.90%	20.58%	22.52%	64.52%	3.23%	32.26%	81.54%	0.00%	18.46%	52.31%	13.84%	33.85%
2001	50.49%	15.80%	33.70%	61.17%	17.29%	21.54%	62.20%	10.24%	27.56%	57.69%	1.92%	40.38%	53.32%	15.38%	31.30%
2002	46.31%	18.65%	35.04%	57.07%	25.06%	17.87%	64.44%	8.89%	26.67%	53.33%	2.22%	44.44%	49.39%	18.88%	31.73%
2003	32.73%	20.16%	47.11%	33.68%	12.89%	53.44%	57.78%	10.37%	31.85%	55.10%	6.12%	38.78%	34.25%	18.28%	47.47%
2004	30.00%	21.95%	48.04%	27.03%	14.01%	58.96%	52.00%	11.00%	37.00%	51.35%	5.41%	43.24%	30.24%	19.92%	49.83%
2005	35.28%	23.89%	40.84%	30.19%	17.94%	51.87%	58.18%	10.00%	31.82%	50.00%	11.90%	38.10%	35.20%	22.10%	42.70%

Cartes d'invalidité

Exercice 2005

Dossiers transmis au CMSS :	3 834		
Dossiers traités :	3 277	dont	3 206 sur base d'un certificat médical et 71 après convocation de l'intéressé.
Dossiers sans suite :	339		
(expiration du délai de 40 jours)			
Dossiers en suspens :	218		

Cartes d'invalidité attribuées en 2005	
Carte A	3 069 (dont 45 avec carte de priorité)
Carte B	124
Carte C	27
Refus	57
	3 277

LES JURIDICTIONS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

L'organisation des Juridictions de la Sécurité sociale

Le Conseil arbitral des assurances sociales est compétent, en première instance, pour toutes les contestations en matière de sécurité sociale pouvant naître entre assurés et organismes de sécurité sociale.

Contre les jugements du conseil arbitral appel peut être formé par le Conseil supérieur des assurances sociales. Ces deux juridictions sont également compétentes pour certains litiges en relation avec les prestataires de soins.

Les pourvois en cassation se font devant la Cour de cassation.

Tous les frais, tant du Conseil arbitral que du Conseil supérieur des assurances sociales, sont à charge de l'Etat.

Le tableau ci-après renseigne le nombre des emplois du Conseil arbitral des assurances sociales CAAS :

Conseil arbitral des assurances sociales	Président	1
	Vices-présidents et juges	3
	Fonctionnaires de la carrière supérieure du médecin-conseil	2
	Fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur	6
	Fonctionnaires de la carrière inférieure de l'expéditionnaire	
	Employés de l'Etat (carrière administrative)*	6
	TOTAL	18

Le tableau ci-après renseigne le nombre des emplois du Conseil supérieur des assurances sociales CSAS :

Conseil supérieur des assurances sociales	Fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur	2
	Fonctionnaires de la carrière inférieure de l'expéditionnaire	1
	Employés de l'Etat (carrière administrative)	1
	TOTAL	4

Les fonctions de président et d'assesseurs-magistrats du Conseil supérieur des assurances sociales sont exercées par des magistrats de l'ordre judiciaire.

L'activité des juridictions de la sécurité sociale

En ce qui concerne le Conseil arbitral des assurances sociales, 1.607 jugements ont été prononcés au cours de l'exercice 2005. Au total 1.366 affaires ont été évacuées.

Le nombre des audiences tenues, avec 741 séances, s'est stabilisé à un niveau élevé.

En 2005, 393 affaires ont nécessité une expertise médicale et 461 un avis médical des médecins-conseil du Conseil arbitral.

Des 1.172 décisions qui ont donné lieu à un jugement définitif, 33,3% ont dit les recours fondés et 66,7% les ont rejetés ou déclarés irrecevables.

