

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION	1
LA SÉCURITÉ SOCIALE EN GÉNÉRAL	3
L'organisation de la sécurité sociale	3
Les personnes protégées	9
La situation globale de la sécurité sociale	13
L'ASSURANCE MALADIE MATERNITÉ	15
L'organisation de l'assurance maladie maternité	15
L'évolution financière de l'assurance maladie maternité	15
L'évolution législative et réglementaire	22
L'ASSURANCE PENSION	25
L'organisation de l'assurance pension	25
L'évolution financière de l'assurance pension	25
L'évolution législative et réglementaire	32
L'ASSURANCE DÉPENDANCE	35
La situation financière de l'assurance dépendance	35
L'évolution législative et réglementaire	38
L'ASSURANCE ACCIDENTS	43
L'évolution de l'assurance accidents	43
L'évolution législative et réglementaire	47
LE CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	49
LES JURIDICTIONS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	59
L'organisation des juridictions de la sécurité sociale	59
L'activité des juridictions de la sécurité sociale	59
LA SÉCURITÉ SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL 61	
Les instruments multilatéraux	61
Les instruments bilatéraux	63

INTRODUCTION

1. L'introduction du statut unique pour tous les salariés du secteur public fut le point de mire de l'activité du département de la Sécurité sociale. Si l'introduction du statut unique relève prioritairement du droit du travail, il implique des répercussions majeures en matière de sécurité sociale, notamment par la généralisation de la continuation de la rémunération (" Lohnfortzahlung ") et la fusion des institutions de sécurité sociale qu'il implique. Aussi, les différents travaux en amont de la réalisation du statut unique furent-ils menés conjointement avec le département du Travail et de l'Emploi. Après des consultations intensives avec les partenaires sociaux, les conclusions furent traduites dans un projet de loi portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé, déposé à la Chambre des députés le 1er août 2007. Le volet sécurité sociale porte notamment sur la généralisation de la continuation de la rémunération, les mécanismes de compensation des charges des employeurs et la fusion des caisses de maladie et des caisses de pension.
2. Dans le domaine de l'assurance maladie, l'action concertée entre les prestataires de soins, les partenaires sociaux et les pouvoirs publics fut poursuivie dans le cadre du programme d'action " soigner mieux en dépensant mieux " visant à éviter des doubles emplois coûteux et à favoriser de bonnes pratiques médicales. Grâce à l'effort de tous les partenaires impliqués, l'équilibre, certes précaire, de l'assurance maladie a pu être préservé.
3. En matière d'individualisation des droits de pension, un groupe de travail interministériel ad hoc composé de représentants du département de la Sécurité sociale et du département de la Fonction publique et de la Réforme administrative, s'est inspiré du modèle allemand du " Versorgungsausgleich " pour analyser la possibilité d'introduire en droit luxembourgeois un tel modèle de partage.
4. Au courant de l'exercice 2007, un bilan sur l'application de la législation en matière d'incapacité de travail et de réinsertion professionnelle a été élaboré par les services compétents du département de la Sécurité sociale sur base notamment des informations recueillies auprès des administrations principalement concernées par l'application de la législation ayant trait à l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle. Le bilan a été présenté au début de l'année 2008 à la Chambre des Députés.

En collaboration avec l'Association d'assurance contre les accidents, les travaux préparatoires en vue de la réforme de l'assurance contre les accidents furent poursuivis de sorte à saisir les instances législatives d'un projet de loi en 2008.

5. A la suite de l'entrée en vigueur de la loi 23 décembre 2005 adaptant la législation en matière d'assurance dépendance, les organes prévus en vue de garantir la qualité des soins ont été mis en place. A la suite de controverses engendrées par l'application de la prédite loi concernant la prise en charge des différentes prestations dans les établissements d'aides et de soins, un projet ayant pour objet l'introduction d'une comptabilité analytique uniforme fut lancé.
6. Au cours de l'exercice 2007, 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 concrétisées 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 son appui aux activités de 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.

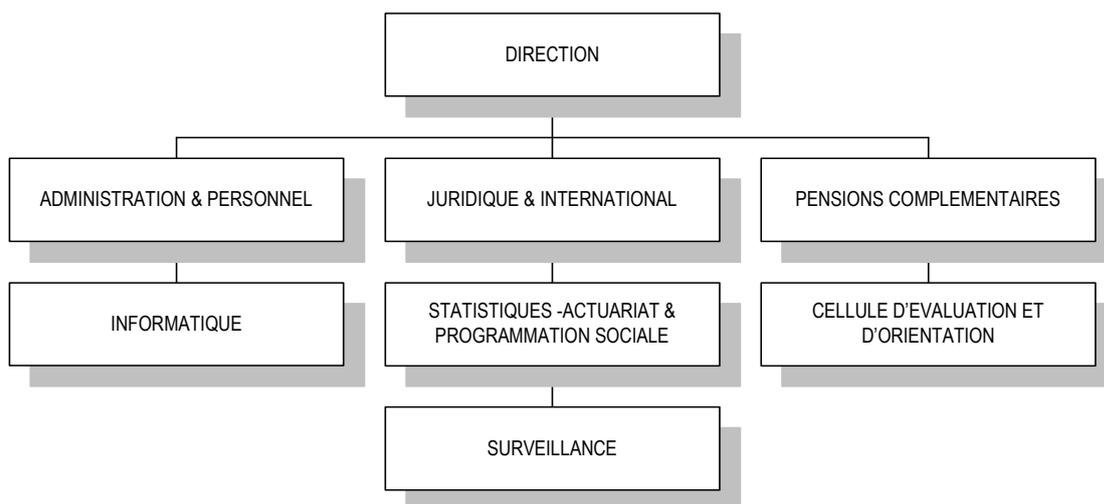
A l'égard des institutions de sécurité sociale, l'autorité de surveillance doit veiller à l'observation des prescriptions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ainsi qu'à la régularité des opérations financières. A cette fin, elle peut en tout temps contrôler ou faire contrôler la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

Le département de la Sécurité sociale, l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Cellule d'évaluation et d'orientation se sont engagés dans un processus d'autoévaluation "Common Assessment Framework" sur invitation du Ministère de la Fonction publique et de la Réforme administrative.

Institutions de sécurité sociale

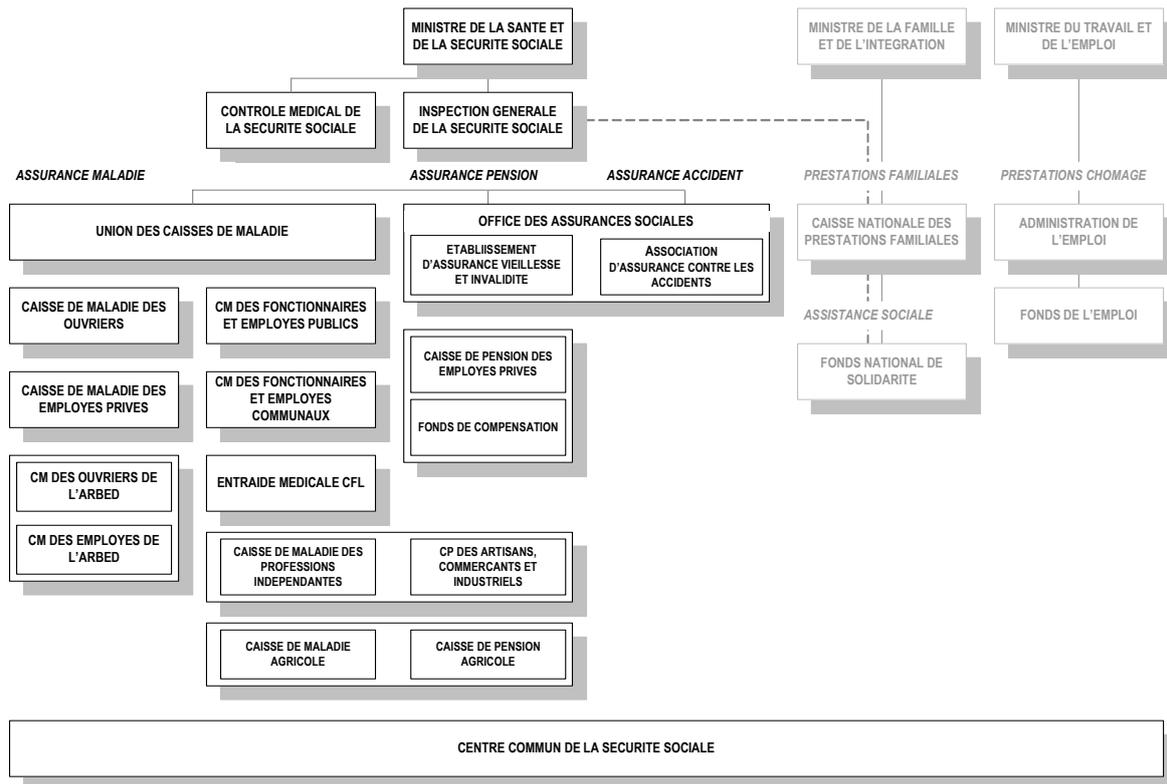
Statut des institutions de sécurité sociale

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.

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
	<i>Employés publics:</i>	
	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
	Carrières inférieures	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
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 inférieure de l'expéditionnaire administratif	21
	Carrière inférieure de l'expéditionnaire informaticien	18
	Autres carrières inférieures	8
	<i>Employés non-statutaires</i>	15
TOTAL		176
TOTAL GENERAL :		857

LES PERSONNES PROTÉGÉES

L'affiliation aux différents régimes de sécurité sociale se fait obligatoirement en raison de l'exercice d'une occupation professionnelle rémunérée. Les règles d'organisation de la sécurité sociale veulent que les personnes concernées soient assurées auprès des organismes compétents pour leur groupe socio-professionnel et selon les risques à couvrir. En dehors des personnes assurées obligatoirement du chef de leur occupation professionnelle il y a celles qui le sont du fait qu'elles touchent un revenu de remplacement.

Sous certaines conditions, une assurance volontaire est possible.

Les droits dérivés sont des droits dont peuvent se prévaloir d'autres personnes que celles qui ont payé des cotisations. Il s'agit généralement des membres de famille (conjoint ou enfants des cotisants).

Etant donné que la sécurité sociale luxembourgeoise est organisée selon le principe de l'unicité d'affiliation, les principales catégories des assurés actifs en assurance maladie et assurance pension sont identiques.

Assurés actifs obligatoires de l'assurance maladie et l'assurance pension pour 2006 (moyenne annuelle)

		dont régimes pension statutaires
Ouvriers	130 800	
Employés	146 800	
Fonctionnaires	24 600	24 600
Indépendants	17 450	
Bénéficiaires d'une indemnité de chômage	5 600	
Bénéficiaires d'un congé parental	2 000	140
Bénéficiaires d'une indemnité de préretraite	1 250	20
Pensionnés actifs	1 900	30
Total	330 400	24 790

Evolution du nombre des personnes protégées en assurance maladie

Ces dernières années la croissance du nombre de personnes protégées évolue à rythme plutôt régulier. L'écart observé entre les taux de croissance de la population protégée globale et la population protégée résidente témoigne de l'impact socio-économique des travailleurs frontaliers.

Personnes protégées résidentes depuis 2002 (moyenne annuelle)

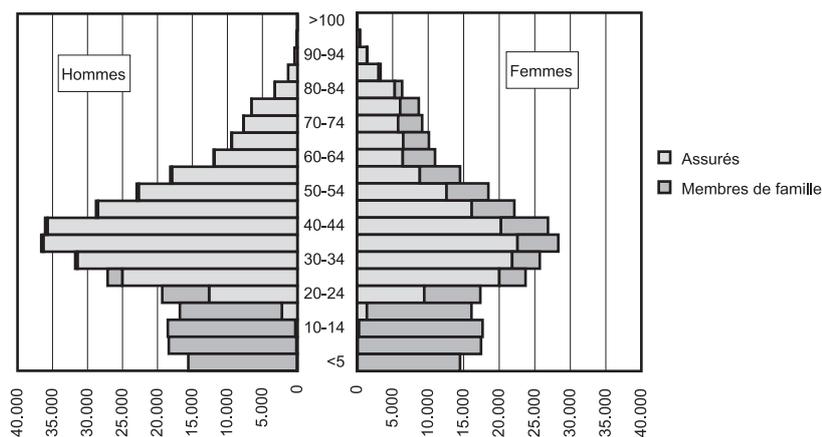
	2002	2003	2004	2005	2006
Hommes	212 400	215 100	218 500	221 500	224 300
Femmes	216 000	218 300	221 100	223 300	225 700
Total	428 400	433 400	439 600	444 800	450 000
Taux de croissance	1,0%	1,2%	1,4%	1,2%	1,2%

Evolution de la population protégée depuis 2002 (moyenne annuelle)

	2002	2003	2004	2005	2006
Actifs et volontaires	464 900	476 400	490 000	503 900	518 400
Pensionnés	101 500	102 000	102 800	104 000	105 800
Total	566 400	578 400	592 800	607 900	624 200
Taux de croissance	2,3%	2,1%	2,5%	2,5%	2,7%

Le graphique suivant présente la pyramide des âges des assurés et de leurs membres de famille en 2006.

Population protégée en 2006 (moyenne annuelle)



En analysant cette pyramide des âges on constate plusieurs choses:

- La proportion des personnes actives est à son maximum dans les tranches d'âge de 35 à 39 ans pour les hommes et pour les femmes.
- Si les hommes sont déjà largement majoritaires parmi la population active, ils sont également en surnombre d'une manière absolue dans les classes d'âge de la population protégée se situant en dessous de 60 ans.
- Ce n'est qu'au-delà de 60 ans que le rapport numérique hommes/femmes parmi la population protégée commence à changer.

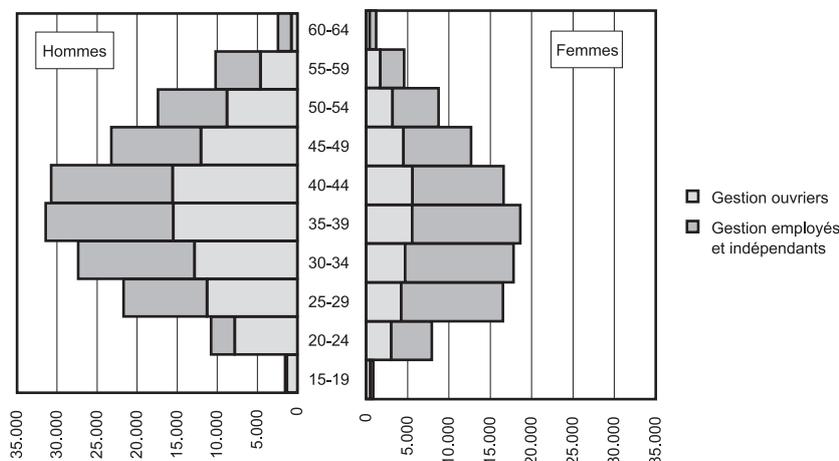
Evolution du nombre des assurés du régime des prestations en espèces en assurance maladie

Les statistiques ci-après concernent les assurés des deux gestions des prestations en espèces.

La gestion ouvriers (Art. 29.1c CAS), dont fait partie la majorité des ouvriers, intervient dès le premier jour de maladie. L'employeur peut cependant opter pour une affiliation de ses salariés ouvriers auprès de la gestion employés et indépendants (Art. 29.1b CAS), qui a un taux de cotisation beaucoup plus avantageux. En cas de maladie d'un ouvrier, l'employeur devra alors continuer à payer le salaire pendant le mois en cours et les trois mois subséquents.

La gestion employés et indépendants (Art. 29.1b CAS) concerne les salariés bénéficiant de la conservation de la rémunération pendant le mois en cours et les trois mois subséquents ainsi que les travailleurs indépendants.

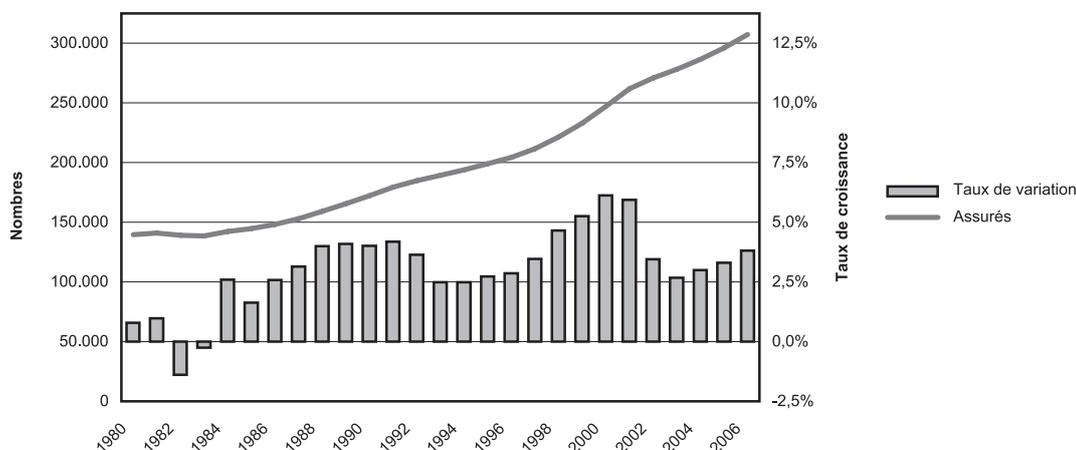
Le graphique ci-dessous représente la répartition des assurés par gestion et par groupes d'âge en 2006.



Les assurés du régime général de pension

En 2006, le nombre moyen d'assurés atteint quelque 307 300 personnes ce qui correspond à un taux de croissance de 3,8% par rapport à l'année précédente.

Evolution du nombre moyen d'assurés



Le taux de croissance des assurés féminins est de 3,9% contre 3,7% pour les hommes.

Selon la répartition socioprofessionnelle, c'est la catégorie des employés privés qui accuse la plus forte progression observée entre 1984 et 2006 avec un taux de croissance annuel moyen de 5,5%, 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. Le nombre des artisans, commerçants et industriels a diminué de -4,1% entre 2005 et 2006 suite à un changement dans la pratique d'affiliation expliqué plus en détail dans la section 3.

Nombre moyen d'assurés par caisse

Caisse	2005	2006	Taux de variation
AVI	132 400	136 400	3,0%
CPEP	151 000	158 800	5,2%
CPACI	9 560	9 160	-4,2%
CPA	3 050	2 970	-2,6%
Total	296 010	307 300	3,8%

Les revenus cotisables

Le revenu mensuel moyen cotisable s'est élevé en 2006 à 3 240 EUR pour l'ensemble des assurés, à 3 363 EUR pour les assurés masculins et à 3 011 EUR pour les assurés féminins. Ces moyennes cachent cependant des disparités assez importantes entre les différentes catégories socioprofessionnelles, comme le montre le tableau ci-dessous.

