

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
LA SÉCURITÉ SOCIALE EN GÉNÉRAL	3
L'organisation de la sécurité sociale	3
Les personnes protégées	7
Situation globale de la sécurité sociale	10
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	21
L'ASSURANCE PENSION	25
L'organisation de l'assurance pension	25
L'évolution financière de l'assurance pension	25
L'évolution législative et réglementaire	32
L'ASSURANCE DÉPENDANCE	37
L'organisation de la Cellule d'évaluation et d'orientation	37
L'évolution du contenu et de la qualité des prestations	39
L'évolution financière de l'assurance dépendance	41
L'évolution législative et réglementaire	44
L'ASSURANCE ACCIDENTS	47
L'évolution de l'assurance accidents	47
L'évolution législative et réglementaire	51
LES REGIMES COMPLEMENTAIRES DE PENSION	53
L'évolution du 2e pilier de l'assurance pension	53
L'évolution des méthodes de travail du service Pensions complémentaires chargé de la surveillance du 2e pilier de l'assurance pension	54
L'évolution législative et réglementaire	55
LES DOMMAGES DE GUERRE CORPORELS	57
Les attributions du Service des dommages de guerre corporels	57
Les activités du Service des dommages de guerre corporels	57
L'évolution législative et réglementaire	57
L'ADMINISTRATION DU CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	59
Les attributions et l'organisation de l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale	59
Les activités de l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale	59
LES JURIDICTIONS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	67
Les attributions et l'organisation des juridictions de la sécurité sociale	67
Les activités des juridictions de la sécurité sociale	67
LA SÉCURITÉ SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL	69
Les instruments multilatéraux	69
Les instruments bilatéraux	72

INTRODUCTION

L'introduction du statut unique pour tous les salariés du secteur privé avec effet au 1er janvier 2009 a comporté, entre autre, une réforme fondamentale non seulement de l'organisation de la sécurité sociale, mais encore de ses méthodes et procédures. Les regroupements opérés au sein de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension, la mise en place d'une Mutualité des employeurs, ont été réalisés avec un engagement exemplaire par tous les acteurs impliqués, de sorte que cette réforme a pu être implémentée sans incidences négatives pour les assurés concernés.

La généralisation de la continuation de la rémunération constitue l'enjeu majeur de l'importante réforme sociale entreprise par la loi du 13 mai 2008. Le Groupe de haut niveau institué dans le contexte de l'introduction du statut unique s'est doté de la méthodologie en vue de suivre l'absentéisme et se propose de mettre à la disposition des employeurs un observatoire leur permettant d'apprécier la situation au sein de leur entreprise.

Dans le domaine de l'assurance maladie, l'équilibre du budget de l'assurance maladie a pu être préservé en 2009 par un recours à la réserve, mais les perspectives financières restent préoccupantes. La démarche "soigner mieux en dépensant mieux", axée sur "l'utile et le nécessaire", qui a cadré l'action du Gouvernement au cours des dernières années, a certes permis de stabiliser le fonctionnement de l'assurance maladie et de sensibiliser tous les acteurs, mais devra être renforcée par une dynamique de réforme et d'optimisation du système de soins de santé afin de le rendre plus performant et plus efficient. La stagnation, voire la régression de l'emploi, engendrées par la crise économique, ont pour conséquence un tassement des recettes en cotisation, qui ne seront plus en phase avec l'évolution prévisible des dépenses. Lors de la réunion du Comité quadripartite du 7 octobre 2009, les différents partenaires se sont impliqués dans des discussions devant aboutir sur un pacte de stabilité. La décision d'abaisser pour l'année 2010 la limite inférieure de la réserve obligatoire à 5,5%, mesure à caractère unique, doit permettre la mise en place de nouvelles initiatives tendant à consolider la situation financière de l'assurance maladie de manière durable.

Sur base des travaux d'un groupe de travail tripartite qui s'est penché sur la question de la viabilité à long terme des régimes de pension, l'Inspection générale de la sécurité sociale a finalisé un rapport qui a été présenté au mois d'avril 2009 à la commission parlementaire Santé/Sécurité sociale et aux membres du groupe de réflexion. Les pistes d'action esquissées dans ce rapport ont été à la base des axes politiques définies dans le programme gouvernemental 2009.

Suite aux conclusions du groupe de travail "individualisation et droits", il a été retenu de traiter cette question dans le cadre du projet de loi N°5155 portant réforme du divorce, élaboré par le Ministère de la Justice. Ce projet de loi 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 et il a donc paru nécessaire 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. Les amendements élaborés par la Commission juridique de la Chambre des Députés sont actuellement soumis à l'avis du Conseil d'Etat.

