Rapport d'activité 2008

Mars 2009

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **1**

LA SÉCURITÉ SOCIALE EN GÉNÉRAL **3**

L'organisation de la sécurité sociale 3

Les personnes protégées 9

Situation globale de la sécurité sociale 12

L'ASSURANCE MALADIE MATERNITÉ **13**

L'organisation de l'assurance maladie maternité 13

L'évolution financière de l'assurance maladie maternité 15

L'évolution législative et réglementaire 23

L'ASSURANCE PENSION **29**

L'organisation de l'assurance pension 29

L'évolution financière de l'assurance pension 29

L'évolution législative et réglementaire 36

L'ASSURANCE DÉPENDANCE **39**

Les étapes marquantes de l'année 2008 en matière d'assurance dépendance 39

La situation financière de l'assurance dépendance 42

L'évolution législative et réglementaire 45

L'ASSURANCE ACCIDENTS **47**

L'évolution de l'assurance accidents 47

L'évolution législative et réglementaire 51

LE CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE **53**

LES JURIDICTIONS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE **69**

L'organisation des juridictions de la sécurité sociale 69

L'activité des juridictions de la sécurité sociale 69

LA SÉCURITÉ SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL **71**

Instruments multilatéraux 71

Les instruments bilatéraux 73

INTRODUCTION

1. La loi du 13 mai 2008 a introduit un statut unique pour tous les salariés du secteur privé.

   Parmi les principaux réagencements survenus à la suite de l'introduction du statut unique, il y a lieu de citer en premier lieu la généralisation de la continuation de la rémunération, " Lohnfortzahlung ", en cas de maladie.

   En effet, à partir du 1er janvier 2009, elle est généralisée à l'ensemble des salariés du secteur privé tant aux employés privés qu'aux ouvriers. L'employeur indemnisera à présent en moyenne les treize premières semaines de maladie, l'assurance maladie intervenant pour le reste de la période d'indemnisation. Jusqu'au 31 décembre 2008, les ouvriers du secteur privé ne bénéficiaient pas de la continuation de la rémunération en cas de maladie, mais l'assurance maladie intervenait dès le premier jour de maladie. Compte tenu de cette réforme a été introduit un taux de cotisation unique pour les prestations en espèces de 0,5 pour cent (part assuré et part employeur).

   Une Mutualité des employeurs vient d'être créée sous forme d'un établissement public. Son rôle consiste dans la couverture partielle des 13 premières semaines de maladie à charge des employeurs en leur remboursant 80 pour cent du montant de l'indemnité pécuniaire versée au salarié malade.

   Ces remaniements fondamentaux en ce qui concerne le statut des employés privés et des ouvriers vis-à-vis de la sécurité sociale, se sont aussi traduits par une révision des structures organisationnelles de la sécurité sociale. Désormais, la Caisse nationale de santé (CNS) regroupe l'ancienne Union des caisses de maladie, les caisses de maladie des salariés du secteur privé et les caisses de maladie des non-salariés. Les caisses de maladie du secteur public n'ont pas subi de modification de leur statut. La Caisse nationale d'assurance pension (CNAP) regroupe les quatre caisses de pension du régime général. Toujours dans le cadre de cette réorganisation, l'Office des assurances sociales a été dissous; l'Association d'assurance accident ayant obtenu un statut du personnel propre et le Centre commun de la sécurité sociale restant en place, son personnel ayant été renforcé compte tenu de ses nouvelles missions.

   Conjointement avec le Ministre du Travail et de l'Emploi, le Ministre de la Sécurité sociale dirige un Groupe de Haut Niveau, composé des partenaires sociaux, chargé d'examiner les causes de l'absentéisme et de proposer les moyens appropriés pour lutter contre l'absentéisme abusif.

2. L'activité du Ministère de la Sécurité sociale au cours de l'année 2008 a été dominée par l'introduction du statut unique pour tous les salariés du secteur privé, qui a pour conséquence des modifications significatives sur le plan de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale.

   Parallèlement, la réalisation du programme gouvernemental a été poursuivie de façon conséquente dans les différentes branches de la sécurité sociale.

   L'équilibre du budget de l'assurance maladie a été consolidé au cours de l'exercice 2008. Pourtant, le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale rappelle que cet équilibre reste précaire, compte tenu notamment de la situation économique mondiale morose. En vue d'éviter d'éventuelles hausses des cotisations sociales à l'avenir, respectivement des baisses du niveau des prestations fournies, tout un chacun est donc dans l'obligation de limiter ses aspirations à l'adresse du système de la protection sociale luxembourgeoise à l'utile et nécessaire d'après la ligne de conduite adoptée dans le cadre du programme d'action pour le système de santé et de l'assurance maladie de " soigner mieux en dépensant mieux ".

3. La loi du 19 décembre 2008 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension a adapté la loi de coordination du 28 juillet 2000 et plusieurs dispositions des régimes de pension général et spéciaux afin de tenir compte des difficultés techniques rencontrées lors de l'application pratique des lois afférentes.

   Par la loi du 19 décembre 2008 portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2007, le facteur d'ajustement a été porté de 1,352 à 1,379 et toutes les pensions et rentes accident ont été augmentées de 2 pour cent avec effet au 1er janvier 2009.

   En date du 29 avril 2008, 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, qui s'est inspiré du modèle allemand du " Versorgungsausgleich " pour analyser la possibilité d'introduire en droit luxembourgeois un tel modèle de partage, a présenté son rapport au Conseil de Gouvernement. Etant donné que le projet de loi N° 5155 portant réforme du divorce, élaboré par le Ministère de la Justice, dégage la volonté du législateur de créer, dans le cadre du départage des patrimoines respectifs, une situation égalitaire entre ex-époux au-delà du caractère purement alimentaire, il a paru opportun d'inclure la question des droits à pension dans l'ensemble des opérations de liquidation des intérêts patrimoniaux soumis à l'appréciation souveraine du juge civil. C'est dans cet ordre d'idées qu'une concertation entre les ministères concernés pour la finalisation des textes a été mise en place.

A la suite d'un bilan sur l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle, dont était question dans une motion du 15 décembre 2004, et lequel avait été publié en date du 4 mars 2008, un groupe de travail composé par les ministères et administrations concernés par cette problématique, vient d'être chargé de préparer la réforme de la législation en cette matière.

Suite aux conclusions du comité de coordination tripartite, un groupe de réflexion sur la viabilité à long terme des régimes de pension a été institué. Ce groupe, composé des représentants des partenaires sociaux et du Gouvernement, a procédé à une analyse des points forts et des faiblesses de notre système de pension. Dans ce cadre, l'Inspection générale de la sécurité sociale a élaboré une note d'orientation qui sera soumise au groupe de réflexion afin de lui permettre de retenir les conclusions en vue de la consolidation à long terme du système de pension.

4. Au cours de l'année 2008, aucune modification légale ou réglementaire ne fut introduite pour l'assurance dépendance. Les efforts de tous les acteurs furent entièrement consacrés à la poursuite des travaux consécutifs aux modifications introduites dans la loi en 2005 et entrées en application au 1er janvier 2007. Ainsi, la commission de qualité des prestations, instituée dans le cadre de la révision législative de 2005, s'est réunie en tout huit fois en 2008 et a notamment initié une étude poursuivant l'objectif de dresser un état des lieux en matière de qualité dans le domaine des soins de longue durée. L'étude financière en vue d'analyser les différents postes de coûts et éléments susceptibles de rentrer ou non dans la détermination du prix d'hébergement ou la prise en charge de l'assurance dépendance, s'est poursuivie tout au long de l'exercice 2008 et a notamment comme finalité de mener à l'établissement d'un plan comptable uniforme obligatoire pour tous les prestataires. Ce plan comptable sera d'obligation générale dès le 1er janvier 2010.

5. Le projet de loi portant réforme de l'assurance accident a été déposé à la Chambre des Députés en date du 18 juin 2008. Il vise la redéfinition du champ d'application personnel, des différents risques couverts et des prestations, de la prévention des accidents, ainsi que de l'organisation administrative et du financement. Le projet est le fruit d'une large consultation de toutes les parties concernées sur base d'un avis circonstancié du Conseil économique et social en cette matière. Le but de la réforme du côté de l'indemnisation est de la moderniser et de la rendre plus juste parce que mieux adaptée aux situations individuelles.

6. Au cours de l'exercice 2008, le Gouvernement a mené, comme par le passé, une politique très active en matière de sécurité sociale sur le plan international. Les activités afférentes se sont caractérisées par un effort continu pour la conclusion d'accords bilatéraux nouveaux, d'une part, et par la collaboration constructive aux travaux des diverses institutions de l'Union européenne, d'autre part. Par ailleurs, le Gouvernement a continué, comme par le passé, son appui aux activités du Conseil de l'Europe et auprès de la Commission centrale pour la navigation du Rhin.

LA SÉCURITÉ SOCIALE EN GÉNÉRAL

L’organisation de la sécurité sociale

Ministère de la Sécurité sociale

Le Ministère de la Sécurité Sociale est compétent pour les domaines suivants: Législation de la sécurité sociale - Inspection générale de la sécurité sociale; Cellule d'évaluation et d'orientation en matière d'assurance dépendance - Contrôle médical de la Sécurité sociale - Conseil arbitral et Conseil supérieur des assurances sociales - Caisse nationale de santé - Caisses de maladie du secteur public - Caisse nationale d'assurance pension - Centre commun de la sécurité sociale - Association d’assurance contre les accidents - Mutualité des employeurs - Sociétés de secours mutuels.

Par ailleurs, les lois, règlements et les instruments internationaux, confèrent 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 contribuer à l'élaboration des mesures législatives et réglementaires en matière de sécurité sociale;
- d'assurer le contrôle des institutions sociales, qui, en vertu des lois et règlements, est exercé par le Gouvernement ou un membre du Gouvernement;
- d'établir, pour les besoins du Gouvernement, le bilan actuariel des régimes de pension en étroite collaboration avec les organismes concernés;
- de recueillir les données statistiques nécessaires tant sur le plan national que sur le plan international suivant un plan statistique et comptable uniforme pour toutes les institutions sociales;
- de préparer des 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'assister les institutions de sécurité sociale dans l'élaboration des processus et procédures administratifs sur base d'un cadre méthodologique commun qu'elle détermine et d'assurer, en cas de besoin, les arbitrages nécessaires pour l'implémentation de ces processus et procédures.

Les institutions de sécurité sociale sont soumises à la haute surveillance du Gouvernement, laquelle s'exerce par l'Inspection générale de la sécurité sociale. L'autorité de surveillance veille 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 des institutions de sécurité sociale. Celles-ci sont tenues de mettre en oeuvre une gestion des risques et une assurance qualité appropriée suivant des critères prescrits par l'autorité de surveillance.

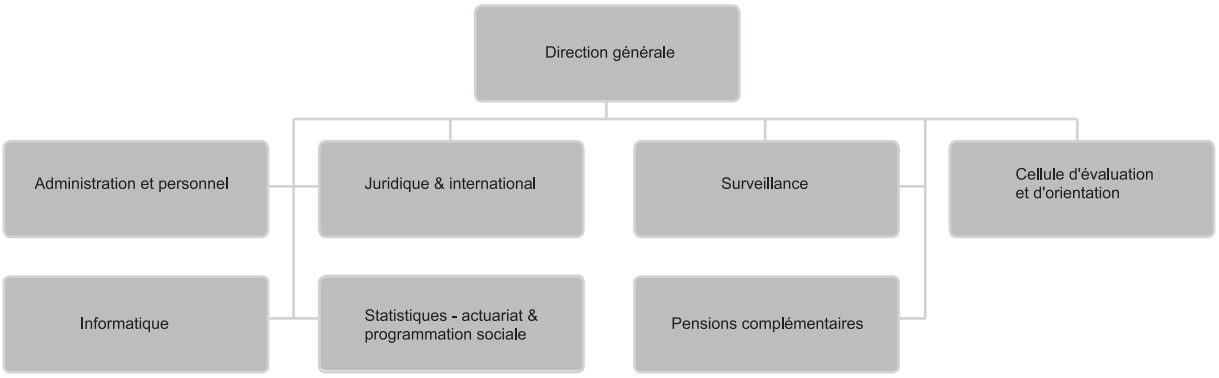
Toute décision d'un organe d'une institution qui est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts est déférée par son président à l'autorité de surveillance en vue de la suspension.

Si une décision d'un organe d'une institution de sécurité sociale 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 tutelle 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	9
	Fonctionnaires des carrières moyennes paramédicales	14
	Fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur*	32
	Fonctionnaires des carrières inférieures paramédicales	13
	Fonctionnaires de la carrière inférieure de l'expéditionnaire*	1
	Fonctionnaires de la carrière inférieure de l'huissier*	1
	Employés de l'Etat	13
	TOTAL :	**99**

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

L'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale

L'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) est une administration de l'Etat sous l'autorité du ministre de la sécurité sociale, qui a pour attributions :

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

- l'établissement de statistiques concernant l'état de santé des personnes protégées;
- l'information et la formation continue du corps médical en matière de législation sociale;
- les avis en matière de médicaments à inscrire ou figurant sur la liste positive des médicaments.

Nombre des emplois du CMSS :

Contrôle médical de la sécurité sociale	Médecin-Directeur	1
	Médecin-Directeur adjoint	1
	Fonctionnaires de la carrière supérieure du médecin-conseil	17
	Fonctionnaires de la carrière supérieure du pharmacien	1
	Fonctionnaires de la carrière moyenne de l'assistant social	1
	Fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur	1
	Fonctionnaires de la carrière inférieure de l'expéditionnaire	1
	Employés de l'Etat (carrières scientifiques et paramédicales)	4
	Employés de l'Etat (carrière administrative)	11
	TOTAL :	**38**

Les juridictions de la sécurité sociale et les voies de recours

Dans un Etat de droit, il est de principe que le citoyen qui s'estime lésé ait le droit de s'adresser au pouvoir judiciaire. Trois instances sont généralement prévues: juridiction du premier degré, appel et cassation. Ces mêmes idées se retrouvent en matière de sécurité sociale: les demandeurs de prestations doivent avoir le droit d'agir en justice en cas de refus d'une prestation ou de contestation sur sa qualité ou sa quantité.

En effet, 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.

Les recours contre les jugements du Conseil arbitral sont tranchés par le Conseil supérieur des assurances sociales. Ces deux juridictions sont également compétentes pour certains litiges 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.

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	3
	Fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur	5
	Employés de l'Etat (carrière administrative)	8
	TOTAL :	**20**

Nombre des emplois du Conseil supérieur des assurances sociales CSAS :

Conseil supérieur des assurances sociales	Président	1
	Président f.f.	1
	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 :	**6**

Les fonctions de président et d'asseseur-magistrat du Conseil supérieur des assurances sociales sont prises en charge par des magistrats de l'ordre judiciaire.

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. Elles sont gérées par un comité directeur composé de représentants des partenaires sociaux et, éventuellement, de représentants de l'Etat.

Les institutions 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.

Restructuration administrative à la suite de l'introduction du statut unique des salariés du secteur privé

Les remaniements fondamentaux en ce qui concerne le statut des employés privés et des ouvriers vis-à-vis de la sécurité sociale, se sont aussi traduits par une révision des structures organisationnelles de la sécurité sociale. En effet, l'introduction du statut unique rend superfétatoire, voire impossible l'affiliation à des organismes de sécurité sociale distincts suivant le statut socioprofessionnel. Le statut unique permet le regroupement et le réalignement dans l'organisation administrative de la sécurité sociale avec comme objectif l'optimisation et la rationalisation des services.

Dans le cadre de cette réorganisation ont été créés la Caisse nationale de santé (CNS) et la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP), résultant d'une fusion des différentes caisses de maladie, voire des caisses de pension.

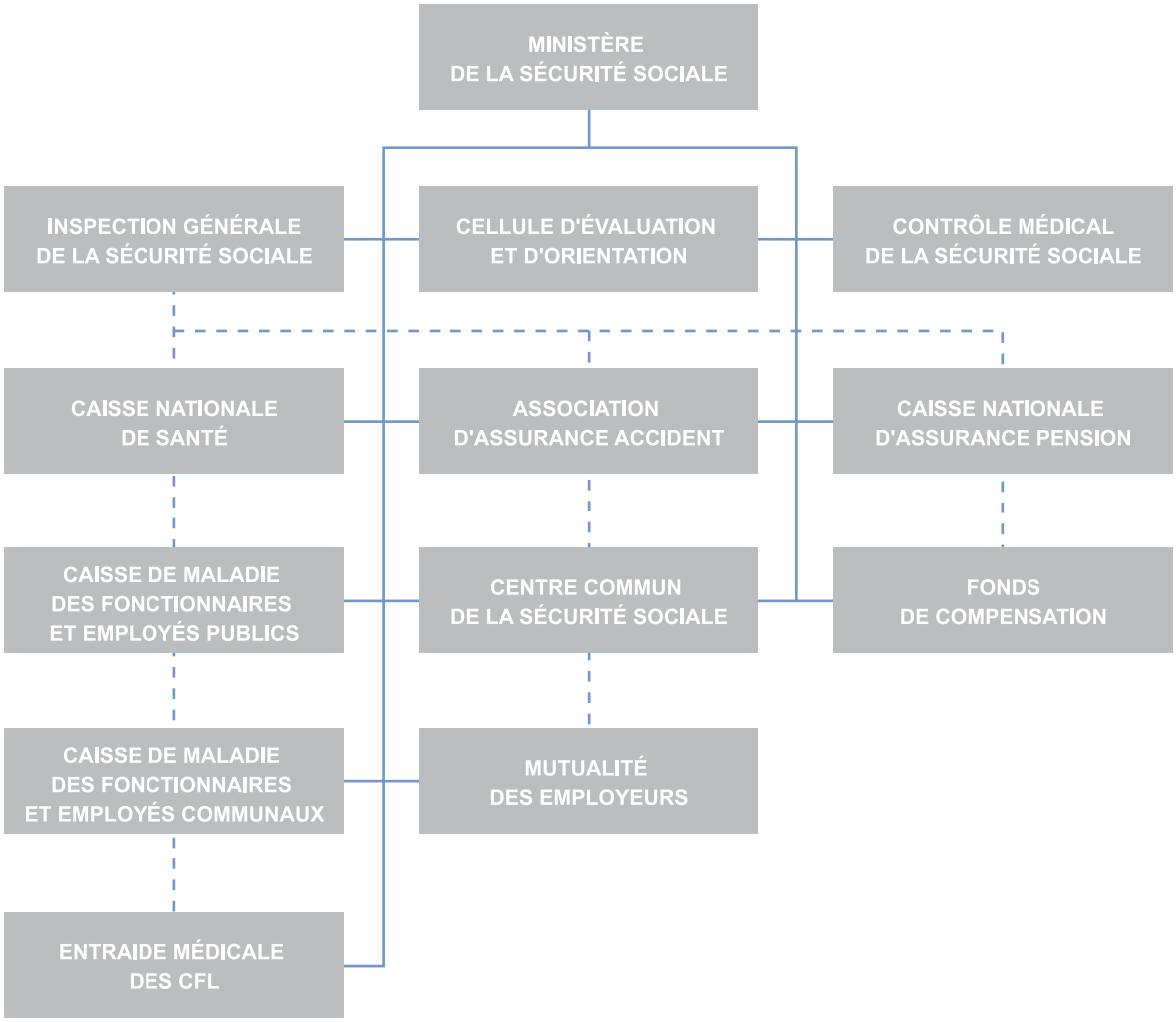
La **Caisse nationale de santé (CNS)**, qui regroupe l'Union des caisses de maladie, les caisses de maladie des salariés du secteur privé et les caisses de maladie des non-salariés, est dotée de la compétence générale pour l'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance. Les caisses de maladie du secteur public conservent leurs compétences d'attribution actuelles limitées au seul remboursement des soins de santé avancés.

La **Caisse nationale d'assurance pension (CNAP)**, constituée par les quatre caisses de pension du régime général, administre également le Fonds de compensation, maintenu comme entité juridique distincte.

Au niveau de la gouvernance des différents organes de la sécurité sociale est prévue une composition paritaire des partenaires sociaux et d'un représentant de l'Etat en tant que président. Afin de rendre le processus de décision plus souple, l'assemblée générale est abrogée et le comité directeur en reprend les compétences restantes.

La réorganisation a comporté la dissolution de l'Office des assurances sociales : le personnel de l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité a été repris par la caisse nationale d'assurance pension. L'**Association d'assurance accident** a obtenu un statut du personnel propre et le **Centre commun de la sécurité sociale** reste en place tout en voyant son personnel renforcé compte tenu des missions supplémentaires lui attribuées. En tant qu'organe centralisateur des opérations informatiques de la sécurité sociale, il collaborera étroitement avec les cellules méthodologiques des différents organismes.

Organigramme des institutions de sécurité sociale luxembourgeoises:



Le personnel affecté aux institutions de sécurité sociale :

1) Le statut du personnel.

Les statuts du personnel des quatre institutions de sécurité sociale qui restent après la fusion des caisses de maladie et des caisses de pension et qui relèvent du département de la sécurité sociale sont fixés dans quatre règlements grand-ducaux conformément à l'article 404 du Code de la sécurité sociale. Ces règlements déterminent principalement le cadre du personnel assistant les organes dirigeants. Les agents desdites institutions sont divisés en quatre catégories:

- les fonctionnaires de l'Etat, qui occupent la fonction soit de président, soit de premier conseiller de direction, fonctions constituant une fonction dirigeante au sens de la loi du 9 décembre 2005 déterminant les conditions et modalités de nomination de certains fonctionnaires occupant des fonctions dirigeantes dans les administrations et services de l'Etat;
- les employés publics qui sont assimilés aux fonctionnaires de l'Etat;
- les salariés assimilés aux salariés de l'Etat.