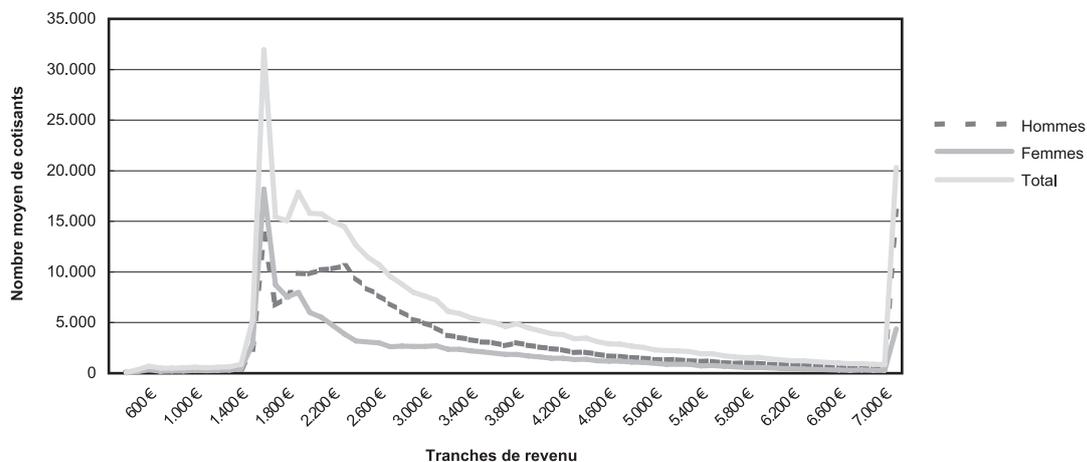
Evolution du revenu moyen cotisable

Caisse	Sexe	1995	2000*)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Variation 2006/05	Variation moyenne 1995-2006
AVI	Hommes	1 877	2 069	2 156	2 213	2 272	2 324	2 395	2 459	2,6%	2,5%
	Femmes	1 371	1 543	1 667	1 728	1 798	1 857	1 931	1 985	2,8%	3,4%
CPEP	Hommes	3 381	3 724	3 891	3 998	4 140	4 232	4 384	4 490	2,4%	2,6%
	Femmes	2 414	2 826	2 975	3 082	3 197	3 315	3 447	3 563	3,4%	3,6%
CPACI	Hommes	2 348	2 610	2 623	2 661	2 791	2 828	2 884	2 936	1,8%	2,1%
	Femmes	1 546	1 829	1 874	1 925	2 065	2 114	2 182	2 232	2,3%	3,4%
CPA	Hommes	1 199	1 510	1 556	1 668	1 842	1 893	1 973	2 031	3,0%	4,9%
	Femmes	1 143	1 381	1 456	1 551	1 689	1 714	1 790	1 843	3,0%	4,4%
Total		2 277	2 628	2 761	2 851	2 948	3 028	3 143	3 240	3,1%	3,3%

*) A partir de 2000, nouvelle série sans affiliation baby-year.

Le niveau de ces revenus moyens cotisables est influencé par l'existence d'un maximum et d'un minimum cotisable. Le niveau du minimum cotisable qui s'élève en 2006 en moyenne à 1 506,55 EUR joue avant tout un rôle dans le revenu moyen cotisable des assurés non salariés.

Répartition des assurés par tranches de revenu mensuel cotisable en 2006



La distribution des assurés par tranches de revenu mensuel cotisable fait apparaître une forte concentration des assurés aux alentours du salaire social minimum pour les deux sexes. Au plafond cotisable, on constate une forte accumulation d'assurés masculins alors que tel n'est pas le cas pour les assurés féminins.

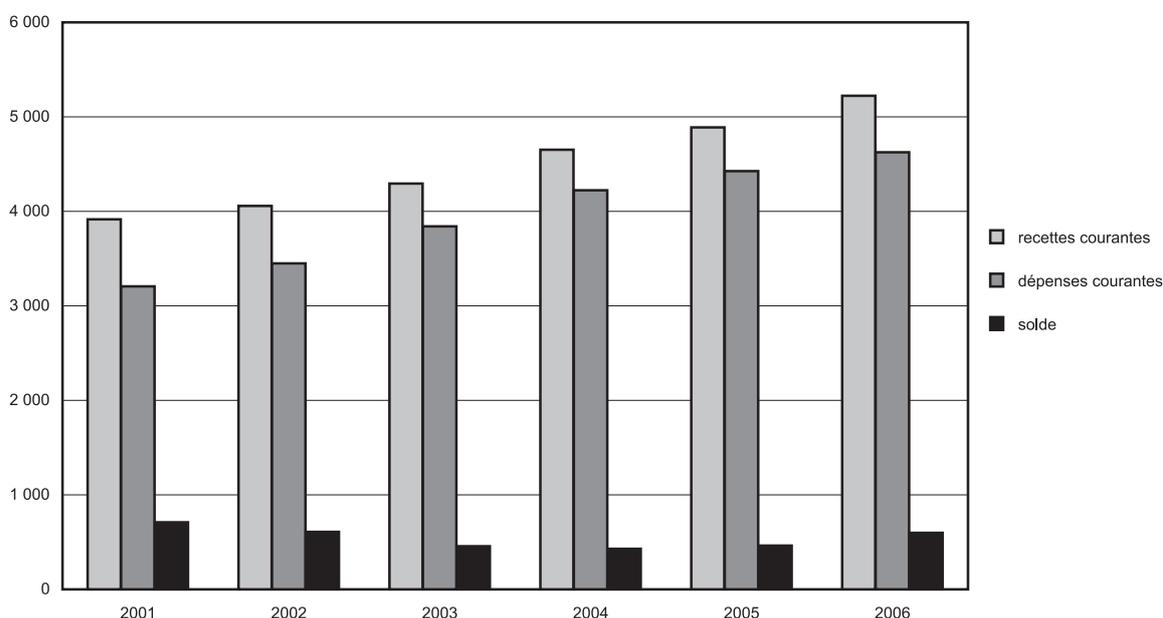
Situation globale de la sécurité sociale

Recettes et dépenses de la sécurité sociale

Les recettes courantes de l'ensemble des quatre branches de sécurité sociale considérées (assurance maladie maternité, assurance pension, assurance dépendance, assurance accidents) s'élèvent à 5 223,6 millions EUR en 2006, présentant une progression de 6,9% en comparaison avec l'année 2005 (4 887,9 millions EUR). Les dépenses courantes atteignent 4 624,0 millions EUR ce qui représente une augmentation de 4,5% par rapport à l'année 2005 (4 426,1 millions EUR). L'année 2006 termine avec un solde positif de 599,6 millions EUR (461,8 millions EUR en 2005). Les recettes courantes représentent 15,4% du PIB tandis que les dépenses courantes sont à 13,7% du PIB. Le solde revient à 1,8% du PIB.

En 2006, les cotisations des employeurs forment 25,9% des recettes courantes tandis que la participation des personnes protégées revient à 34,5%. Les pouvoirs publics interviennent pour 34,7%. 58,8% des dépenses courantes représentent des prestations en espèces et 37,3% des prestations en nature.

Evolution des recettes et dépenses courantes des quatre branches de la sécurité sociale (assurance maladie maternité, assurance pension, assurance dépendance, assurance accidents) entre 2001 et 2006 (en millions EUR).



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 caisses de maladie et les neuf caisses de maladie¹⁾ :

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 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 2007 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 2006 et indiquent les données provisoires pour l'exercice 2007.

1. Evolution financière globale

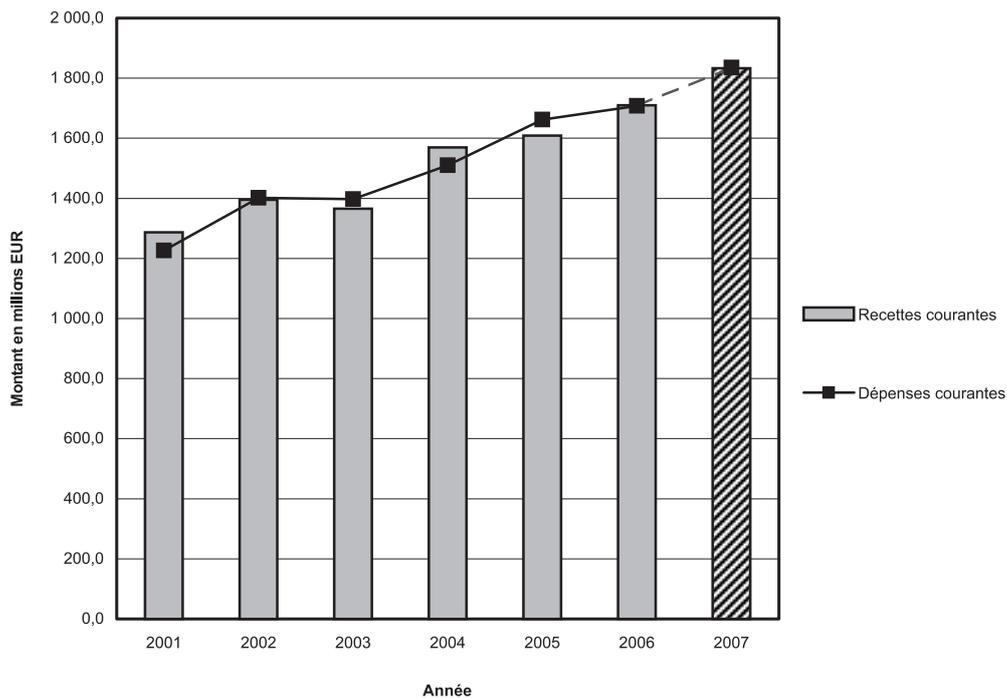
1.1. Evolution des recettes et dépenses courantes²⁾

Entre 2001 et 2007, les recettes courantes ont progressé à un rythme annuel moyen de 6,1% alors que les dépenses courantes ont augmenté de 7,0% en moyenne annuelle.

1) Organisées selon des critères socio-professionnels.

2) Données provisoires pour 2007, données ajustées en fonction des dotations et prélèvements aux provisions.

Evolution des recettes et dépenses à partir de 2001

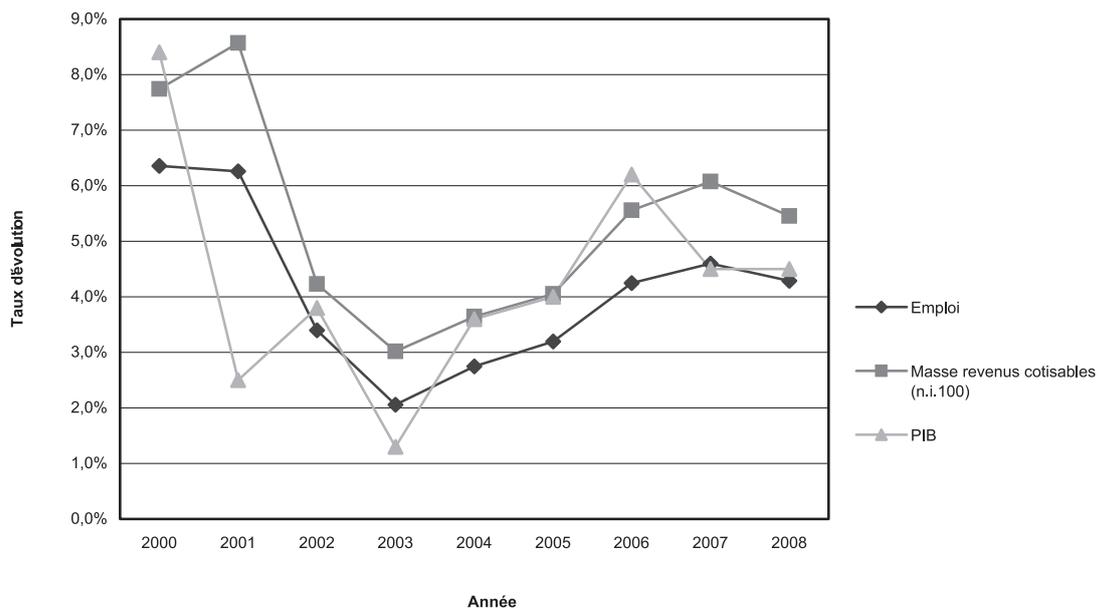


En 2007¹⁾, les recettes courantes²⁾ ont augmenté de 7,2% par rapport à 2006.

Les dépenses courantes se sont accrues de 7,5% en 2007¹⁾.

L'évolution des salaires en relation avec le taux de variation de l'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⁾



1) Données provisoires pour 2007 et estimations pour 2008.

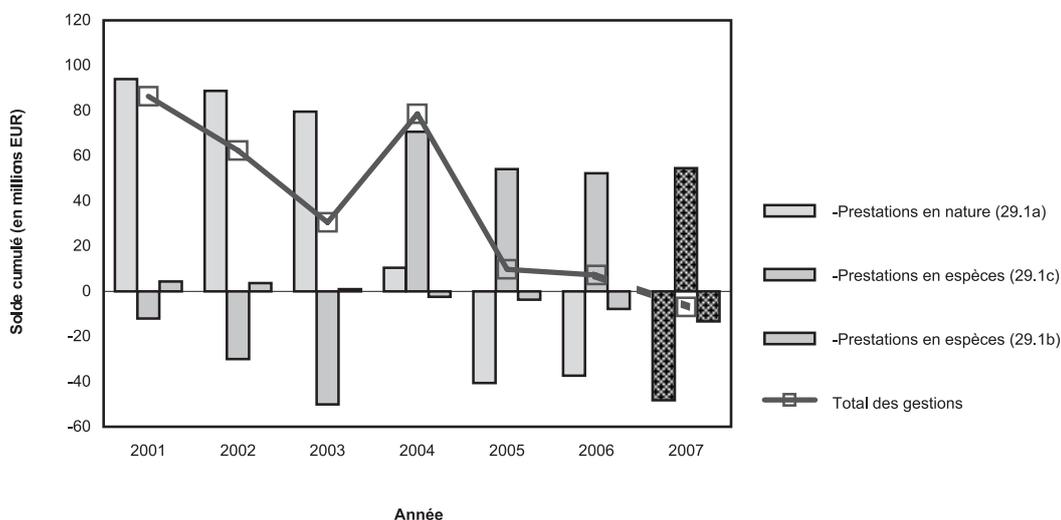
1) Données provisoires pour 2007.

2) Données ajustées en fonction des dotations et prélèvements aux provisions.

L'évolution des recettes en cotisations suit celle de la masse salariale. Cette dernière évolue, avec un certain décalage, en fonction de la situation de l'emploi.

Le graphique ci-après résume les résultats d'exploitation des 6 dernières années :

Evolution de la réserve de l'assurance maladie-maternité à partir de 2001¹⁾ (en millions EUR)



¹⁾ données 2007 provisoires.

On constate que malgré une dotation de 130 millions EUR en provenance du régime des pensions en 2004 et malgré un relèvement substantiel au 1^{er} janvier 2005 du taux de cotisation pour prestations en nature, les réserves de l'assurance maladie maternité ont chuté de 86,3 millions EUR en 2001 à -7,0¹⁾ millions EUR en 2007.

Après le freinage du déficit budgétaire constaté en 2006, la situation financière poursuit sa tendance à la baisse en 2007.

Le tableau ci-après montre l'évolution du niveau de la réserve par rapport au minimum légal :

Evolution du niveau de la réserve¹⁾ (en millions EUR)

	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007 ²⁾
Réserve	229,6	176,0	177,9	176,5
Minimum légal (10% des dépenses courantes)	165,4	183,9	170,8	183,5
Rapport réserve / dépenses courantes	13,9%	9,6%	10,4%	9,6%

1) Sans les prélèvements aux provisions.

2) Source : Estimations UCM (septembre 2007).

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) Source : Estimations UCM (septembre 2007).

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

Exercice	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	Décompte	Décompte	Décompte	Décompte	Décompte	Décompte	Estimations ¹⁾
<i>nombre indice</i>	587,24	599,46	611,92	624,63	640,24	653,52	668,46
RECETTES COURANTES ²⁾	1 009,48	1 043,9	1 107,7	1 166,3	1 315,7	1 398,1	1 500,9
DEPENSES COURANTES ²⁾	950,1	1 034,9	1 117,2	1 226,1	1 354,1	1 391,0	1 501,2
Solde des opérations courantes	59,4	9,1	-9,5	-59,8	-38,4	7,1	-0,3
Dotation /prélèvement au fonds de roulement	-12,7	-14,3	-	-9,3	-12,6	-3,8	-10,6
Excédent / découvert de l'exercice	46,7	-5,3	-9,2	-69,2	-51,0	3,3	-10,9
Excédent / découvert cumulé (après opérations sur réserves)	94,1	88,8	79,6	10,4	-40,6	-37,3	-48,3
Taux de cotisation appliqué	5,20%	5,10%	5,10%	5,10%	5,40%	5,40%	5,40%
Taux d'équilibre de l'exercice	4,95%	5,12%	5,14%	5,41%	5,61%	5,39%	5,44%

1) Source: Estimations UCM (septembre 2007).

2) Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions.

A l'exception de 2006, on constate qu'à partir de 2002 le taux d'équilibre pour les prestations en nature est supérieur au taux de cotisation appliqué et ce malgré un relèvement sensible du taux de cotisation en 2005.

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

Evolution des prestations en nature par type de soins (en millions EUR)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007 ¹⁾
Soins hospitaliers	389,9	409,4	443,8	509,8	530,5	576,3	606,4
Honoraires médicaux	147,9	163,1	177,9	215,4	227,4	226,7	237,4
Honoraires médico-dentaires	32,7	38,8	41,8	48,2	49,4	51,4	54,4
Produits pharmaceutiques	105,4	115,6	124,7	132,6	136,7	140,3	146,0
Moyens curatifs et adjuvants	18,8	21,7	24,0	25,3	26,5	29,3	33,5
Analyses de laboratoire (en dehors des hôpitaux)	26,7	27,9	32,3	38,2	32,0	36,4	40,0
Soins des autres professions de santé	30,5	34,1	38,0	42,6	46,6	53,6	57,0
Autres prestations	22,8	25,7	21,8	23,1	23,7	24,8	27,6
Prestations de maternité	14,7	15,7	16,2	18,1	19,7	23,4	23,3
Total des prestations au Luxembourg	789,4	852,0	920,5	1 053,3	1 092,5	1 162,2	1 225,6
Prestations à l'étranger ²⁾	140,4	157,0	165,9	141,2	241,0	211,6	253,4
Total soins de santé	929,8	1 009,0	1 086,4	1 194,5	1 333,5	1 373,8	1 479,0

1) Source: Estimations UCM (septembre 2007).