Au cours de l'année 2009, un groupe de travail interministériel a préparé, sur base des recommandations d'un bilan sur l'application de la législation en matière d'incapacité de travail et de réinsertion professionnelle une réforme de la législation en cette matière. Les travaux afférents seront finalisés au cours de l'année 2010.

Le projet de loi No 5899 sera évacué par la Chambre des Députés après les vacances de Pâques.

En matière d'assurance dépendance de grands progrès ont été réalisés dans le cadre du projet ayant trait à la représentation économique harmonisée des prestations d'aides et de soins et des tâches domestiques au sein des établissements d'aides et de soins à séjour continu. Le projet vise à apporter une plus grande transparence dans les structures de coûts et dans l'organisation des prestations d'aides et de soins et des services transversaux au sein des structures de soins de long séjour au Luxembourg. Une représentation uniformisée, transparente et tenant compte de facteurs économiques a été développée pour l'ensemble de ces prestations et des coûts. La méthodologie appliquée servira d'instrument de planification et de gouvernance pour les établissements d'aides et de soins, les gestionnaires et les différents financiers des prestations. La mise au point d'un plan comptable uniforme et analytique est imminente.

D'après l'arrêté grand-ducal du 27 juillet 2009 portant constitution des ministères, les compétences du département de la Sécurité sociale ont été élargies au Service des dommages de guerre corporels. Une révision des procédures administratives a été opérée afin de rationaliser le service des prestations dues au titre des dommages de guerre.

Au cours de l'exercice 2009, 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 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 - Service des dommages de guerre corporels - Conseil arbitral et Conseil supérieur des assurances sociales - Centre commun de la sécurité sociale - Association d'assurance contre les accidents - Caisse nationale d'assurance pension - Fonds de compensation - Caisse nationale de santé - Caisses de maladie - Mutualité des employeurs - Sociétés de secours mutuels.

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

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.

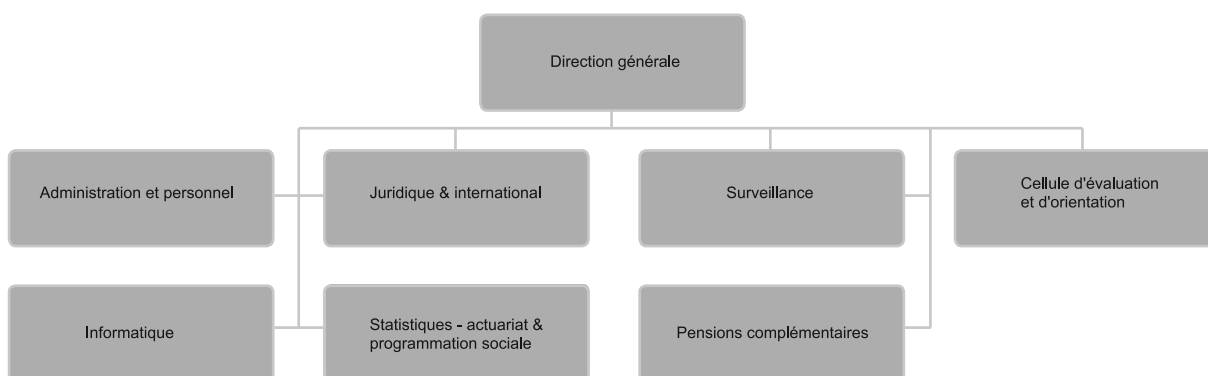
Les institutions de sécurité sociale sont soumises à la haute surveillance du Gouvernement, laquelle s'exerce par l'Inspection générale de la sécurité sociale. L'autorité de surveillance veille à l'observation des prescriptions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ainsi qu'à la régularité 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 œuvre 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 déferée 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.



Nombre des emplois de l'IGSS:

Inspection générale de la sécurité sociale	Directeur	1
	Fonctionnaires de la carrière supérieure administrative	17
	Fonctionnaires des carrières supérieures scientifiques	8
	Fonctionnaires des carrières moyennes paramédicales	10
	Fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur*	34
	Fonctionnaires des carrières inférieures paramédicales	9
	Fonctionnaires de la carrière inférieure de l'expéditionnaire*	1
	Fonctionnaires de la carrière inférieure de l'huissier*	1
	Employés de l'Etat	14
	TOTAL :	95

*) 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.