Sur base des dispositions légales contenues dans le Code de la sécurité sociale, 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 énumèrent les carrières et fixent 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	
Caisse nationale de santé	*Fonctionnaires de l'Etat*		
	Président et premiers conseillers de direction	5	
	Autres carrières supérieures *	27	
	Employés publics :		
	Carrières moyennes	184	
	Carrières inférieures	148	
	Salariés assimilés aux salariés de l'Etat	71	
	Total:		**435**
Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics	*Employés publics*		
	Carrière moyenne du rédacteur	4	
	Carrière inférieure de l'expéditionnaire	7	
	Salariés assimilés aux salariés de l'Etat	5	
	Total:		**16**
Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux	*Employés publics*		
	Carrière moyenne du rédacteur	3	
	Carrières inférieures de l'expéditionnaire	5	
	Total:		**8**
Caisse nationale d'assurance pension	*Fonctionnaires de l'Etat*		
	Président et premiers conseillers de direction	3	
	Autres carrières supérieures *	6	
	Employés publics :		
	Carrières moyennes du rédacteur	122	
	Carrières inférieures de l'expéditionnaire	21	
	Salariés assimilés aux salariés de l'Etat	14	
	Total:		**166**
Association d'assurance accident	*Fonctionnaires de l'Etat*		
	Président et premiers conseillers de direction	1	
	Autres carrières supérieures *	7	
	Employés publics :		
	Carrières moyennes du rédacteur	44	
	Carrières inférieures de l'expéditionnaire	7	
	Salariés assimilés aux salariés de l'Etat	6	
	Total:		**65**
Centre commun de la sécurité sociale	*Fonctionnaires de l'Etat*		
	Premiers conseillers de direction		
	Autres carrières supérieures administratives*	6	
	Carrière supérieure de l'informaticien*	38	
	Employés publics :		
	Carrière moyenne du rédacteur	78	
	Carrière moyenne de l'informaticien diplômé	24	
	Carrière moyenne de l'ingénieur-technicien	3	
	Carrière infér. de l'expèditionnaire administratif	12	
	Carrière infér. de l'expèditionnaire informaticien	12	
	Autres carrières inférieures	10	
	Salariés assimilés aux salariés de l'Etat	20	
	Total:		**203**
TOTAL GENERAL :			**893**

* Une disposition transitoire, inscrite à l'article 17 de la loi sus-visée du 13 mai 2008, prévoit que ces agents, en fonction au moment de la mise en vigueur de cette loi, continuent à bénéficier du statut du fonctionnaire de l'Etat.

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 socioprofessionnel 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 (conjoints ou enfants des cotisants).

Etant donné que la sécurité sociale luxembourgeoise est organisée selon le principe de l'unicité d'affilitation, 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 2007 (moyenne annuelle)

		dont régimes pension statutaires
Ouvriers	135 600	
Employés	156 300	
Fonctionnaires	24 900	*24 900*
Indépendants	17 700	
Bénéficiaires d'une indemnité de chômage	5 500	
Bénéficiaires d'un congé parental	2 000	*140*
Bénéficiaires d'une indemnité de préretraite	1 250	*10*
Pensionnés actifs	1 300	*20*
Total	**344 550**	**25 070**

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 2003 (moyenne annuelle)

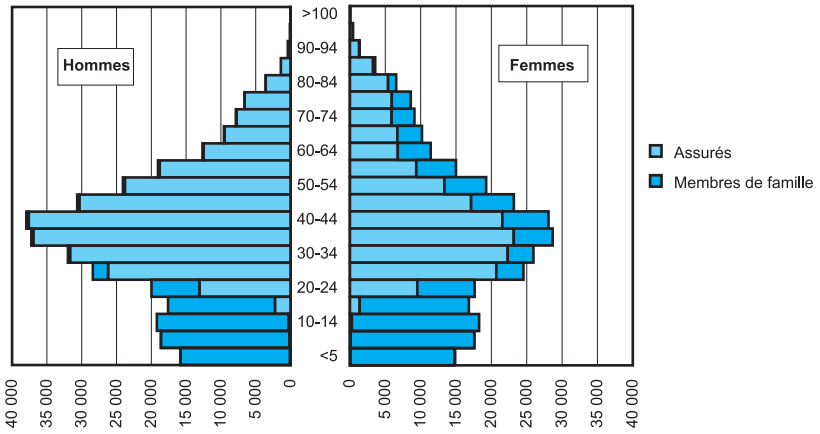
	2003	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
Hommes	215 100	218 500	221 500	224 300	227 300
Femmes	218 300	221 100	223 300	225 700	228 400
Total	**433 400**	**439 600**	**444 800**	**450 000**	**455 700**
Taux de croissance	1,2%	1,4%	1,2%	1,2%	1,3%

Evolution de la population protégée depuis 2003 (moyenne annuelle)

	2003	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
Actifs et volontaires	476 400	490 000	503 900	518 400	536 400
Pensionnés	102 000	102 800	104 000	105 800	107 500
Total	**578 400**	**592 800**	**607 900**	**624 200**	**643 900**
Taux de croissance	2,1%	2,5%	2,5%	2,7%	3,2%

Le graphique suivant présente la pyramide des âges des assurés et de leurs membres de famille en 2007.

Population protégée en 2007 (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 40-44 ans pour les hommes et dans celle de 35-39 ans 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 64 ans.
- Ce n'est qu'au-delà de 64 ans que le rapport numérique hommes/femmes parmi la population protégée commence à changer.

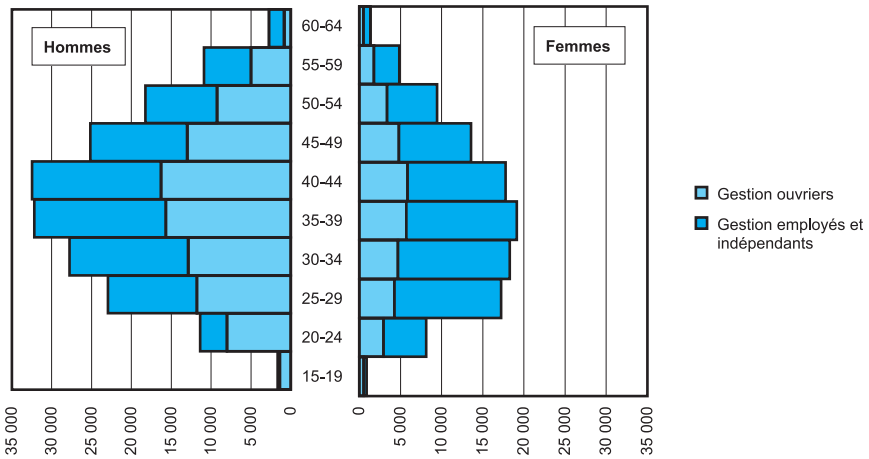
Evolution du nombre des assurés du régime des prestations en espèces en assurance maladie

Les statistiques ci-après concernent les assurés des deux gestions des prestations en espèces, situation avant introduction du statut unique.

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

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

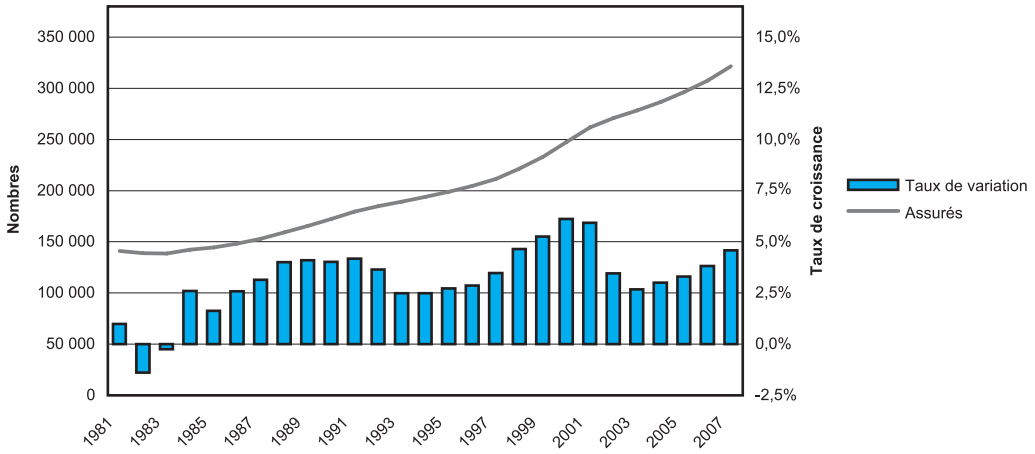
Le graphique ci-dessous représente la répartition des assurés par gestion et par groupes d'âge en 2007.



Les assurés du régime général de pension

En 2007, le nombre moyen d'assurés atteint quelque 321 400 unités ce qui correspond à un taux de croissance de 4,6%.

Evolution du nombre moyen d'assurés



Le taux de croissance des assurés féminins est de 4,5% contre 4,6% pour les hommes.

Selon la répartition socioprofessionnelle, c'est la catégorie des employés privés qui accuse la plus forte progression observée entre 1984 et 2007 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. Après la forte diminution du nombre des artisans, commerçants et industriels entre 2005 et 2006 due à un changement dans la pratique d'affilation expliqué plus en détail dans la section 3, le taux de progression 2006/2007 se situe à 0,3%.

Nombre moyen d'assurés par caisse

Caisse	2006	2007	Taux de variation
AVI	136 400	141 300	3,6%
CPEP	158 800	168 000	5,8%
CPACI	9 160	9 190	0,3%
CPA	2 970	2 900	-2,4%
Total	**307 330**	**321 390**	**4,6%**

Les revenus cotisables

Le revenu mensuel moyen cotisable s'est élevé en 2007 à 3 359 EUR pour l'ensemble des assurés, soit à 3 478 EUR pour les assurés masculins et à 3 136 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.

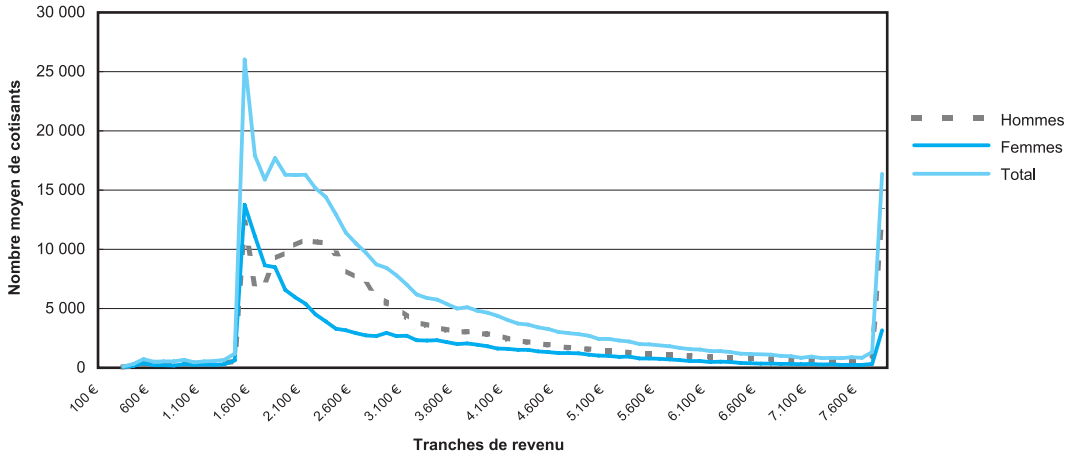
Evolution du revenu moyen cotisable

Caisse	Sexe	1995	2000*)	2005	2006	2007	Variation 2007/06	Variation moyenne 1995-2007
AVI	Hommes	1 877	2 069	2 395	2 458	2 520	2,5%	2,5%
	Femmes	1 371	1 543	1 931	1 985	2 043	2,9%	3,4%
CPEP	Hommes	3 381	3 724	4 384	4 507	4 658	3,4%	2,7%
	Femmes	2 414	2 826	3 447	3 572	3 706	3,8%	3,6%
CPACI	Hommes	2 348	2 610	2 884	2 968	3 038	2,4%	2,2%
	Femmes	1 546	1 829	2 182	2 274	2 318	1,9%	3,4%
CPA	Hommes	1 199	1 510	1 973	2 030	2 059	1,4%	4,6%
	Femmes	1 143	1 381	1 790	1 846	1 881	1,9%	4,2%
Total		**2 277**	**2 628**	**3 143**	**3 245**	**3 359**	**3,5%**	**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 minimum du salaire cotisable qui s'élève en 2007 en moyenne à 1 570,28 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 2007



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

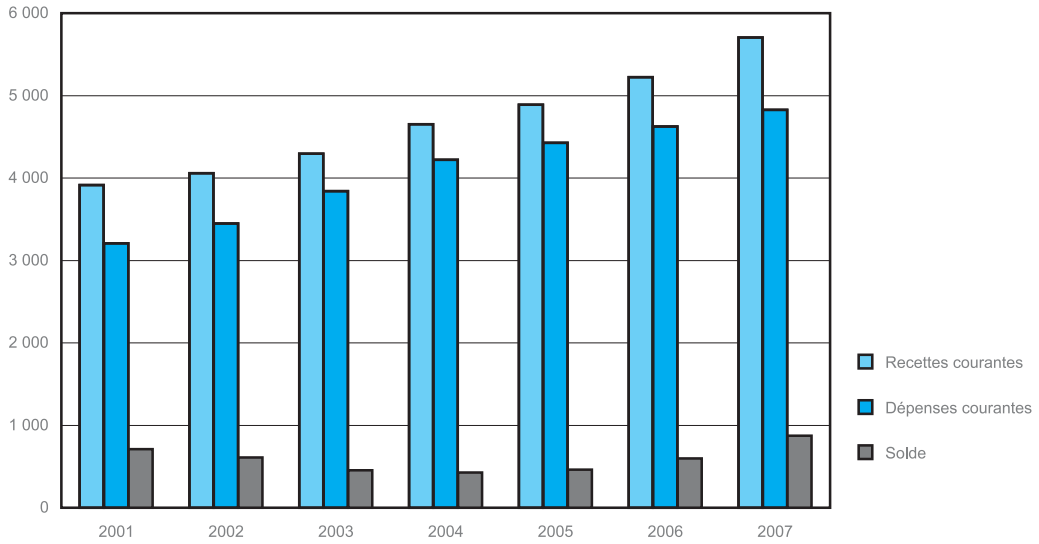
Recettes et dépenses de la sécurité sociale

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 5 703,2 millions EUR en 2007, présentant une progression de 9,2% en comparaison avec l'année 2006 (5 223,6 millions EUR). Les dépenses courantes atteignent 4 828,8 millions EUR ce qui représente une augmentation de 4,4% par rapport à l'année 2006 (4 624,0 millions EUR). L'année 2007 termine avec un solde positif de 874,4 millions EUR (599,6 millions EUR en 2006). Les recettes courantes représentent 15,7% du PIB tandis que les dépenses courantes sont à 13,3% du PIB. Le solde revient à 2,4% du PIB.

En 2007 les cotisations des employeurs forment 25,8% des recettes courantes tandis que la participation des personnes protégées revient à 34,3%. Les pouvoirs publics interviennent pour 33,0%. 58,8% des dépenses courantes représentent des prestations en espèces et 38,0% 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 2007 (en millions EUR)

.



L'ASSURANCE MALADIE MATERNITÉ

L'organisation de l'assurance maladie maternité

La loi du 13 mai 2008[1)] portant introduction d'un statut unique a engendré une vaste réorganisation des structures de l'assurance maladie. La fusion des trois caisses des salariés du secteur privé et des deux caisses des non-salariés, a donné naissance à la Caisse nationale de Santé (CNS, Gesondheetskees).

La CNS est l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie maternité. Elle est compétente pour l'élaboration du budget annuel et la fixation des taux de cotisation. Elle mène les négociations des conventions avec les prestataires, arrête les statuts déterminant les modalités de prise charge, procède à la liquidation des prestations en nature et la liquidation des prestations en espèces de maladie (pour les périodes de maladie dépassant le cadre légal d'intervention patronale) et de maternité. En fonction des risques assurés, la CNS comportera désormais seulement trois gestions :

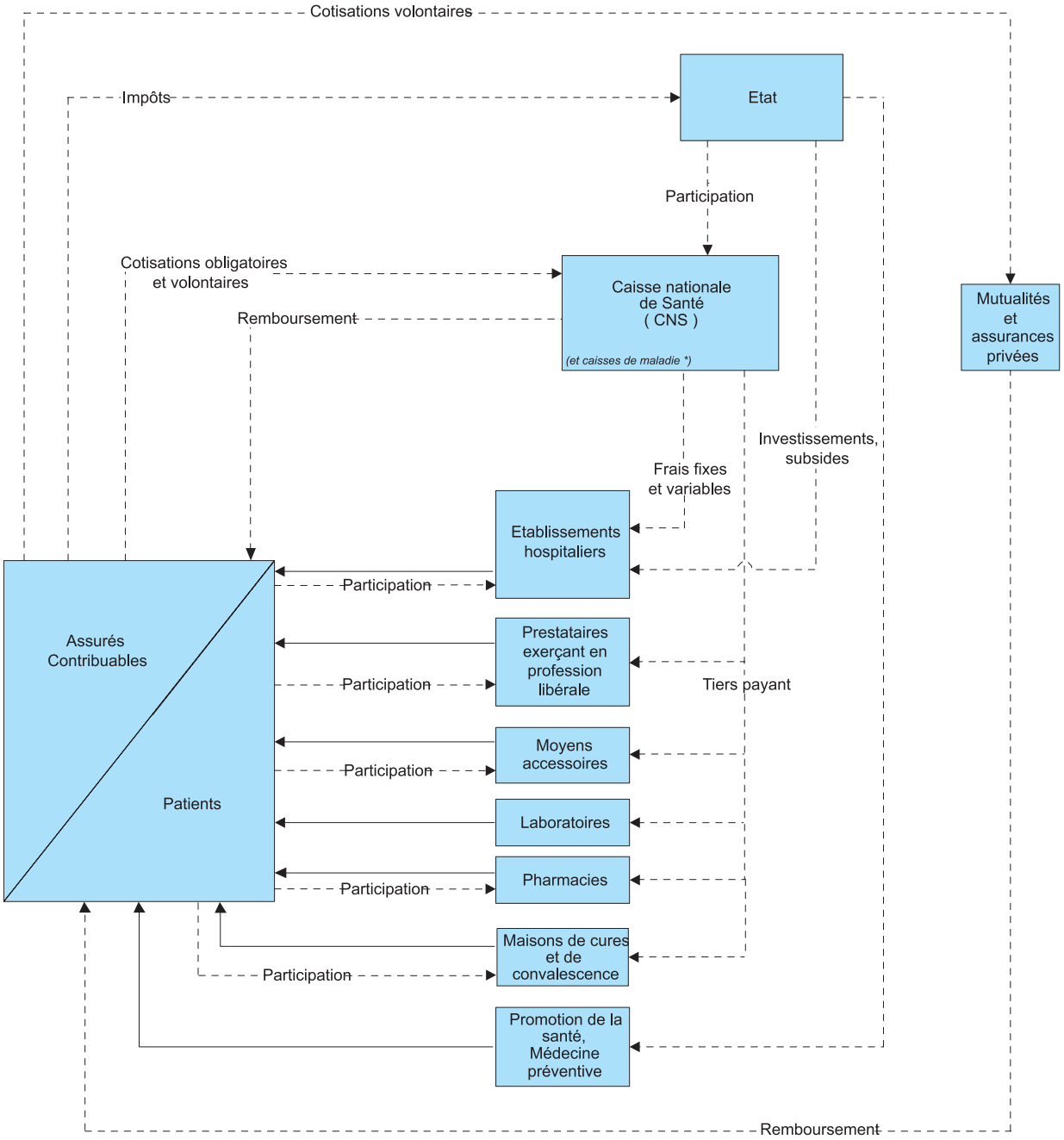
- la gestion des prestations en nature ou prise en charge des soins de santé;
- la gestion des prestations de maternité (nature et espèces);
- la gestion des prestations en espèces de maladie.

Les caisses de maladie des fonctionnaires publics et communaux ainsi que des agents des Chemins de Fer continuent d'exister dans le giron de la CNS. Les tâches de ces trois caisses peuvent être assimilées à une activité d'agence : renseignements aux assurés, remboursements directs des prestations qui ne relèvent pas du tiers payant.

1) Loi du 13 mai 2008 (Mém. A N°60 p.790) http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2008/0060/index.htm

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

Organisation et financement des soins de santé au Luxembourg



- Flux des services et des biens : ⟶
- Flux financiers : - - - - ⟶

Source: IGSS Luxembourg 2008

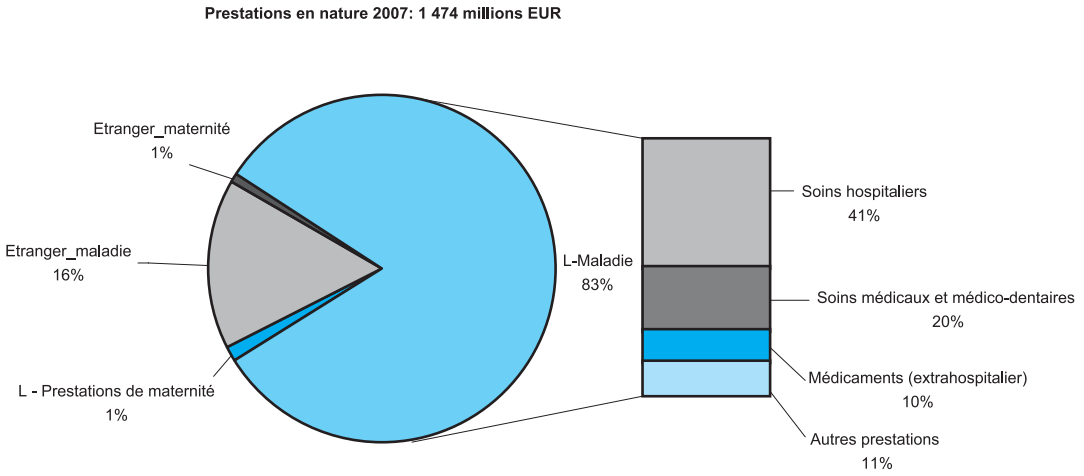
*) Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics.
Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux.
Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

L'évolution financière de l'assurance maladie maternité

L'évolution des prestations en nature

Pendant l'année 2007, l'assurance maladie maternité a liquidé des prestations en nature pour un montant total de 1 473,9 millions EUR.