2) La liquidation de ces frais est sujette à d'importantes fluctuations en fonction de la rentrée des factures.

2.2. Les prestations en espèces

2.2.1. La gestion 29.1c (prestations en espèces ouvriers)

Evolution de la gestion prestations en espèces 29.1c (ouvriers) (en millions EUR) ¹⁾

Exercice	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	Décompte	Décompte	Décompte	Décompte	Décompte	Estimations actualisées ²⁾
RECETTES COURANTES	143,1	150,1	287,0 ³⁾	166,0	173,8	186,5
DEPENSES COURANTES	159,1	170,2	165,5	181,1	175,3	183,1
Solde des opérations courantes	-16,0	-20,1	121,8	-15,1	-1,5	4,5
Excédent / découvert cumulé	-18,0	-20,1	70,6	54,1	52,2	54,6
Taux de cotisation appliqué	4,70%	4,70%	4,70%	4,70%	4,70%	4,70%
Taux d'équilibre de l'exercice	5,33%	5,37%	5,00%	5,20%	4,67%	4,64%

1) Sans les prestations en espèces de maternité.

2) Source: Estimations UCM (septembre 2007).

3) Ce montant contient un transfert de 130 millions d'euros provenant des caisses de pension.

Après un résultat financier 2006 en quasi équilibre on s'attend à un léger excédent financier pour 2007 avec un solde positif des opérations courantes de 4,5 millions euros. Ce résultat positif est dû avant tout à une augmentation des recettes en cotisations grâce à une relance de l'activité économique engendrant une relance du marché du travail et une augmentation de la masse des revenus soumis à cotisation.

2.2.2. La gestion 29.1b (prestations en espèces employés et indépendants)

Evolution de la gestion prestations en espèces 29.1b (employés et indépendants) (en millions EUR) ¹⁾

Exercice	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	Décompte	Décompte	Décompte	Décompte	Décompte	Estimations actualisées ²⁾
RECETTES COURANTES	14,2	13,8	14,50	15,82	16,05	17,61
DEPENSES COURANTES	14,7	16,5	17,80	16,39	19,46	23,03
Solde des opérations courantes	-0,5	-2,6	-3,30	-1,10	-4,01	-5,42
Excédent / découvert cumulé	-0,7	-2,6	-2,50	-3,69	-7,76	-13,32
Taux de cotisation appliqué	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%
Taux d'équilibre de l'exercice	0,21%	0,24%	0,25%	0,22%	0,25%	0,27%

1) Sans les prestations en espèces de maternité.

2) Source: Estimations UCM (septembre 2007).

Si on suit l'évolution du taux d'équilibre, on constate une dégradation de la situation financière quasi constante à partir de 2002.

2.3. Principaux changements dans le domaine des indemnités pécuniaires de maladie induits par la loi du 21 décembre 2004 et mis en vigueur le 1er mai 2005

La déclaration de l'incapacité de travail

- Les assurés bénéficiant de la continuation de la rémunération par l'employeur sont désormais tenus de déclarer les incapacités de travail à la caisse de maladie.
- L'employeur est tenu de fournir mensuellement les relevés concernant les périodes d'incapacité de travail de ses salariés, indépendamment du fait qu'il y a continuation ou non de la rémunération par l'employeur.

Détermination de la durée de l'indemnité pécuniaire - computation des différentes périodes de maladie

- En cas d'incapacités de travail successives entrecoupées d'une ou plusieurs reprises de travail, les journées ou périodes d'incapacité de travail se situant au cours d'un mois civil ouvrent droit à l'indemnité pécuniaire, à condition que la durée totale des périodes d'incapacité de travail atteigne 13 semaines au cours des 11 mois civils précédant immédiatement le mois civil en cause.
- Le droit à l'indemnité pécuniaire est limité à un total de 52 semaines sur une période de référence de 104 semaines.
- On ne distingue plus selon la nature de la maladie : toutes les périodes d'incapacité de travail personnelle pour cause de maladie professionnelle ou d'accident du travail, intervenues au cours de la période de référence qui prend fin la veille d'une nouvelle période d'incapacité de travail, sont mises en compte.

Contrôle médical par l'introduction d'un rapport médical circonstancié R4

- 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 médical circonstancié (R4) justifiant le maintien du droit au-delà de cette échéance.
- Ce rapport est émis par le Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) si les périodes d'incapacité de travail déclarées atteignent 6 semaines au cours d'une période de référence de 16 semaines.
- Le rapport circonstancié permet au CMSS de réorienter les cas de maladie de longue durée de la façon suivante :
 - Si l'assuré n'est plus apte au travail, il a droit à une pension d'invalidité.
 - Si l'assuré peut travailler, selon le CMSS, il doit immédiatement reprendre son travail.
 - Si la déclaration d'incapacité de travail est justifiée, l'indemnité sera maintenue.
 - Si l'assuré ne peut plus exercer son travail, il peut être réorienté vers une autre embauche (saisine de la commission mixte)¹⁾.

1) La commission mixte se compose:

- de deux délégués représentant les assurés,
- de deux délégués des employeurs,
- d'un délégué du contrôle médical de la sécurité sociale,
- d'un délégué de la Direction de la santé, division de la santé au travail,
- d'un délégué du ministre ayant dans ses attributions le Travail et l'Emploi,
- d'un délégué de l'administration de l'emploi.

Les membres de la commission mixte sont nommés pour une durée de quatre ans par le Ministre ayant le Travail et l'Emploi dans ses attributions. Leur mandat est renouvelable. Pour chaque membre effectif il y a un membre suppléant.

En cas de besoin, la commission mixte peut s'adjoindre toutes les personnes dont le concours en raison de leur compétence ou de leur fonction lui paraît utile pour l'exécution de ses missions.

2.4. Introduction du statut unique pour les salariés du secteur privé

Présentation

A la suite de plusieurs réunions du Comité de coordination tripartite¹⁾ qui se sont déroulées entre octobre 2005 et avril 2006, le gouvernement et les partenaires sociaux se sont mis d'accord pour faire converger le statut des ouvriers et des employés privés en vue de réaliser un statut unique de tous les salariés du secteur privé.

L'introduction du statut unique prévoit notamment :

- La généralisation de la continuation de la rémunération par l'employeur;
- L'adaptation du droit du travail;
- La réorganisation administrative de la sécurité sociale.

Seule la généralisation de la continuation de la rémunération sera développée dans cette partie.

Il est prévu que l'employeur indemniserà en moyenne les treize premières semaines de la survenance de la maladie, l'assurance-maladie intervenant pour le reste de la période d'indemnisation ce qui comportera, d'un côté, une augmentation de l'obligation patronale pour les ouvriers et, d'autre part, une réduction de l'obligation patronale dans le régime actuel des employés privés.

En ce qui concerne la participation de l'Etat dans le financement des prestations en espèces, le gouvernement entend maintenir les moyens budgétaires affectés actuellement au financement des prestations en espèces. A cette fin, la participation de l'Etat sera fixée à 0,195% de la masse cotisable. A noter que ce montant, qui correspond actuellement à 10% de la cotisation totale, représentera, après unification des régimes, environ 28% de la nouvelle cotisation totale. Ce taux est toutefois à ajuster compte tenu de la solution prévue dans le contexte de la procédure simplifiée en faveur du personnel domestique, qui sera examinée plus loin.

En établissant une communauté de risque pour les salariés au niveau de l'assurance-maladie on obtiendrait un taux de cotisation unique de 0,50%²⁾ pour les prestations en espèces.

Impact financier de l'introduction du régime unique pour les assurés

Pour les ouvriers, l'introduction du taux commun aura pour effet de réduire le taux de prélèvement global pour cotisations sociales de 14,45% (assurance pension, prestations en nature, prestations en espèces, assurance dépendance) à 12,35%. Il en résulte une augmentation du semi-net (avant prélèvement des impôts) de l'ordre de 2,1% du revenu brut. Ce montant est appelé le " différentiel ouvrier ".

Pour les employés privés, le taux de prélèvement global pour cotisations sociales augmentera de 12,225% à 12,35%. Il en résulte une réduction de la rémunération semi-nette de l'ordre de 0,125% du revenu brut.

Impact financier de l'introduction du régime unique pour les entreprises

Le coût supplémentaire pour les employeurs, résultant de l'effet combiné du transfert des charges et des changements des taux de cotisation a été estimé à 56,2 millions EUR. Ce montant correspond à 0,63% du montant des assiettes cotisables.

Le modèle de compensation

Afin de contrebalancer une éventuelle charge globale supplémentaire des employeurs résultant de l'introduction de la continuation de la rémunération, la mise en place d'un modèle de compensation été prévue par le gouvernement. Celui-ci repose sur plusieurs piliers :

- L'affectation du " différentiel ouvrier "

Au cours d'une première étape de trois ans, les entreprises occupant du personnel ouvrier bénéficieront du différentiel sur la part " assuré ". L'ouvrier récupérera progressivement le différentiel " assuré " à partir de la quatrième année. Dans le cadre des mesures législatives transitoires il est prévu que la retenue est opérée sur la rémunération de l'ouvrier par le Centre commun de la sécurité sociale et affectée au financement de la Mutualité des employeurs.

1) Comité de coordination tripartite se compose de membres du Gouvernement ainsi que des délégués des associations patronales et syndicales.

2) Les données de base utilisées pour les simulations sont celles de l'année 2005. Les taux d'équilibre pris comme hypothèse de départ sont de 4,7% pour la gestion 29.1c (ouvriers) et 0,25% pour la gestion 29.1b (employés et indépendants).

- La réduction sélective des charges par la réforme de l'assurance-accident

Le gouvernement estime que la réforme projetée du financement de l'assurance-accident pourrait contribuer à diminuer les effets de l'introduction du statut unique sur certains secteurs économiques grevés d'un taux de cotisation élevé en matière d'assurance-accident.

- La maîtrise de l'absentéisme

Le gouvernement a invité les partenaires sociaux à profiter du délai jusqu'à la mise en vigueur du statut unique pour déterminer les causes exactes des absences, pour s'engager dans une démarche tendant à la responsabilisation de tous les acteurs, pour agir sur les causes de l'absentéisme et pour envisager des mesures pour enrayer les abus dûment constatés. Les compétences du Contrôle médical de la sécurité sociale sont étendues aux périodes d'incapacité de travail à charge de l'employeur. Les moyens de contrôle des malades seront renforcés selon des modalités à définir par les partenaires sociaux.

- L'intervention financière de l'État

Afin de répondre aux difficultés sectorielles rencontrées par la généralisation de la continuation de la rémunération, l'intervention de l'État devrait viser prioritairement les secteurs présentant un risque accru. Cette intervention, dont le volume est estimé dans une fourchette se situant entre 25 et 30 millions EUR par an à partir de la fin de la période transitoire, sera répercutée sur les différentes classes de risques envisagées.

- L'établissement d'un bilan intermédiaire

Dans un délai de trois ans après la mise en vigueur du statut unique, les partenaires sociaux et le gouvernement se réuniront, afin de faire le bilan des mesures nouvelles introduites, notamment sous l'aspect de la neutralité financière pour l'économie dans son ensemble.

- La création d'une mutualité des entreprises

La Mutualité est appelée à répondre aux déséquilibres sectoriels. Elle devra être placée dans le giron de la Sécurité sociale, sous forme d'un établissement public.

Le principe d'une affiliation obligatoire de toutes les entreprises a été admis. Toutefois, pour tenir compte de la situation spécifique des entreprises, qui ont contracté des assurances privées, en vue de se prémunir contre les risques encourus en cas de maladie de leurs salariés pendant la période de continuation du salaire, la possibilité d'une exemption de l'assurance obligatoire est prévue.

- Procédure administrative simplifiée

Par rapport à ce qui sera le nouveau droit commun, la procédure simplifiée pour la déclaration du personnel engagé dans les ménages privés¹⁾ sera maintenue, afin d'éviter une recrudescence du travail clandestin dans ce secteur. Toutefois, le taux de l'impôt forfaitaire sera porté de 6 à 10% pour compenser la moins-value en recettes de l'assurance maladie, due à la diminution du taux de cotisation applicable. Les recettes fiscales supplémentaires dégagées du fait de l'augmentation de l'impôt forfaitaire se chiffrent à 1,43 millions EUR. La compensation au profit de l'assurance maladie sera réalisée moyennant une augmentation du taux de la participation de l'Etat au financement des prestations en espèces qui sera porté en conséquence de 28 à 29,5%.

2.5. 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.

1) Cette procédure maintient une indemnisation à la charge de la caisse de maladie à partir du premier jour de maladie.

Evolution des prestations de maternité (en millions EUR)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	Décompte	Décompte	Décompte	Décompte	Décompte	Estimations actualisées ¹⁾
Dépenses courantes dont	87,2	94,0	100,9	121,4	127,7	136,0
Prestations en nature	21,9	22,4	23,3	26,3	31,5	32,8
variation en %		2,3%	4,0%	13,0%	19,6%	4,1%
Prestations en espèces	62,4	68,4	74,3	81,2	86,1	90,7
variation en %		9,6%	8,6%	9,3%	6,0%	5,4%
Autres	2,9	3,2	3,2	3,5	3,8	4,1

1) Source: Estimations UCM (septembre 2007).

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

Grâce à une conjoncture économique favorable et à l'augmentation du nombre des assurés, mais également grâce aux efforts réalisés par tous les acteurs du secteur de la santé, l'équilibre financier de l'assurance maladie a pu être préservé en 2007. S'il est vrai que cet équilibre est fragile, il pourra être néanmoins maintenu si les efforts entrepris ces dernières années par tous les acteurs sont poursuivis.

Il faut mettre l'accent sur la qualité des soins dispensés, car si le Luxembourg est le deuxième pays au monde en ce qui concerne les dépenses de santé par assuré, il faudra également atteindre au moins ce rang quant à la qualité. L'objectif principal doit être de réaliser la qualité la meilleure possible des soins, de garantir au patient le meilleur service et la meilleure sécurité ainsi qu'un renforcement de l'efficacité et de l'efficience des moyens financiers mis en œuvre.

Afin de réaliser cet objectif, le comité de pilotage regroupant sous le patronage du Ministre de la Sécurité sociale les experts gouvernementaux en matière de santé et de sécurité sociale, a poursuivi ses travaux tout au long de l'année 2007. Différents sous-groupes ont été institués qui s'occupent chacun d'un problème spécifique.

Voici les mesures principales prises :

Bon usage des médicaments et médicaments génériques

La croissance du montant brut global des prescriptions qui tendait vers une stabilisation les dernières années, connaîtra prévisiblement une progression de 5% en 2007. S'il est vrai que la prescription des médicaments antibiotiques a connu une baisse générale de 3% du nombre d'emballages prescrits en 2006, il faut préciser que cette baisse est imputable essentiellement aux prescriptions des internistes et des pédiatres (-30%). Par contre, les prescriptions des généralistes (70% du volume total), dont l'augmentation s'était stabilisée à 2% à un moment, sont de nouveau en progression.

La campagne de 2006 devra être relancée d'une manière intensifiée et concertée.

En ce qui concerne les médicaments génériques, une tendance positive est relevée en comparant le premier semestre 2006 au premier semestre 2007. Globalement, le nombre d'emballages de génériques prescrits a augmenté de 51% (11 000 unités) dans les 17 groupes promus. A la fin de l'année 2007, plus de 40 groupes ont été définis et sont publiés intégralement sur le site Internet de l'Union des caisses de maladie.

Deux projets seront mis en chantier : l'Union des caisses de maladie propose de discuter la promotion des groupes de substances actives où, par le fait de l'arrivée sur le marché des génériques, les prix publics ont fortement chuté, tandis que les substances actives sous brevet qui sont jugées comparables présentent un coût nettement supérieur. L'efficacité des génériques doit être garantie et la marge thérapeutique dans le cas de remplacement d'un original par un générique prudemment évaluée.

Deuxièmement, comme il est constaté que la consommation des benzodiazépines et molécules apparentées est importante, l'Union des caisses de maladie propose une action concertée et consensuelle ensemble avec les représentants de l'Association des médecins et des médecins-dentistes (cercles des psychiatres et généralistes, etc...), de la Direction de la Santé et du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Profils médicaux

Des logiciels plus performants en matière d'enregistrement des certificats d'incapacité de travail ont été mis en place au Contrôle médical de la sécurité sociale. Grâce à ces nouveaux matériaux informatiques, d'éventuels abus et des assurés et des prescripteurs peuvent être détectés plus facilement.

La collaboration entre le CMSS et l'UCM dans ce domaine a été renforcée ; vu que la problématique concerne aussi bien les assurés et les patrons que les prescripteurs, il est envisagé de réunir les acteurs concernés en un cercle restreint pour clarifier la situation.

Dans ce contexte, il y a lieu de souligner l'importance de l'étude sur les causes de l'absentéisme à réaliser par l'IGSS et le CEPS dans le cadre de l'introduction du statut unique. Une première version du cahier de charges afférent a été présentée aux concernés pour validation en décembre 2007.

Les certificats d'incapacité de travail

L'étude sur les incapacités de travail, demandée par la Chambre de Députés et le comité quadripartite, a été finalisée par l'IGSS en décembre 2007.

Secteur hospitalier

Les frais engendrés par le secteur hospitalier représentent, à eux seuls, 42% des quelque 1 373 millions euro de dépenses totales. Les frais fixes, qui atteignent 79% du total des frais hospitaliers, ont connu en 2006 une augmentation de 8,6% contre 4,1% en 2005.

Voilà pourquoi, de nouvelles pistes de réalisation d'économies sont exploitées, comme par exemple la mise en place d'un centre logistique pour promouvoir une utilisation plus rationnelle et économique des infrastructures et ressources disponibles dans ce secteur.

Dans le même ordre d'idées, une étude effectuée par des spécialistes en 2006 a notamment montré que le coût des médicaments dans les hôpitaux peut être diminué de façon significative, sans pour autant diminuer la qualité des soins. Un groupe de travail est actuellement en train d'étudier les possibilités d'appliquer la méthodologie de cette étude à d'autres domaines hospitaliers.

D'un autre côté, la maîtrise des coûts et l'assurance qualité nécessitent la mise en place d'une gestion efficace et d'une coordination médicale efficiente au niveau des services des hôpitaux. En effet, un des problèmes majeurs du système de santé au Luxembourg est la collaboration souvent très difficile aussi bien entre les médecins libéraux eux-mêmes qu'entre médecins libéraux et salariés (professionnels de santé et personnel administratif et technique) dans l'enceinte des établissements hospitaliers.