Si l'on sait qu'en 2005, 230 appels ont été relevés devant le Conseil supérieur des assurances sociales, on peut dire que le rapport jugements/appels est excellent ; moins d'un cinquième des affaires jugées en 1ère instance passent à la 2e instance. Cela est d'autant plus satisfaisant qu'en principe plus de 80% des jugements dont appel sont confirmés par le Conseil supérieur.

Le nombre des recours déposés s'est stabilisé à un niveau élevé; 1.603 recours en 2005 contre 1.596 en 2004. C'est pourquoi que le solde des affaires qui n'ont pas pu être évacuées au cours des années passées n'a pas pu être réduit. Ce fait est d'autant plus regrettable qu'avec la modification de la loi sur l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle, le nombre des recours déposés continuera certainement à augmenter à moyen terme.

Le Conseil supérieur des assurances sociales s'est vu soumettre 230 appels en 2005. Il est à relever que cette juridiction est uniquement saisie des jugements définitifs mais non des décisions avant dire droit ayant ordonné une expertise ou quelque autre mesure d'instruction.

226 arrêts, y non compris ni les ordonnances présidentielles, ni les désistements d'instance, ont été rendus.

Le nombre des dossiers en suspens au 31 décembre 2005 est de 151 unités.

Le délai de fixation est en moyenne de 5 mois, de sorte que tout assuré social, qui le désire, obtient une décision définitive dans un délai rapproché.

Statistiques concernant les deux juridictions

Nombre de recours introduits devant le Conseil arbitral des assurances sociales par branche (années 1994 à 2005)

Branches	Années											
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ass. accident	264	357	374	405	453	411	467	278	446	415	439	586
Ass. pension	163	145	186	320	393	372	493	344	324	535	555	364
Ass. maladie	88	113	113	150	151	130	144	139	159	248	242	259
Ass. dépendance	-	-	-	-	-	-	13	20	20	22	5	15
Prest. du Fonds Nat. de la Solidarité	80	76	84	75	70	85	75	73	68	68	86	106
Autres prestations (dont chômage)	30	55	41	28	106	180	95	70	91	217	191	248
Affiliation et Cotisations	35	7	32	8	10	18	58	8	10	15	78	25
TOTAL	660	753	830	986	1183	1196	1345	932	1118	1520	1596	1603

Tableau comparatif ayant trait au nombre des audiences et des recours introduits auprès du Conseil arbitral des assurances sociales

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Audiences	537	534	562	710	765	741
Affaires fixées	2.043	1.995	1.945	2.181	2.541	2.822
Jugements prononcés (évacués)	933	957	987	967	1.187	1.172
Jugements prononcés (av. dire droit)	256	320	280	322	417	435
Désistements	155	207	136	167	146	194
Affaires évacuées	1.088	1.164	1.123	1.134	1.333	1.366
Recours introduits	1.345	932	1.118	1.520	1.596	1.603
Recours déclarés fondés	436	392	452	344	400	330
Recours déclarés non fondés	432	513	478	543	714	708
Recours déclarés irrecevables	65	52	57	80	73	74

Conseil supérieur des assurances sociales- Evolution du nombre des appels déposés et des arrêts rendus :

Années	Appels déposés	Arrêts rendus
1995	154	256
1996	156	237
1997	212	160
1998	168	232
1999	180	202
2000	149	173
2001	188	189
2002	192	173
2003	207	223
2004	221	210
2005	230	226

LA SÉCURITÉ SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL

Les relations multilatérales

Union Européenne

a) Coordination européenne

Les travaux en matière de simplification de l'instrument de coordination, à savoir le règlement 1408/71 concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants, ont été clôturés le 1er mai 2004, date de l'entrée dans l'Union européenne des 10 nouveaux Etats membres. A noter cependant que le nouveau règlement qui a été adopté et qui porte le numéro 883/2004 n'entrera en vigueur qu'à partir du moment où un nouveau règlement d'application aura été pris.

En 2005, la Commission européenne s'est attachée à la tâche de préparer le projet de règlement d'application. Sa proposition est attendue pour début 2006.