Ventilation des prestations en nature en 2007



Note: Le poste de soins de santé " Autres prestations " regroupe les analyses de laboratoire, les soins des autres professions de santé, les moyens curatifs et adjuvants, la rééducation et les cures, les frais de transports et les indemnités funéraires.

Le tableau qui suit, donne un aperçu global de l'évolution des prestations de soins de santé prises en charge par les caisses de maladie, y compris les soins en cas de maternité.

Evolution des frais pour soins de santé 1)

	Variation 2006/07 [2]	Variation 2007/08	Variation 2008/09
Soins hospitaliers	**6,2%**	**5,0%**	**5,0%**
Honoraires médicaux	**6,6%**	**7,7%**	**7,7%**
Honoraires médico-dentaires	**4,6%**	**4,1%**	**7,0%**
Produits pharmaceutiques	**4,1%**	**5,0%**	**6,2%**
Moyens curatifs et adjuvants	17,9%	4,2%	10,3%
Analyses de laboratoire (en dehors des hôpitaux)	7,8%	17,5%	0,0%
Soins des autres professions de santé	10,0%	7,9%	12,1%
Autres prestations	0,7%	29,3%	6,5%
Prestations de maternité	-8,5%	16,0%	4,0%
Total des prestations au Luxembourg	**6,1%**	**6,7%**	**6,1%**
Prestations à l'étranger [3]	***15,0%***	***9,7%***	***7,5%***
Total soins de santé	**7,4%**	**7,2%**	**6,3%**

1) Source: Estimations UCM (septembre 2008).
2) Les séries 2006 et 2007 ont été redressées pour éliminer le biais introduit par la liquidation de prestations provisionnées à la fin de l'exercice précédent respectif.
3) La liquidation de ces frais est sujette à d'importantes fluctuations en fonction de la rentrée des factures.

En 2007, les prestations en nature au Luxembourg augmentent de 6,1%. Pour 2008, on s'attend à une croissance de 6,7% et pour 2009, les estimations prévoient une augmentation des prestations de 6,1%.

La progression des dépenses de soins de santé au Luxembourg en 2008 et 2009 est due avant tout à une croissance soutenue des principaux postes de frais que sont les frais hospitaliers, les frais médicaux et les frais pharmaceutiques. S'y ajoutent des augmentations sensibles des postes de frais suivants : analyses de laboratoires, soins des autres professions de santé et programmes de médecine préventive (vaccination contre le virus humain Papilloma, création d'une école du dos, programme d'aide au sevrage tabagique, etc.) .

Le top 20 de la consommation de médicaments en 2007

Le tableau ci-après donne la classification en ordre décroissant d'après le volume.

La consommation de médicaments en 2007: classement d'après le nombre d'emballages 1)

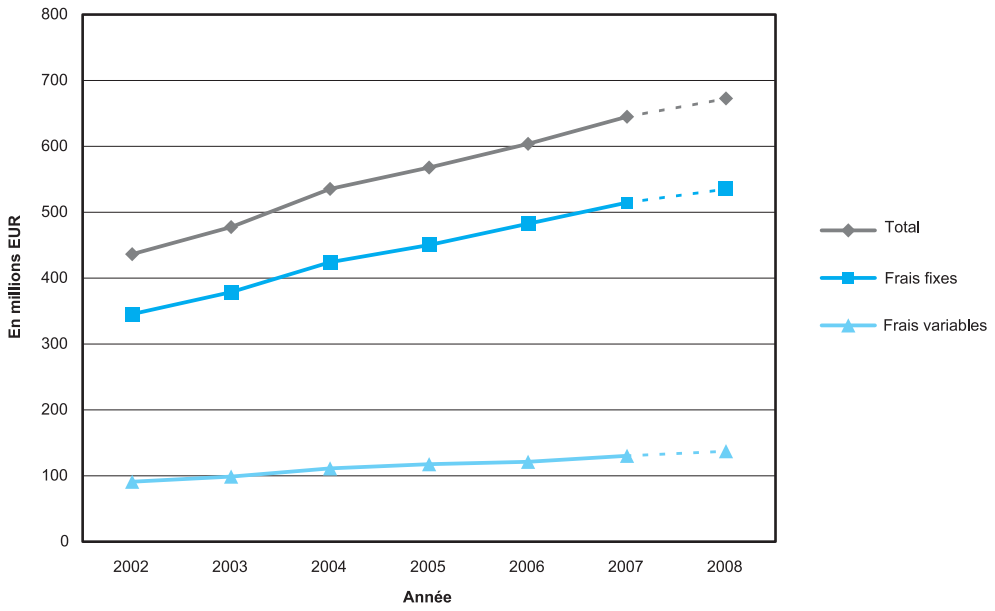
Rang	National	Dénomination abrégée	ATC	Nombre	Montant brut	Montant net	RANG 2006
1	0149217	STILNOCT CPR.PELLIC. 10 MG1*30 CPR.SEC.	N05CF02	99 391	1 281 165,00	517 611,20	1
2	0253117	PLAVIX CPR.PELLIC. 75 MG1*28 CPR.SS BLIS	B01AC04	73 309	3 831 914,00	3 066 535,00	2
3	0086022	PARACETAMOL RATIOPHARM-500 T CPR. 500 MG	N02BE01	54 234	92 420,73	74 366,04	3
4	0284242	NEXIAM CPR.ENR. 40 MG1*28 CPR.SS BLIST.	A02BC05	53 408	1 987 856,00	1 593 788,00	>20
5	0233663	MOVICOL PDRE 1*20 SACH.	A06AD65	47 532	601 219,90	242 223,60	7
6	0436361	MEPHENON CPR. 5 MG1*30 CPR.	N07BC02	46 169	173 603,00	144 722,60	4
7	0158301	AMLOR GELULES 5 MG1*28 GELULES BLIST	C08CA01	44 303	548 471,10	548 471,10	5
8	0027312	DAFALGAN CPR. 500 MG1*30 CPR.	N02BE01	43 899	185 705,30	149 742,70	9
9	0147629	COVERSYL CPR. 4 MG1*30 CPR.SEC.BLIST	C09AA04	43 750	877 625,00	877 625,00	8
10	0429689	MOTILIUM CPR. 10 MG1*30 CPR.FONDANTS INS	A03FA03	42 535	454 729,60	363 981,40	13
11	0169271	ASAFLOW CPR. 160 MG1*56 CPR.SS BLIST.	B01AC06	41 380	390 216,40	312 273,20	6
12	0194498	GLUCOPHAGE-850 CPR. 850 MG1*100 CPR.	A10BA02	40 051	267 942,70	267 941,20	10
13	0067674	LORAMET CPR. 2 MG1*30 CPR.	N05CD06	39 460	359 875,20	145 199,60	>20
14	0380073	DAFALGAN FORTE CPR. 1 G1*16 CPR.	N02BE01	39 071	179 729,60	145 721,60	>20
15	0316041	SPIRIVA GELULES 18 MCG1*30 GELULES +1*1	R03BB04	37 065	1 888 093,00	1 888 091,00	12
16	0327661	SIPRALEXA CPR.ENR. 10 MG1*28 CPR.SEC.SS	N06AB10	36 262	1 086 609,00	870 471,20	17
17	0063904	LASIX CPR. 40 MG1*50 CPR.	C03CA01	35 380	285 870,50	228 615,70	15
18	0073640	MOTILIUM CPR. 10 MG1*30 CPR.	A03FA03	34 726	283 037,60	226 546,90	13
19	0244183	SERLAIN CPR.PELLIC. 50 MG1*30 CPR.SS BLI	N06AB06	34 578	714 381,50	572 854,50	11
20	0252624	SINTROM 1 CPR. 1 MG1*100 CPR.	B01AA07	34 381	104 518,20	104 518,20	16

1) Source: UCM.

Le graphique ci-après retrace l'évolution des frais hospitaliers qui constituent environ la moitié des dépenses pour soins de santé, honoraires médicaux non compris.

Evolution globale des budgets hospitaliers opposables 2002-2008

Evolution des budgets hospitaliers de 2002 à 2008 [1)]



Source: UCM.

1) Prévisions pour 2008.

Les principales causes d'hospitalisation en 2007

Le tableau suivant indique le classement en ordre décroissant des 20 premières causes d'hospitalisations pour hommes et femmes. Ces 20 causes couvrent en 2007, pour les hommes et les femmes, 60,4% du total des admissions en hospitalisation complète (au moins un jour et une nuit).

Les 20 premières causes d'hospitalisations en 2007 dans les hôpitaux aigus [1)]

1	Tumeurs malignes C00-C97	8,5%	**1**	Accouchement O80-O84	11,6%	**1**	Tumeurs malignes C00-C97	7,3%
2	Arthropathies M00-M25	5,4%	**2**	Arthropathies M00-M25	6,6%	**2**	Accouchement O80-O84	6,3%
3	Cardiopathies ischémiques I20-I25	5,4%	**3**	Tumeurs malignes C00-C97	6,2%	**3**	Arthropathies M00-M25	6,0%
4	Hospitalisations dont le diagnostic de sortie n'est pas connu	4,8%	**4**	Hospitalisations dont le diagnostic de sortie n'est pas connu	4,4%	**4**	Hospitalisations dont le diagnostic de sortie n'est pas connu	4,6%
5	Autres formes de cardiopathies I30-I52	4,1%	**5**	Affections du cristallin H25-H28	3,8%	**5**	Autres formes de cardiopathies I30-I52	3,7%
6	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	4,0%	**6**	Autres formes de cardiopathies I30-I52	3,3%	**6**	Cardiopathies ischémiques I20-I25	3,5%
7	Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives F10-F19	3,9%	**7**	Dorsopathies M40-M54	2,7%	**7**	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	3,3%
8	Hernies K40-K46	3,3%	**8**	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	2,7%	**8**	Affections du cristallin H25-H28	3,2%
9	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	3,0%	**9**	Affections non inflammatoires de l'appareil génital de la femme N80-N98	2,7%	**9**	Dorsopathies M40-M54	2,8%
10	Dorsopathies M40-M54	3,0%	**10**	Troubles de l'humeur affectifs F30-F39	2,2%	**10**	Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives F10-F19	2,6%
11	Maladies des organes génitaux de l'homme N40-N51	2,9%	**11**	Tumeurs bénignes D10-D36	2,2%	**11**	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	2,3%
12	Affections du cristallin H25-H28	2,6%	**12**	Cardiopathies ischémiques I20-I25	1,9%	**12**	Hernies K40-K46	2,0%
13	Maladies des artères, artérioles et capillaires I70-I79	2,3%	**13**	Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, non classées ailleurs I80-I89	1,9%	**13**	Troubles de l'humeur affectifs F30-F39	1,8%
14	Autres maladies de l'intestin K55-K63	1,9%	**14**	Autres maladies de l'intestin K55-K63	1,8%	**14**	Autres maladies de l'intestin K55-K63	1,8%
15	Lésions traumatiques du genou et de la jambe S80-S89	1,5%	**15**	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	1,8%	**15**	Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87	1,6%
16	Grippe et pneumopathie J10-J18	1,5%	**16**	Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87	1,7%	**16**	Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, non classées ailleurs I80-I89	1,6%
17	Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87	1,5%	**17**	Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives F10-F19	1,5%	**17**	Maladies des artères, artérioles et capillaires I70-I79	1,6%
18	Autres maladies de l'appareil respiratoire J95-J99	1,5%	**18**	Obésité et autres excès d'apport E65-E68	1,3%	**18**	Tumeurs bénignes D10-D36	1,5%
19	Affections des tissus mous M60-M79	1,4%	**19**	Soins maternels liés au foetus et à la cavité amniotique, et problèmes possibles posés par l'accouchement O30-O48	1,2%	**19**	Affections non inflammatoires de l'appareil génital de la femme N80-N98	1,5%
20	Lithiases urinaires N20-N23	1,4%	**20**	Lésions traumatiques de la hanche et de la cuisse S70-S79	1,2%	**20**	Maladies des organes génitaux de l'homme N40-N51	1,3%
		63,9%			62,6%			60,4%

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

Les prestations en espèces de maladie

Le taux d'absentéisme en 2007 par gestion, sexe et résidence

Gestion	Résidents			Non-résidents			TOTAL		
	Hommes	Femmes	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL
Gestion ouvriers	4,0%	4,1%	4,0%	4,3%	6,0%	4,7%	4,2%	4,6%	4,3%
Gestion employés et indépendants 1)	1,7%	2,6%	2,1%	1,7%	3,1%	2,3%	1,7%	2,8%	2,2%
TOTAL	**2,9%**	**3,3%**	**3,1%**	**3,1%**	**3,8%**	**3,4%**	**3,0%**	**3,5%**	**3,2%**

1) Sont uniquement considérés les assurés actifs de la CMEP, CMEA et CMO.

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

Exercice	2005	2006	2007	2008
	Décompte	Décompte	Décompte	Estimations actualisées 2)
Nombre indice	*640,2*	*653,5*	*668,5*	*682,4*
RECETTES COURANTES	**166,0**	**173,8**	**186,1**	**196,9**
DEPENSES COURANTES	**181,1**	**175,3**	**184,5**	**196,6**
Solde des opérations courantes	-15,1	-1,5	1,7	0,3
Excédent / découvert cumulé	**54,1**	**52,2**	**52,8**	**51,9**
Taux de cotisation appliqué:	4,70%	4,70%	4,70%	4,70%
Taux d'équilibre de l'exercice:	**5,20%**	**4,67%**	**4,68%**	**4,72%**

1) Sans les prestations en espèces de maternité.
2) Source: Estimations UCM (septembre 2008).

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

Exercice	2005	2006	2007	2008
	Décompte	Décompte	Décompte	Estimations actualisées 2)
Nombre indice	*640,24*	*653,52*	*668,46*	*682,39*
RECETTES COURANTES	**15,82**	**16,05**	**17,96**	**19,46**
DEPENSES COURANTES	**16,39**	**19,46**	**22,82**	**25,01**
Solde des opérations courantes	-1,10	-4,01	-4,9	-5,6
Excédent / découvert cumulé	**-3,69**	**-7,76**	**-12,76**	**-18,47**
Taux de cotisation appliqué:	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%
Taux d'équilibre de l'exercice	**0,22%**	**0,25%**	**0,26%**	**0,26%**

1) Sans les prestations en espèces de maternité.
2) Source: Estimations UCM (septembre 2008).

L'introduction du statut unique pour les salariés du secteur privé : impact financier

- 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.

- Pour les entreprises

Il est prévu que l'employeur indemnisera 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 salariés " ouvriers " et, d'autre part, une réduction de l'obligation patronale dans le régime actuel des " employés privés ".

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

Récapitulatif des flux financiers

Flux financiers engendrés par l'introduction du statut unique

		Gestion ouvriers			Gestion employés et indépendants			Total
		Avant	**Après**	**Diff.**	**Avant**	**Après**	**Diff.**	**Surcoût**
Employeurs	IP (indemnités pécuniaires)	0,0	101,3	101,3	83,3	80,7	-2,6	
	Cotisations sur IP	0,0	11,1	11,1	9,0	8,8	-0,2	
	Cotisations sur Salaires	377,6	316,9	-60,7	629,1	636,4	7,3	
	Surcoût			51,6			4,5	56,2
Assurés	Cotisations sur IP	18,3	15,3	-2,9	10,6	10,7	0,1	
	Cotisations sur Salaires	377,6	316,9	-60,7	629,1	636,4	7,3	
	Surcoût			-63,7			7,5	-56,2
Total	**Surcoût**			**-12,0**			**12,0**	**0,0**

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 a 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 entreprises.

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

Le gouvernement estime que la réforme projetée du financement de l'assurance accidents 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 accidents.

- 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'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 est 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 avant le 31 décembre 2008, 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. L'intervention financière de l'Etat se situera dans une fourchette allant de 25 à 30 millions d'euros par an à partir de la fin de la période transitoire.

- 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 privés 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 d'euros. 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%.

Les indemnités pécuniaires de maternité

Contrairement aux indemnités servies en cas de maladie, les indemnités pécuniaires de maternité sont entièrement financées par l'Etat et sont versées directement par l'assurance maladie maternité. Leur financement n'est donc pas affecté par la nouvelle réforme.

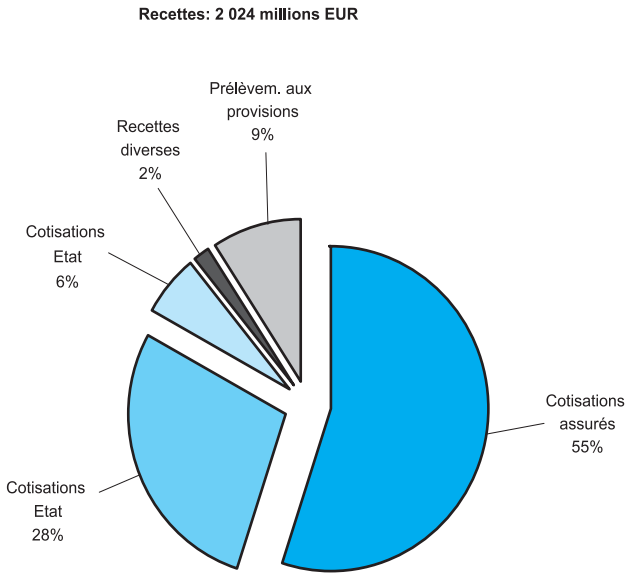
Prestations en espèces de maternité: ventilation par genre de prestation (en millions EUR) 1)

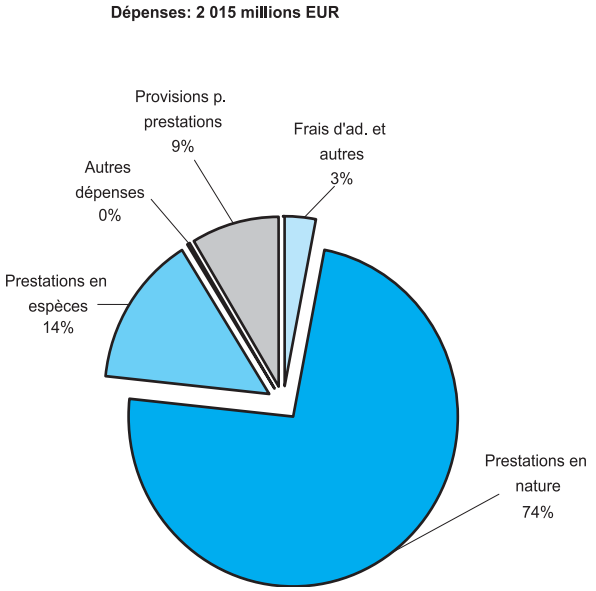
				Variation en % en moyenne annuelle	
Genre de prestation	**2000**	**2004**	**2007**	**2006/07**	**2000/07**
Congé légal [2]	40,4	55,2	63,3	3,0%	6,6%
Congé d'accueil [3]	0,2	0,3	0,2	0,0%	2,8%
Dispense de travail pour femmes enceintes [4]	4,2	9,9	14,4	6,3%	19,3%
Congé pour raisons familiales [5]	0,5	1,8	3,0	23,3%	31,1%
TOTAL	**45,2**	**67,2**	**80,9**	**4,2%**	**8,7%**

1) Sans la part patronale dans les cotisations.
2) La période d'indemnisation est de 8 semaines avant et de 8 semaines après l'accouchement. Le congé postnatal est porté à 12 semaines en cas d'accouchement prématuré ou multiple ainsi que pour les mères allaitantes.
3) Congé de huit semaines accordé en cas d'adoption d'un jeune enfant (Loi du 14 mars 1988 portant création d'un congé d'accueil pour les salariés du secteur privé).
4) "Loi du 1er août 2001 concernant la protection des travailleuses enceintes, accouchées et allaitantes" remplaçant la loi modifiée du 3 juillet 1975 concernant la protection de la maternité de la femme au travail. Cette mesure a été introduite en août 1998.
5) Congé, destiné aux parents d'enfants malades, introduit par la loi du 12 février 1999 concernant la mise en oeuvre du plan d'action national en faveur de l'emploi. Cette prestation relève en fait du domaine des prestations familiales mais, pour des raisons administratives, elle est servie par les caisses de maladie.

La situation financière globale de l'assurance maladie maternité

Recettes et dépenses de l'assurance maladie maternité en 2007 (en % du total)





Evolution des recettes et dépenses de l'assurance maladie maternité (en millions EUR) 1)

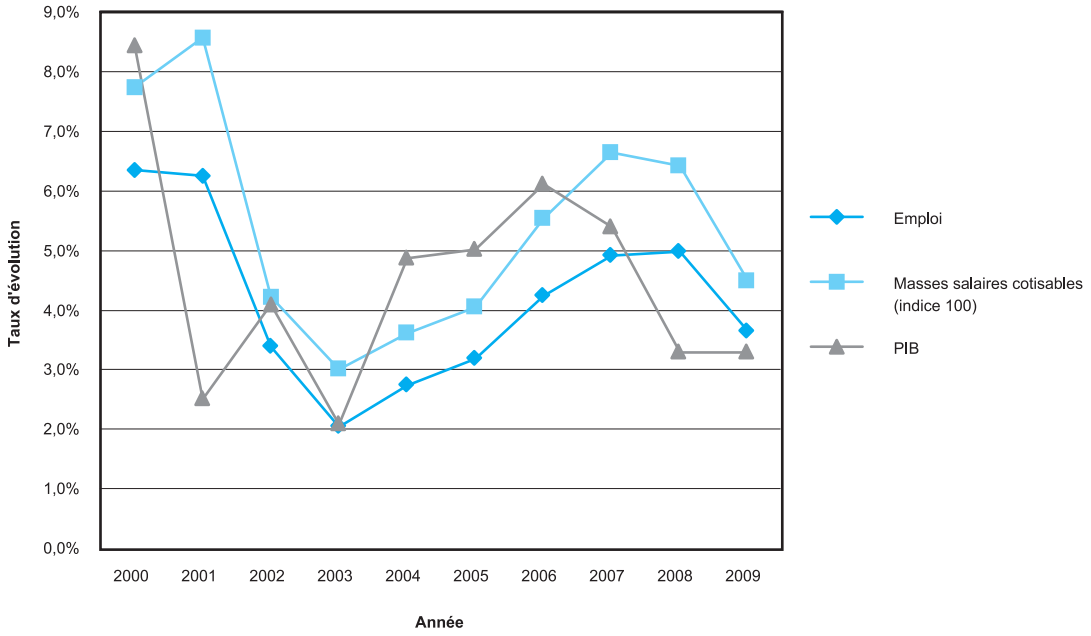
	2005	2006	2007	2008	2009 4)
	Décompte	Décompte	Décompte	Estimations actualisées 2)	
RECETTES					
Cotisations	971,8	1 032,3	1 110,4	1 185,4	1 124,3
Cotisations forfaitaires Etat	496,8	528,0	568,1	607,0	650,0
Autres contributions de l'Etat	111,2	120,9	124,1	137,1	145,2
Autres recettes	28,8	28,3	33,9	36,5	32,7
TOTAL DES RECETTES COURANTES	**1 608,6**	**1 709,6**	**1 836,6**	**1 966,0**	**1 952,2**
Variation annuelle en %	2,5%	6,3%	7,4%	7,0%	-0,7%
DEPENSES					
Frais d'administration	53,9	56,1	58,9	67,3	73,6
Prestations en espèces 3)	272,1	274,8	290,2	310,9	174,5
Prestations en nature	1 333,4	1 373,2	1 475,3	1 581,7	1 681,6
Autres dépenses	2,8	3,5	3,1	3,3	8,5
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	**1 662,2**	**1 707,7**	**1 827,5**	**1 963,2**	**1 938,1**
Variation annuelle en %	10,1%	2,7%	7,0%	7,4%	-1,3%
Solde des opérations courantes	-53,6	1,9	9,0	2,8	14,0

1) Sans les prélèvements ou provisions pour prestation à liquider.
2) Source: Estimations UCM (septembre 2008).
3) Y compris les transferts de cotisations.
4) La baisse simultanée des recettes et des dépenses est due à la modification de la loi suite à l'introduction du statut unique (pour plus d'explications voir section 4 : prestations en espèces) .