Cette collaboration doit donc être renforcée d'une manière significative, notamment par une meilleure structuration des services médicaux des hôpitaux et par l'introduction d'un statut de médecin-coordonateur de services avec des responsabilités réelles bien définies. Elle va de pair avec l'introduction et le développement de meilleurs systèmes d'informatisation permettant l'enregistrement et le suivi des données relatives au patient et permettant l'accessibilité et le partage des informations. Les points suivants résument brièvement les efforts entrepris dans ces domaines.

L'informatisation du dossier médical

Il est prévu d'informatiser à moyen terme les échanges hospitaliers des données médicales, de soins et de gestion. Un concept très complet dans ce cadre a été élaboré par les experts du Ministère de la Santé. Différentes questions se posent cependant encore, comme par exemple protection des données (accès au dossier en cas d'urgence et en cas où le patient est incapable d'exprimer sa volonté), implémentation des différents registres (p. ex registre de cancer, etc.);

E-Santé et partage des données médicales

Alors que pour la mise en pratique du plan d'action e-Santé, les crédits budgétaires nécessaires sont disponibles, le plan d'action élaboré par le groupe de travail ad hoc vise les trois axes suivants :

- faire avancer les projets existants et les englober dans le nouveau système (projet labos, carnet radiologique, portail Santé) ;

- créer de nouvelles fonctionnalités et applications : 1. gestion et identification du patient par une carte santé 2. créer une plate-forme commune pour les applications existantes, 3. créer un système de prescription électronique (notamment en matière d'analyses de laboratoires et d'imagerie médicale) ;
- mettre au point une stratégie en vue de créer une structure adéquate sécurisée. La collaboration avec un consultant externe en cas de besoin est envisagée, à côté de la collaboration existante avec le CRP-Henri Tudor.

Le Conseil scientifique

L'institution d'un Conseil scientifique dont la mission consiste à établir des " guide lines " pour une bonne pratique de la médecine et d'informer les concernés a été un premier pas vers une " evidence based medecine ". Cependant, il s'est avéré dans la suite que le personnel, tant sur le plan administratif que sur le plan scientifique est insuffisant pour mener à bien toutes les missions.

Relations avec les prestataires de soins

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.

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

Appréciation globale des opérations courantes

En 2006, les recettes courantes dépassent les dépenses courantes de 635,4 millions EUR. Ce résultat a été obtenu avec une croissance prononcée des recettes de 8,0% face à des dépenses qui augmentent de 5,5%. En éliminant l'évolution de l'échelle mobile des salaires, les dépenses progressent de 3,3%, tandis que les recettes augmentent de 5,8%.

Opérations courantes (en milliers EUR)

Année	Dépenses courantes	Variation en %	Variation n.i. 100	Recettes courantes	Variation en %	Variation n.i. 100	Excédent
2001	1 695 595,7	8,2%	4,9%	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
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
2005	2 264 488,5	1,6%	-0,9%	2 798 570,4	6,5%	3,9%	534 081,9
2006	2 388 122,7	5,5%	3,3%	3 023 493,6	8,0%	5,8%	635 370,9

* Compris en dépenses le transfert des cotisations baby-year au montant total de 111 425 695,77 EUR.

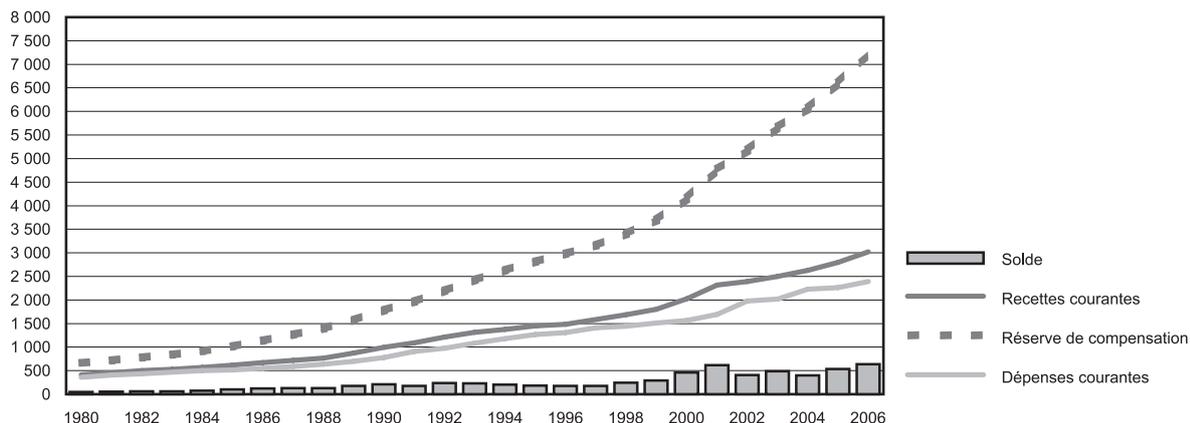
** Compris en dépenses le montant compensatoire de 130 000 000,00 EUR transféré à l'UCM.

En général l'évolution des recettes suit celle de la conjoncture économique, soit du développement de l'emploi par le nombre des affiliés et par le niveau des revenus et salaires.

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 de 1991 et de 2002 concernant les prestations, augmente avec l'évolution du coût de la vie et suivant les échéances des ajustements.

En 2006, par rapport au PIB, les recettes courantes représentent 9,1% et les dépenses courantes 7,7%. (PIB ; source: STATEC)

Evolution des recettes, des dépenses et de la réserve du régime unique



Les recettes courantes

Les cotisations globales (y compris les cotisations à charge des pouvoirs publics) représentent avec 2 766,3 millions EUR plus de 90,0% des recettes courantes, les revenus de la fortune atteignent 220,7 millions EUR et représentent 7,3%, (en 2005 avaient été enseignés 158,7 millions EUR ou 5,7% des recettes courantes) le reste est constitué par diverses contributions de l'Etat et par les transferts et les recettes diverses.

Structure des recettes courantes (en milliers EUR)

Cotisations des assurés et des employeurs	1 844 468,9	61,0%
Cotisations des pouvoirs publics	921 833,5	30,5%
Autres contributions de l'Etat	28 646,7	0,9%
Revenus de la fortune	220 734,4	7,3%
Transferts et recettes diverses	7 810,1	0,3%
Total des recettes courantes	3 023 493,6	100,0%

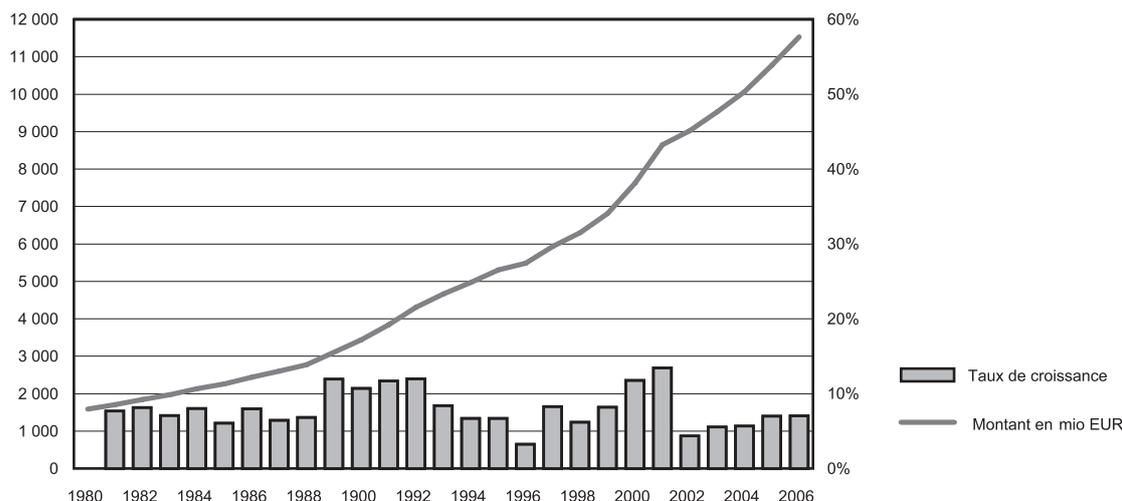
Les cotisations des assurés et des employeurs

Les cotisations des assurés et des employeurs se montent à 1 844,5 millions EUR face à 1 723,0 millions EUR en 2005. La progression affiche 7,0% comme en 2005, soit un taux de croissance réel de 4,9% en 2006 contre 4,4 % en 2005.

La progression moyenne annuelle du montant des cotisations pendant la période de couverture allant de 1992 à 1998 se situait à 7,2%, soit 5,1% en valeur réelle.

La progression moyenne annuelle pendant la dernière période de couverture de 1999 à 2006 s'est maintenue à 7,9% soit 5,4% en valeur réelle.

Evolution de la masse cotisable



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 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 2,1% en 2006, on note une progression réelle de la cotisation moyenne de 1,0 % face à 1,1% en 2005, à 0,5% en 2004 et à 0,7% en 2003.

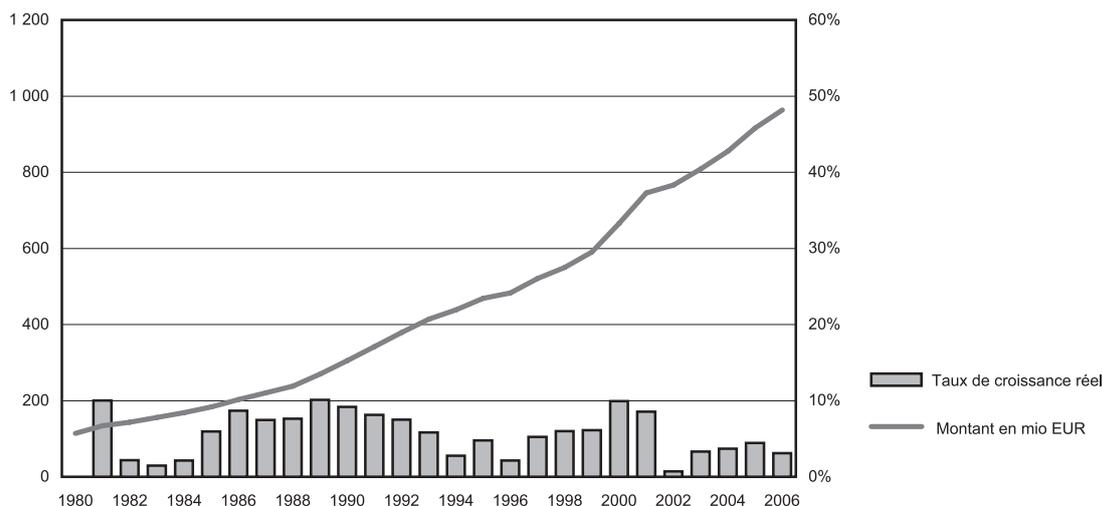
La contribution des pouvoirs publics

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 963,8 millions EUR et accuse une augmentation de 47,9 millions EUR, soit 5,2 % par rapport à 2005.

Contribution nette des pouvoirs publics (en milliers EUR)

	2005	2006
Cotisations des pouvoirs publics	861 491,2	921 833,5
FOA et autres cotisations	13 833,6	13 993,8
Frais d'administration	13 063,1	48,4
Complément différentiel	22 764,1	22 133,1
Majorations proportionnelles baby-year	5 229,6	6 465,2
Contribution brute	916 381,6	964 474,0
à déduire	476,9	705,2
Contribution nette	915 904,7	963 768,8

Evolution de la charge budgétaire nette des pouvoirs publics



La loi du 23 mai 1984 portant réforme du système de financement des régimes de pension contributifs a fixé le taux de cotisation à charge des pouvoirs publics à 7% pour 1985 et retenu une augmentation annuelle de 0,2% à partir de 1986 pour atteindre 8% à partir de l'exercice 1990. Cette contribution a été répartie à raison de 94,5% à charge de l'Etat et de 5,5% à charge des communes. Elle est entièrement à charge de l'Etat à partir de l'exercice 1997.

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 2006, il s'est élevé à 921,8 millions EUR. En considérant les restitutions de cotisations à l'Etat, ce montant se réduit à une participation nette de 921,1 millions EUR. La part Etat dans les cotisations de l'assurance obligatoire et volontaire est en progression de 7,0% au nombre indice courant, soit de 4,8% au nombre indice 100 du coût de la vie.

Conformément à l'article 18 de la loi budgétaire 2006 modifiant l'article 282 CAS : " Les frais administratifs des caisses de pension et de l'association d'assurance contre les accidents sont intégralement à charge de ces organismes.

Les montants de 27 690,19 et 20 661,59 EUR qui figurent en recettes auprès de l'AVI et de la CPEP, représentent respectivement une part dans la rémunération d'un employé détaché de l'OAS à l'Office des dommages de guerre et deux compléments différentiels à payer à d'anciens employés statutaires de la CPEP.

La charge de l'Etat dans le financement du complément différentiel se chiffre en 2006 à 22,1 millions EUR.

L'évolution décroissante du nombre des bénéficiaires et le remplacement des titulaires décédés par leurs survivants expliquent la régression continue des prestations.

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	2,3%	3 883,4	-0,8%	5 099	-3,2%
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%
2005	22 764,1	0,0%	3 555,6	-2,4%	4 324	-3,9%
2006	22 133,1	-2,8%	3 386,8	-4,7%	4 132	-4,4%

Le montant à charge de l'Etat constitué par les majorations proportionnelles baby-year, en revanche, a encore progressé sensiblement, de 21,1% entre 2005 et 2006.

Suite aux propositions de la Tripartite entérinées dans la loi du 22 décembre 2006, les prestations ci-avant évoquées seront à charge des organismes à partir de 2007.

Les 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 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 (art 171.13 CAS).

Ces cotisations continuent d'augmenter sensiblement pour s'élever en 2006 à 2 825,9 milliers EUR face à 2 332,8 milliers EUR en 2005 (+21,1%).

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 2006 à 606,5 milliers EUR face à 565,4 milliers EUR en 2004 (+7,3%).

Les cotisations de l'assurance volontaire

Les cotisations de l'assurance volontaire se sont chiffrées en 2006 à 7 399,6 milliers EUR face à 6 602,6 milliers EUR en 2005 (+12,1%).

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 220,7 millions EUR face à 158,7 millions EUR en 2005 et progressent ainsi de 39,1%.

En tenant compte des intérêts de retard sur cotisations de 2,7 millions EUR et des frais de gestion du patrimoine et des pertes diverses au montant de 3,4 millions EUR, les revenus nets s'élèvent à 220,1 millions EUR. Le taux de rendement moyen calculé par rapport à la réserve globale de compensation monte de 2,47% à 3,24%.

Evolution du taux de rendement moyen de la fortune (en milliers EUR)

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%
2005	158 731,0	2 836,8	6 953,2	154 614,6	6 594 491,4	2,47%
2006	220 734,4	2 745,4	3 422,0	220 057,8	7 229 862,3	3,24%

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 ainsi à 3,60%, en comparaison avec 2,74% en 2005.

Les dépenses courantes

Les prestations atteignent en 2006 un montant de 2 228,4 millions EUR et représentent ainsi 93,3% des dépenses courantes. Le reste se compose des frais d'administration et des transferts et dépenses diverses.

Structure des dépenses courantes (en milliers EUR)

Frais d'administration	26 180,8	1,1%
Pensions	2 228 392,8	93,3%
Autres prestations	1 327,3	0,1%
Transferts et dépenses diverses	132 221,8	5,5%
Total des dépenses courantes	2 388 122,7	100,0%

Les frais d'administration

Les frais d'administration s'élèvent à 26,2 millions EUR pour augmenter de 2,9% par rapport à l'exercice précédent.

Les prestations

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

Caisse	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	Variation 2005/06	Variation moyenne 2000/2006
AVI	42 934	45 534	53 179	64 576	71 232	79 019	81 066	2,6%	2,2%
CPEP	10 076	11 083	13 929	18 063	22 101	28 091	29 558	5,2%	5,0%
CPACI	7 493	7 782	7 932	8 279	8 376	8 414	8 440	0,3%	0,1%
CPA	7 947	7 585	7 223	7 226	6 621	5 812	5 720	-1,6%	-2,4%
TOTAL	68 450	71 984	82 263	98 144	108 330	121 336	124 784	2,8%	2,4%

En 2006 le nombre des pensions a augmenté de 2,8% par rapport à 2005. Ce taux de variation comprend une forte progression des pensions pour la CPEP, une légère augmentation pour l'AVI, une stagnation pour la CPACI et une régression pour la CPA.

Evolution des éléments de pension (en milliers EUR)

	2005	2006	Variation nominale	Variation réelle
Avances	-1 413,7	1 922,5	-	-
Majorations proportionnelles	1 499 177,4	1 575 444,3	5,1%	3,0%
Majorations proportionnelles spéciales	99 087,8	102 458,7	3,4%	1,3%
Majorations proportionnelles baby-year	5 229,6	6 465,2	23,6%	21,1%
Majorations forfaitaires	291 884,6	304 107,8	4,2%	2,1%
Majorations forfaitaires spéciales	37 861,5	39 323,1	3,9%	1,7%
Majorations forfaitaires transitoires	45 091,2	44 309,8	-1,7%	-3,7%
Majorations assurance supplémentaire	3 237,5	3 201,2	-1,1%	-3,1%
Suppléments enfants	265,0	241,8	-8,8%	-10,6%
Compléments différentiels	22 764,1	22 133,1	-2,8%	-4,7%
Compléments pensions minima	77 460,9	78 915,4	1,9%	-0,2%
Compléments divers	7 620,9	7 270,1	-4,6%	-6,5%
Allocations trimestrielles	530,2	490,0	-7,6%	-9,5%
Allocations de fin d'année	40 223,0	42 109,8	4,7%	2,6%
Pensions brutes	2 129 020,0	2 228 392,8	4,7%	2,5%

Entre 2005 et 2006, les pensions brutes ont augmenté de 4,7%, soit de 2,5% en valeur réelle.

Les majorations proportionnelles baby-year connaissent encore l'évolution la plus progressive.

Les autres dépenses

Le poste "décharges et restitutions de cotisations" se réfère à des décharges accordées par les comités-directeurs des quatre caisses de pension et surtout du CCSS, ainsi qu'à des redressements dus à des recalculs de cotisations se référant à des exercices antérieurs. Le CCSS a ainsi dû procéder à des décharges et extournes de 6,0 millions EUR, montant à déduire avant les transferts de répartition.

Les opérations sur réserves et sur reports

L'excédent des opérations courantes qui constitue la dotation nette à la réserve totale du régime de pension se chiffre à un montant de 635 370 921,29 EUR, qui représente aussi le solde entre dotations et prélèvements aux fonds de roulement et aux réserves administrées par les caisses respectives et à la réserve de compensation. Cette dotation correspond à 26,6% des dépenses courantes.