Durant la première moitié de l'année 2005, des représentants du Ministère de la Sécurité sociale ont présidé les groupes techniques existant auprès du Conseil (Groupe des questions sociales) et de la Commission (CASSTM). Une réunion de la commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants a précisément été organisée à Mondorf-les-Bains et le sujet abordé à cette occasion était la reconnaissance des périodes d'éducation d'enfants en matière de pension si ces périodes d'éducation ont eu lieu dans un autre pays de l'Union européenne.

Les travaux au niveau de la Commission et du Conseil, ont permis de préparer les changements suivants qui sont intervenus dans la législation communautaire :

- Les annexes du règlement no 574/72 fixant les modalités d'application du règlement no 1408/71 ont été modifiées et adaptées par le règlement no 77/2005 du 13 janvier 2005 ;
- Le règlement no 1408/71 et son règlement d'application no 574/72 ont été modifiés par le règlement no 647/2005 du 13 avril 2005. A part des adaptations techniques devenues nécessaires suite aux changements intervenus dans les législations des Etats membres, ce règlement comporte des modifications de fond rendues nécessaires par la jurisprudence de la Cour de justice européenne. A cette occasion le revenu pour personnes gravement handicapées a été inscrit à l'annexe II bis qui reprend les prestations non exportables accordées sous condition de résidence dans un Etat membre.

La commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants a pris plusieurs décisions en 2005 :

- La décision n° 199 du 13 octobre 2004 concernant les modèles de formulaires de la série E 300 pour les prestations de chômage ;
- La décision no 200 du 15 décembre 2004 concernant le mode de fonctionnement et la composition de la commission technique pour le traitement de l'information près de la commission administrative ;
- La décision n° 201 du 15 décembre 2004 concernant les modèles de formulaires de la série E 400 pour les prestations familiales ;
- La décision n° 197 du 23 mars 2004 relative aux périodes transitoires pour l'introduction de la carte européenne d'assurance maladie a été modifiée à plusieurs reprises alors que certains Etats membres ont émis leur carte plus tôt que prévu initialement.

b) Politique sociale européenne

A noter que le comité de protection sociale (CPS) a trouvé son rythme de croisière.

Le ministère de la Sécurité sociale a eu une participation très active dans le comité de protection sociale, ainsi que dans le sous-groupe des indicateurs. Les réunions des deux instances se déroulent sur une base mensuelle. Durant la présidence luxembourgeoise une réunion du comité de protection sociale a été organisée à Luxembourg, suivie d'une conférence sur le thème " soins de longue durée pour personnes âgées ".

En 2005, le comité de protection sociale a orienté ses priorités dans les directions suivantes :

- Inclusion sociale ;
- Pensions ;
- Soins de santé et de longue durée.

Dans le domaine des pensions, il y a lieu de relever que le Ministère de la Sécurité sociale a présenté son plan stratégique national pour 2005. Ce travail est à situer dans le contexte où tous les pays sont appelés à fournir un tel rapport en vue de permettre à la Commission de rédiger un rapport de synthèse sur la situation européenne.

La même idée de la méthode de coordination ouverte se retrouve pour le domaine des soins de santé où un rapport préliminaire a été fourni.

Le sujet de l'inclusion relève prioritairement de la compétence du Ministère de la Famille et de l'Intégration. Néanmoins une étroite collaboration s'est créée avec le Ministère de la Sécurité sociale, en particulier dans le domaine des Pan-inclusion (plan d'action nationale en matière d'inclusion).

Le Ministère de la Sécurité sociale soutient cette nouvelle méthode de travail engagée, à savoir la coordination ouverte. Dans ce domaine, une nouvelle stratégie a été développée par le comité de protection sociale avec l'idée force de mieux synchroniser les différents processus existant au niveau de l'Union européenne.

Conseil de l'Europe

a) Cohésion sociale

Le Comité européen pour la cohésion sociale (CDCS), assisté de la nouvelle Unité de développement de la cohésion sociale est un comité directeur multidisciplinaire regroupant plusieurs partenaires. En 2005, il a conforté ses activités dans le domaine de la cohésion sociale, domaine où, de toute évidence, la sécurité sociale a un rôle important à jouer.