Le tableau ci-dessus montre encore un très léger excédent des recettes pour 2007 et 2008 avec toutefois l'amorce d'une détérioration en 2008.

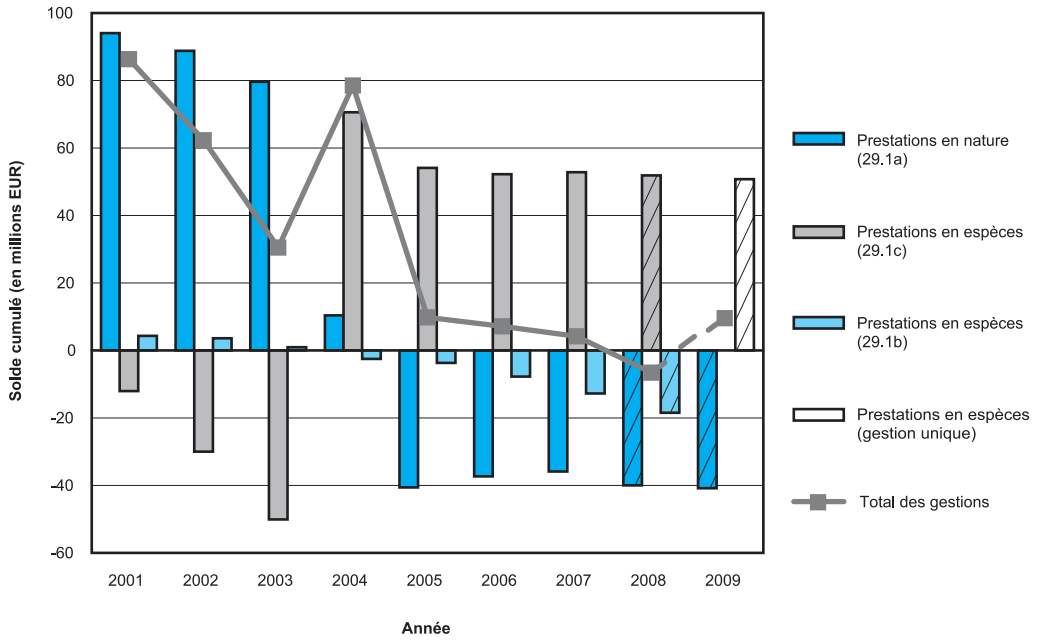
Pour 2009, on constate une baisse simultanée des recettes et des dépenses, qui résulte de la modification du Code de la Sécurité sociale suite à l'introduction du statut unique pour les travailleurs salariés du secteur privé à partir du 1.1.2009. Cette baisse n'est donc pas le reflet de circonstances économiques défavorables ou d'économies budgétaires mais le résultat d'un allégement des charges et d'une baisse des cotisations pour indemnités pécuniaires. Par contre, il ne faut pas cacher non plus que les prévisions pour 2009 sur fond de crise financière internationale demeurent très incertaines.

Evolution de l'emploi, des masses cotisables des ouvriers et employés ainsi que du PIB de l'économie luxembourgeoise (évolution en %)



L'évolution de l'équilibre financier de l'assurance maladie maternité est illustrée dans le graphique ci-après. Les données pour 2008 et 2009 reposent sur des estimations.

Le solde cumulé en fin d'année



Remarque: La gestion "Maternité" n'est pas mentionnée, étant donné qu'elle est entièrement financée par l'Etat et est en conséquence neutre par rapport à l'évolution financière de l'assurance maladie maternité.

Evolution du niveau de la réserve (en millions EUR)

	31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009
Réserve	186,9	189,7	203,8
Minimum légal (10% des dépenses courantes [1])	182,8	196,3	193,8
Rapport réserve / dépenses courantes [1])	10,2%	9,7%	10,5%

[1]) Sans les prélèvements aux provisions.

L'évolution législative et réglementaire

Du rapport des experts sur la situation de l'assurance maladie présenté lors de la réunion du comité quadripartite du 16 octobre 2007, il résultait que, bien que le solde des opérations courantes de la gestion des soins de santé soit pratiquement en équilibre, la situation financière de cette gestion, la plus importante de l'assurance maladie, restait fragile avec un découvert cumulé estimé pour 2007 à 48,3 millions euro et un risque toujours présent d'un dérapage financier à cause d'une augmentation non prévue des dépenses ou, dans la situation économique actuelle, à cause d'une diminution sensible des recettes en cotisations. Aussi, la plus grande prudence pour les prestations en nature est requise. Pour l'exercice 2008, les experts, lors de la quadripartite du 26 octobre 2008, ont estimé ce déficit a environ 40 millions euro.

Plutôt que de remettre en question les principes du libre accès aux soins et du financement solidaire, tous les acteurs se sont mis d'accord de travailler dans un esprit de solidarité pour garantir la pérennité de notre système d'assurance maladie. Dans ce contexte, des mesures dans tous les domaines, notamment dans la prévention et de la détection précoce, de l'information, de la qualité sont nécessaires.

Afin de réaliser ces objectifs, 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 2008. Différents sous-groupes ont été institués qui s'occupent chacun d'un problème spécifique.

Voici les mesures principales prises :

Prévention : programmes Santé/UCM réalisés en 2008

En 2008, trois nouveaux programmes de médecine préventive ont été réalisés par convention entre le Ministère de la Santé et l'Union des caisses de maladie dans le cadre de l'article 17 du Code de la sécurité sociale. Il s'agit en l'occurrence des programmes suivants :

- Programme pilote d'aide au sevrage tabagique qui a débuté en janvier 2008 ;
- Programme de vaccination contre le Human Papilloma Virus qui a débuté le 1er mars 2008 ;
- Création d'un Centre de prévention pour le dos qui a débuté le 15 mars 2008.

Afin de prévenir les interruptions volontaires de grossesse, un programme de prise en charge de médicaments contraceptifs sera mis sur pieds pour le début de l'année 2009.

Le secteur hospitalier

En ce qui concerne les frais hospitaliers, qui représentent à eux seuls plus de 50 pour cent des dépenses, différents projets visant à instaurer un instrument de contrôle de qualité des soins dans les établissements hospitaliers conformément aux directives de l'European Foundation for Quality Management (EFQM) ont été mis en oeuvre. S'il est vrai que la participation des hôpitaux a été grande, il faudra à l'avenir une collaboration plus étroite encore entre l'Entente des hôpitaux et l'Association des médecins et médecins-dentistes.

Cette démarche sera complétée par une enquête nationale de satisfaction des patients à l'hôpital. L'enquête a débuté en octobre 2008 et s'est terminée au mois de décembre. Un questionnaire a été envoyé à l'adresse de tous les patients ayant passé au moins une nuit à l'hôpital, sauf psychiatrie et rééducation. Les résultats viennent d'être publiés et sont très positifs.

En outre, une autre étude dite " SCHELLEN " a montré qu'en ce qui concerne les médicaments administrés dans le secteur hospitalier, une surconsommation de 17 pour cent a pu être détectée qui est due principalement au mode d'administration, aux indications trop larges et au manque d'évidence clinique. Pour les analyses de laboratoires hospitaliers, la surconsommation est de 20 pour cent et est due surtout à des tests redondants, à des schémas de prescriptions automatiques et à des équipements obsolètes.

En outre, le corps médical a recommandé d'avoir recours d'avantage à la chirurgie ambulatoire et de modifier la nomenclature des actes et services actuelle sur quelques 20 positions pour l'adapter aux connaissances médicales actuelles dans ce domaine. En plus, l'AMMD propose la création d'un archive central qui pourra mettre à la disposition de tous les médecins les valeurs de certains tests qui ne changent jamais pour un individu.

Ces pistes continueront à être exploitées durant l'exercice à venir.

Réalisation du dossier du patient et amélioration du flux des informations

Un corollaire nécessaire pour éviter des doubles, voire des triples emplois coûteux en matière d'analyses, d'imagerie médicale et de dispensation des soins de santé, la réalisation du dossier " patient " et " amélioration du flux des informations " est nécessaire.

Certains consensus ont été obtenus au sein du groupe de travail ad hoc :

- Un dossier hospitalier pour tout le pays sera réalisé qui sera standardisé et qui servira à des fins de santé individuelle et publique ;
- Ce dossier sera informatisé pour présenter une parfaite interopérabilité, d'abord entre hôpitaux et puis entre d'autres prestataires ;
- En attendant, diverses mesures utiles seront réalisées, notamment l'accès au facturier de la CNS, l'échange de l'imagerie, l'harmonisation des programmes laboratoires, etc.

Cependant, il reste beaucoup de questions à trancher, notamment la formalisation d'un concept d'ensemble, la création d'une structure formelle de gouvernance, l'établissement d'une stratégie et des règles de base, la coordination des initiatives en cours et à venir, la répartition des rôles (politiques, techniques et de financement) et des pouvoirs (décision, coordination, responsabilité des projets, contrôle, communication).

Evolution des prescriptions médicales

Quant à l'évolution des prescriptions par les médecins, les méthodes d'analyses de l'UCM/CNS ont pu être affinées, de sorte que, désormais, toutes les mesures prévues dans le Code de la sécurité sociale pourront être mises en œuvre sans faute pour endiguer les prescriptions de certificats d'incapacité de travail abusives par certains médecins dont les nouvelles statistiques de l'UCM/CNS montrent que le rapport consultations/certificats d'incapacité de travail dépasse d'une façon exorbitante les 60 pour cent fixés dans la convention conclue entre l'UCM/CNS et l'AMMD.

En ce qui concerne la prescription des médicaments, il a été constaté qu'après un tassement des antibiotiques pendant les années 2005 à 2006, ceux-ci connaissent de nouveau une hausse spectaculaire et la campagne de sensibilisation et de responsabilisation afférente sera relancée.

Etude sur l'absentéisme

Dans le contexte de l'introduction du statut unique en 2009, le Gouvernement a invité les partenaires sociaux à faire, de concert avec lui-même et les organismes publics compétents, de la maîtrise de l'absentéisme en général une priorité et de déterminer les causes exactes des absences. Il s'agit de " s'engager dans une démarche commune afin de prendre des mesures positives 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 ".

Dans cette perspective, le Groupe de haut niveau, composé des ministres compétents et des responsables des syndicats OGBL et LCGB ainsi que de l'Union des entreprises luxembourgeoise (UEL), chargé d'animer cette démarche, a envisagé de réaliser une étude permettant de mieux connaître les causes de l'absentéisme avec le soutien de l'Inspection générale de la sécurité sociale et du CEPS/INSTEAD.

L'objectif de l'étude proposée consiste à mesurer l'impact respectif des différentes causes de l'absentéisme identifiées dans la littérature, de manière à déterminer les leviers les plus efficaces pour réduire l'absentéisme.

Les causes de l'absentéisme peuvent être regroupées en trois catégories :

- les caractéristiques individuelles des salariés (état de santé, âge, sexe, nationalité, charge familiale, lieu de résidence…) ;
- les caractéristiques liées à la profession (définition du BIT) et aux conditions dans lesquelles s'exerce cette profession (pénibilité, nuisances sonores, pollution,…) ;
- les caractéristiques propres à l'entreprise dans laquelle travaille le salarié (caractéristiques structurelles (taille, secteur d'activité, part des salariés manuels,…), mode de gestion de la main-d'œuvre…).

Un groupe de haut-niveau s'est réuni à plusieurs reprises en 2008 pour finaliser le cahier de charge de l'étude et pour en analyser les premiers résultats sommaires.

L'introduction d'un statut unique pour tous les salariés du secteur privé

La loi du 13 mai 2008 introduit un statut unique pour tous les salariés du secteur privé. Le statut unique a été introduit principalement pour les raison suivantes :

- l'harmonisation des statuts des ouvriers et des employés privés fait partie intégrante des accords tripartite et les différents partenaires ont confirmé leur volonté d'adhérer au principe du statut unique ;
- le statut unique permet de mettre fin aux distinctions, voir discriminations surannées entre ouvrier et employé privé et donne lieu à un Code du travail applicable uniformément à tous les salariés de droit privé ;
- le statut unique apporte un avantage compétitif en abaissant le niveau général des taux des cotisations sociales ;
- le statut unique apporte une simplification administrative en faveur des employeurs ;

- le statut unique permet la fusion des caisses de maladie et des caisses de pension du secteur privé et conduit à la création d'une seule chambre professionnelle des salariés du secteur privé et d'un seul tribunal du travail ;
- le statut unique s'insert donc dans la politique de modernisation de nos structures et d'une plus grande efficacité de ces dernières ;
- le statut unique apporte à tous les salariés à salaires bruts égaux aussi des salaires nets égaux.

Les grands changements en matière de sécurité sociale se résument dans les points suivants :

- l'instauration d'un régime unique pour les ouvriers et les employés du secteur privé se traduisant principalement par la généralisation de la continuation de la rémunération en cas de maladie (Lohnfortzahlung) ;
- la modification de l'assiette cotisable ;
- l'instauration d'un taux de cotisation unique pour les prestations en espèces ;
- l'instauration d'une Mutualité des employeurs ;
- la fusion des différentes caisses de maladie et celle des caisses de pension du secteur privé.

Généralisation de la continuation de la rémunération en cas de maladie (Lohnfortzahlung)

Jusqu'à présent, les ouvriers du secteur privé ne bénéficiaient pas de la continuation de la rémunération en cas de maladie, l'assurance maladie intervenant dès le premier jour. Le système appliqué aux employés privés était différent et prévoyait une période de continuation de la rémunération de quinze semaines, en moyenne, pendant lesquelles le salaire était maintenu dans sa totalité par l'employeur, l'assurance maladie intervenant pour le reste de la période d'indemnisation.

A partir du 1er janvier 2009, la continuation de la rémunération en cas de maladie est généralisée à l'ensemble des salariés du secteur privé selon un modèle proche de celui qui, avant cette date, était exclusivement en vigueur pour les employés privés. A présent, l'employeur indemnisera en moyenne les treize premières semaines de maladie, l'assurance-maladie intervenant pour le reste de la période d'indemnisation-ce pour les employés privés tout comme pour les ouvriers, ce qui est la grande nouveauté.

Modification de l'assiette cotisable

La généralisation de la continuation de la rémunération engendre pour l'ancienne gestion "ouvriers" une augmentation de l'obligation patronale.

En contre partie, les cotisations payées par les patrons et les salariés pour la gestion des prestations en espèces de l'assurance maladie diminuent.

Parallèlement, la généralisation de la continuation de la rémunération engendre pour l'ancienne gestion "employés" une légère réduction de l'obligation patronale impliquant une augmentation des cotisations payées par les patrons et les salariés pour la gestion des prestations en espèces de l'assurance maladie.

Sur une situation financière équilibrée, la généralisation de la continuation de la rémunération est, par définition, une opération neutre pour "l'économie dans son ensemble".

Taux de cotisation unique pour les prestations en espèces

Le budget de la nouvelle Caisse nationale de santé prévoit un taux de cotisation unique pour les prestations en espèces de 0,5 pour cent (part assuré et part employeur).

Pour rappel, les taux de cotisation applicables avant le 1er janvier 2009 (part assuré et part employeur) étaient de 4,7 pour cent pour les ouvriers et de 0,2 pour cent pour les employés privés.

L'application du taux unique de 0,5 pour cent aura pour conséquence de réduire le taux de cotisation des ouvriers (part assuré) de 2,1 pour cent. Le montant correspondant à cette réduction des cotisations est appelé le "différentiel ouvrier ". Néanmoins, de manière concrète, l'ouvrier ne bénéficiera pas de cette réduction du taux de cotisation avant 2012.

En effet, le différentiel ouvrier sera dans un premier temps retenu par le Centre commun de la sécurité sociale et réaffecté au financement de la Mutualité des employeurs, destinée à répondre aux déséquilibres sectoriels en terme d'absentéisme et à répartir au mieux le risque correspondant aux 13 premières semaines à financer par les employeurs.

La retenue sur le différentiel ne sera plus que de 1 pour cent du revenu brut en 2012 et de 0,5 pour cent en 2013. Par conséquent, ce ne sera qu'en 2014 que les ouvriers bénéficieront pleinement de la réduction du taux de cotisation engendrée par la généralisation de la continuation de la rémunération. Pour ce qui est des employés privés, l'application du taux de cotisation unique aura pour conséquence d'augmenter le taux de cotisation d'environ 0,1 pour cent.

Le surcoût résultant de l'effet combiné du transfert des charges et des changements des taux de cotisations a été estimé à 94,5 millions d'euros. Néanmoins, ce surcoût n'est pas imputable dans sa totalité à la généralisation de la continuation de la rémunération.

En effet, indépendamment de la généralisation de la continuation de la rémunération, les taux de cotisation en vigueur actuellement n'auraient de toute façon, selon les hypothèses de croissance des prestations en espèces en 2009, pas été suffisants pour assurer l'équilibre de la gestion des prestations en espèces. Ainsi, le passage à une situation équilibrée aurait engendré un coût supplémentaire de 9,7 millions d'euros. Partant d'une situation financière équilibrée, le surcoût généré par la généralisation de la continuation de la rémunération proprement dite a été estimé à 84,8 millions d'euros. Ce montant représente 0,69 pour cent du montant des assiettes cotisables.

Instauration d'une Mutualité des employeurs

La Mutualité des employeurs revêt la forme d'un établissement public placé sous le giron de la Sécurité sociale. Son rôle consiste dans la couverture partielle des 13 premières semaines de maladie à charge des employeurs en leur remboursant 80 pour cent du montant de l'indemnité pécuniaire versée au salarié.

Les affiliés à la Mutualité sont en premier lieu les employeurs qui cotisent à cette institution et qui bénéficient du remboursement à concurrence de 80 pour cent des rémunérations payées à leurs salariés pendant la période où la Caisse nationale de santé n'intervient pas dans ce risque. Les affiliés comprennent également les professions libérales et indépendantes qui cotisent volontairement pour couvrir ce même risque à leur propre égard.

Au niveau administratif, la Mutualité recourt aux services du Centre commun de la sécurité sociale et de la Caisse nationale de santé, ce sans disposer d'une administration proprement dite, mis à part le fonctionnement du Conseil d'administration, gestionnaire de la Mutualité. Le Conseil est composé de représentants des employeurs ressortissant de la Chambre de Commerce, de la Chambre des Métiers, de la Chambre d'Agriculture et de la Fédération des Travailleurs intellectuels ainsi que des présidents du Centre commun de la sécurité sociale et de la Caisse nationale de santé.

Le financement de la Mutualité se fera par:

- une cotisation payée par les employeurs. Le taux de cotisation sera différencié selon des classes de risques. Le taux moyen devrait être de l'ordre de 1,5 pour cent ;
- la retenue du "différentiel ouvrier" dans son intégralité jusqu'en 2011, puis de façon dégressive à partir de 2012 jusqu'en 2014 ;
- une participation de l'Etat qui débutera de façon croissante en 2012, parallèlement à la réduction de la retenue du "différentiel ouvrier" et qui atteindra 0,3 pour cent de la masse cotisable à partir de 2014.

La fusion des différentes caisses de maladie et celle des caisses de pension du secteur privé

Les remaniements fondamentaux en ce qui concerne le statut des employés privés et des ouvriers vis-à-vis de la sécurité sociale, se sont aussi traduits par une révision des structures organisationnelles de la sécurité sociale. En effet, l'introduction du statut unique rend superfétatoire, voire impossible l'affiliation à des organismes de sécurité sociale distincts suivant le statut socioprofessionnel. Le statut unique permet le regroupement et le réalignement dans l'organisation administrative de la sécurité sociale. Cette réorganisation a comme objectif d'optimiser et de rationaliser les services.

Une révision des structures organisationnelles de la sécurité sociale est dictée principalement par le souci d'organiser au mieux l'accessibilité des assurés à leurs droits en matière de sécurité sociale par une structure transparente, rationnelle et efficace. Dans le cadre de cette réorganisation ont été créées la Caisse nationale de santé (CNS) et la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP), résultant d'une fusion des différentes caisses de maladie, voire des caisses de pension.

La Caisse nationale de santé (CNS), qui regroupe l'Union des caisses de maladie, les caisses de maladies des salariés du secteur privé et les caisses de maladie des non-salariés, est dotée de la compétence générale pour l'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance. Les agences locales de l'ancienne Caisse de maladie des ouvriers sont maintenues en tant que " guichet unique multifonctionnel ", et ce au sein du Centre commun de la sécurité sociale. Les caisses de maladie du secteur public conservent leurs compétences d'attribution actuelles limitées au seul remboursement des soins de santé avancés.