Les valeurs immobilisées

Le montant total des valeurs immobilisées s'élève à 822,0 millions EUR et représente 11,0% du total de l'actif contre 856,7 millions EUR au 31 décembre 2005 ou 12,6% du total de l'actif.

Au 31 décembre 2006, le montant des immobilisations corporelles a augmenté de 1,0%.

Les immobilisations financières ont diminué de 642,7 à 605,7 millions EUR, soit de 5,8%. La plus grande partie du patrimoine du régime est constitué par les placements à moins d'un an, qui se sont chiffrés au 31 décembre 2006 à 5 448,1 millions EUR, dont 5 102,0 millions EUR ont été placés par le Fonds de compensation en attendant la mise en place d'un organisme collectif de placement.

Les comptes financiers

Les comptes financiers au montant de 5 690,9 millions EUR représentent 76,5% du total de l'actif. Ils accusent une progression de 11,9% par rapport à 2005. Les titres de placements et bons, dont une partie est venue à échéance, diminuent de 244,5 millions EUR à 203,9 millions EUR, soit de 16,6%, tandis que les placements à moins d'un an augmentent de 4 812,8 à 5 448,1 millions EUR, toujours en attente de la concrétisation de la politique de placement du fonds de compensation.

La réserve de compensation

Structure des réserves (en milliers EUR)

	AVI	CPEP	CPACI	CPA	FDC	Total	En % du total
Réserves	530 623,40	1 081 102,00	88 866,40	39 065,20	5 490 205,30	7 229 862,30	100,00%
- Immeubles et terrains	50 309,00	149 647,20	15 184,60	1 084,00	0	216 224,80	3,00%
- Prêts à long terme	25,8	605 714,70	0	0	0	605 740,50	8,40%
- Titres	373,6	685,4	0	0	202 833,00	203 892,00	2,80%
- Placements à court terme	159 500,00	148 900,00	24 600,00	13 140,00	5 102 000,00	5 448 140,00	75,40%
- Trésorerie	873,8	24 557,20	2 467,40	1 052,60	351,7	29 302,70	0,40%
- Intérêts courus	232,4	346,1	79,8	8,7	8 884,80	9 551,80	0,10%
- Solde débiteur	319 308,80	151 251,40	46 534,60	23 779,90	176 135,80	717 010,50	9,90%

La réserve de compensation se chiffre dorénavant à 7 229,9 millions EUR au 31 décembre 2006 et est en progression de 635,4 millions EUR par rapport au 31 décembre 2005. Elle est constituée d'une part de la réserve de compensation proprement dite auprès du FDC et de l'autre des fonds de roulement et des réserves administrées au niveau des caisses de pension. Comparée au montant de 2 201,1 millions EUR de dépenses en prestations à charge du régime (déduction faite du complément différentiel et des majorations proportionnelles baby-year), la réserve de compensation représente actuellement 3,28 fois le montant des prestations annuelles.

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	41,8	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
2005	40,5	21,0	3,14
2006	40,0	20,7	3,28

Paramètres démographiques

En 2006 le nombre moyen des cotisants actifs a augmenté de 3,8%, tandis que celui des bénéficiaires de pension n'a progressé que de 2,7%, ce qui a confirmé le mouvement à la baisse du coefficient de charge du régime.

Paramètres financiers

Malgré une hausse sensible des prestations et par conséquent des dépenses courantes, qui progressent de 5,5%, la prime de répartition pure peut descendre encore grâce à une évolution de l'emploi qui a généré une montée des cotisations et implicitement des recettes courantes de 8,0%, dépassant ainsi significativement, celle des dépenses.

Le niveau réel et relatif de la réserve totale en fin d'exercice est monté encore de façon sensible.

Afin de préserver de manière durable la santé financière solide actuelle du régime général de pension, il faudra garder à l'œil l'évolution de l'environnement économique, gérer les moyens financiers avec efficacité, tout en attribuant des prestations équitables, sans perdre de vue que toute cotisation de chaque nouvel assuré d'aujourd'hui génère une dépense au profit du bénéficiaire de pension qu'il sera demain.

L'évolution législative et réglementaire

Projet de loi modifiant

1. la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension ;
2. le Code des assurances sociales ;
3. la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat ;
4. la loi modifiée du 27 août 1977 concernant le statut des fonctionnaires entrés au service d'Institutions internationales ;
5. la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de Fer luxembourgeois ;
6. la loi du 23 décembre 1998 relative au statut monétaire et à la Banque centrale du Luxembourg ;

Ce projet de loi a pour objet d'adapter la loi de coordination et de modifier plusieurs dispositions des régimes de pension général et spéciaux afin de tenir compte des difficultés techniques constatées lors de l'application pratique des lois afférentes.

Ces modifications portent notamment sur les points suivants :

- Intégration du Fonds de pension de la Banque centrale du Luxembourg au système de coordination interne.

Suite au différend qui oppose la Banque centrale à la Caisse de pension des employés privés et à l'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité, il a paru opportun de procéder à une modification législative, qui tout en tenant compte de la spécificité du statut de la Banque centrale, intègre son fonds de pension dans les mécanismes de la coordination nationale et internationale en matière de pensions.

- Transfert des droits aux agents des Communautés européennes.

D'après l'alinéa 2 de l'article 213bis du Code des assurances sociales, la demande de rachat des droits à pension acquis pendant les périodes d'occupation antérieures à la titularisation auprès d'un organisme international est à présenter dans le délai d'une année à partir de cette titularisation. Ce délai étant incompatible avec les délais prévus dans le nouveau protocole régissant les droits à pension des fonctionnaires communautaires, la disposition afférente est supprimée. La demande doit seulement être présentée avant l'échéance du risque.

- Transfert des droits aux agents du BENELUX.

L'agent qui quitte le Secrétariat général du BENELUX pour entrer au service d'une administration d'un des pays du Benelux, ou d'une organisation internationale ayant conclu un accord avec le Secrétariat général, ou exercer une activité salariée ou indépendante au titre de laquelle il acquiert des droits de pension dans un régime pour lequel le transfert de tels droits est prévu légalement dans le pays du Benelux concerné, a le droit de faire transférer l'équivalent actuariel, actualisé à la date de transfert effectif, de ses droits au gestionnaire désigné par l'accord conclu avec le Secrétariat général ou par la législation réglant le régime. Le dispositif envisagé par le projet de loi tient compte de la reprise par le régime luxembourgeois des droits ainsi transférés.

Individualisation des droits

En date du 24 mars 2005 le groupe de travail " Individualisation des droits ", institué à la suite du " Rentendesch " 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 ad hoc 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.

Le groupe de travail ministériel ad hoc a analysé un modèle de partage fonctionnel des droits visant à pallier les lacunes dans les carrières d'assurance du fait de l'interruption ou de la réduction des carrières professionnelles. Ce modèle devrait servir tant dans l'hypothèse du divorce que dans l'hypothèse d'un partage généralisé des périodes d'assurance durant le mariage.

Afin de pouvoir évaluer les conséquences de ce partage, le modèle a été appliqué à plusieurs cas types.

Les conclusions du groupe de travail ministériel ad hoc ont été mises à l'ordre du jour du Conseil de Gouvernement du 22 juin 2006.

Au cours de l'exercice 2007, le groupe de travail " Partage des droits à pension ", composé de représentants du département de la Sécurité sociale et du département de la Fonction publique et de la Réforme administrative, s'est inspiré du modèle allemand du " Versorgungsausgleich " pour analyser la possibilité d'introduire en droit luxembourgeois un tel modèle de partage.

Administration du patrimoine du régime général de pension

En 2007, le conseil d'administration du Fonds de compensation a finalisé le processus de sélection pour le choix de la banque dépositaire, des gérants externes et du réviseur d'entreprises. Le contrat de banque dépositaire et administration centrale a été signé au mois de juillet 2007. Au mois de décembre 2007 a eu la signature du contrat de prêt de titres. La sélection des gérants, ayant débuté avec un lancement de l'appel de candidatures en 2006, a abouti au mois de juin 2007 à l'attribution du marché à 19 gérants, dont 6 de réserve et à la signature des mandats de gestion au mois de juillet 2007. Après un lancement de l'appel d'offre pour la désignation d'un réviseur d'entreprises au mois de juin 2007, le contrat de l'attribution du marché a été signé au mois de juillet 2007.

Enfin, la mise en exécution de la loi du 6 mai 2004 a été poursuivie en finalisant les travaux préparatoires de la constitution de l'OPC sous forme d'une société d'investissement à capital variable (SICAV). Les statuts ont été approuvés au cours des mois de mai et juin 2007. La création de la SICAV devant notaire s'est réalisée au cours du mois de juillet 2007. Le visa de la part de la Commission de surveillance du secteur financier (CSSF) a été accordé au mois d'août 2007. En date du 21 août 2007 a eu la souscription initiale.

Bilan sur l'application de la législation en matière d'incapacité de travail et de réinsertion professionnelle

Dans une motion du 15 décembre 2004, la Chambre des Députés avait invité le Gouvernement à présenter un bilan sur l'application de la législation en matière d'incapacité de travail et de réinsertion professionnelle.

Entretemps, la problématique a fait l'objet d'une étude comparative de l'OCDE, examinée lors d'un séminaire en date des 28 et 29 juin 2007.

En vue d'entamer la préparation du bilan à présenter à la Chambre des Députés, les administrations principalement concernées par l'application de cette législation ont été invitées au mois d'octobre 2007 à présenter par écrit leurs expériences en rapport avec l'application des lois sur l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle. Le bilan sera présenté au début de l'année 2008 à la Chambre des Députés.

A été pris au courant de l'exercice 2007 le règlement grand-ducal suivant :

Le règlement grand-ducal du 21 décembre 2007 fixant les coefficients d'ajustement prévus à l'article 220 du Code des assurances sociales.

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 2007 a fixé le coefficient d'ajustement pour l'exercice 2006.

L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La situation financière de l'assurance dépendance

Depuis son entrée en vigueur au 1er janvier 1999, l'assurance dépendance ne cesse de se développer. Lors de la mise en application, on imaginait qu'après une entrée massive de demandes au cours des premières années, leur nombre allait se stabiliser.

En 2007, on ne peut pas encore dire que cette stabilisation soit atteinte. Le nombre de bénéficiaires, l'offre de soins et les dépenses continuent d'augmenter.

En ce qui concerne les recettes, le taux de cotisation pour l'assurance dépendance a été porté à 1,4 % des revenus bruts à partir du 1er janvier 2007.

Les bénéficiaires de l'assurance dépendance

Depuis 2001, le nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance connaît une croissance annuelle moyenne correspondant à 10 %.

Evolution de 2001 à 2006 du nombre moyen de bénéficiaires de l'assurance dépendance par lieu de séjour

Année	Domicile	En % du total	Etablissement	En % du total	Total
2001	3781	59.1	2620	40.9	6401
2002	4417	61.7	2744	38.3	7161
2003	5042	62.0	3084	38.0	8126
2004	5622	63.9	3177	36.1	8799
2005	6069	65.0	3269	35.0	9338
2006	6478	66.2	3303	33.8	9781

Source : décomptes UCM

C'est au niveau des personnes dépendantes à domicile que l'augmentation est la plus évidente. En 2005, la proportion des personnes dépendantes à domicile est toute proche du double (1,96) des personnes en établissement d'aides et de soins.

L'offre de soins

Comme on l'a vu précédemment, l'année 2007 a été caractérisée par un certain nombre de modifications en ce qui concerne les différents types de prestataires engagés dans l'assurance dépendance.

Jusqu'à présent, la loi prévoyait deux types de prestataires: les établissements d'aides et de soins et les réseaux d'intervention à domicile.

A partir du 1er janvier 2007, l'assurance dépendance reconnaîtra quatre types de prestataires : les établissements à séjour continu, les établissements à séjour intermittent, les centres semi- stationnaires, les réseaux d'intervention à domicile. Chacun de ces quatre types aura une valeur monétaire différente pour le paiement de ses prestations par l'Union des caisses de maladie.

Les tableaux ci-dessous montrent la croissance du personnel entre 2001 et 2006 pour les différentes structures telles qu'elles existent jusqu'à la fin de l'année 2006.

Les réseaux destinés aux personnes handicapées sont devenus les établissements à séjour intermittent. Les centres de jour spécialisés deviennent les centres semi-stationnaires.

A la lecture de ces chiffres, quel que soit le type de prestataire considéré, on remarque une croissance exceptionnelle. Elle se révèle certes beaucoup plus sensible pour les réseaux d'aides et de soins. On la perçoit néanmoins également pour les établissements à séjour continu, à séjour intermittent et les centres semi-stationnaires. L'assurance dépendance se révèle assurément une créatrice de nombreux emplois.

Le personnel des établissements d'aides et de soins à séjour continu - en équivalents temps plein - évolution depuis 2001

	2001	2002	2003	2004	2005
Personnel d'assistance et de soins	1578.0	1704.0	1887.5	1968.0	2324.3
Personnel socio-éducatif	50.9	35.2	77.0	48.1	59.2
Personnel administratif	143.1	160.3	169.6	199.6	217.3
Personnel technique et logistique	1109.0	1176.4	1198.5	1264.9	1066.7
TOTAL	2881.3	3075.8	3332.7	3480.6	3667.6
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	1629.2 (56.5%)	1739.2 (56.5%)	1964.5 (58.9%)	2016.2 (57.9%)	2383.6 (65%)

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

	2001	2002	2003	2004	2005
Personnel d'assistance et de soins	526.0	671.8	793.0	968.8	1117.3
Personnel socio-éducatif	4.8	6.4	7.1	7.7	9.1
Personnel administratif	61.5	73.4	76.0	78,9	87.6
Personnel technique et logistique	20.3	16.2	5.9	8,3	9.3
TOTAL	612.6	767.8	882.1	1063,7	1223.2
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	521.7 (85.2%)	661.8 (86.1%)	800.2 (90.7%)	976.5 (91.8%)	1126.3 (92.1)

Le personnel des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent - en équivalents temps plein - évolution depuis 2001

	2001	2002	2003	2004	2005
Personnel d'assistance et de soins	154.9	161.8	178.4	217.1	350.1
Personnel socio-éducatif	239.8	242.4	269.9	315.3	343.9
Personnel administratif	24.0	24.70	29.34	30.69	35.6
Personnel technique et logistique	83.9	82.22	68.87	95.61	98.9
TOTAL	502.6	511.14	546.49	658.08	731.6
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	394.7 (78.5%)	404.22 (79.1%)	448.28 (82.0%)	531.78 (80.8%)	597.1 (81.6%)

Le personnel des centres semi-stationnaires - en équivalents temps plein - évolution depuis 2001

	2001	2002	2003	2004	2005
Personnel d'assistance et de soins	55.7	67.8	82.5	102.5	117.0
Personnel socio-éducatif	9.9	12.7	12.7	15.5	17.2
Personnel administratif	6.5	9.0	14	10.45	10.2
Personnel technique et logistique	26.9	35.13	30	33.09	44.8
TOTAL	99.0	124.62	139.25	161.57	178.8
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	65.6 (66.3%)	80.49 (64.6%)	95.24 (68.4%)	118.03 (73.0%)	123.8 (69.2)

Les dépenses de l'assurance dépendance

Evolution de 2001 à 2006 des recettes et dépenses courantes de l'assurance dépendance (montants en millions EUR)

Recettes	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Contribution des ménages	112.7	122.1	130.6	138.8	148.1	158.9
Contribution de l'Etat	84.3	83.5	100.1	112.7	137.9	149.4
Redevance AD du secteur de l'énergie	2.8	4.2	3.8	4.4	3.9	2.2
Recettes diverses	5.0	4.9	4.0	3.5	2.9	2.7
Prélèvement aux provisions pour prestations	115.8	110.7	69.9	57.9	87.2	67.2
Total des recettes courantes	320.6	325.4	308.4	317.3	380.2	379.7
Dépenses						
Frais d'administration	2.5	2.4	3.2	3.0	4.0	4.1
Prestations en espèces	13.1	12.1	9.4	9.7	8.9	8.3
Prestations en nature	168.5	219.3	217.5	231.9	306.2	290.0
Transfert de cotisations	1.0	1.0	1.4	1.7	2.3	2.8
Dotations aux provisions pour prestations à liquider				87.2	67.2	90.6
Dépenses diverses	0.1	1.7	0.6	0.5	2.3	0.8
Total des dépenses courantes	295.9	306.4	290.0	334.0	393.7	396.6

La situation financière de l'assurance dépendance est marquée par une augmentation plus rapide des dépenses que des recettes. Cette augmentation se marque tout particulièrement depuis 2004.

Evolution financière de l'assurance dépendance depuis 2004 (en millions d'EUR)

Exercice	2004	2005	2006
Nombre indice	624.63	640.24	653.52
Dépenses courantes	317.3	380.2	379.7
Recettes courantes	334.0	390.9	396.6
Solde des opérations courantes	-16.7	-10.8	-16.9
Excédent/découvert cumulé	76.1	62.6	43.1
Taux de cotisation appliqué	1.00%	1.00%	1.00%
Taux d'équilibre de l'exercice	1.06%	1.09%	1.12%

A la lecture de ce tableau, on constate que la situation financière de l'assurance dépendance se dégrade progressivement. L'augmentation de 40 % du taux de cotisation au 01 janvier 2007 va probablement rééquilibrer le rapport entre dépenses et recettes.

Evolution du niveau de la réserve de 2001 à 2006 (montants en millions EUR)

Situation au 31 décembre	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Réserve	53.3	82.4	98.4	103.8	93.0	76.1
Minimum légal	29.6	19.6	22.0	27.6	30.4	32.9
Rapport réserve/dépenses courantes diminuées du prélèvement aux provisions pour prestations	30 %	42 %	45 %	37.6%	30.6 %	23.1%

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.