Le CDCS a trouvé son rythme de croisière en prévoyant deux réunions par année auxquelles participe un représentant du Ministère de la Sécurité sociale.

Par ailleurs, le Comité européen pour la cohésion sociale est chargé, au travers des organes subordonnés qu'il a créés à cet effet, de contrôler l'application des normes prévues dans le Code européen de sécurité sociale et de superviser le fonctionnement d'un certain nombre d'instruments juridiques de coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale.

Le Comité d'experts normatif dans le domaine de la sécurité sociale (CS-CO) et le Comité d'experts pour la coordination dans le domaine de la sécurité sociale (CS-CR), outre leur activité conventionnelle au sens strict, suivent également la situation en matière de sécurité sociale dans les Etats membres et rendent compte au CDCS des problèmes et éléments nouveaux observés. Il a été décidé de fusionner, à partir de 2006, ces deux comités en un seul comité de la sécurité sociale (CS-CO) qui reprendra les activités des deux anciens comités en les rationalisant.

b) Code européen de sécurité sociale et son protocole

Le Code européen est un instrument international qui fixe des normes minima. D'une façon générale, cet instrument n'est pas d'application directe au niveau national, mais se limite à déterminer des critères quantitatifs que les pays qui le ratifient s'engagent à respecter en ce qui concerne les catégories de personnes à protéger, le niveau des prestations et la durée du service des prestations.

Les pays suivants ont ratifié le code: Belgique, Chypre, Danemark, Estonie, France, Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Espagne, Slovaquie, Suède, Suisse, Tchéquie, Turquie et Royaume-Uni. En 2005, l'Estonie a ratifié le code.

Chaque année, le Ministère de la Sécurité sociale est appelé à établir un rapport sur l'état et l'évolution de la législation sociale permettant aux instances de contrôle (à savoir le BIT à Genève) d'apprécier si le Luxembourg remplit toujours ses obligations issues de la ratification du code. A l'instar des années précédentes, le Luxembourg n'a pas reçu d'observations de la part de l'instance de contrôle qui a certifié que le Luxembourg continue à donner plein effet à ses obligations en matière de normes minima.

Code européen de sécurité sociale révisé

Pour tenir compte de l'évolution des législations de sécurité sociale dans la plupart des Etats membres du Conseil de l'Europe depuis l'ouverture à la signature, le 16 avril 1964, du Code européen de sécurité sociale et du protocole à ce code, un Code européen de sécurité sociale révisé a été adopté en 1990 par le comité des Ministres. Il a été signé le 6 novembre 1990 par 11 Etats membres du Conseil de l'Europe, dont le Luxembourg. Le Comité européen de l'application des normes a adopté récemment un rapport explicatif renseignant sur la portée précise des normes retenues dans le code révisé. A la lumière de ce rapport, le Ministère de la Sécurité sociale a examiné dans quelle mesure la législation luxembourgeoise est conforme aux dispositions du code révisé.

Cependant, à cause du caractère extrêmement technique de la matière et compte tenu du fait qu'aucun autre Etat du Conseil de l'Europe n'a encore ratifié le code révisé jusqu'à ce jour, le Ministère de la Sécurité sociale n'a pas encore engagé la procédure en vue de l'approbation parlementaire afférente.

Sécurité sociale des bateliers de la navigation intérieure

Un groupe de travail du Centre administratif pour la sécurité sociale des bateliers rhénans, chargé d'examiner l'articulation de l'accord concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans avec les autres instruments de coordination des législations de sécurité sociale, a marqué sa préférence pour changer l'ordre des priorités en faveur du règlement communautaire 1408/71.

Durant l'année 2005, les travaux en vue de réaliser cet objectif ont été tenus en suspens en attendant l'entrée en vigueur du nouveau règlement communautaire 883/2004 qui devra changer la donne.