La Caisse nationale d'assurance pension (CNAP), constituée par les quatre caisses de pension du régime général, administre également le Fonds de compensation, maintenu comme entité juridique distincte.

Dans le cadre de cette réorganisation, l'Office des assurances sociales a été dissous; l'Association d'assurance accident ayant obtenu un statut du personnel propre et le Centre commun de la sécurité sociale restant en place tout en voyant son personnel renforcé compte tenu des missions supplémentaires lui attribuées. En tant qu'organe centralisateur des opérations informatiques de la sécurité sociale, il collaborera étroitement avec les cellules méthodologiques des différents organismes.

Au niveau de la gouvernance des différents organes de la sécurité sociale est prévue une composition paritaire des partenaires sociaux et d'un représentant de l'Etat en tant que président. Afin de rendre le processus de décision plus souple, l'assemblée générale est abrogée et le comité directeur en reprend les compétences restantes.

Aux élections sociales directes et spécifiques pour les différents organes des institutions de la sécurité sociale sera substituée une désignation des membres sur base des résultats électoraux pour les chambres professionnelles. La suppression de ces élections est le résultat de l'inclusion des pensionnaires dans toutes les chambres professionnelles, créant ainsi un électorat actif identique entre les institutions de la sécurité sociale et les chambres professionnelles.

Afin de garantir un équilibre entre les affiliés et les employeurs du secteur privé, du secteur public et du secteur agricole, le statut unique prévoit, tout en s'inspirant du modèle de l'assemblée générale de l'Union des caisses de maladie, de pondérer les voix au sein des différents comités directeurs. Par ailleurs, le nombre de voix des représentants de l'Etat est égal à celui revenant au groupe des assurés et au groupe des employeurs.

La composition du comité directeur de la Caisse nationale de santé n'est pas fixe : les représentants du secteur public n'en feront partie que pour les matières abordées au conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie avant l'introduction du statut unique. D'autre part, le comité directeur se réunira en présence des seuls membres issus du secteur privé pour les questions de remboursement des soins de santé et d'attribution des prestations en espèces.

Dans le même contexte, bon nombre de règlements grand-ducaux d'exécution des mesures prévues par la loi du 13 mai 2008 ont dû être élaborés. Ces mesures se situent sur le plan de la désignation des membres du comité directeur des différentes institutions et des juridictions de la sécurité sociale, du statut du personnel des différentes institutions, de la définition de la caisse de maladie compétente en matière de cumul d'activités, de la fixation de l'assiette de cotisation, de la refixation des règles de comptabilité et des budgets des institutions.

Finalement, les modalités du nouveau congé pour mandats sociaux ont dû être arrêtées.

Il s'agit en particulier des règlements grand-ducaux suivants :

- Règlement grand-ducal du 9 décembre 2008 ayant pour objet la désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale;
- Règlement grand-ducal du 11 décembre 2008 concernant le statut du personnel de la Caisse nationale de santé, de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux;
- Règlement grand-ducal du 16 décembre 2008 déterminant la caisse de maladie compétente pour la gestion de l'assurance maladie-maternité en cas de cumul d'activités ou de pensions relevant de caisses ou de régimes différents;
- Règlement grand-ducal du 16 décembre 2008 concernant l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire de maladie et fixant la valeur des rémunérations en nature prise en compte pour l'assiette des cotisations en matière de sécurité sociale;
- Règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale;
- Règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 concernant le congé pour mandat social des membres d'une chambre professionnelle, des membres d'un organe d'une institution de sécurité sociale, des assesseurs auprès du Tribunal de travail, des assesseurs-assurés et des assesseurs-employeurs des juridictions de sécurité sociale.

Notons finalement que les statuts de la Mutualité des employeurs, prévue aux articles 52 à 59 du Code de la sécurité sociale ont été élaborés et publiés au Mémorial.

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 avant le 1er janvier 2009 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).

A partir du 1er janvier 2009, cette gestion est assurée par la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP).

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 / CNAP.

L'évolution financière de l'assurance pension

Appréciation globale des opérations courantes

En 2007, les recettes courantes dépassent les dépenses courantes de 816,6 millions EUR. Ce résultat a été obtenu avec une croissance prononcée des recettes de 9,3% face à des dépenses qui augmentent de 4,1%. En éliminant l'évolution de l'échelle mobile des salaires, les dépenses progressent de 1,8%, tandis que les recettes augmentent de 6,8%.

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
2007	2 487 196,9	4,1%	1,8%	3 303 755,0	9,3%	6,8%	816 558,1

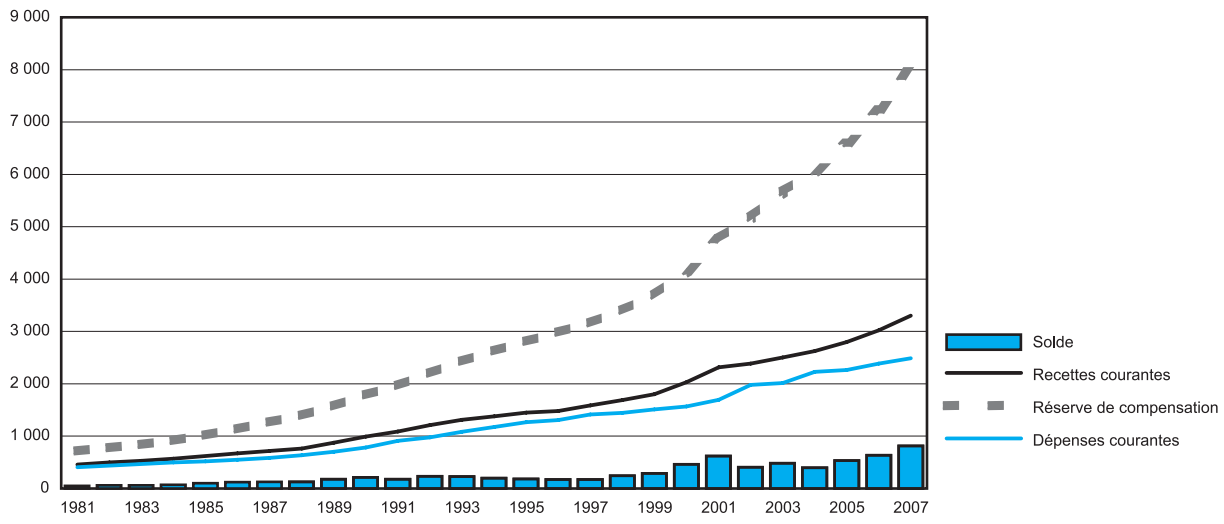
* Compris en dépenses le transfert des cotisations baby-year au montant total de 111 425 695,77 EUR.
** Compris en dépenses le montant compensatoire de 130 000 000,00 EUR transféré à l'UCM.

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.

Les recettes courantes atteignent 9,1% du PIB comme en 2006, tandis que les dépenses courantes ne représentent plus que 6,9% face à 7,2% en 2006. (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 3 006,8 millions EUR plus de 90,0% des recettes courantes, les revenus de la fortune atteignent 288,8 millions EUR et représentent 8,7%, (en 2006 avaient été renseignés 220,7 millions EUR ou 7,3% des recettes courantes); le reste est constitué par les transferts et les recettes diverses.

Structure des recettes courantes (en milliers EUR)

Cotisations des assurés et des employeurs	2 004 931,2	60,7%
Cotisations des pouvoirs publics	1 001 822,9	30,3%
Autres contributions de l'Etat	70,4	0,0%
Revenus de la fortune	288 796,2	8,7%
Transferts et recettes diverses	8 134,3	0,2%
Total des recettes courantes	**3 303 755,0**	**100,0%**

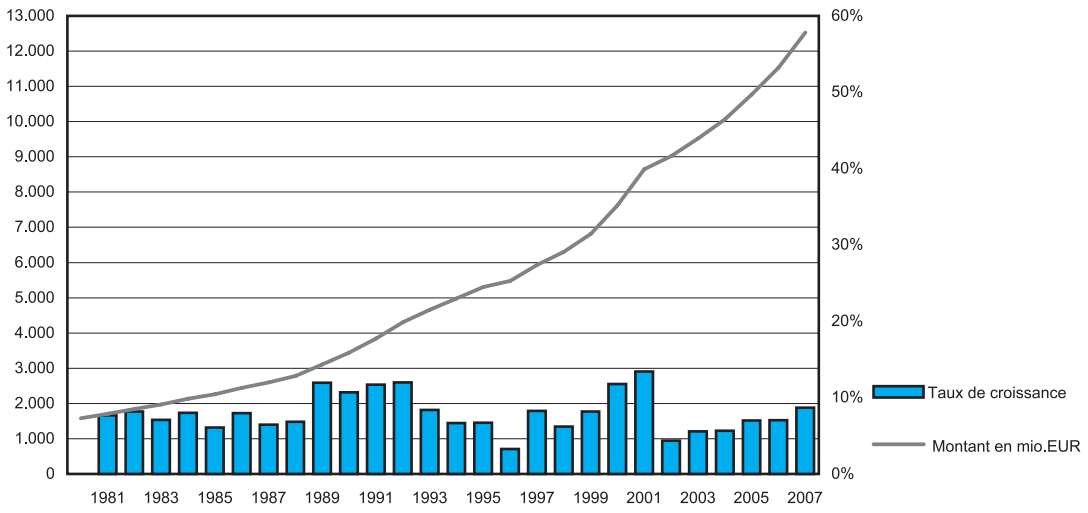
Les cotisations des assurés et des employeurs

Les cotisations des assurés et des employeurs se montent à 2 004,9 millions EUR face à 1 844,5 millions EUR en 2006. La progression affiche 8,7% par rapport à 7,0% en 2006, soit un taux de croissance réel de 6,3% contre 4,9 % en 2006.

La progression moyenne annuelle du montant des cotisations pendant la période de couverture allant de 1992 à 1998 se situait à 7,2%, ou 5,4% en valeur réelle.

La progression moyenne annuelle pendant la dernière période de couverture de 1999 à 2006 s'est maintenue à 7,9%, ou 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 la progression du nombre moyen des assurés cotisants qui a influencé 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 2,3% en 2007, on note encore une progression réelle de la cotisation moyenne de 1,6 % face à 1,0% en 2006 et 1,1% en 2005.

La contribution des pouvoirs publics

La contribution des pouvoirs publics concerne essentiellement la prise en charge d'un tiers (8%) des cotisations globales. L'Etat intervient encore 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).

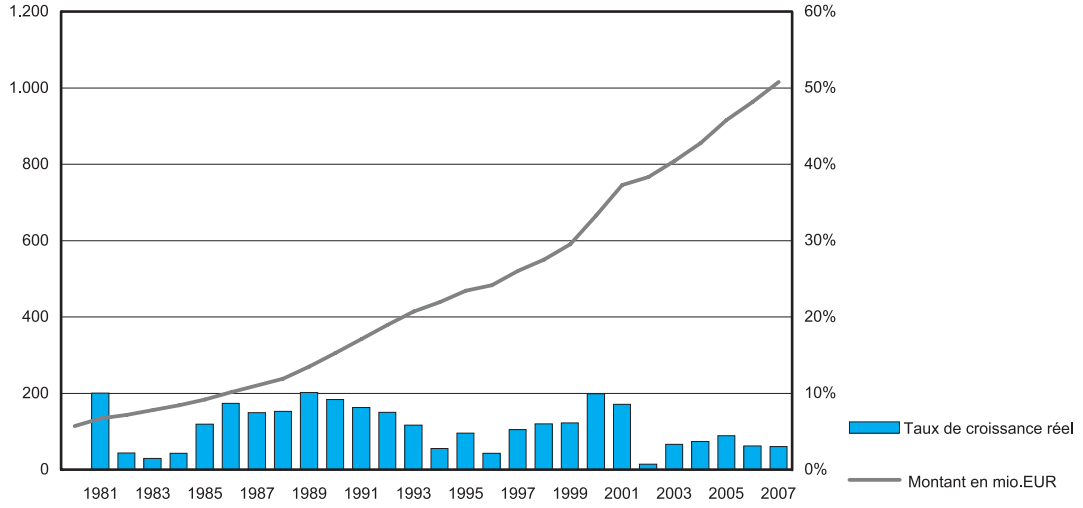
Depuis 2006, les frais d'administration sont à charge des organismes et à partir de l'exercice 2007, suite aux propositions de la Tripartite, reprises dans la loi du 22 décembre 2006, les participations de l'Etat dans les prestations, compléments différentiels et majorations proportionnelles baby-year sont abrogées.

Après considération de la part de l'Etat 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 1 015,6 millions EUR et accuse une augmentation de 51,8 millions EUR, soit 5,4 % par rapport à 2006.

Contribution nette des pouvoirs publics (en milliers EUR)

	2006	**2007**
Cotisations des pouvoirs publics	921 833,5	1 001 822,9
FOA et autres cotisations	13 993,8	14 350,1
Frais d'administration	48,4	70,4
Complément différentiel	22 133,1	0,0
Majorations proportionnelles baby-year	6 465,2	0,0
Contribution brute	964 474,0	1 016 243,4
à déduire	705,2	602,8
Contribution nette	**963 768,8**	**1 015 640,7**

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 2007, il s'est élevé à 1 001,8 millions EUR. En considérant les restitutions de cotisations à l'Etat, ce montant se réduit à une participation nette de 1 001,2 millions EUR. La part Etat dans les cotisations de l'assurance obligatoire et volontaire est ainsi en progression de 8,7% au nombre indice courant, soit de 6,3% au nombre indice 100 du coût de la vie.

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 modifiée du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance (art 171.13 CSS).

Ces cotisations continuent d'augmenter légèrement pour s'élever en 2007 à 2 893,19 milliers EUR face à 2 825,9 milliers EUR en 2006 (+2,4%).

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 CSS).

Le montant y relatif s'élève en 2007 à 664,0 milliers EUR face à 606,5 milliers EUR en 2006 (+9,5%).

Les cotisations de l'assurance volontaire

Les cotisations de l'assurance volontaire se sont chiffrées en 2007 à 8 239,0 milliers EUR face à 7 399,6 milliers EUR en 2006 (+11,3%).

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 288,8 millions EUR face à 220,7 millions EUR en 2006 et progressent ainsi de 30,9%.

En tenant compte des intérêts de retard sur cotisations de 2,3 millions EUR et des frais de gestion du patrimoine et des pertes diverses au montant de 2,1 millions EUR, les revenus nets s'élèvent à 289,0 millions EUR. Le taux de rendement moyen calculé par rapport à la réserve globale de compensation monte de 3,24% à 3,86%.

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%
2007	288 796,2	2 315,8	2 133,3	288 978,6	8 046 420,4	3,86%

Si ce taux de rendement intervient dans l'équilibre financier global du régime de pension, il faut cependant rappeler qu'il est dans une certaine mesure sous-évalué puisque la réserve de compensation contient une partie non négligeable de recettes dues mais non encore encaissées (débiteurs de cotisations, solde de la contribution de l'Etat). Le taux calculé par rapport aux valeurs placées se situerait ainsi à 4,27%, en comparaison de 3,60% en 2006.

Les dépenses courantes

Les dépenses pour pensions atteignent en 2007 un montant de 2 352,0 millions EUR et représentent ainsi 94,6% 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	26 723,3	1,1%
Pensions	2 352 016,5	94,6%
Autres prestations	1 641,3	0,1%
Transferts et dépenses diverses	106 815,8	4,3%
Total des dépenses courantes	**2 487 196,9**	**100,0%**

Les frais d'administration

Les frais d'administration s'élèvent à 26,7 millions EUR pour augmenter légèrement de 1,9% 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	2007	2006/07	2000/2007
AVI	42 934	45 534	53 179	64 576	71 232	79 019	81 066	82 925	2,3%	2,2%
CPEP	10 076	11 083	13 929	18 063	22 101	28 091	29 558	31 115	5,3%	5,0%
CPACI	7 493	7 782	7 932	8 279	8 376	8 414	8 440	8 487	0,6%	0,2%
CPA	7 947	7 585	7 223	7 226	6 621	5 812	5 720	5 581	-2,4%	-2,4%
TOTAL	**68 450**	**71 984**	**82 263**	**98 144**	**108 330**	**121 336**	**124 784**	**128 108**	**2,7%**	**2,4%**

En 2007, le nombre des pensions a augmenté de 2,7% par rapport à 2006. 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)

	2006	2007	Variation nominale	Variation réelle
Avances	1 922,5	561,8	-	-
Majorations proportionnelles	1 575 444,3	1 673 890,5	6,2%	3,9%
Majorations proportionnelles spéciales	102 458,7	106 918,8	4,4%	2,0%
Majorations proportionnelles baby-year	6 465,2	8 678,5	34,2%	31,2%
Majorations forfaitaires	304 107,8	320 312,6	5,3%	3,0%
Majorations forfaitaires spéciales	39 323,1	41 111,7	4,5%	2,2%
Majorations forfaitaires transitoires	44 309,8	43 531,5	-1,8%	-4,0%
Majorations assurance supplémentaire	3 201,2	3 177,7	-0,7%	-3,0%
Suppléments enfants	241,8	217,8	-9,9%	-11,9%
Compléments différentiels	22 133,1	21 469,5	-3,0%	-5,2%
Compléments pensions minima	78 915,4	80 766,3	2,3%	0,1%
Compléments divers	7 270,1	6 935,1	-4,6%	-6,7%
Allocations trimestrielles	490,0	445,4	-9,1%	-11,1%
Allocations de fin d'année	42 109,8	43 658,0	3,7%	1,4%
Indemnité de remariage	-	341,4	-	-
Pensions brutes	**2 228 392,8**	**2 352 016,5**	**5,5%**	**3,2%**

Entre 2006 et 2007, les pensions brutes ont augmenté de 5,5%, soit de 3,2% en valeur réelle

Ce sont encore les majorations proportionnelles baby-year, qui connaissent l'évolution la plus progressive.

Le montant des prestations annuelles à charge de l'ensemble des caisses de pension, pris en considération au titre de l'article 238 du Code de la sécurité sociale pour la détermination du niveau relatif de la réserve de compensation, comprend les prestations en espèces et les prestations en nature. Les compléments différentiels et les majorations proportionnelles baby-year, qui depuis 2007 sont à charge des organismes, font partie de ces prestations, dont le total s'élève à 2 353 657 794,53 EUR.

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 procédé à des décharges et extournes au montant de 5,4 millions EUR, 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 816 558 051,30 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 32,8 % des dépenses courantes.

En outre, le transfert déjà évoqué du bâtiment A. Wagner de la CPACI vers le Fonds de compensation, implique en contrepartie du prélèvement à la réserve administrée comptabilisé par la CPACI, une dotation à la réserve de compensation de 9 297 000,00 EUR auprès du Fonds de compensation.

Les valeurs immobilisées

Le montant total des valeurs immobilisées s'élève à 788,3 millions EUR et représente 9,5% du total de l'actif contre 822,0 millions EUR au 31 décembre 2006 ou 11,0% du total de l'actif.

Les immobilisations financières ont diminué de 605,7 à 573,0 millions EUR, soit de 5,7%.

Avant 2007, la plus grande partie du patrimoine du régime a été traditionnellement constituée par les placements à moins d'un an, qui se sont chiffrés au 31 décembre 2006 à 5 448,1 millions EUR. La mise en place d'un organisme collectif de placement a permis au Fonds de compensation d'investir en 2007, 90% des fonds financiers, soit 5 892,7 millions EUR, en conformité avec la nouvelle stratégie d'investissement.

Les comptes financiers

Les comptes financiers au montant de 6 528,0 millions EUR représentent 78,9% du total de l'actif. Ils accusent une progression de 14,7% par rapport à 2006. Les placements en fonds monétaires, obligations et actions, augmentent dans la mesure où les dépôts à moins d'un an diminuent, en conséquence 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 %
Réserves	538 723,2	995 536,9	78 654,2	38 817,3	6 394 688,8	8 046 420,4	100,0%
- Immeubles et terrains	53 029,7	146 032,3	5 803,2	1 059,6	9 441,1	215 365,8	2,7%
- Prêts à long terme	13,1	572 952,2	0,0	0,0	0,0	572 965,4	7,1%
- Titres	373,6	685,4	0,0	0,0	5 891 649,4	5 892 708,4	73,2%
- Placements à court terme	165 200,0	182 000,0	24 000,0	12 700,0	221 925,0	605 825,0	7,5%
- Trésorerie	840,5	18 092,5	2 927,9	994,5	732,3	23 587,7	0,3%
- Intérêts courus	280,1	363,9	35,9	15,3	646,1	1 341,3	0,0%
- Solde débiteur	318 986,2	75 410,6	45 887,2	24 047,9	270 294,9	734 626,9	9,1%

La réserve de compensation se chiffre dorénavant à 8 046,4 millions EUR au 31 décembre 2007 et est en progression de 816,5 millions EUR par rapport au 31 décembre 2006. 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 2 353,7 millions EUR de dépenses en prestations à charge du régime, la réserve de compensation représente actuellement 3,42 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
2007	39,3	19,8	3,42

Paramètres démographiques

En 2007, le nombre moyen des cotisants actifs a augmenté de 4,6%, tandis que celui des bénéficiaires de pension n'a progressé que de 2,8%, ce qui a accentué 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 4,1 %, 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 9,3%, soit plus de deux fois celle des dépenses.

Le niveau réel et relatif de la réserve totale en fin d'exercice augmente en conséquence.

La qualité des paramètres évoqués démontre la santé financière solide actuelle du régime général de pension, qui ne donne pas d'inquiétude à court terme.

A moyen terme, une évolution économique favorable sera néanmoins nécessaire avec, à clé une alimentation continue de la réserve et un environnement propice au placement financier rentable, qui feront partie des prémisses importantes visant la soutenabilité du système à long terme.

Ainsi pourront être implémentés sans précipitation les adaptations nécessaires, que ne manquera pas d'exiger l'équilibre financier du régime général, pour contrebalancer l'acheminement vers l'âge de la retraite des années à forte natalité et la croissance en nombre et en niveau des pensions exportées.