Type de prestations	2002	2003	2004	2005	2006
Prestations de l'assurance dépendance	219.3	217.4	232.0	306.2	290.0
Prestations au Luxembourg	216.4	211.9	227.3	297.5	281.8
<i>Prestations à domicile</i>	95.0	100.8	102.3	147.6	132.2
- Aides et soins	59.1	63.5	57.4	80.3	71.2
- Prestations en espèces subsidiaires	59.1	63.5	57.4	57.8	50.5
- Forfaits pour produits nécessaires aux aides et soins	0.8	1.0	1.2	1.4	1.4
- Aides techniques	8.1	4.7	7.6	7.8	8.2
Location	4.5	2.9	3.6	4.2	4.0
Acquisition	3.6	1.8	4.0	3.6	4.2
- adaptation du logement	0.4	1.0	0.5	0.4	0.9
<i>Prestations en milieu stationnaire</i>	121.4	111.1	125.0	149.9	149.6
- Aides et soins	120.0	109.9	123.7	148.4	148.2
- Forfait pour produits d'aides et de soins	1.4	1.2	1.3	1.5	1.4
Actions expérimentales					
Prestations à l'étranger	2.9	5.5	4.7	8.7	8.2
Prestations en espèces (en vertu de législations antérieures à l'assurance dépendance)	12.1	9.4	9.7	8.9	8.3
Allocations spéciales pour personnes gravement handicapées	9.8	7.7	8.5	8.1	7.6
Allocations de soins	2.3	1.7	1.2	0.8	0.6

L'évolution législative et réglementaire

Du point de vue législatif, l'année 2007 fut caractérisée par l'application des modifications de la loi du 19 juin 1998, introduites par la loi du 23 décembre 2005 ainsi que des règlements grand-ducaux qui s'y rapportent.

Ci-dessous, on pourra trouver un bref rappel de ces différentes modifications :

- Le montant horaire de la prestation en espèces est figé à la valeur de 25 euros. Cette disposition est appliquée depuis le 01 janvier 2006 ;
- Le versement du double du montant de la prestation en espèces pour couvrir le remplacement de la personne assurant à domicile, les aides et soins pendant trois semaines par an est supprimé ;
- La dérogation au seuil minimum de 3,5 heures de soins requis s'applique non seulement pour les aides techniques mais aussi pour les adaptations du logement et les projets d'action expérimentale. Les projets d'action expérimentale deviennent désormais possibles dans le domaine de la prévention de la dépendance ;
- Pour les prestations en nature 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. ;
- Le montant mensuel forfaitaire pour produits nécessaires aux aides et soins en cas de maintien à domicile est relevé à 14,32 euros ;
- La prestation forfaitaire de 2,5 heures, prévue par l'assurance dépendance pour les tâches domestiques dans les établissements d'aides et de soins, est supprimée, étant donné qu'elle fait double emploi avec un forfait compris dans le prix de base mensuel payé par la personne hébergée. En cas de nécessité constatée par la Cellule d'évaluation et d'orientation, et pour couvrir des tâches domestiques exceptionnelles, un forfait de 1,5 heures par semaine peut être accordé en milieu stationnaire ;
- Les réseaux et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent peuvent modifier rétroactivement, sur présentation des factures, la répartition des prestations en nature et en espèces ;

- Si des fluctuations imprévisibles dans l'état de dépendance de la personne justifient la délivrance d'aides et de soins dans le domaine des actes essentiels de la vie en dépassement du plan de prise en charge, les prestataires peuvent, sous certaines conditions, prester ces actes ;
- La limite supérieure de la réserve (20%) prévue dans le cadre du financement de l'assurance dépendance a été supprimée ;
- La loi instaure 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 reçoit la mission de contrôler la qualité des prestations fournies à la personne dépendante, compte tenu des normes définies. La Cellule d'évaluation reçoit également la mission de contrôler l'adéquation entre les prestations dispensées et les besoins de la personne dépendante ;
- 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 ;
- La loi prévoit dorénavant quatre types de prestataires : les réseaux d'aides et de soins, les centres semi-stationnaires, les établissements d'aides et de soins à séjour continu et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent. Pour chacun d'eux, la loi prévoit la négociation d'une valeur monétaire spécifique.

Les règlements grand-ducaux d'exécution de ces modifications légales sont au nombre de six :

- Le règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.
- Le règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant.
- Le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant : 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ; 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance ; 3. les produits nécessaires aux aides et soins. Le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 modifiant le règlement grand-ducal du 25 juin 1998 relatif au fonctionnement de la Commission consultative prévue à l'article 387, alinéa 4 du Code des assurances sociales
- Le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant les conditions, limites et modalités du dépassement du plan de prise en charge en cas de fluctuations imprévisibles dans l'état de dépendance.
- Le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 relatif au fonctionnement de la Commission de qualité des prestations prévue à l'article 387bis du Code des assurances sociales.

Certaines modifications ont marqué plus particulièrement l'activité de l'assurance dépendance au cours de l'année 2007. On citera :

- **La mise en application de la convention-cadre destinée à régler les relations entre l'Union des caisses de maladie et les différents prestataires de l'assurance dépendance.**

Jusqu'au 1er janvier 2007, les relations entre l'Union des caisses de maladie et les prestataires de l'assurance dépendance étaient réglées par un contrat d'aides et de soins que chaque prestataire concluait individuellement avec l'UCM. Un grand nombre de dispositions fonctionnelles étaient par ailleurs rassemblées dans un compendium. La convention-cadre, élaborée au cours de l'année 2006, tient compte des dispositions contenues dans les contrats d'aides et soins antérieurs ainsi que des dispositions du compendium. Chaque prestataire y adhère par un contrat d'aide et de soins.

- **La mise en place de la commission de qualité des prestations.**

La commission de qualité des prestations se compose de neuf membres qui sont entrés en fonction au cours de l'année 2007 :

- deux membres désignés par le ministre ayant dans ses attributions la Famille ;
- deux membres de la Cellule d'évaluation et d'orientation ;
- deux membres désignés par le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires ;
- deux experts en matière de qualité désignés par le ministre ayant dans ses attributions la Santé ;
- un expert en soins de santé proposé par l'association la plus représentative des patients.

Le fonctionnement de la commission est défini par le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006. Une experte en qualité des soins a été recrutée par la Cellule d'évaluation et d'orientation afin de coordonner les activités de la Commission. Elle a pris ses fonctions en mai 2007.

Depuis cette date, deux réunions ont déjà eu lieu : une première en date du 20 septembre et une seconde en date du 13 novembre 2007.

Ces deux réunions furent principalement consacrées à permettre à chaque membre du groupe de préciser ses attentes vis-à-vis de la commission.

Elles ont également été consacrées à s'accorder sur des modalités de fonctionnement.

Un premier projet de travail a déjà émergé. Ce projet s'attachera à recenser des informations sur la culture qualité auprès des différents prestataires ainsi que les projets qualité existants au sein des établissements et réseaux d'aides et de soins.

L'objectif de ce recensement est d'identifier des domaines pour lesquels la commission pourra fournir des recommandations et à partir desquels elle pourra élaborer des standards de référence.

- L'entrée en application du nouveau relevé des aides et soins introduisant des modifications essentielles au niveau des prestations de soutien.

Au cours de l'année 2006, le contenu des activités de soutien avait été entièrement repensé au sein de la Cellule d'évaluation et d'orientation. Deux postulats fondamentaux ont guidé cette révision :

- ° L'assurance dépendance se fonde exclusivement sur le concept de qualité des soins et non sur le concept plus large de qualité de vie ;
- ° Les activités de soutien sont entièrement orientées vers les actes essentiels de la vie tels qu'ils sont définis à l'article 348 de la loi sur l'assurance dépendance.

Le résultat de ces réflexions a pu être appliqué à partir de 2007. Un guide des activités de soutien a été élaboré et présenté aux prestataires. Les activités ont quant à elles été déterminées moyennant les actes du nouveau relevé.

Il a également été prévu d'établir, à terme, un bilan pour chaque bénéficiaire de manière à évaluer l'efficacité des activités de soutien qu'il reçoit. L'année 2007 fut consacrée à l'élaboration d'une grille et de modalités pour l'établissement de ce bilan.

Une évaluation a également été faite avec plusieurs prestataires quant à l'application pratique des nouvelles dispositions en matière d'activités de soutien. Cette évaluation a permis de conclure que les actes de soutien, dans leur nouvelle définition sont en adéquation avec les besoins des personnes dépendantes.

L'évolution du fonctionnement de l'assurance dépendance

La restructuration du système informatique

La restructuration du système informatique de gestion de l'assurance dépendance, démarrée en 2006, s'est poursuivie au cours de l'année 2007 sous l'égide de l'UCM, en collaboration avec le Centre informatique de la Sécurité sociale et la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Ce projet de restructuration géré sur base de la méthodologie Hermes- quapital, s'est partiellement concrétisé en 2007 par la mise en place des adaptations permettant le maintien des paiements des prestations en espèces en cours au 1er janvier 2007.

Une évaluation des apports de l'application de la méthodologie Hermes- quapital à la gestion d'un projet a été réalisée en fin d'année 2007. Le rapport de l'évaluation est en cours de réalisation.

Les activités de la Cellule d'évaluation et d'orientation au cours de l'année 2007

Au cours de l'année 2006, la Cellule d'évaluation et d'orientation a participé à l'expérience- pilote du Ministère de la Fonction publique, en vue d'implémenter l'auto- évaluation par la méthode CAF (Common Assessment Framework) dans certains services de l'administration publique. Un groupe d'évaluateurs de la Cellule d'évaluation s'est réuni à de nombreuses reprises pour évaluer le fonctionnement de la Cellule sur base de la grille du CAF. Un plan d'action a été élaboré.

L'année 2007 a été pleinement utilisée pour concrétiser ce plan d'action.

Le premier objectif que s'était fixé le groupe était la diminution des délais d'évaluation.

La Cellule d'évaluation et d'orientation a repensé fondamentalement le mode de distribution des dossiers des demandeurs aux différents évaluateurs. Il s'agit, en fait de classer les dossiers sur base de différents critères de façon à orienter le dossier vers le professionnel le mieux indiqué pour le traiter et à éviter le doublement des intervenants lorsque il n'est pas nécessaire.

Le résultat de ce nouveau mode de fonctionnement se révèle très positif. Le tableau ci-dessous montre que le nombre de dossiers en attente diminue progressivement depuis la mise en place de ce système, malgré l'entrée continue d'une moyenne de 480 nouvelles demandes par mois.

Demandes pour aides et soins				
	01/11/2006	01/03/ 2007	01/11/2007	01/01/2008
Dossiers en attente	2560	2345	1709	1818

Un système identique fonctionne pour les demandes d'aides techniques. Dans ce domaine cependant, l'entrée mensuelle très importante des nouvelles demandes retarde la diminution du stock. On compte, en effet, une entrée mensuelle moyenne de 802 dossiers. Le système permet cependant une stabilisation du stock. Une ligne téléphonique spécifique permettant un traitement des demandes urgentes d'aides techniques a été mise en place en 2006. Cette ligne, accessible trois après-midi par semaine, a été très utilisée au cours de l'année 2007. On a pu y enregistrer 2891 appels. Il est à noter que la ligne centrale de la Cellule d'évaluation et d'orientation enregistre quant à elle 6363 appels pour l'année 2007.

Demandes pour aides techniques				
	01/11/2006	01/03/ 2007	01/11/2007	01/01/2008
Dossiers en attente	634	620	709	722

Ce nouveau mode de distribution des dossiers est soutenu par un système de contrôle de l'évolution du traitement des demandes, qui se met progressivement en place. Il a d'abord porté sur les demandes pour aides techniques pour s'étendre dans un second temps, aux demandes pour aides et soins. Dans sa version actuelle, le système sélectionne les dossiers en suspens depuis plus de sept mois (ce terme sera diminué progressivement).

Le système ne permet cependant pas encore de fournir les raisons du suspens. Il est prévu d'y ajouter cette fonctionnalité à très brève échéance car elle permettra d'éliminer automatiquement les dossiers dont le suspens se justifie (hospitalisations, séjours prolongés à l'étranger...).

L'amélioration de l'outil informatique (TCO) utilisé pour le traitement des demandes de prestations contribue également à l'accélération du traitement des demandes. A terme, la CEO souhaite remplacer totalement la gestion des dossiers -papier par un système de gestion électronique. Le projet a démarré en 2004. Il a été mis à la disposition des agents de la Cellule d'évaluation et d'orientation en janvier 2006. L'année 2007 a permis d'ajouter un certain nombre de fonctionnalités au système.

Ces ajouts se justifient par les changements importants des procédures internes, mais aussi par la nécessité de faciliter l'accès et le traitement des informations contenues dans les dossiers électroniques.

Le contenu du questionnaire d'évaluation, partie importante du système, a été partiellement revu et les liens entre les différents modules qui le composent ont été renforcés. Des adaptations ont également été faites pour améliorer la vitesse de synchronisation et du lancement de l'outil d'évaluation.

Dans l'objectif d'accélérer le traitement de la demande, les procédures en usage à la Cellule d'évaluation ont été modélisées, avec l'appui d'un bureau d'experts. Vu la complexité des tâches, toutes les procédures n'ont pas pu être modélisées en 2007. Le travail se poursuivra en 2008.

L'ensemble des procédures modélisées sera, à moyen terme, intégré dans un projet de documentation centralisée qui englobera également la circulation et l'accès aux informations de la CEO.

On notera par ailleurs les activités de plusieurs groupes de travail fonctionnant au sein de la CEO. L'un des groupes est d'ailleurs chargé de formaliser et d'uniformiser la méthodologie des groupes de travail.

Dans l'ensemble de ces groupes, il convient de distinguer deux orientations :

- les groupes à thème qui ont pour mission de traiter de problématiques propres à certaines catégories de personnes dépendantes (les enfants, les personnes handicapées, les personnes atteintes de troubles psychiatriques...) ;
- les groupes à tâche qui s'attachent plus particulièrement à des missions spécifiques de la Cellule d'évaluation telles que l'information sur l'assurance dépendance, la gestion des plaintes... ;

Enfin, on citera deux événements majeurs qui ont marqué les activités de la Cellule d'évaluation en 2007:

- La journée dépendance du 17 octobre 2007 qui fut un grand succès et dont on peut trouver les actes sur le site www.secu.lu

Le rapport qui a été réalisé sur la satisfaction des bénéficiaires de l'assurance dépendance à domicile. Ce rapport peut également être consulté sur le site www.secu.lu.

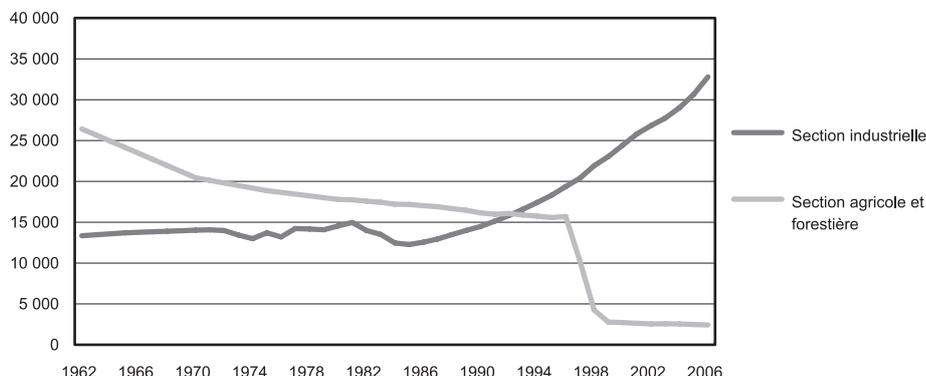
L'ASSURANCE ACCIDENTS

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)

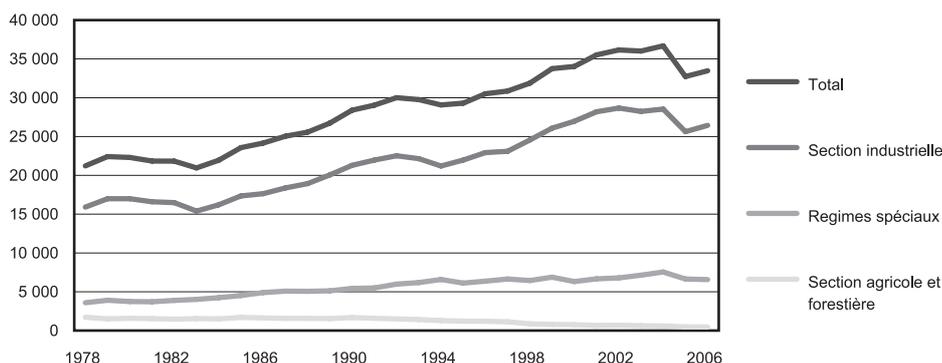


Après une période de relative stabilité, le nombre d'entreprises affiliées à la section industrielle de l'association d'assurance avait été décroissant dès le début des années quatre-vingt. Grâce à la reprise de la conjoncture économique, le nombre a augmenté ensuite de plus de 4% par année. En 2006 cette augmentation a même été de 7,0% face à 5,7% en 2005.

Le nombre d'entreprises affiliées à la section agricole et forestière subit une diminution régulière depuis 1960 (-1% en moyenne depuis 1970). Depuis 1997, le nombre d'affiliés avait subi une réduction de deux tiers suite à une redéfinition du critère de l'affiliation obligatoire et de l'introduction d'une assurance volontaire. Ainsi depuis 1999 le niveau des affiliations s'est stabilisé.

Statistiques sur les accidents

Evolution du nombre d'accidents déclarés



A partir du 1er mai 2005, l'assurance accident a changé la procédure et le formulaire de déclaration des accidents du travail et de trajet. Cette nouvelle procédure vise principalement à rétablir pour l'employeur l'obligation légale de prendre l'initiative de la déclaration d'un accident. Ceci explique aussi la rupture de série dans les statistiques y afférentes.

Le nombre des accidents déclarés en 2006 s'élève à 33 474 dont 26 441 (79,0%) pour la section industrielle, 6 567 (19,6%) pour les régimes spéciaux et 466 (1,4%) pour la section agricole et forestière. Le nombre des accidents mortels est de 15 unités. La campagne de prévention d'accidents commence à porter ses fruits, le nombre des accidents par 100 salariés-unités est resté inchangé à 9,7 en 2006.

Parmi les cas déclarés à la section industrielle, 75,1% concernent des accidents de travail proprement dits, 24,2% des accidents de trajet et 0,7% des maladies professionnelles.