Association internationale de la sécurité sociale

Les représentants du Ministère ont pris part à certaines activités organisées par l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS). Les relations avec l'AISS relèvent en partie également de la compétence de l'ALOSS (association luxembourgeoise des organismes de sécurité sociale).

Pour la période triennale 2005-2007, un représentant luxembourgeois a été élu comme membre du bureau de l'AISS.

Les relations bilatérales

1. Luxembourg-Suède

Etant donné que l'ancienne convention bilatérale avec la Suède couvrait toutes les personnes sans distinction de nationalité, elle ne continuait à s'appliquer que pour les ressortissants de pays tiers. En présence de cette situation, les deux pays sont tombés d'accord de remplacer cette convention du 21 février 1985 par une nouvelle convention qui couvre uniquement les ressortissants de pays tiers et dont les dispositions sont calquées pour l'essentiel sur celles des règlements communautaires, ce qui du même coup facilite le travail administratif des institutions.

Un accord sur le fond a été trouvé lors des négociations à Stockholm en juin 2001. Cependant, étant donné que l'extension du règlement 1408/71 aux ressortissants de pays tiers était imminente une renégociation du projet de convention a eu lieu au cours de l'année 2003 à Luxembourg. Dans ce cadre, les aspects en relation avec l'assurance dépendance ont également été abordés.

Cette nouvelle convention a été ratifiée par la Suède le 7 octobre 2004 et par le Luxembourg en date du 8 avril 2005.

La convention est entrée en vigueur le 1er juin 2005.

2. Luxembourg-Turquie

Une convention bilatérale en matière de sécurité sociale entre les deux pays a été signée le 20 novembre 2003 à Luxembourg. La procédure de ratification parlementaire a été terminée en Turquie en 2004. La ratification est intervenue au Luxembourg le 8 avril 2005. L'entrée en vigueur aura lieu dès que l'échange des instruments de ratification sera effectué.

Une quatrième ronde de négociations a eu lieu en Turquie du 27 juin au 1er juillet 2005. A cette occasion les formulaires nécessaires pour l'application de la convention ont été arrêtés.

3. Luxembourg-Maroc

Deux rondes de négociations (l'une au mois de février 2003 à Luxembourg et l'autre au mois de mai 2003 à Marrakech) ont permis de tomber d'accord sur le texte d'une convention bilatérale regroupant l'ensemble des branches de la sécurité sociale.

Dès que la signature aura lieu, des négociations seront engagées pour l'arrangement administratif.

La procédure de signature sera engagée sous peu.

4. Luxembourg-Serbie/Monténégro

L'objectif était de remplacer l'ancienne convention bilatérale avec l'ex-Yougoslavie, qui s'applique encore dans nos relations avec la Serbie et le Monténégro, par un instrument plus moderne. Les négociations ont abouti et la convention a été signée le 27 octobre 2003. La ratification a été effectuée en 2004 en Serbie/Monténégro et le 8 avril 2005 au Luxembourg.

La convention est entrée en vigueur le 1er septembre 2005.

En 2005, des contacts ont eu lieu pour finaliser les formulaires nécessaires pour l'application de la convention

5. Luxembourg-Bulgarie

En 2004, deux rondes de négociations ont permis de trouver un accord sur le texte d'une convention bilatérale qui englobe toutes les branches de la sécurité sociale

La convention bilatérale a été ratifiée en 2004 par la Bulgarie et le 9 décembre 2005 par le Luxembourg. Son entrée en vigueur est imminente.

En 2005, une ronde de négociations qui s'est tenue à Sofia a permis de parapher l'arrangement administratif nécessaire à l'application de la convention.

6. Luxembourg-Roumanie

En 2004, deux rondes de négociations ont permis de trouver un accord sur le texte d'une convention bilatérale qui englobe toutes les branches de la sécurité sociale.

La convention a été ratifiée en 2004 par la Roumanie et le 9 décembre 2005 par le Luxembourg. Son entrée en vigueur est imminente.