L'évolution législative et réglementaire

- La loi du 19 décembre 2008 modifiant :

1. la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension ;

2. le Code de la sécurité sociale;

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 texte a adapté la loi de coordination du 28 juillet 2000 et plusieurs dispositions des régimes de pension général et spéciaux afin de tenir compte des difficultés techniques rencontrées lors de l'application pratique des lois afférentes. Ces modifications portent notamment sur l'intégration du Fonds de pension de la Banque centrale du Luxembourg au système de coordination interne, le transfert des droits à pension des agents des Communautés européennes, le transfert des droits à pension des agents du BENELUX et la modification de la loi du 28 juin 2002 portant création d'un forfait d'éducation.

- La loi du 19 décembre 2008 portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2007.

Aux termes de l'article 225, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, " le Gouvernement examine tous les deux ans s'il y a lieu de procéder ou non à la révision du facteur d'ajustement par la voie législative, compte tenu des ressources et de l'évolution du niveau moyen des salaires cotisables. A ce sujet, il soumet à la Chambre des Députés un rapport accompagné, le cas échéant, d'un projet de loi. "

Le rapport présenté au mois d'octobre 2008 par le Gouvernement sur l'évolution du niveau moyen des salaires et des traitements, a fait ressortir une progression de l'ordre de 2% entre 2005 et 2007. En conséquence, le facteur d'ajustement a été porté de 1,352 à 1,379 et toutes les pensions et rentes accident ont été augmentées de 2 pour cent avec effet au 1er janvier 2009.

Individualisation des droits

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

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.

En date du 29 avril 2008, le rapport du groupe de travail a été présenté au Conseil de Gouvernement.

Etant donné que le projet de loi N° 5155 portant réforme du divorce, élaboré par le Ministère de la Justice, dégage la volonté du législateur de créer, dans le cadre du départage des patrimoines respectifs, une situation égalitaire entre ex-époux au-delà du caractère purement alimentaire, il a paru opportun d'inclure la question des droits à pension dans l'ensemble des opérations de liquidation des intérêts patrimoniaux soumis à l'appréciation souveraine du juge civil. Une concertation entre les ministères concernés pour la finalisation des textes a été mise en place.

Administration du patrimoine du régime général de pension

Au début de l'année 2008, le conseil d'administration du Fonds de compensation a décidé de charger le comité d'investissement de procéder en 2008 à une étude en vue de l'adaptation de l'allocation stratégique des réserves. Cette stratégie a été adoptée par ledit conseil d'administration de sa séance du 27 novembre 2008.

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.

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 a été publié en date du 4 mars 2008. En date des 29 mai et 10 juillet 2008, il a été présenté aux commissions parlementaires Santé/Sécurité sociale et Travail/Emploi. En date du 19 juin 2008, il a été présenté au groupe de réflexion " Viabilité à long terme des régimes de pension ".

Actuellement, un groupe de travail, composé de représentants du ministère de la sécurité sociale, du ministère du travail et de l'emploi, de l'administration de l'emploi, du contrôle médical de la sécurité sociale et de la division de la santé au travail, est en train de préparer sur base des recommandations du bilan une réforme de la législation en matière d'incapacité de travail et de réinsertion professionnelle.

Viabilité à long terme des régimes de pension

Suite à la décision du comité de coordination tripartite du 28 avril 2006, un groupe de réflexion a été institué au cours de l'exercice 2007. Ce groupe qui n'est pas à considérer comme un " Rentendësch bis " a pour mission de réfléchir à tête reposée sur les défis auxquels notre système de pension actuel sera confronté et de voir par quels moyens la pérennité de notre système actuel pourra être assurée. Le groupe de réflexion, composé de représentants des ministères de la sécurité sociale, des finances, de la fonction publique, du travail et de l'emploi et de représentants des partenaires sociaux, s'est réuni à cinq reprises au courant de l'exercice 2008. Sur base des discussions menées, l'Inspection générale de la sécurité sociale a finalisé un rapport qui sera soumis au début de l'exercice 2009 aux membres du groupe de réflexion.

Ont été pris au courant de l'exercice 2008, les règlements grand-ducaux suivants :

Le règlement grand-ducal du 15 mai 2008 déterminant les valeurs de la réserve de compensation du régime général d'assurance-pension pouvant être investies à travers un organisme de placement collectif.

Le règlement grand-ducal du 1er juillet 2005 déterminant les valeurs de la réserve de compensation du régime général d'assurance pension pouvant être investies à travers un organisme de placement collectif étant venu à échéance, le présent texte assure sa mise à jour pour l'année 2008. C'est ainsi que le Fonds de compensation peut investir, à travers l'OPC fonctionnant sous le régime de la loi du 13 février 2007 relative aux fonds d'investissement spécialisés, en obligations euros et valeurs y assimilées, en obligations non euros et valeurs y assimilées et en actions et valeurs y assimilées jusqu'à concurrence de respectivement 1 368, 391 et 1 172 millions d'euros, soit au total 2 931 millions d'euros à prélever sur la réserve disponible du régime général d'assurance pension existant au 31 décembre 2007.

Le règlement grand-ducal du 4 décembre 2008 fixant les coefficients d'ajustement prévus à l'article 220 du Code de la sécurité sociale.

Conformément à l'article 220 du Code de la sécurité sociale, 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 4 décembre 2008 a fixé le coefficient d'ajustement pour l'exercice 2007.

L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Les étapes marquantes de l'année 2008 en matière d'assurance dépendance

L'étude sur les tâches domestiques

Le règlement grand-ducal de 2004 sur l'accueil gérontologique a défini l'ensemble des prestations intégrées dans le prix d'hébergement payé par les pensionnaires des établissements d'aides et de soins.

Ce règlement dispose notamment que l'accueil gérontologique englobe certaines tâches domestiques dont la définition est analogue à celle donnée à la prestation " tâches domestiques " dans le cadre de la loi sur l'assurance dépendance. Il apparaissait dès lors que les pensionnaires dépendants assumaient deux fois le coût des tâches domestiques, en payant leur prix de pension et par le biais de l'assurance dépendance. Les réflexions menées à l'époque ont abouti à la suppression de cette prestation, pour les personnes dépendantes en établissement d'aide et de soins, lors des modifications de la loi sur l'assurance dépendance en 2005.

Les responsables des établissements d'aide et de soins ont argué, au début de l'année 2007, que la suppression de la prestation tâches domestiques leur occasionnait un important manque à gagner, notamment parce que les personnes dépendantes généraient des tâches domestiques plus importantes que les personnes autonomes. Certains prestataires ont augmenté les prix d'hébergement en conséquence.

Devant cet état de fait, le Gouvernement a décidé que l'assurance dépendance rembourserait les tâches domestiques aux établissements qui n'augmenteraient pas leur prix d'hébergement, ainsi qu'aux établissements qui, ayant augmenté leurs prix, rembourseraient l'équivalent du montant des tâches domestiques aux pensionnaires concernés. Il était également requis que les prestataires prêtent leur concours à une étude permettant de clarifier la situation du point de vue de la comptabilité.

Cette étude a été menée au cours de l'année 2008.

Après quelques difficultés de démarrage (notamment la nécessité de préciser les concepts de référence), l'étude a pu être menée et a permis de relever un certain nombre d'observations. On s'abstiendra de les détailler ici, principalement en raison de leur caractère provisoire et de l'importance de les valider.

On peut toutefois d'ores et déjà annoncer qu'un plan comptable uniforme va être développé. Après des essais préliminaires dans le cadre d'une étude-pilote auprès de trois établissements, il pourra être d'application à partir du 1er janvier 2010.

L'utilisation de ce nouvel instrument comptable, à partir de 2010, permettra d'introduire davantage de transparence dans l'ensemble des opérations financières des différents établissements d'aide et de soins.

La médiation en vue de la fixation d'une valeur monétaire pour les établissements d'aide et de soins à séjour continu

L'Union des caisses de maladie, Caisse nationale de santé depuis le 1er janvier 2009, et la COPAS, organisme représentatif des prestataires intervenant dans le cadre de l'assurance dépendance, ne se sont pas accordés sur le montant d'une valeur monétaire pour les établissements d'aide et de soins à séjour continu pour l'année 2008. Ce désaccord était principalement lié au fait que les prestataires contestent que la valeur monétaire des maisons de soins et des centres intégrés pour personnes âgées représente la moyenne des frais de tous les prestataires. Or, il s'avère que le coût des soins en maisons de soins est plus élevé qu'en centre intégré. Un médiateur a été désigné. Il a rendu ses conclusions en fin d'année 2008. Celles-ci insistaient notamment sur la nécessité de poursuivre les travaux de la commission de qualité et de la commission de normalisation instaurée ad hoc par la CNS et la COPAS, de façon à trouver au plus vite des solutions pour le calcul des valeurs monétaires des années prochaines. Le médiateur proposait une valeur monétaire de 42.52 EUR et recommandait aux prestataires sous convention collective EHL de s'orienter progressivement vers une convention collective SAS (le contrat collectif de l'entente des hôpitaux prévoit des conditions plus favorables pour le personnel que celui du secteur des aides et soins. Ce dernier s'avère cependant plus adapté au fonctionnement du secteur d'aides et de soins).

Le comité directeur de la CNS a pris l'option de trois valeurs monétaires, une valeur monétaire de base et deux valeurs monétaires correspondant respectivement aux frais des établissements sous CCT Entente des hôpitaux et aux frais des établissements sous CCT secteur d'aide et de soins. A ce jour, cependant, la décision définitive n'est pas encore arrêtée.

La poursuite des travaux de restructuration du système informatique

Avec l'introduction des modifications de la loi sur l'assurance dépendance en 2005, une restructuration fondamentale du système informatique de l'assurance dépendance s'est révélée indispensable. Le volume des fichiers des prestations facturées par les prestataires de l'assurance, notamment en raison de l'aspect récurrent des prestations, devenait insupportable pour les capacités du système informatique de la sécurité sociale. La loi modifiée de 2005 a autorisé une facturation mensuelle des prestations permettant un allègement considérable de ces fichiers. Il importait toutefois d'opérer une restructuration fondamentale du système informatique en vue de l'adapter à ce nouveau mode de facturation

La restructuration du système informatique de gestion de l'assurance dépendance a démarré en 2006. Vu l'ampleur des modifications nécessaires, elle s'est poursuivie au cours des années 2007 et 2008 sous l'égide de la CNS, 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 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. Au cours de l'année 2008, on se pencha plus particulièrement sur **une amélioration de la chaîne de liquidation des prestations en nature**.

Au niveau de la Cellule d'évaluation et d'orientation, la maintenance applicative et corrective du système de gestion électronique des dossiers (TCO) fut poursuivie avec un souci d'amélioration de l'ergonomie du système et de ses fonctionnalités. Des adaptations ont également été implémentées en vue de l'alignement sur l'évolution des procédures de travail.

La modélisation des procédures de travail s'est poursuivie en 2008. Elle a porté sur les aspects en relation avec le classement, le tri, la distribution et l'évaluation des demandes. Compte tenu de la complexité de ce type de procédures, tout n'a cependant pas pu être terminé au cours de l'année. Les travaux de modélisation continueront en 2009 et 2010. Les travaux auront pour objectif d'intégrer les procédures modélisées en vue d'une consultation via un portail intranet.

Les procédures modélisées jusqu'à présent sont intégrées dans un système de documentation centralisée. Il est prévu de donner une envergure plus grande à ce système en l'élargissant à toutes les sources d'information de la CEO.

Les travaux de la Commission de qualité des prestations

Instaurée par les modifications de la loi sur l'assurance dépendance introduites en 2005, la commission de qualité des prestations a démarré ses activités au cours de l'année 2007.

Elle est chargée d'élaborer des propositions de lignes directrices et de standards de référence en matière de qualité d'aides et de soins, aides techniques et adaptations du logement.

Au cours de l'année 2008, la Commission s'est réunie huit fois.

Afin de coller à l'expérience concrète des acteurs du terrain, la commission de qualité des prestations a initié une étude avec l'objectif de dresser un état des lieux en matière de qualité dans le secteur des soins de longue durée.

Après un test auprès de sept prestataires, le questionnaire dont le contenu portait essentiellement sur les initiatives des prestataires en matière de qualité, le déroulement des implantations de démarches qualité en cours, la perception de la culture qualité, les moyens investis dans la qualité etc., a été appliqué à tous les prestataires.

La présentation des résultats de l'étude aux participants aura lieu au printemps 2009.

Une seconde étape importante des travaux de la Commission de qualité en 2008 fut une rencontre avec des représentants du Fonds national de solidarité.

L'exercice de sa mission d'attribution de points qualité dans le cadre du règlement grand-ducal de 2004 sur l'accueil gérontologique donne au Fonds national de solidarité une expérience certaine en matière de qualité. La Commission de qualité a dès lors jugé très important de pouvoir rencontrer les représentants du FNS et de s'échanger avec ces derniers sur l'organisation et le contenu de cette expérience.

Des jalons dans les activités de la Cellule d'évaluation et d'orientation

La Cellule d'évaluation s'est attachée au cours de l'année 2008 à la poursuite de la réalisation du plan d'action établi dans le cadre du CAF (Common Assessment Framework). On s'attachera ici à la concrétisation de deux aspects de ce plan d'action.

- la diminution des délais de traitement des dossiers

Le premier objectif que s'était fixé le groupe était la diminution des délais de traitement.

Dans ce but, un système d'orientation des dossiers vers le professionnel le mieux à même de le traiter a été mis au point de façon à ne pas imposer au dossier des étapes de la procédure d'évaluation qui sont inutiles à son traitement.

Ce système d'orientation concerne plus particulièrement les dossiers des personnes maintenues à domicile. Au cours de l'année 2008, 4785 dossiers ont été examinés et orientés. Ceci représente 90 dossiers par semaine.

Ce système a permis de consolider en 2008, les résultats positifs atteints en 2007 pour la diminution des délais de traitement.

	Demandes pour aides et soins		
	2006	**2007**	**2008**
Entrées	5 905	5 937	5 800
Dossiers en attente au 31 décembre	2 578	1 818	1 617

Un mode d'orientation similaire fonctionne pour les demandes d'aides techniques. Dans ce domaine cependant, l'entrée mensuelle très importante des nouvelles demandes retarde la diminution du stock.

	Demandes pour aides techniques		
	2006	**2007**	**2008**
Entrées	4 125	5 390	6 002
Dossiers en attente au 31 décembre	1 036	1 267	955

Ce nouveau mode de distribution des dossiers est soutenu par un monitorage de l'évolution du traitement des demandes.

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 filtre les dossiers en suspens depuis un terme donné en vue d'en accélérer le traitement dans toute la mesure du possible. Le terme de suspens est réduit progressivement.

- l'élaboration d'un organigramme adapté au fonctionnement actuel de la Cellule d'évaluation et d'orientation

Une transparence dans le mode d'organisation et de fonctionnement de la Cellule d'évaluation avait été réclamée par l'équipe de réalisation du CAF.

La formalisation des procédures de travail, la définition de la vision et des missions de la Cellule d'évaluation, la fixation d'objectifs stratégiques ont aiguisé le besoin d'adapter l'organigramme existant aux nouvelles perspectives de travail.

Outre son adaptation aux procédures, le nouvel organigramme intègre la mission de développement de la qualité dévolue à la Cellule d'évaluation par les modifications de la loi en 2005. Il ajoute également une nouvelle responsabilité, exercée certes mais peu reconnue formellement jusqu'à présent, à savoir le développement de relations de partenariat et l'amélioration de la communication externe.

Le bilan des activités de soutien

Lors de la modification du règlement grand-ducal fixant les modalités de détermination de la dépendance, la définition des activités de soutien a été centrée sur des objectifs. La Cellule d'évaluation a convenu avec les prestataires de faire un bilan des activités de soutien accordées, après 12 mois de prestation.

Les premiers bilans ont été demandés à partir du 1er mai 2008.

Un bilan de la procédure a été présenté à la COPAS en décembre 2008.

La CEO note que les informations recueillies dans le cadre de la procédure sont de qualité très inégale. Certains bilans se révèlent exemplaires quant à l'exhaustivité et au contenu des informations communiquées. D'autres, en revanche et ce sont les plus nombreux, ne donnent que des informations parcellaires et très incomplètes.

Lors de la rencontre avec la COPAS au mois de décembre 2008, il a été convenu de :

- relancer une campagne d'information afin d'améliorer la qualité des bilans auprès des prestataires où cela est nécessaire ;
- stimuler le travail multidisciplinaire des prestataires afin d'améliorer la qualité de la documentation de soins ;
- organiser des rencontres individuelles sur demande spécifique des gestionnaires intéressés afin de dispenser à la fois des informations générales mais aussi de rendre compte des réactions de la Cellule par rapport aux bilans reçus.
- réfléchir au concept de la durée indéterminée de certains actes de soutien. Les prestataires relèvent, en effet que pour 58,4% des bénéficiaires, le ou les bénéfices escomptés de l'acte de soutien sont acquis après douze mois de prestation.

La situation financière de l'assurance dépendance

Depuis son entrée en vigueur au 1er janvier 1999, l'assurance dépendance ne cesse de se développer.

Le nombre de bénéficiaires, l'offre de soins et les dépenses continuent d'augmenter.

Depuis 2007, le taux de cotisation pour l'assurance dépendance a été porté à 1,4% des revenus bruts.

Les bénéficiaires de l'assurance dépendance

Depuis 2001, le nombre annuel moyen de bénéficiaires de l'assurance dépendance augmente de manière régulière

Evolution de 2001 à 2007 du nombre moyen de bénéficiaires de l'assurance dépendance par lieu de séjour

Année	Domicile	En % du total	Etablissement	En % du total	Total
2001	3 781	59,1	2 620	40,9	6 401
2002	4 417	61,7	2 744	38,3	7 161
2003	5 051	62,1	3 084	37,9	8 135
2004	5 631	63,9	3 176	36,1	8 807
2005	6 072	65,0	3 264	35,0	9 336
2006	6 489	66,3	3 300	33,7	9 789
2007	6 795	67,4	3 283	32,6	10 078

Source : décomptes UCM

C'est au niveau des personnes dépendantes à domicile que l'augmentation est la plus évidente. En 2007, la proportion des personnes dépendantes à domicile représente plus du double des personnes en établissement d'aide et de soins.

L'offre de soins

Depuis le 1er janvier 2007, l'assurance dépendance reconnaît 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 a une valeur monétaire différente pour le paiement de ses prestations par la Caisse nationale de santé.

Les tableaux ci-dessous montrent la croissance du personnel entre 2001 et 2006 pour les différentes structures.

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 créatrice de nombreux emplois.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Personnel d'assistance et de soins	1 578,0	1 704,0	1 887,5	2 231,5	2 324,5	2 458,9
Personnel socio-éducatif	50,9	35,2	77,0	48,2	59,2	61,1
Personnel administratif	143,1	160,3	169,6	199,6	217,3	219,8
Personnel technique et logistique	1 109,0	1 176,4	1 198,5	1 002,4	1 066,7	1 101,4
TOTAL	**2 881,3**	**3 075,8**	**3 332,7**	**3 481,8**	**3 667,6**	**3 841,2**
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patien	1 629,2	1 739,2	1 964,5	2 279,7	2 383,6	2 520,0
	56,5%	56,5%	58,9 %	65,5%	65,0%	65,6%

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

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Personnel d'assistance et de soins	380,9	488,6	559,9	703,2	857,3	949,7
Personnel socio- éducatif	4,8	6,4	7,1	7,7	9,1	8,0
Personnel administratif	61,5	73,4	76,0	78,9	87,6	95,4
Personnel technique et logistique	167,0	200,2	5,9	8,3	9,3	12,01
TOTAL	**614,2**	**768,5**	**648,9**	**798,1**	**963,3**	**1 065,1**
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	385,7	495,0	567,0	710,9	866,4	957,6
	62,8%	64,4%	87,4%	89,1%	89,9%	89,9%

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

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Personnel d'assistance et de soins	154,9	158,2	178,4	216,5	253,2	270,1
Personnel socio-éducatif	239,8	253,5	269,9	315,3	343,9	351,0
Personnel administratif	24,0	25,7	29,3	30,7	35,6	38,0
Personnel technique et logistique	83,9	84,1	68,9	96,5	98,9	99,6
TOTAL	**502,6**	**521,4**	**546,5**	**659,0**	**731,6**	**758,7**
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	394,7	411,6	448,3	531,8	597,1	621,1
	78,5%	78,9%	82,0%	80,7%	81,6%	81,9%

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

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Personnel d'assistance et de soins	55,7	67,8	82,5	102,5	117,0	130,1
Personnel socio- éducatif	9,9	12,7	12,7	15,5	17,2	20,5
Personnel administratif	6,5	9,0	14	10,5	10,2	13,2
Personnel technique et logistique	26,9	35,1	30	33,1	44,8	35,8
TOTAL	**99,0**	**124,62**	**139,25**	**161,57**	**178,8**	**199,6**
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	65,6	80,5	95,2	118,0	123,8	150,6
	66,3%	64,6%	68,4%	73,0%	69,2%	75,5%

Les recettes et dépenses de l'assurance dépendance

Evolution de 2001 à 2007 des recettes et dépenses courantes de l'assurance dépendance (Montants en millions EUR)

RECETTES	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
Cotisations des assurés	112,7	122,1	130,6	138,8	148,1	158,9	234,8
Participation de tiers	87,1	87,9	103,9	117,2	141,9	151,6	141,6
Prélèvements aux provisions pour prestations à liquider	115,8	110,7	69,9	57,9	87,2	67,2	90,6
Autres recettes	4,9	4,8	4,0	3,5	2,9	2,7	4,7
Total des recettes courantes	**320,6**	**325,4**	**308,4**	**317,3**	**380,2**	**379,7**	**471,7**
DEPENSES							
Frais d'administration	2,5	2,4	3,2	3,0	4,0	4,1	4,5
Prestations en espèces	13,1	12,1	9,4	9,7	8,9	8,3	7,8
Prestations en nature	168,5	219,3	217,5	231,9	306,2	290,0	234,2
Transfert de cotisations	1,0	1,0	1,4	1,7	2,3	2,8	2,9
Dotations aux provisions pour prestations à liquider				87,2	67,2	90,6	175,3
Dépenses diverses	0,1	1,7	0,6	0,5	2,3	0,8	0,3
Total des dépenses courantes	**295,9**	**306,4**	**290,0**	**334,0**	**393,7**	**396,6**	**424,9**

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.