Rentes

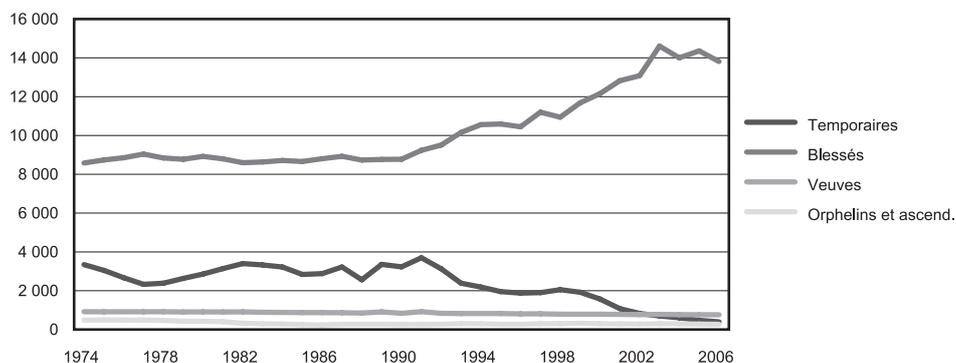
Le nombre total des rentes s'élève en 2006 à 15 235 unités contre 15 872 en 2005. La répartition de ces rentes suivant le régime et la catégorie de rente se présente comme suit:

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

Catégorie	AAI	dont régimes spéciaux	AAA	Total
Rentes temporaires	371	-	22	393
Rentes de blessés	12 021	592	1 792	13 813
Rentes de conjoints survivants	703	14	58	761
Rentes d'orphelins	259	8	6	265
Rentes d'ascendants	3	-	-	3
TOTAL	13 357	614	1 878	15 235

En se limitant aux seules rentes de la section industrielle, qui déterminent l'évolution du nombre total, on constate que le nombre de rentes s'est maintenu pratiquement à un niveau constant entre 1975 et 1990, l'augmentation massive de l'emploi depuis le milieu des années 80 a entraîné avec un certain retard une croissance du nombre des rentes. Le régime de l'assurance accidents n'est donc plus soumis au phénomène de maturation et le vieillissement de la population, qui n'a guère de prise sur ce régime.

Evolution du nombre des rentes (situation au 31 décembre)



La majorité des rentes viagères présentent un taux d'incapacité assez faible. Environ 85% des rentes de la section industrielle et de la section agricole et forestière présentent un degré d'incapacité de moins de 30% et pour plus d'un tiers des rentes le degré d'incapacité est compris entre 10% et 20%. La diminution constante des rentes temporaires depuis 1996, est due à un traitement plus rapide des demandes, permettant une allocation plus prompte des rentes viagères.

L'effet de l'entrée en vigueur au 1er mai 2005 de la loi du 21 décembre 2004, concernant la suppression du délai d'attente triennal pour les rachats des rentes inférieures à 10%, ainsi que la décision de l'assemblée générale de l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, du 20 janvier 2006 d'appliquer la suppression du délai également aux accidents survenus avant le 21 mai 2005, se sont répercutés dans le nombre des rachats pour l'année 2006.

Ainsi le nombre de rachats affiche une progression de 74,0% à 2 696 rachats en 2006 contre 1 472 en 2005.

Dans la section agricole et forestière, le nombre passe de 15 rachats en 2005 à 23 en 2006.

Répartition des rentes et rachats de rentes par pays de résidence

Pays de résidence	Nombre			Montants (en millions EUR)		
	AAI	AAA	Total	AAI	AAA	Total
<i>Luxembourg</i>	9 417	1 920	11 337	83,72	5,90	89,62
<i>Autres pays de l'UE</i>	6 025	18	6 043	59,79	0,16	59,95
Allemagne	810	6	816	8,86	0,01	8,87
Autriche	8	-	8	0,03	-	0,03
Belgique	1 355	5	1 360	14,35	0,10	14,45
Danemark	1	-	1	0,00	-	0,00
Espagne	69	-	69	0,54	-	0,54
Finlande	-	-	-	-	-	-
France	3 062	3	3 065	30,52	0,01	30,53
Grèce	-	-	-	-	-	-
Irlande	-	-	-	-	-	-
Italie	300	-	300	2,46	-	2,46
Pays-Bas	4	1	5	0,02	0,00	0,03
Portugal	415	3	418	3,00	0,03	3,03
Royaume-Uni	-	-	-	-	-	-
Suède	1	-	1	0,01	-	0,01
<i>Autres pays</i>	48	4	52	0,51	0,01	0,52
TOTAL	15 490	1 942	17 432	144,02	6,06	150,09

Les données financières

L'appréciation globale des opérations courantes

Depuis 2001, les recettes courantes de la section industrielle dépassent régulièrement les dépenses courantes. Pour faire face aux dépenses supplémentaires consécutives à la loi du 21 décembre 2004 et de la décision de l'assemblée générale du 20 janvier 2006, un prélèvement à la réserve légale de 17,8 millions EUR a été nécessaire en 2006 pour équilibrer le compte d'exploitation. En 2005 les recettes courantes avaient encore dépassé les dépenses courantes de 22,7 millions EUR.

Les dépenses courantes représentent 0,66% du PIB en 2006, et leur proportion, partant de 1,3% en 1975, est en régression constante. Aussi, le taux de croissance annuel moyen des dépenses courantes entre 1986 et 2006 n'atteint que 4,8% (au nombre indice 100) ce qui témoigne, comparé aux autres branches de la sécurité sociale, d'une évolution plus lente des dépenses.

Concernant la section agricole et forestière, en 2006, les dépenses courantes se chiffrent à 7,6 millions EUR par rapport à des recettes courantes de 4,6 millions EUR. Le manque de recettes de 3 millions EUR est couvert par un prélèvement au fonds de réserve légal de 0,5 millions EUR et par un rôle à établir de 2,5 millions 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
2005	191 382,05	214 057,50	22 675,45	8 471,83	5 879,39	-2 592,44	199 853,88	219 936,89	20 083,01
2006	218 365,57	200 583,43	-17 782,13	7 557,74	4 625,25	-2 932,49	225 923,31	205 208,68	-20 714,62

En 2006, les dépenses en prestations cumulées des deux sections atteignent 209 262,3 milliers EUR et représentent 92,6% du total des dépenses, soit une augmentation de 11,2% au nombre indice 100 par rapport à 2005.

Cette augmentation des dépenses en prestations est principalement due au nombre de rachats effectués suite aux modifications législatives du 21 décembre 2004.

Les frais d'administration, au nombre indice 100, ont connu une augmentation de 5,1% en 2006. Ils représentent 5,5% des dépenses courantes.

La structure des dépenses courantes (en milliers EUR)

	AAI	AAA	Total	En % du total
Frais d'administration	12 006,46	353,89	12 360,35	5,5%
Prestations en espèces	167 329,07	6 193,68	173 522,75	76,8%
- Indemnités pécuniaires	23 308,58	128,80	23 437,38	-
- Rentes	83 614,94	5 748,09	89 363,03	-
- Rachats et autres	60 405,56	316,79	60 722,35	-
Prestations en nature	34 924,33	815,19	35 739,52	15,8%
Dépenses diverses	4 105,70	194,97	4 300,67	1,9%
TOTAL	218 365,56	7 557,74	225 923,30	100,0%

Recettes courantes

L'assurance accidents est financée à raison de 79,0% par des cotisations, de 14,2% par les contributions publiques et de 6,7% 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 ont diminué par rapport à 2005 de 9,0% au nombre indice 100 pour la section industrielle.

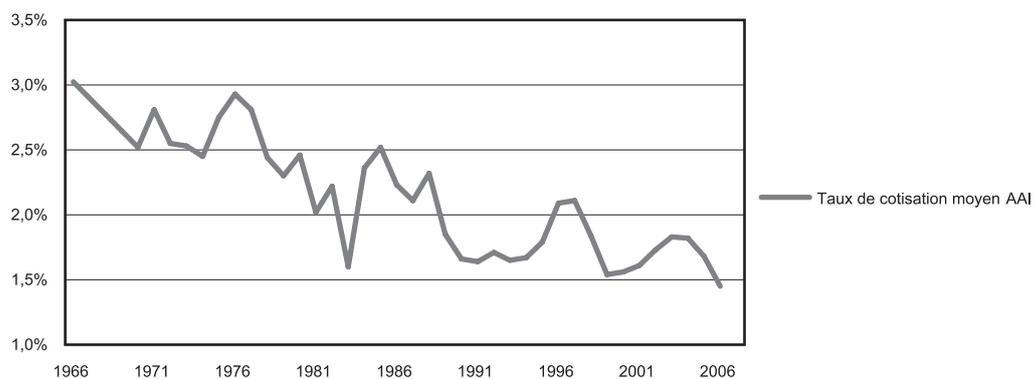
La structure des recettes courantes (en milliers EUR)

	AAI	AAA	Total	En % du total
Cotisations	162 158,77	-	162 158,77	79,0%
Participation de l'Etat	24 661,12	4 546,93	29 208,05	14,2%
Produits financiers et recettes diverses	13 763,54	78,33	13 841,86	6,7%
TOTAL	200 583,43	4 625,25	205 208,68	100,0%

Etant donné que les taux de cotisation de la section industrielle sont fixés 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, il est retombé ensuite et s'est situé à 1,54% en 1999. Après avoir entamé une nouvelle progression pour atteindre en 2003 une valeur de 1,83%, le taux de cotisation moyen est retombé à son niveau le plus bas pour atteindre 1,45% en 2006.

Evolution du taux de cotisation moyen de l'AAI



L'évolution législative et réglementaire

Le groupe de travail composé d'experts de l'Inspection générale de la sécurité sociale et de l'Assurance contre les accidents a continué ses travaux tout au long de l'année 2007, de sorte qu'une première version d'un avant-projet de texte de loi a pu être présentée aux partenaires sociaux le 27 novembre 2007. Les grandes lignes de cet avant-projet peuvent être résumées comme suit :

Les dispositions actuellement en vigueur sont reprises dans le nouveau texte sans changements de fond en ce qui concerne le champ d'application de l'assurance accident, les prestations en nature (à l'exception toutefois de l'indemnisation du dégât matériel), l'immunité patronale et le chapitre consacré à la prévention des accidents. Des modifications plus substantielles sont apportées au financement et à l'organisation administrative de l'assurance accident. Les innovations les plus importantes concernent les prestations en espèces de l'assurance accident. Conformément à la proposition du CES, il s'agit de remplacer l'indemnisation forfaitaire basée sur la seule rente accident par une réparation plus complète des différents préjudices, telle qu'elle existe en droit commun. D'autre part, il est proposé de revoir complètement le cumul des prestations de l'assurance accident avec celles de l'assurance pension.

Suite aux discussions menées lors de la réunion du 27 novembre 2007, les représentants des salariés et des employeurs ont été invités à présenter leurs remarques lors d'une réunion ayant eu lieu au courant du mois de janvier 2008. Le groupe de travail s'efforcera de tenir compte au maximum des propositions des partenaires sociaux pendant la rédaction d'un avant-projet de loi définitif de sorte qu'il est prévisible que le projet de loi pourra être soumis à la Chambre des Députés en automne 2008. En effet, vu l'envergure et la complexité de la réforme, sa mise en œuvre dans de bonnes conditions requiert un délai suffisant pour les préparatifs sur le plan administratif et informatique. De plus, il convient de tenir compte de la réorganisation des institutions de sécurité sociale à partir de l'exercice 2009 dans le cadre du projet de loi no 5750 portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé.

LE CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

L'organisation du Contrôle médical

En 2007, l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale disposait de:

- 19 médecins à temps plein
- 3 médecins-dentistes engagés sur contrat à temps partiel
- 1 pharmacien-inspecteur à mi-temps
- 5 pharmaciens-réviseurs engagés sur contrat à temps partiel
- 1 assistante sociale à temps plein
- 10 postes administratifs à temps plein
- 2 postes administratifs à mi-temps

1. L'assurance maladie

Elle constitue le volet le plus important de l'activité du Contrôle médical. En 2007, douze médecins y étaient attachés et assuraient une permanence pour le compte des 9 caisses de maladie et de l'Union des caisses de maladie.

1.1. Activités en rapport avec les prestations en espèces

Le contrôle de l'incapacité de travail est effectué pour toutes les caisses de maladie, 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 1994, le Contrôle médical est également compétent pour la constatation de l'incapacité de travail des ouvriers de l'Etat.

1.2. Activités en rapport avec les prestations en nature

1.2.1. Soins médicaux et médico-dentaires

Étaient 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 de l'assurance maladie
- 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 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

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'Union des caisses de maladie

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. 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 2004	examens et réexamens 2005	examens et réexamens 2006	examens et réexamens 2007
AVI	3 556	3 287	2 855	2 879
CPEP	878	885	699	739
CPACI	127	126	122	132
CPA	40	45	45	40

Décisions prises après premier examen:

	2004			2005			2006			2007		
	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	835	611	1 337	895	606	1 036	960	402	768	953	490	701
CPEP	193	100	421	202	120	347	228	80	190	242	112	191
CPACI	52	11	37	64	11	35	66	20	20	71	9	23
CPA	19	2	16	21	5	16	25	3	12	27	1	7

Dans le cadre des demandes d'assurance pension facultative, 48 dossiers ont été transmis pour avis aux médecins-conseils.

3. 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.

Au cours des années 2002 à 2007 il a été procédé à:

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
premiers examens et réexamens	2 827	1 722	3 050	2 230	1 800	2 161
examens pour maladie professionnelle	37	23	55	56	52	60

4. Les 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.

5. Les 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 498 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 2007, 2302 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. Les commissions

Au cours de l'année 2007, 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 médicale du service 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.

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 modifiée du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle.

10. Le 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.

	2004			2005			2006			2007		
	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 dedésintoxication	210	88	298	204	78	282	195	78	273	246	81	327
Traitementspsychiatriques	258	53	311	307	55	362	334	47	381	390	46	436
Totaux	468	141	601	511	133	644	529	125	654	636	127	763

11. Les 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 de réadaptation de Hamm.

Statistiques

Section A.V.I.

Exercice 2007

Tranches d'âge	Femmes				Hommes				Totaux
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	
1940 - 1944	28	0	2	30	42	1	7	50	80
1945 - 1949	136	2	35	173	199	12	54	265	438
1950 - 1954	109	17	74	200	197	44	120	361	561
1955 - 1959	31	33	66	130	92	75	82	249	379
1960 - 1964	15	32	46	93	38	82	71	191	284
1965 - 1969	12	26	26	64	33	57	49	139	203
1970 - 1974	1	8	17	26	11	50	29	90	116
1975 - 1979	5	12	4	21	3	28	13	44	65
1980 - 1984	0	1	1	2	1	5	2	8	10
1985 - 1989	0	0	1	1	0	5	2	7	8
Totaux	337	131	272	740	616	359	429	1 404	2 144

Section C.P.E.P.

Exercice 2007

Tranches d'âge	Femmes				Hommes				Totaux
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	
1940 - 1944	7	0	0	7	8	0	0	8	15
1945 - 1949	38	1	14	53	24	3	8	35	88
1950 - 1954	29	5	29	63	41	10	17	68	131
1955 - 1959	22	14	31	67	23	10	22	55	122
1960 - 1964	10	17	7	34	10	13	12	35	69
1965 - 1969	7	10	19	36	4	5	9	18	54
1970 - 1974	6	6	4	16	1	7	2	10	26
1975 - 1979	6	1	12	19	5	5	2	12	31
1980 - 1984	0	1	3	4	1	4	0	5	9
Totaux	125	55	119	299	117	57	72	246	545

Section C.P.A.

Exercice 2007

Tranches d'âge	Femmes				Hommes				Totaux
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	
1945 - 1949	7	0	1	8	3	0	0	3	11
1950 - 1954	3	0	2	5	4	0	2	6	11
1955 - 1959	2	0	0	2	4	0	1	5	7
1960 - 1964	1	0	0	1	3	0	0	3	4
1970 - 1974	0	1	0	1	0	0	0	0	1
1980 - 1984	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Totaux	13	1	3	17	14	0	4	18	35

Section C.P.A.C.I.

Exercice 2007

Tranches d'âge	Femmes				Hommes				Totaux
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	
1940 - 1944	1	0	0	1	1	0	0	1	2
1945 - 1949	13	0	0	13	11	1	1	13	26
1950 - 1954	12	0	4	16	15	0	1	16	32
1955 - 1959	8	1	3	12	2	2	6	10	22
1960 - 1964	2	1	3	6	4	2	3	9	15
1965 - 1969	2	2	0	4	0	0	1	1	5
1970 - 1974	0	0	1	1	0	0	0	0	1
Totaux	38	4	11	53	33	5	12	50	103

Nombre d'examens et de réexamens

	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	total	premiers examens												
AVI	3 811	64.10%	4 025	67.30%	3 845	58.60%	3 334	52.43%	3 244	52.56%	2 743	58.40%	2 312	65.96%
CPEP	875	55.54%	1 020	52.25%	1 084	54.34%	1 026	51.27%	976	51.54%	958	43.11%	662	56.80%
CPACI	204	93.63%	224	95.54%	225	89.78%	143	86.01%	196	83.16%	139	89.21%	147	86.39%
CPA	133	96.24%	124	85.48%	112	98.21%	88	94.32%	72	98.61%	67	97.01%	53	98.11%
	5 023	64.66%	5 393	66.05%	5 266	59.89%	4 591	54.02%	4 488	54.41%	3 907	56.41%	3 174	65.53%

	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	total	premiers examens										
AVI	2 518	64.81%	3 233	79.18%	3 556	78.26%	3 287	77.18%	2 855	74.61%	2 879	74.47%
CPEP	645	63.88%	807	72.12%	878	81.32%	885	75.59%	699	71.24%	739	73.75%
CPACI	163	82.21%	169	79.88%	127	78.74%	126	87.30%	122	86.89%	132	78.03%
CPA	52	88.46%	53	92.45%	40	92.50%	45	93.33%	45	88.89%	40	87.50%
	3 378	65.84%	4 262	54.08%	4 601	72.29%	4 343	78.33%	3 721	74.55%	3 790	74.59%