En 2005, deux rondes de négociations ont eu lieu. La première qui s'est déroulée à Bucarest a permis de parapher l'arrangement administratif nécessaire à l'application de la convention, la seconde qui s'est tenue à Luxembourg, a permis d'arrêter les formulaires.

7. Luxembourg-Macédoine

Un échange de lettre entre les Ministères des deux pays a permis de retenir le principe de remplacer l'ancienne convention avec l'ex-Yougoslavie par un instrument basé sur des méthodes de coordinations plus modernes et plus adéquates.

Une première ronde de négociations est prévue pour la première moitié de l'année 2006 à Luxembourg.

8. Luxembourg-Bosnie Herzégovine

Les autorités des deux pays sont tombées d'accord à entamer des négociations en vue de remplacer l'ancienne convention avec l'ex-Yougoslavie par un instrument de coordination plus adéquat et plus moderne. Des négociations prévues en 2005 ont dû être annulées, cependant des initiatives pour une première ronde de négociations seront relancées en 2006.

9. Luxembourg-Brésil

Il est envisagé de remplacer la convention entre le Grand-Duché de Luxembourg et le Brésil du 16 septembre 1965 qui ne traite que la matière du détachement par un instrument plus moderne et plus complet.

Dans le souci d'améliorer constamment les relations avec nos voisins, des contacts réguliers ont eu lieu avec les autorités de l'Allemagne, de la Belgique et de la France.

En 2005, une convention bilatérale avec la France qui prévoit certaines améliorations par rapport à la réglementation de droit commun, à savoir le règlement communautaire 1408/71 sur la sécurité sociale des travailleurs migrants qui se déplacent à l'intérieur de l'Union européenne, a été négociée avec les autorités françaises.

Cette convention bilatérale a été signée le 7 novembre 2005 à Paris.

La procédure de ratification parlementaire est engagée dans les deux pays.

En 2005, les efforts ont été continués avec la France pour trouver un système administratif qui permet d'améliorer et simplifier le paiement des prestations familiales.

Il y a lieu de rappeler à ce sujet qu'un accord pour une procédure de paiement direct par la Caisse nationale des prestations familiales au profit des frontaliers avec régularisation ultérieure entre institutions concernées a été conclu par échange de lettres entre les Ministres de la Sécurité sociale luxembourgeois (4 décembre 2002) et français (31 janvier 2003). Pendant l'année 2005, les préparatifs techniques ont continué, notamment en ce qui concerne la programmation par les institutions luxembourgeoises et françaises.

Des efforts pour parvenir à une procédure identique au profit des frontaliers belges ont également été entrepris. Cependant cette procédure est tenue en suspens jusqu'à l'achèvement des travaux avec la France.

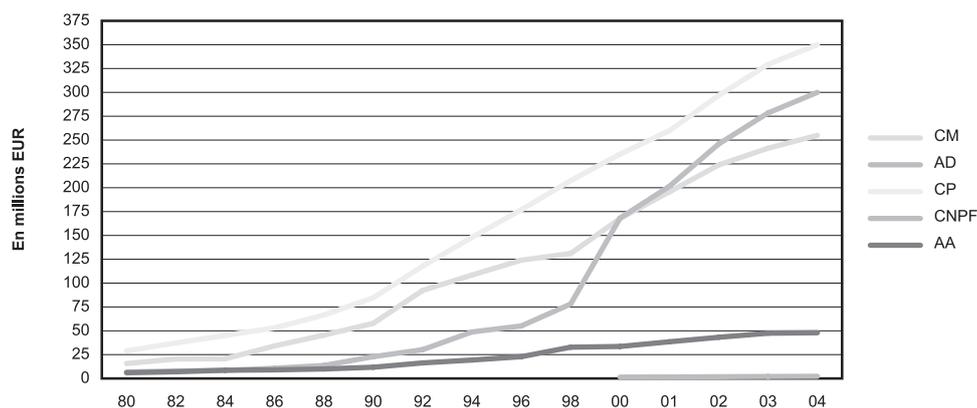
Des entrevues bilatérales avec l'Allemagne continuent sur une base régulière.