En 2007, toutefois la balance s'inverse à nouveau en raison de l'augmentation du taux de cotisation des assurés qui passe de 1% à 1,4%.

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

Exercice	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
Nombre indice	*624,63*	*640,24*	*653,52*	*668,46*
Dépenses courantes	317,3	380,2	379,7	472,9
Recettes courantes	334,0	390,9	396,6	424,9
Solde des opérations courantes	-16,7	-10,8	-16,9	48,0
Excédent/découvert cumulé	76,1	62,6	43,1	90,6
Taux de cotisation appliqué	1,00%	1,00%	1,00%	1,40%
Taux d'équilibre de l'exercice	1,06%	1,09%	1,12%	1,10%

A la lecture de ce tableau, on constate que la situation financière de l'assurance dépendance s'est dégradée progressivement jusqu'en 2007, année au cours de laquelle l'augmentation de 40 % du taux de cotisation a rééquilibré 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**	**2007**
Réserve	**53,3**	**82,4**	**98,4**	**103,8**	**93,0**	**76,1**	**124,0**
Minimum légal	**29,6**	**19,6**	**22,0**	**27,6**	**30,4**	**32,9**	**33,4**
Rapport réserve/dépenses courantes diminuées du prélèvement aux provisions pour prestations	**30%**	**42%**	**45%**	**37,6%**	**30,6%**	**23,1%**	**37,1%**

Les dépenses pour les différentes prestations de l'assurance dépendance

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*
Prestations à domicile	*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
Prestations en milieu stationnaire	*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

On relève que, malgré un nombre égal à la moitié des bénéficiaires en établissement, le coût représenté par les bénéficiaires à domicile reste moins important que le coût des bénéficiiares en établissement.

L'évolution législative et réglementaire

Au cours de l'année 2008, aucune modification légale ou réglementaire ne fut introduite pour l'assurance dépendance. Les efforts de tous les acteurs furent entièrement consacrés à la poursuite des travaux consécutifs aux modifications introduites dans la loi en 2005 et entrées en application au 1er janvier 2007.

On notera toutefois l'introduction en décembre 2008 du règlement grand-ducal concernant la mise en place du projet expérimental portant sur les gardes de nuit. Ce projet a pour objectif d'étudier le coût et la possibilité d'intégrer dans le champ des prestations de l'assurance, une nouvelle prestation à savoir les gardes de nuit. Ce projet démarrera en mars 2009.

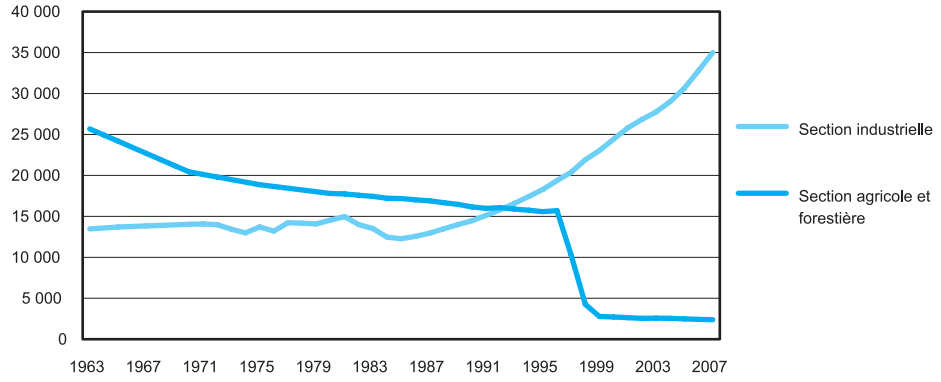
L'ASSURANCE ACCIDENTS

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)

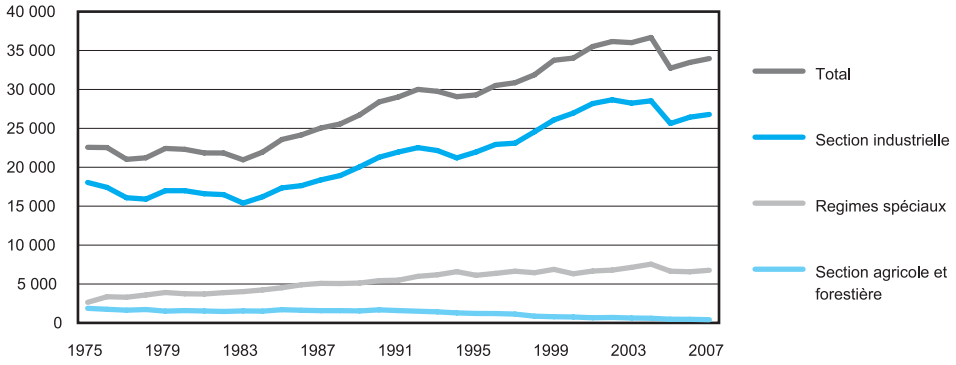


Après une période de relative stabilité, le nombre d'entreprises affiliées à la section industrielle de l'association d'assurance avait été décroissant dès le début des années quatre-vingt. Grâce à la reprise de la conjoncture économique, le nombre a augmenté ensuite de plus de 4% par année. En 2007, le nombre des entreprises a dépassé 35 000 unités, une augmentation qui a été de 6,7% face à 7,0% en 2006.

Le nombre d'entreprises affiliées à la section agricole et forestière subit une diminution régulière depuis 1960 (-1% en moyenne depuis 1970). En 1997, le nombre d'affiliés subi une réduction de deux tiers suite à la redéfinition du critère de l'affiliation obligatoire et à l'introduction d'une assurance volontaire. Depuis, le niveau des affiliations suit une régression lente pour se situer en dessous de 2 400 en 2007.

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 2007 s'élève à 33 959 dont 26 791 (78,9%) pour la section industrielle, 6 761 (19,9%) pour les régimes spéciaux et 407 (1,2%) pour la section agricole et forestière. Le nombre des accidents mortels est de 16 unités. La campagne de prévention d'accidents commence à porter ses fruits, le nombre des accidents par 100 salariés-unités descend à 8,9 en 2007 par rapport à 9,7 en 2006.

Parmi les cas déclarés à la section industrielle, 75,2% concernent des accidents de travail proprement dits, 23,6% des accidents de trajet et 1,2% des maladies professionnelles.

Rentes

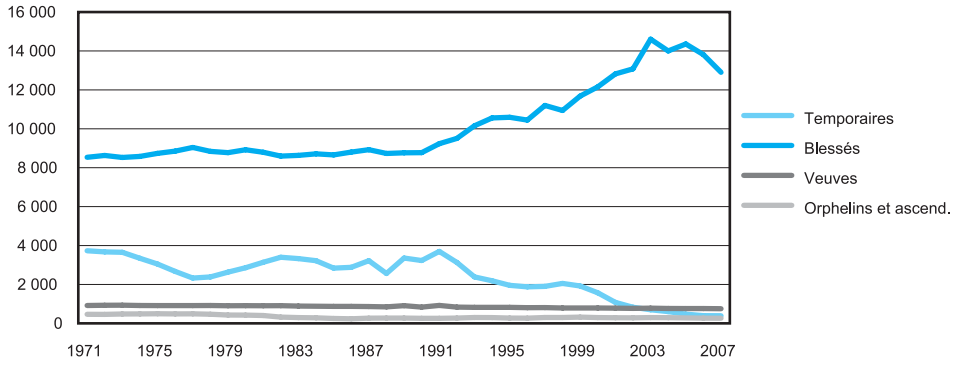
Le nombre total des rentes s'élève en 2007 à 14 312 unités contre 15 235 en 2006. La répartition de ces rentes suivant le régime et la catégorie se présente comme suit:

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

Catégorie	AAI	dont régimes spéciaux	AAA	Total
Rentes temporaires	374	-	17	391
Rentes de blessés	11 160	573	1 743	12 903
Rentes de conjoints survivants	699	15	55	754
Rentes d'orphelins	255	7	6	261
Rentes d'ascendants	3	-	-	3
TOTAL	**12 491**	**595**	**1 821**	**14 312**

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, 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 82% 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.

Les effets 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 de 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.

Après une année de transition en 2006 où le nombre de rachats (2 696) a affiché une forte progression de 74%, il revient à un niveau comparable aux années 2004 et 2005 avec 1 155 rachats pour 2007 pour la section industrielle.

Le même phénomène peut être observé dans la section agricole et forestière, le nombre passant de 23 rachats en 2006 à 3 en 2007.

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**
Luxembourg	*8 555*	*1 846*	*10 401*	*71,25*	*5,61*	*76,87*
Autres pays de l'UE	*5 209*	*17*	*5 226*	*46,82*	*0,07*	*46,89*
Allemagne	743	5	748	6,78	0,01	6,79
Autriche	5	-	5	0,03	-	0,03
Belgique	1 169	2	1 171	11,80	0,00	11,80
Danemark	2	-	2	0,01	-	0,01
Espagne	66	-	66	0,51	-	0,51
Finlande	-	-	-	-	-	-
France	2 535	5	2 540	22,54	0,02	22,55
Grèce	-	-	-	-	-	-
Irlande	-	-	-	-	-	-
Italie	281	-	281	2,38	-	2,38
Pays-Bas	6	1	7	0,05	0,00	0,05
Portugal	401	4	405	2,72	0,04	2,76
Royaume-Uni	-	-	-	-	-	-
Suède	1	-	1	0,01	-	0,01
Autres pays	*48*	*2*	*50*	*0,57*	*0,01*	*0,58*
TOTAL	**13 812**	**1 865**	**15 677**	**118,64**	**5,69**	**124,33**

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 à la décision évoquée de l'assemblée générale du 20 janvier 2006, un prélèvement à la réserve légale de 17,8 millions EUR a été nécessaire en 2006. En 2007 les recettes courantes dépassent encore les dépenses courantes de 11,4 millions EUR et une dotation à la réserve légale a été effectué pour équilibrer le compte d'exploitation.

Les dépenses courantes représentent 0,57% du PIB en 2007, et leur proportion, partant de 1,3% en 1975, est en régression constante. Par ailleurs, le taux de croissance annuel moyen des dépenses courantes entre 1986 et 2007 n'atteint que 4,3% (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, les dépenses courantes de 2007 se chiffrent à 7,3 millions EUR par rapport à des recettes courantes de 4,4 millions EUR. Le manque de recettes de 2,9 millions EUR est couvert par un prélèvement de 0,5 millions EUR au fonds réserve légal de et par un rôle à établir de 2,4 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
2007	193 423,86	204 823,48	11 399,62	7 281,49	4 423,84	-2 857,66	200 705,35	209 247,32	8 541,97

En 2007, les dépenses pour prestations des deux sections cumulées atteignent 181 638,3 milliers EUR et représentent 85,6% du total des dépenses, soit une diminution de 15,1% au nombre indice 100 par rapport à 2006.

Cette diminution des dépenses en prestations est parallèle à la régression du nombre des rachats de rentes.

En effet, les modifications législatives du 21 décembre 2004 avaient presque fait doubler le montants des rachats d'office en 2006.

Après cette année de transition, le montant des rachats en 2007 est revenu à un niveau comparable aux années 2004 et 2005.

Les frais d'administration, au nombre indice 100, ont connu une augmentation de 4,6% en 2007. Ils représentent 6,6% des dépenses courantes.

La structure des dépenses courantes (en milliers EUR)

	AAI	AAA	Total	En % du total
Frais d'administration	12 835,97	389,93	13 225,90	6,6%
Prestations en espèces	142 248,33	5 778,07	148 026,40	73,8%
- Indemnités pécuniaires	23 583,39	84,05	23 667,45	11,8%
- Rentes	84 502,13	5 666,01	90 168,14	44,9%
- Rachats et autres	34 162,81	28,00	34 190,81	17,0%
Prestations en nature	32 795,14	816,71	33 611,85	16,7%
Dépenses diverses	5 544,40	296,79	5 841,20	2,9%
TOTAL	**193 423,86**	**7 281,49**	**200 705,35**	**100,0%**

Recettes courantes

L'assurance accidents est financée à raison de 84,3% par des cotisations, de 7,3% par des contributions publiques et de 8,4% par des revenus de la fortune et des recettes diverses.

Les cotisations ont augmenté par rapport à 2006 de 6,1% au nombre indice 100 pour la section industrielle.

A noter par ailleurs que parmi les contributions publiques figure également la prise en charge intégrale des prestations allouées dans le cadre des régimes spéciaux.

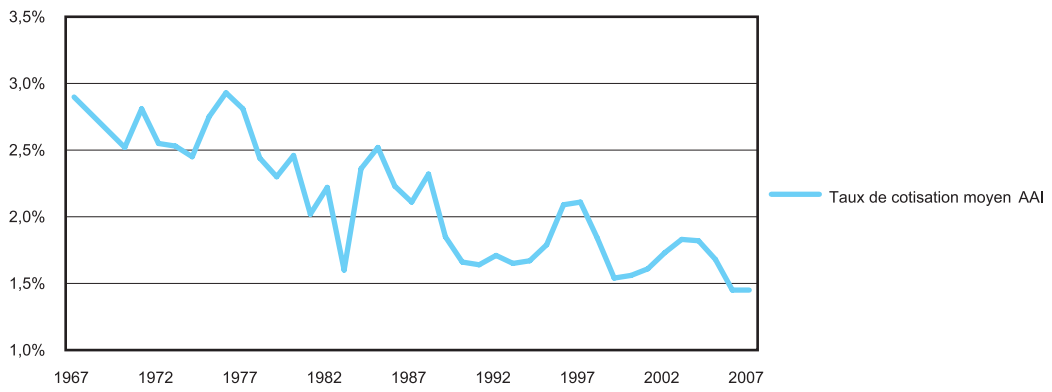
La structure des recettes courantes (en milliers EUR)

	AAI	AAA	Total	En % du total
Cotisations	176 027,99	2 357,66	178 385,65	84,3%
Participation de l'Etat	11 115,92	4 316,13	15 432,06	7,3%
Produits financiers et recettes diverses	17 679,57	107,70	17 787,27	8,4%
TOTAL	**204 823,48**	**6 781,49**	**211 604,97**	**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 pour se situer à 1,54% en 1999. Après une nouvelle progression pour atteindre en 2003 une valeur de 1,83%, le taux de cotisation moyen est retombé en 2007 à son niveau le plus bas pour atteindre 1,45%.

Evolution du taux de cotisation moyen de l'AAI



L’évolution législative et réglementaire

Le projet de loi portant réforme de l'assurance accident a été déposé à la Chambre des Députés en date du 18 juin 2008. Il vise la redéfinition du champ d'application personnel, des différents risques couverts et des prestations, de la prévention des accidents, ainsi que de l'organisation administrative et du financement. Le projet est le fruit d'une large consultation de toutes les parties concernées sur base d'un avis circonstancié du Conseil économique et social en cette matière. Il tient également compte de l'évolution législative et jurisprudentielle postérieure.

En ce qui concerne le champ d'application de l'assurance accident qui englobe depuis longtemps l'ensemble des activités professionnelles, il convient de relever le maintien d'un régime à part des fonctionnaires de l'Etat et des fonctionnaires communaux, à côté du régime général s'appliquant aux salariés du secteur privé et aux non salariés et financé par des cotisations. Dans les conditions à fixer par règlement grand-ducal, les activités bénévoles seront désormais couvertes dans le cadre des régimes dits spéciaux ayant pour objet l'octroi de prestations, à charge du budget de l'Etat, aux victimes d'accidents survenus à l'occasion d'activités scolaires ou d'autres activités d'utilité général.

La principale innovation consiste dans le rapprochement de l'indemnisation avec la réparation en droit commun qui répare séparément la perte de revenu et les autres préjudices. La rente accident qui a actuellement un caractère mixte ne réparera dorénavant plus que la perte de revenu effective. En effet, il n'existe depuis longtemps plus de corrélation entre cette perte et l'incapacité de travail appréciée selon des critères exclusivement médicaux, telle que c'était la règle au début du siècle dernier pour les travailleurs manuels dans l'industrie ou l'agriculture. De plus, la victime d'un accident ou d'une maladie professionnelle laissant des séquelles définitives aura droit à la réparation forfaitaire des préjudices extrapatrimoniaux et partant à des indemnités distinctes pour préjudice physiologique et d'agrément, pour douleurs endurées et pour préjudice esthétique. De même, les survivants d'un assuré décédé pourront prétendre à l'indemnisation du dommage moral résultant de la perte d'un être cher en dehors de celle du préjudice financier compensé par la rente de survie. Le but de la réforme est de moderniser l'indemnisation et de la rendre plus juste parce que mieux adaptée aux situations individuelles.

Le rapprochement de l'indemnisation avec la réparation en droit commun renforce l'immunité de l'employeur à l'égard d'actions en responsabilité des salariés ou de leurs ayants droits, ceci dans le contexte de la récente jurisprudence de la Cour constitutionnelle et de la Cour des droits de l'homme. En vue de garantir la paix sociale dans les entreprises, une action à l'encontre de l'employeur ou d'un collègue de travail restera donc soumise aux conditions très restrictives actuellement déjà exigées. Il en sera de même du recours de l'Association d'assurance accident contre l'employeur fautif, sauf en cas de travail clandestin.

Sur le plan de l'organisation administrative, il convient de noter la suppression de la section agricole et l'alignement de la gouvernance de l'Association d'assurance accident sur les structures retenues pour les autres organismes de sécurité sociale dans le contexte de l'introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé.

En matière de prévention des accidents et des maladies professionnelles, l'Association d'assurance accident continuera à développer ses activités en matière d'information, de conseil et de formation des entreprises, même si elle reste compétente pour l'élaboration de règlements dont l'inobservation peut être sanctionnée par une amende d'ordre.

Par ailleurs, il convient de signaler la possibilité d'introduire par règlement grand-ducal un système bonus/malus visant à récompenser ou à pénaliser une entreprise au niveau des cotisations en fonction du nombre et de la gravité des accidents se produisant chez elle.

Le financement du régime général continuera à être assuré exclusivement par des cotisations à charge des employeurs répartis en classes de risques. Une proportion des dépenses fixée désormais à un tiers sera supportée par les cotisants indépendamment de la classe de risque à laquelle ils appartiennent. La réserve minimale sera équivalente aux dépenses courantes d'un exercice.

Vu l'envergure et la complexité de la réforme, elle n'entrera en vigueur que le 1er janvier 2010 et les nouvelles modalités de l'indemnisation ne s'appliqueront qu'aux accidents survenus et aux maladies professionnelles déclarées après cette date. Ses incidences financières n'apparaîtront donc que progressivement et il est à prévoir qu'elles iront dans le sens d'une réduction modérée des dépenses à charge du régime général à moyen terme. Compte tenu des expériences acquises et du contexte économique à ce moment, un bilan de la réforme devra être dressé en vue notamment d'ajuster, si nécessaire, les modalités de la réparation de la perte de revenu et les montants de l'indemnisation désormais séparée des préjudices extrapatrimoniaux.

En aucun cas, la réforme comportera une charge globale supplémentaire pour le budget de l'Etat. A ce sujet, il convient de relever que l'assurance accident supportera l'ensemble du coût d'un reclassement professionnel imputable à un accident du travail.

Reste à noter que par la loi du 19 décembre 2008 portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2007, le facteur d'ajustement a été porté de 1,352 à 1,379 et que toutes les pensions et rentes accident ont été augmentées de 2 pour cent avec effet au 1er janvier 2009.

LE CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

En 2008, l'Administration du Contrôle médical 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 2008, 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, 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 de ces ouvriers de l'Etat.

1.2. Activités en rapport avec les prestations en nature

1.2.1. Soins médicaux et médico-dentaires

Etaient soumises pour autorisation les prestations suivantes:

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

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

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

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

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

1.2.2. Frais pharmaceutiques

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

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

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

- collaborer à l'élaboration des protocoles thérapeutiques prévus par les statuts de l'UCM.

Les ordonnances comportant un médicament non enregistré au Grand-Duché de Luxembourg ont été soumises pour autorisation par les caisses 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), de la Caisse de pension agricole (CPA).

	examens et réexamens 2005	examens et réexamens 2006	examens et réexamens 2007	examens et réexamens 2008
AVI	3 287	2 855	2 879	2 878
CPEP	885	699	739	772
CPACI	126	122	132	113
CPA	45	45	40	21

Décisions prises après premier examen:

	2005			2006			2007			2008		
	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	895	606	1 036	960	402	768	953	490	701	926	500	639
CPEP	202	120	347	228	80	190	242	112	191	245	129	182
CPACI	64	11	35	66	20	20	71	9	23	67	19	15
CPA	21	5	16	25	3	12	27	1	7	15	2	2

Dans le cadre des demandes d'assurance pension facultative, 64 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 2008 il a été procédé à:

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
premiers examens et réexamens	2 827	1 722	3 050	2 230	1 800	2 161	2 014
examens pour maladie professionnelle	37	23	55	56	52	60	90

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 759 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 2008, 1 959 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 2008, 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.

	2005			2006			2007			2008		
	départs	**désist. et refus**	**total des cas**	**départs**	**désist. et refus**	**total des cas**	**départs**	**désist. et refus**	**total des cas**	**départs**	**désist. et refus**	**total des cas**
Cures de désintoxication	204	78	282	195	78	273	246	81	327	228	52	280
Traitements psychiatriques	307	55	362	334	47	381	390	46	436	180	39	519
Totaux	511	133	644	529	125	654	636	127	763	708	91	799

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 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 2008

	Femmes				Hommes				
Tranches d'âge	**Invalidité permanente**	**Incapacité de travail**	**pas invalide**	**total**	**Invalidité permanente**	**Incapacité de travail**	**pas invalide**	**total**	**Totaux**
1925 - 1929	0	0	0	0	1	0	0	1	1
1930 - 1934	1	0	0	1	0	0	0	0	1
1940 - 1944	11	0	2	13	20	0	0	20	33
1945 - 1949	125	2	20	147	174	9	37	220	367
1950 - 1954	118	16	68	202	208	39	102	349	551
1955 - 1959	41	29	68	138	108	75	103	286	424
1960 - 1964	25	32	38	95	37	74	56	167	262
1965 - 1969	15	27	26	68	17	72	53	142	210
1970 - 1974	5	22	11	38	8	49	23	80	118
1975 - 1979	5	6	4	15	5	24	13	42	57
1980 - 1984	1	5	2	8	1	15	10	26	34
1985 - 1989	0	0	1	1	0	4	2	6	7
Totaux	**347**	**139**	**240**	**726**	**579**	**361**	**399**	**1 339**	**2 065**

Section A.V.I.