Décisions prises après premier examen

	1996			1997			1998			1999			2000			2001		
	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	1 945	452	312	1 328	473	452	856	391	501	868	297	540	785	216	601	770	241	514
CPEP	357	145	31	371	134	84	332	124	70	328	114	61	235	85	93	230	65	81
CPACI	185	9	20	153	14	35	75	11	37	109	15	39	80	4	40	79	13	35
CPA	100	1	5	101	1	8	69	5	9	51	1	19	53	0	12	30	1	21
	2 587	607	368	1 953	622	579	1 332	531	617	1 356	427	659	1 153	305	746	1 109	320	651
		3 562			3 154			2 480			2 442			2 204			2 080	
	2002			2003			2004			2005			2006			2007		
	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	797	321	603	838	516	1 206	835	611	1 337	895	606	1 036	960	402	768	953	490	701
CPEP	230	101	72	196	75	311	193	100	421	202	120	347	228	80	190	242	112	191
CPACI	87	12	36	78	14	43	52	11	37	64	11	35	66	20	20	71	9	23
CPA	24	1	20	27	3	19	19	2	16	21	5	16	25	3	12	27	1	7
	1 138	435	731	1 139	608	1 579	1 099	724	1 811	1 182	742	1 434	1 279	505	990	1 293	612	922
		2 304			3 326			3 634			3 358			2 774			2 827	
	1996			1997			1998			1999			2000			2001		
	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	71.80%	16.69%	11.52%	58.94%	20.99%	20.06%	48.97%	22.37%	28.66%	50.91%	17.42%	31.67%	49.00%	13.48%	37.52%	50.49%	15.80%	33.70%
CPEP	66.98%	27.20%	5.82%	62.99%	22.75%	14.26%	63.12%	23.57%	13.31%	65.21%	22.66%	12.13%	56.90%	20.58%	22.52%	61.17%	17.29%	21.54%
CPACI	86.45%	4.21%	9.35%	75.74%	6.93%	17.33%	60.98%	8.94%	30.08%	66.87%	9.20%	23.93%	64.52%	3.23%	32.26%	62.20%	10.24%	27.56%
CPA	94.34%	0.94%	4.72%	91.82%	0.91%	7.27%	83.13%	6.02%	10.84%	71.83%	1.41%	26.76%	81.54%	0.00%	18.46%	57.69%	1.92%	40.38%
	72.63%	17.04%	10.33%	61.92%	19.72%	18.36%	53.71%	21.41%	24.88%	55.53%	17.49%	26.99%	52.31%	13.84%	33.85%	53.32%	15.38%	31.30%
	2002			2003			2004			2005			2006			2007		
	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	46.31%	18.65%	35.04%	32.73%	20.16%	47.11%	30.00%	21.95%	48.04%	35.28%	23.89%	40.84%	45.07%	18.87%	36.06%	44.45%	22.85%	32.70%
CPEP	57.07%	25.06%	17.87%	33.68%	12.89%	53.44%	27.03%	14.01%	58.96%	30.19%	17.94%	51.87%	45.78%	16.06%	38.15%	44.40%	20.55%	35.05%
CPACI	64.44%	8.89%	26.67%	57.78%	10.37%	31.85%	52.00%	11.00%	37.00%	58.18%	10.00%	31.82%	62.26%	18.87%	18.87%	68.93%	8.74%	22.33%
CPA	53.33%	2.22%	44.44%	55.10%	6.12%	38.78%	51.35%	5.41%	43.24%	50.00%	11.90%	38.10%	62.50%	7.50%	30.00%	77.14%	2.86%	20.00%
	49.39%	18.88%	31.73%	34.25%	18.28%	47.47%	30.24%	19.92%	49.83%	35.20%	22.10%	42.70%	46.11%	18.20%	35.69%	45.74%	21.65%	32.61%

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%
2006	45.07%	18.87%	36.06%	45.78%	16.06%	38.15%	62.26%	18.87%	18.87%	62.50%	7.50%	30.00%	46.11%	18.20%	35.69%
2007	44.45%	22.85%	32.70%	44.40%	20.55%	35.05%	68.93%	8.74%	22.33%	77.14%	2.86%	20.00%	45.74%	21.65%	32.61%

Cartes d'invalidité

Exercice 2007

Dossiers transmis au CMSS	2 302		
Dossiers traités :	1 896	dont	1 823 sur base d'un certificat médical et 73 après convocation de l'intéressé
Dossiers sans suite : (expiration du délai de 40 jours)	253		
Dossiers en suspens :	153		

Cartes d'invalidité attribuées en 2007

Carte A	1 686 (dont 82 avec carte de priorité)
Carte B	113
Carte C	61
Refus	36
	1 896

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, 1.852 jugements ont été prononcés au cours de l'exercice 2007. Au total 1.356 affaires ont été évacuées ; ce qui constitue un nombre total record.

Le nombre des audiences tenues s'est stabilisé avec 768 séances à la moyenne des dernières années.

En 2007, 410 affaires ont nécessité une expertise médicale et 366 un avis médical des médecins-conseil du Conseil arbitral.

Des 1.356 décisions qui ont donné lieu à un jugement définitif, 40,6 % ont dit les recours fondés et 59,4 % les ont rejetés ou déclarés irrecevables.

Si l'on sait qu'en 2007, 226 appels ont été relevés devant le Conseil supérieur des assurances sociales, on peut dire que le rapport jugements/appels est excellent ; seulement un sixième des affaires jugées en 1^{ère} instance passent à la 2^e 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 a légèrement diminué en 2007 par rapport à 2006; 1.736 recours en 2006 contre 1.611 en 2007. C'est pourquoi que le solde des affaires qui n'ont pas pu être évacuées au cours des années passées a pu être réduit. Ce fait est d'autant plus satisfaisant qu'avec l'introduction du boni enfant et la mise en vigueur prochaine de la loi sur le statut unique pour tous les salariés du secteur privé ainsi que de la loi organisant l'aide sociale, le nombre des recours risque d'augmenter de nouveau rapidement.

Le Conseil supérieur des assurances sociales s'est vu soumettre 226 appels et une opposition. Le Conseil supérieur est uniquement saisi des jugements définitifs et non des décisions avant dire droit ayant ordonné une expertise ou quelque autre mesure d'instruction.

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

Le nombre des dossiers en suspens au 31 décembre 2007 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 assez 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												
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Assurance accident	357	374	405	453	411	467	278	446	415	439	586	577	476
Assurance pension	145	186	320	393	372	493	344	324	535	555	364	388	331
Assurance maladie	113	113	150	151	130	144	139	159	248	242	259	323	344
Assurance dépendance	-	-	-	-	-	13	20	20	22	5	15	36	39
Prestations du Fonds National de la Solidarité	76	84	75	70	85	75	73	68	68	86	106	103	117
Autres prestations (dont chômage)	55	41	28	106	180	95	70	91	217	191	248	240	289
Affiliation et Cotisations	7	32	8	10	18	58	8	10	15	78	25	69	15
TOTAL	753	830	986	1.183	1.196	1.345	932	1.118	1.520	1.596	1.603	1.736	1.611

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	2006	2007
Audiences	537	534	562	710	765	741	851	768
Affaires fixées	2.043	1.995	1.945	2.181	2.541	2.822	2.871	3.095
Jugements prononcés (évacués)	933	957	987	967	1.187	1.172	1.238	1.356
Jugements prononcés (av. dire droit)	256	320	280	322	417	435	344	496
Désistements	155	207	136	167	146	194	207	205
Affaires évacuées	1.088	1.164	1.123	1.134	1.333	1.366	1.445	1.561
Recours introduits	1.345	932	1.118	1.520	1.596	1.603	1.736	1.611
Recours déclarés fondés	436	392	452	344	400	330	515	551
Recours déclarés non fondés	432	513	478	543	714	708	629	642
Recours déclarés irrecevables	65	52	57	80	73	74	94	163

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
2006	194	234
2007	226	232

LA SÉCURITÉ SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL

Au cours de l'exercice 2007, 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 de la Commission centrale pour la navigation du Rhin.

Les instruments multilatéraux

Union Européenne

a) Coordination européenne

Les travaux en matière de simplification de l'instrument de coordination actuellement applicable, 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.

Depuis 2006, où la Commission européenne a proposé le texte de ce nouveau règlement d'application, les négociations ont eu lieu au niveau du Conseil. Les chapitres en relation avec l'assurance maladie, le chômage et les prestations familiales ont pu être clôturés dans le courant de l'année 2007. Les négociations vont continuer en 2008 et le ministère de la Sécurité sociale entend continuer à prendre activement part dans les négociations.

Par ailleurs les représentants du ministère ont participé aux réunions de la commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants (CASSTM) et de ses sous-commissions et groupes de travail. Les travaux se sont concentrés plus particulièrement sur la préparation de la mise en œuvre du règlement 883/2004 et de son nouveau règlement d'application, notamment sur l'échange électronique des données. La commission administrative a également analysé certaines questions techniques et administratives qui lui ont été adressées par le Conseil dans le cadre des négociations du nouveau règlement d'application. En outre la commission administrative a préparé le règlement n° 311/2007 du 19 mars 2007 qui modifie les annexes du règlement n°574/72 fixant les modalités d'application du règlement no1408/71.

b) Portabilité des droits à pension complémentaire

En 2007, les Présidences allemande et portugaise ont, en vain, tenté de dégager un accord politique sur la proposition de directive relative à l'amélioration de la portabilité des droits à pension complémentaire.

Lors du Conseil EPSCO de mai 2007, le veto des Pays-Bas a marqué la fin de tout espoir d'accord sur ce texte soumis à l'unanimité.

Lors du Conseil de décembre 2007, les ministres étaient invités à se prononcer sur la proposition modifiée présentée par la Commission après le vote en première lecture du Parlement européen. Cette fois-ci la seule question en suspens, à savoir la durée de la période d'acquisition des droits à une pension complémentaire, a été à l'origine d'un nouvel échec. Deux camps solides s'étaient en effet formés autour de cette question avec, d'un côté, ceux qui ne peuvent en aucun cas accepter une durée supérieure à 2 ans (retenue dans le texte soumis aux ministres) et, de l'autre côté, les Etats membres qui, comme le Luxembourg et l'Allemagne, auraient préféré 5 ans en raison de la spécificité de certains de leurs régimes. Les propositions de compromis de la Présidence portugaise visant à permettre à ceux des Etats membres pour lesquels la mise en œuvre de la directive poserait problème, de demander une suspension temporaire des régimes concernés pour une durée maximale de 36 mois ou bien de recourir à une diminution graduelle de la durée de 5 ans à 2 ans, n'ont pas trouvé d'appui.

c) Politique sociale européenne

i.) Le comité de protection sociale

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.

Le ministère de la Sécurité sociale soutient cette nouvelle méthode de travail de 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.

En 2007, le Comité de protection sociale a continué à promouvoir l'application de la méthode ouverte de la coordination dans les domaines de la protection sociale et de l'inclusion sociale, ainsi que l'interaction de celle-ci avec la stratégie de Lisbonne.

Par ailleurs le comité de protection sociale a apporté sa contribution au niveau européen à plusieurs sujets cruciaux, dont notamment la flexibilité et les réponses à apporter au défi démographique. Il a aussi participé activement aux discussions sur la révision de l'Agenda social et sur les services sociaux d'intérêt général.

ii) Les services sociaux d'intérêt général

Les services sociaux d'intérêt général ont été abordés dans le cadre d'un rapport sur l'état d'avancement des travaux, présenté oralement par le comité de protection sociale lors du Conseil de mai 2007, l'objectif étant de faire le point depuis la communication " Mettre en œuvre le programme communautaire de Lisbonne. Les services sociaux d'intérêt général dans l'Union européenne " adoptée le 26 avril 2006, peu après la directive " services ". Dans le cadre de la consultation lancée en 2006 pour mieux appréhender les particularités des SSIG, de nombreuses contributions ont mis en avant le principe de subsidiarité et ont souligné que la définition et l'organisation des SSIG doit relever de la responsabilité des Etats membres.

Lors de l'échange de vues ministériel ayant eu lieu à l'occasion du Conseil de décembre, l'idée avancée par la Commission d'un instrument juridique contraignant permettant d'apporter la sécurité juridique nécessaire aux services sociaux d'intérêt général, n'a pas convaincu. Le recours aux mécanismes de coordination et de coopération en place, sans toucher aux compétences des Etats membres et dans le respect des traditions nationales, s'est cristallisé comme la démarche la plus appropriée. L'idée d'une définition communautaire n'a pas non plus bénéficié de soutien tandis que l'accès à des SSIG de haute qualité s'est démarqué comme une préoccupation majoritaire. Le Conseil a jugé la situation actuelle de l'appréciation au cas par cas par CJCE comme intenable. La Présidence portugaise a souligné l'importance des SSIG dans le cadre de l'objectif de la cohésion sociale et leur valeur stratégique pour l'avenir, notamment eu égard au défi du vieillissement démographique. Le comité de protection sociale a reçu un mandat clair de continuer les travaux sur les SSIG à l'avenir.

iii) Soins de santé à travers l'Europe

Le Conseil de mai a procédé à l'adoption à l'unanimité de conclusions sur les services de santé transfrontaliers. Lors du bref débat subséquent, un grand nombre d'intervenants ont mis l'accent sur un niveau élevé de protection de la santé, le droit à des soins de santé de qualité pour tous ainsi que le renforcement de la capacité des Etats membres de gérer leurs systèmes de santé. Le commissaire Kyprianou a répété que l'instrument futur, très vraisemblablement une directive, garantira plus de sécurité juridique au profit de tous les acteurs tout en tenant compte des spécificités des systèmes nationaux, des valeurs et principes communs et de la jurisprudence CJCE en matière de libre circulation.

Lors du Conseil de décembre, les ministres ont reçu une dernière opportunité avant l'adoption de la proposition, prévue pour le 19 décembre 2006, de faire valoir leurs points de vue sur le contenu du futur instrument. L'échange des vues a clairement démontré que le texte actuel ne bénéficie pas du soutien nécessaire au sein du Conseil. Les griefs avancés se recourent largement avec les préoccupations luxembourgeoises. En résumé, les délégations ne pourront en aucun cas accepter un texte qui ne tienne pas suffisamment compte de la spécificité des services de santé et qui empiète sur les compétences nationales, notamment la capacité de pilotage au niveau de l'organisation, du financement et de la gestion des services de santé. Ainsi, la définition des soins hospitaliers doit rester une compétence nationale et la mise en place de formalités préalables à un traitement hospitalier à l'étranger doit continuer à rester possible, conformément à la jurisprudence établie.

Conseil de l'Europe

a) Cohésion sociale

Le Comité européen pour la cohésion sociale (CDCS), est un comité directeur multidisciplinaire regroupant plusieurs partenaires. En 2006, il a maintenu 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 dans le domaine de la sécurité sociale (CS-SS) outre leur activité de coordination 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.

Les fonctionnaires du ministère de la Sécurité sociale ont joué une part active dans l'activité de ces comités. Un fonctionnaire a notamment présidé un groupe d'experts sur la sécurité sociale chargé de présenter un nouvel instrument de coordination devant faciliter les relations entre les pays membres de l'Union européenne et les pays membres du Conseil de l'Europe.

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.

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. En 2007, le ministère de la Sécurité sociale a dû soumettre son rapport annuel.

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'envisage pas d'engager la procédure de ratification parlementaire dans un avenir proche.

Sécurité sociale des bateliers de la navigation intérieure

Le Centre administratif pour la sécurité sociale des bateliers rhénans, conscient du problème de 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 2007, 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).

Depuis la période triennale 2005 un représentant luxembourgeois siège comme membre du bureau de l'AISS. Il a été réélu pour une nouvelle période triennale de 2008-2010.

Les instruments bilatéraux

1. Luxembourg-France

Les relations entre la France et le Luxembourg en matière de sécurité sociale sont essentiellement réglées par le règlement communautaire 1408/71 sur la sécurité sociale des travailleurs migrants qui se déplacent à l'intérieur de l'Union européenne. Compte tenu toutefois de l'importance du phénomène des travailleurs frontaliers dans les relations entre les deux pays, il a paru indiqué de prévoir des dispositions additionnelles particulières, renforçant la collaboration administrative entre institutions et créant des droits plus étendus pour les citoyens. C'est l'objet de la convention bilatérale qui a été signée à Paris le 7 novembre 2005, mais qui n'est pas encore entrée en vigueur du fait que la procédure de ratification parlementaire n'est pas encore terminée en France.

La convention et son protocole additionnel prévoient:

- une extension des droits aux soins de santé pour les membres de famille des travailleurs frontaliers, extension qui, du côté luxembourgeois, est cependant déjà prévue dans les statuts de l'Union des caisses de maladie; une convention internationale a toutefois le mérite d'asseoir cette extension sur des bases plus solides et elle constitue un progrès dans le cas où la France est compétente pour les soins de santé; parallèlement les droits aux soins de santé pour les titulaires de pension sont élargis;
- la prise en compte, pour l'octroi d'une pension, des périodes accomplies dans un pays tiers avec lequel tant la France que le Luxembourg sont liés par un instrument international;
- des dispositions en matière de reconnaissance de l'état de dépendance et d'organisation d'une coopération appropriée entre les institutions et ensuite pour ce qui est de la fixation des règles de priorité en cas de cumul des droits à prestations de dépendance;
- des procédures d'exécution des décisions des juridictions, de recouvrement des cotisations et de restitution de prestations indûment versées.

La convention a été ratifiée au Luxembourg par la loi du 1er août 2007 (Mémorial A, 145 p. 2646).

Des pourparlers ont été entamés avec le côté français en vue de mieux contrôler l'absentéisme abusif dans le contexte transfrontalier à la suite de l'introduction du statut unique.

2. Luxembourg-Maroc

Une convention bilatérale regroupant l'ensemble des branches de la sécurité sociale a été signée le 2 octobre 2006 à Luxembourg et entrera en vigueur dès que les formalités de ratification parlementaire auront été terminées au Maroc.

La convention a été ratifiée au Luxembourg par la loi du 1er août 2007 (Mémorial A, 146 p. 2654)

Une quatrième ronde de négociations est prévue au Maroc en vue d'arrêter les formulaires nécessaires à l'application de la convention. De même l'arrangement administratif devra encore être signé.

3. Luxembourg-Serbie

La convention bilatérale qui remplace l'ancien instrument conclu avec l'ex-Yougoslavie est en vigueur depuis le 1er septembre 2005.

Cependant l'arrangement administratif doit encore être signé avec la Serbie et des initiatives ont été relancées.

4. Luxembourg-Macédoine

L'ancienne convention avec l'ex-Yougoslavie reste toujours applicable, mais il a été décidé de la remplacer par un instrument basé sur des méthodes de coordinations plus modernes et plus adéquates. A cet effet des négociations ont été engagées.

La procédure de ratification parlementaire a été engagée dans les deux pays.

5. 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.

Au cours du mois de mai 2007, une première ronde de négociations a eu lieu à Sarajevo et a permis de parapher le texte de la convention. Dès qu'elle aura été signée par les autorités compétentes des deux pays, la procédure de ratification parlementaire sera engagée.

6. Luxembourg-Monténégro

L'actuelle convention du 23 octobre 2003 conclue avec la Communauté d'Etat Serbie-Monténégro continue à s'appliquer. Cependant suite à l'indépendance du Monténégro, il a été décidé de faire un nouvel instrument de coordination entre les deux pays. Une première ronde de négociations a eu lieu en novembre 2007 à Luxembourg et à cette occasion les textes d'une convention et d'un arrangement administratif ont pu être paraphés. Dès que les deux instruments auront été signés, la procédure de ratification parlementaire sera engagée.

7. Luxembourg-Tunisie

Un accord de principe a été trouvé au niveau des ministères des deux pays de compléter la convention du 23 avril 1980 actuellement en vigueur par un certain nombre de dispositions pour rendre la convention plus moderne et plus adéquate. Des négociations en ce sens seront entamées en 2008.

8. Luxembourg-Japon

Des contacts ont eu lieu avec les responsables de l'Ambassade du Japon en vue d'apprécier l'opportunité de conclure une convention de sécurité sociale entre le Japon et le Luxembourg. Les contacts vont être intensifiés au cours de cette année.

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.