Transferts à l'étranger

En ce qui concerne les prestations de maladie et des accidents de travail, les travailleurs qui résident ou séjournent sur le territoire d'un Etat autre que l'Etat compétent, bénéficient des prestations en nature servies à charge de l'institution compétente par l'institution de résidence ou de séjour suivant la législation que cette dernière applique. Les frais médicaux sont pris en charge aux taux applicables aux assurés sociaux sur présentation d'une attestation certifiant le droit aux prestations documentée par un formulaire délivré par l'institution compétente du lieu de travail.

Le nombre et surtout le montant des pensions virées à l'étranger accusent une tendance croissante. Il est utile de préciser que les montants des pensions payées par les établissements luxembourgeois correspondent uniquement aux périodes d'assurance qui ont été accomplies dans le cadre de l'affiliation au régime luxembourgeois ; les montants ne représentent donc souvent que des pensions partielles auxquelles se joignent les parts de pension déterminées par application des législations des autres pays dans lesquels l'assuré a poursuivi une activité professionnelle.

Evolution des transferts aux non-résidents - Répartition par branche 1980 à 2004



Les prestations exportées portent essentiellement sur les cinq branches de la sécurité sociale : assurance maladie, assurance dépendance, régime général de pension, prestations familiales et assurance contre les accidents. Le volume des transferts augmente sans interruption tant en valeur absolue qu'en valeur relative des prestations totales servies.

Le graphique illustre le phénomène des transferts qui continue à s'amplifier au cours des dernières années, puisque les montants transférés, qui étaient encore de 363 millions EUR en 1995 sont passés à 955 millions EUR en 2004.

Evolution des transferts à l'étranger

Année	Caisses de maladie	Dépendance	Caisses de pension	Caisse nationale des prestations familiales	Assurances accidents	Total
1980	15,69		28,85	6,81	6,03	57,38
1990	57,83		84,61	22,87	11,83	177,13
1995	123,63		165,62	52,48	21,83	363,56
2001*)	195,64	1,60	259,79	201,50	38,48	697,01
2002*)	223,85	1,80	296,74	245,91	43,17	811,47
2003*)	241,43	2,10	329,40	278,46	47,42	898,81
2004*)	254,89	2,30	349,91	300,03	47,92	955,05

*) Nouvelle approche UCM et dépendance à partir de 2001.

Transferts aux non-résidents d'après les différentes gestions (en millions EUR)

Organisme payeur	1975	1980	1990	1995	2001*)	2002*)	2003*)	2004*)
Union des caisses de maladie	0,36	0,63	2,33	4,99	195,64	223,85	241,43	254,89
Dépendance					1,60	1,80	2,10	2,30
Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité	0,54	0,98	2,86	5,48	205,73	232,66	255,37	267,80
Caisse de pension des employés privés	0,07	0,17	0,49	1,05	48,61	57,97	67,10	74,85
Caisse de pension des artisans, des commerçants et industriels	0,00	0,01	0,06	0,13	5,04	5,64	6,50	6,76
Caisse de pension agricole	0,00	0,00	0,01	0,02	0,41	0,47	0,43	0,49
Caisse nationale des prestations familiales	0,18	0,27	0,92	2,12	201,50	245,91	278,46	300,03
Association d'assurance contre les accidents								
- Section agricole et forestière	0,00	0,00	0,01	0,01	0,11	0,08	0,08	0,08
- Section industrielle	0,16	0,24	0,47	0,87	38,37	43,09	47,34	47,85
TOTAL DES PRESTATIONS AUX NON-RESIDENTS	1,31	2,31	7,15	14,67	697,01	811,47	898,81	955,05

*) Nouvelle approche UCM et dépendance à partir de 2001.

Transferts aux non-résidents 1980 à 2004 - Montant total et montant en % des prestations des 5 branches de sécurité sociale