Exercice 2008

	Principales causes:	Femmes	Hommes	Total
1	Appareil respiratoire	8	31	39
2	Appareil cardio-vasculaire	41	101	142
3	Appareil locomoteur	272	444	716
4	Appareil digestif	8	13	21
5	Appareil sanguin	3	1	4
6	Appareil génito-urinaire	6	8	14
7	Affection neurologique	29	33	62
8	Affection psychiatrique	83	58	141
9	Organes des sens	6	12	18
10	Affection endocrinienne	17	26	43
11	Suites d'accident de travail	22	143	165
12	Suites de maladie professionnelle	1	1	2
13	Suites d'accident de circulation	0	7	7
14	Suites d'accident domestique	1	0	1
15	Suites d'accident sportif	0	0	0
16	Ethylisme	6	19	25
17	Autres toxicomanies	0	7	7
18	Affection congénitale	2	2	4
19	Divers	221	433	654
		726	**1 339**	**2 065**

Section A.V.I.

Exercice 2008

Examens et reexamens	1 923			
Dossiers traités sur le vu des pièces	955			
Total des cas traités:	**2 878**	dont	2 065	cas nouveaux
			813	réexamens

Section C.P.E.P.

Exercice 2008

	Femmes				Hommes				
Tranches d'âge	**Invalidité permanente**	**Incapacité de travail**	**pas invalide**	**total**	**Invalidité permanente**	**Incapacité de travail**	**pas invalide**	**total**	**Totaux**
1940 - 1944	0	0	0	0	12	0	1	13	13
1945 - 1949	26	1	8	35	35	1	6	42	77
1950 - 1954	39	6	31	76	43	8	21	72	148
1955 - 1959	19	18	19	56	15	7	28	50	106
1960 - 1964	19	13	17	49	18	19	12	49	98
1965 - 1969	8	22	16	46	7	8	1	16	62
1970 - 1974	2	5	6	13	1	3	6	10	23
1975 - 1979	0	7	7	14	1	4	1	6	20
1980 - 1984	0	6	2	8	0	1	0	1	9
Totaux	**113**	**78**	**106**	**297**	**132**	**51**	**76**	**259**	**556**

Section C.P.E.P.

Exercice 2008

	Principales causes:	Femmes	Hommes	Total
1	Appareil respiratoire	3	5	8
2	Appareil cardio-vasculaire	10	30	40
3	Appareil locomoteur	75	47	122
4	Appareil digestif	2	3	5
5	Appareil sanguin	0	1	1
6	Appareil génito-urinaire	0	1	1
7	Affection neurologique	20	10	30
8	Affection psychiatrique	50	25	75
9	Organes des sens	3	3	6
10	Affection endocrinienne	2	7	9
11	Suites d'accident de travail	10	10	20
12	Suites de maladie professionnelle	0	1	1
13	Suites d'accident de circulation	0	2	2
14	Suites d'accident domestique	0	1	1
15	Suites d'accident sportif	0	0	0
16	Ethylisme	4	2	6
17	Autres toxicomanies	1	0	1
18	Affection congénitale	0	0	0
19	Divers	117	111	228
		297	**259**	**556**

Section C.P.E.P.

Exercice 2008

Examens et reexamens	**517**			
Dossiers traités sur le vu des pièces	255			
Total des cas traités:	772	dont	556	cas nouveaux
			216	réexamens

Section C.P.A.

Exercice 2008

	Femmes				Hommes				
Tranches d'âge	**Invalidité permanente**	**Incapacité de travail**	**pas invalide**	**total**	**Invalidité permanente**	**Incapacité de travail**	**pas invalide**	**total**	**Totaux**
1945 - 1949	3	0	0	3	2	0	1	3	6
1950 - 1954	3	0	1	4	5	0	0	5	9
1955 - 1959	1	0	0	1	1	0	0	1	2
1960 - 1964	0	1	0	1	0	0	0	0	1
1970 - 1974	0	1	0	1	0	0	0	0	1
Totaux	**7**	**2**	**1**	**10**	**8**	**0**	**1**	**9**	**19**

Section C.P.A.

Exercice 2008

	Principales causes:	Femmes	Hommes	Total
1	Appareil respiratoire	0	0	0
2	Appareil cardio-vasculaire	0	0	0
3	Appareil locomoteur	6	8	14
4	Appareil digestif	0	0	0
5	Appareil sanguin	0	0	0
6	Appareil génito-urinaire	0	0	0
7	Affection neurologique	0	0	0
8	Affection psychiatrique	1	0	1
9	Organes des sens	0	0	0
10	Affection endocrinienne	1	0	1
11	Suites d'accident de travail	0	0	0
12	Suites de maladie professionnelle	0	0	0
13	Suites d'accident de circulation	0	0	0
14	Suites d'accident domestique	0	0	0
15	Suites d'accident sportif	0	0	0
16	Ethylisme	0	0	0
17	Autres toxicomanies	0	0	0
18	Affection congénitale	0	0	0
19	Divers	2	1	3
		10	**9**	**19**

Section C.P.A.

Exercice 2008

Examens et reexamens	**19**			
Dossiers traités sur le vu des pièces	2			
Total des cas traités:	**21**	dont	19	cas nouveaux
			2	réexamens

Section C.P.A.C.I.

Exercice 2008

	Femmes				Hommes				
Tranches d'âge	**Invalidité permanente**	**Incapacité de travail**	**pas invalide**	**total**	**Invalidité permanente**	**Incapacité de travail**	**pas invalide**	**total**	**Totaux**
1940 - 1944	1	0	0	1	3	0	0	3	4
1945 - 1949	9	0	0	9	8	0	1	9	18
1950 - 1954	12	3	3	18	16	3	4	23	41
1955 - 1959	5	1	2	8	6	4	3	13	21
1960 - 1964	2	0	0	2	2	3	2	7	9
1965 - 1969	2	2	0	4	1	1	0	2	6
1975 - 1979	0	1	0	1	0	1	0	1	2
Totaux	**31**	**7**	**5**	**43**	**36**	**12**	**10**	**58**	**101**

Section C.P.A.C.I.

Exercice 2008

	Principales causes:	Femmes	Hommes	Total
1	Appareil respiratoire	0	1	1
2	Appareil cardio-vasculaire	6	4	10
3	Appareil locomoteur	17	21	38
4	Appareil digestif	0	2	2
5	Appareil sanguin	0	0	0
6	Appareil génito-urinaire	0	0	0
7	Affection neurologique	2	1	3
8	Affection psychiatrique	6	4	10
9	Organes des sens	0	2	2
10	Affection endocrinienne	1	5	6
11	Suites d'accident de travail	1	3	4
12	Suites de maladie professionnelle	0	0	0
13	Suites d'accident de circulation	0	0	0
14	Suites d'accident domestique	0	0	0
15	Suites d'accident sportif	0	0	0
16	Ethylisme	0	0	0
17	Autres toxicomanies	0	0	0
18	Affection congénitale	0	0	0
19	Divers	10	15	25
		43	**58**	**101**

Section C.P.A.C.I.

Exercice 2008

Examens et reexamens	**90**			
Dossiers traités sur le vu des pièces	23			
Total des cas traités:	**113**	dont	101	cas nouveaux
			12	réexamens

Nombre d'examens et de réexamens

	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens	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		2008	
	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens	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%	2 878	73.91%
CPEP	645	63.88%	807	72.12%	878	81.32%	885	75.59%	699	71.24%	739	73.75%	772	73.19%
CPACI	163	82.21%	169	79.88%	127	78.74%	126	87.30%	122	86.89%	132	78.03%	113	96.46%
CPA	52	88.46%	53	92.45%	40	92.50%	45	93.33%	45	88.89%	40	87.50%	21	114.29%
	3 378	65.84%	4 262	54.08%	4 601	72.29%	4 343	78.33%	3 721	74.55%	3 790	74.59%	3 784	74.66%

Décisions prises après premier examen

	1997			1998			1999			2000			2001			2002		
	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	1 328	473	452	856	391	501	868	297	540	785	216	601	770	241	514	797	321	603
CPEP	371	134	84	332	124	70	328	114	61	235	85	93	230	65	81	230	101	72
CPACI	153	14	35	75	11	37	109	15	39	80	4	40	79	13	35	87	12	36
CPA	101	1	8	69	5	9	51	1	19	53	0	12	30	1	21	24	1	20
	1 953	622	579	1 332	531	617	1 356	427	659	1 153	305	746	1 109	320	651	1 138	435	731
		3 154			2 480			2 442			2 204			2 080			2 304	

	2003			2004			2005			2006			2007			2008		
	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	838	516	1 206	835	611	1 337	895	606	1036	960	402	768	953	490	701	926	500	639
CPEP	196	75	311	193	100	421	202	120	347	228	80	190	242	112	191	245	129	182
CPACI	78	14	43	52	11	37	64	11	35	66	20	20	71	9	23	67	19	15
CPA	27	3	19	19	2	16	21	5	16	25	3	12	27	1	7	15	2	2
	1 139	608	1 579	1 099	724	1 811	1 182	742	1 434	1 279	505	990	1 293	612	922	1 253	650	838
		3 326			3 634			3 358			2 774			2 827			2 741	

	1997			1998			1999			2000			2001			2002		
	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	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%	46.31%	18.65%	35.04%
CPEP	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%	57.07%	25.06%	17.87%
CPACI	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%	64.44%	8.89%	26.67%
CPA	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%	53.33%	2.22%	44.44%
	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%	49.39%	18.88%	31.73%

	2003			2004			2005			2006			2007			2008		
	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	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%	44.84%	24.21%	30.94%
CPEP	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%	44.06%	23.20%	32.73%
CPACI	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%	66.34%	18.81%	14.85%
CPA	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%	78.95%	10.53%	10.53%
	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%	45.71%	23.71%	30.57%

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%
2008	44.84%	24.21%	30.94%	44.06%	23.20%	32.73%	66.34%	18.81%	14.85%	78.95%	10.53%	10.53%	45.71%	23.71%	30.57%

Cartes d'invalidité

Exercice 2008

Dossiers transmis au CMSS	1 959			
Dossiers traités :	1685	dont	1613	sur base d'un certificat médical et
			72	après convocation de l'intéressé
Dossiers sans suite :	139			
(expiration du délai de 40 jours)				
Dossiers en suspens :	135			

Cartes d'invalidité attribuées en 2008

Carte A	1 463	(dont 73 avec carte de priorité)
Carte B	127	
Carte C	54	
Refus	41	
	1685	

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, 1 744 jugements ont été prononcés au cours de l'exercice 2008. Au total 1 127 affaires ont été évacuées.

Le nombre des audiences tenues s'est stabilisé avec 767 séances à la moyenne des dernières années.

En 2008, 332 affaires ont nécessité une expertise médicale et 285 un avis médical des médecins-conseil du Conseil arbitral.

Des 1 127 décisions qui ont donné lieu à un jugement définitif, 43,4 pour cent ont dit les recours fondés et 56,6 pour cent les ont rejetés ou déclarés irrecevables.

Si l'on sait qu'en 2008, 217 appels ont été relevés devant le Conseil supérieur des assurances sociales, on peut dire que le rapport jugements/appels est excellent; seulement un cinquième des affaires jugées en 1ère instance passent à la 2e instance. Cela est d'autant plus satisfaisant qu'en principe près de 75% des jugements dont appel sont confirmés par le Conseil supérieur.

Le nombre des recours déposés a légèrement diminué en 2008 par rapport à 2007; 1 567 recours en 2008 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, de la mise en vigueur 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 217 appels. 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.

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

Le nombre des dossiers en suspens au 31 décembre 2008 est de 173 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

Branches	Années													
	1995	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**
Assurance accident	357	374	405	453	411	467	278	446	415	439	586	577	476	477
Assurance pension	145	186	320	393	372	493	344	324	535	555	364	388	331	352
Assurance maladie	113	113	150	151	130	144	139	159	248	242	259	323	344	326
Assurance dépendance	-	-	-	-	-	13	20	20	22	5	15	36	39	21
Prestations du Fonds National de la Solidarité	76	84	75	70	85	75	73	68	68	86	106	103	117	109
Autres prestations (dont chômage)	55	41	28	106	180	95	70	91	217	191	248	240	289	280
Affiliation et Cotisations	7	32	8	10	18	58	8	10	15	78	25	69	15	2
TOTAL	**753**	**830**	**986**	**1 183**	**1 196**	**1 345**	**932**	**1 118**	**1 520**	**1 596**	**1 603**	**1 736**	**1 611**	**1 567**

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**	**2008**
Audiences	537	534	562	710	765	741	851	768	767
Affaires fixées	2 043	1 995	1 945	2 181	2 541	2 822	2 871	3 095	2 743
Jugements prononcés (évacués)	933	957	987	967	1 187	1 172	1 238	1 356	1 127
Jugements prononcés (av. dire droit)	256	320	280	322	417	435	344	496	617
Désistements	155	207	136	167	146	194	207	205	186
Affaires évacuées	1 088	1 164	1 123	1 134	1 333	1 366	1 445	1 561	1 313
Recours introduits	1 345	932	1 118	1 520	1 596	1 603	1 736	1 611	1 567
Recours déclarés fondés	436	392	452	344	400	330	2008515	551	489
Recours déclarés non fondés	432	513	478	543	714	708	629	642	520
Recours déclarés irrecevables	65	52	57	80	73	74	94	163	118

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
2008	217	212

LA SÉCURITÉ SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL

Au cours de l'exercice 2008, 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 de plus en plus important pour la conclusion de nouveaux accords bilatéraux d'une part, et par la collaboration constructive aux travaux des diverses institutions de l'Union européenne, d'autre part.

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.

En 2006, la Commission européenne a proposé le texte de ce nouveau règlement d'application et les négociations ont commencé au niveau du Conseil. Deux chapitres, notamment les dispositions générales et l'assurance pension ont pu être clôturés dans le courant de l'année 2006.

Les négociations ont continué en 2007 et 2008 sur les chapitres maladie, accidents du travail, dispositions financières, chômage et prestations familiales avec la participation active du Ministère de la Sécurité sociale. C'est au deuxième semestre 2008, sous Présidence française, que les travaux de négociations au Conseil ont pu être menés à bonne fin sur les points restés en suspens. La procédure de codécision devra pouvoir être finalisée définitivement au premier semestre 2009, de sorte que le règlement de base pourra entrer en vigueur début 2010.

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.

La commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants a entamé en 2008 les travaux préparatoires pour la mise en œuvre du règlement 883/2004, notamment la révision de ses décisions et recommandations et, plus particulièrement, la préparation de l'échange électronique des données et informations nécessaires à la coordination des systèmes de sécurité sociale.

b) Portabilité des droits à pension complémentaire

Comme en 2006 et 2007, la proposition de directive relative à la portabilité des droits à pension complémentaire a aussi été discutée en 2008 à de nombreuses reprises dans le groupe questions sociales du Conseil et à l'occasion de rencontres bilatérales à haut niveau, sans pour autant aboutir à un résultat concret. L'échec des efforts entrepris par la Présidence slovène tendant à débloquer la situation a démontré que cette proposition est mal adaptée à la grande diversité des situations nationales dans le domaine des pensions complémentaires. La Présidence française a décidé de ne pas reprendre les travaux lors du second semestre 2008. Le fait que la Commission n'a pas non plus insisté pour remettre le dossier sur la table laisse présager que la proposition ne va probablement jamais voir le jour sous sa forme actuelle.

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 (MOC). 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 2008, 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.

Dans ce cadre, le comité a travaillé en priorité sur la préparation du nouveau cycle 2008-2010 de la MOC dans le domaine social. Par ailleurs, le comité a publié un rapport sur l'application des règles communautaires aux services sociaux d'intérêt général, un avis sur le renforcement de la MOC, ainsi qu'en commun avec le comité de l'emploi, un avis concernant l'agenda social révisé.

ii) Les services sociaux d'intérêt général

Le Conseil de décembre a adopté les conclusions opérationnelles relatives à l'application du droit communautaire aux services sociaux d'intérêt général que le comité de protection sociale a élaborées suite à la communication de la Commission intitulée "Les services d'intérêt général, y compris les services sociaux d'intérêt général: un nouvel engagement européen ". Le comité de protection sociale a mis en évidence quelques thèmes qui devraient faire l'objet d'une attention particulière, à savoir la coopération entre établissements publics, le rôle des fournisseurs poursuivant un but non lucratif, les procédures de passation de marchés publics et autres formules possibles. Dans ses conclusions, le CPS invite la Commission à continuer les réflexions sur ces sujets. Les Etats membres sont de leur côté invité à échanger des informations entre eux et à tirer des enseignements des pratiques des uns et des autres en ce qui concerne les procédures de passation de marchés publics applicables aux SSIG et d'éventuelles alternatives à ces procédures.

iii) Les services de santé

2008 a été l'année où la proposition de directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers a finalement vu le jour après de longues tergiversations au sein de la Commission. La proposition vise à définir un cadre clair et transparent pour la fourniture de soins de santé transfrontaliers dans l'UE, pour les cas où les soins dont les patients souhaitent bénéficier sont fournis dans un autre État membre que le leur.

Les nombreuses dispositions sensibles contenues dans le texte ont fait de sorte que les Etats membres ont été fort réticents sur la proposition dès le début des travaux sous Présidence française. Les préoccupations ont principalement trait à l'empiètement sur les compétences nationales exclusives, l'étendue du champ d'application, la codification arbitraire de la jurisprudence de la Cour de Justice européenne et l'articulation déficiente avec l'acquis communautaire en matière de remboursement des frais de santé encourus en cas de traitement à l'étranger (règlement 883/2004).

Conseil de l'Europe

a) Cohésion sociale

Le comité européen pour la cohésion sociale (CDCS), est un comité directeur multidisciplinaire regroupant plusieurs partenaires. En 2008, 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.

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 son activité de coordination au sens strict, suit également la situation en matière de sécurité sociale dans les Etats membres et rend 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.

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, Slovénie, 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. Comme chaque année le Ministère de la Sécurité sociale a dû soumettre son rapport annuel. Le rapport et les conclusions de 2008 de la Commission d'experts de l'OIT sur l'application du Code et de son Protocole seront examinés avec soin.

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. Cette convention, ratifiée au Luxembourg par la loi du 1er août 2007, est entrée en vigueur le 1er septembre 2008 suite à l'accomplissement des formalités parlementaires de ratification par la 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 la Caisse nationale de santé; 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.

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 a eu lieu du 25 au 29 février 2008 au Maroc et a permis d'arrêter les formulaires nécessaires à l'application de la convention.

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 pour régulariser la procédure.

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.

La procédure de ratification parlementaire est désormais terminée dans les deux pays. Au Luxembourg, la convention a été ratifiée en 2008 par la loi du 19 décembre. La convention entrera en vigueur au début de l'année 2009 quand les instruments de ratification auront été échangés.

Les formulaires nécessaires à l'application de la convention devront être préparés en 2009.

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.

La première ronde de négociations a eu lieu à Sarajevo et a permis de parapher le texte de la convention. Dès quelle aura été signée par les autorités compétentes des deux pays, la procédure de ratification parlementaire sera engagée.

L'arrangement administratif est également prêt et devra être signé. Par ailleurs, il reste à préparer les formulaires.

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. Lors d'une unique ronde de négociations, les textes d'une convention et d'un arrangement administratif ont pu être paraphés.

Au cours de l'année 2008, la procédure de ratification parlementaire a pu être terminée dans les deux pays. Au Luxembourg la convention a été ratifiée en 2008 par la loi du 19 décembre. La convention entrera en vigueur au début de l'année 2009 quand les instruments de ratification auront été échangés.

Les formulaires nécessaires à l'application de la convention devront être préparés en 2009.

7. Luxembourg-Tunisie

Lors d'une première ronde de négociations qui s'est tenue à Tunis au mois d'octobre 2008, un accord de principe a été trouvé 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. Les négociations seront continuées en 2009.

8. Luxembourg-Inde

Une première ronde de négociations qui s'est tenue à New Delhi au mois de novembre 2008 entre une délégation indienne et une délégation luxembourgeoise, a permis de se mettre d'accord sur le texte d'une convention bilatérale en matière de sécurité sociale entre les deux pays. A l'occasion de cette ronde de négociations, le texte a pu être paraphé.

La signature du texte est prévue pour 2009 et la procédure de ratification parlementaire sera alors engagée.

9. Luxembourg-Japon

Différents contacts ont eu lieu entre les responsables des deux pays en vue de conclure une convention de sécurité sociale entre le Japon et le Luxembourg, et un accord de principe pour engager des négociations en 2009 a été trouvé.

10. Luxembourg-Brésil

Au niveau politique, il a été décidé de remplacer la convention entre le Grand-Duché de Luxembourg et le Brésil du 16 septembre 1965, qui ne traite que de certaines matières de la sécurité sociale, par un instrument plus moderne et plus complet.

Des négociations sont prévues pour le début de l'année 2009.

11. Luxembourg-Moldavie

Les autorités poliques moldaves ont exprimé leur souhait de négocier une convention bilatérale sur le modèle de la convention entre le Luxembourg et la Roumanie. Une première ronde de négociations est fixée pour le mois de juin 2009 à Chisinau.

12. Luxembourg-Argentine

Les autorités poliques argentines ont exprimé leur souhait de négocier une convention bilatérale sur le modèle de la convention entre le Luxembourg et le Chili. Une première ronde de négociaitons est prévue pour le mois de mars 2009 à Buenos Aires.

13. Luxembourg-Algérie

Il est envisagé de faire une convention bilatérale en matière de sécurité sociale entre l'Algérie et le Luxembourg.