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.

L'introduction du statut unique avec effet au 1er janvier 2009 a permis le regroupement et le réaligement 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 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.

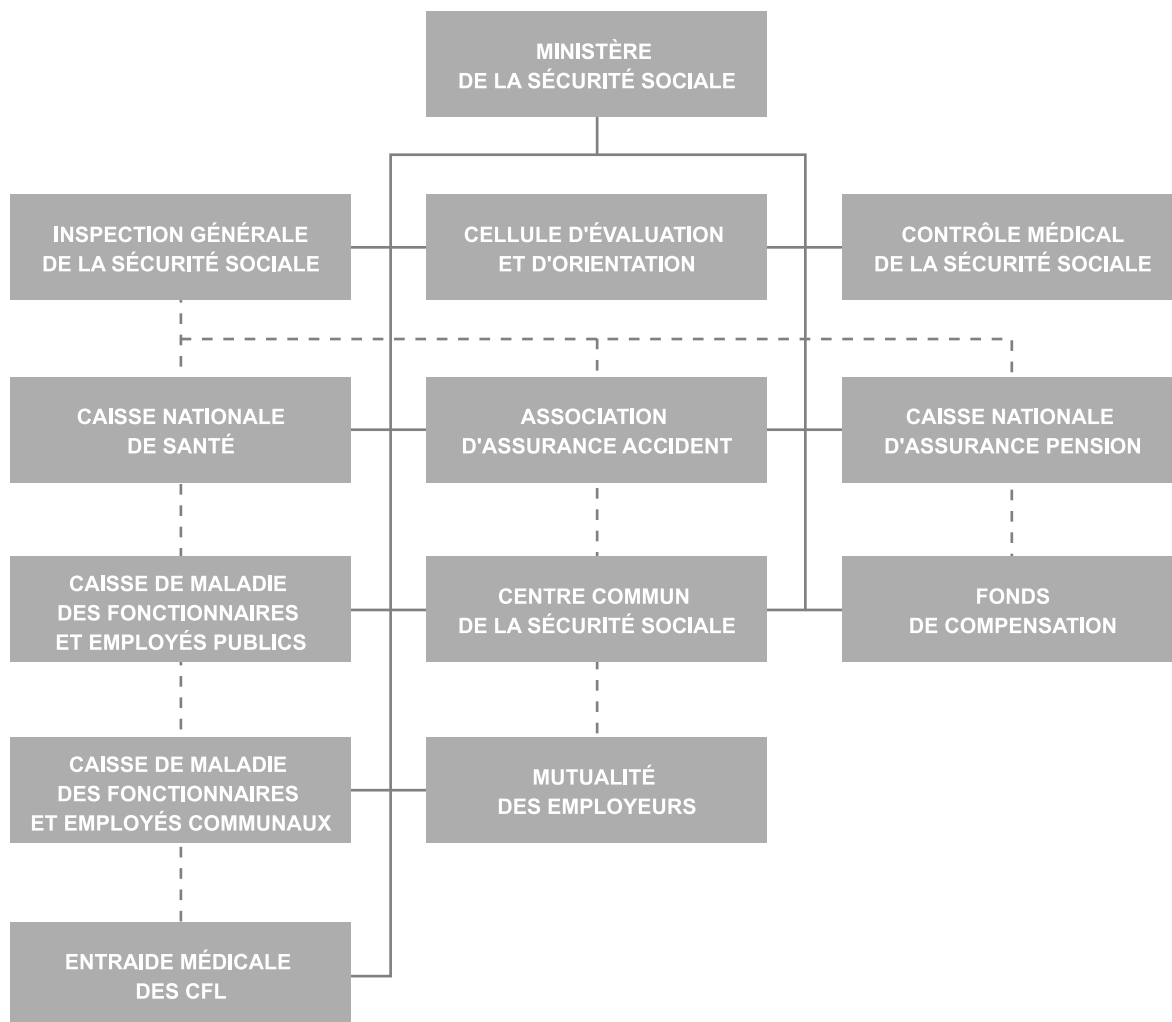
La **Caisse nationale de santé (CNS)**, qui regroupe l'Union des caisses de maladie, les caisses de maladies des salariés du secteur privé et les caisses de maladie des non-salariés, est dotée de la compétence générale pour l'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance. Les caisses de maladie du secteur public ont conservé leurs compétences d'attribution 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.

La réorganisation a comporté que l'**Association d'assurance contre les accidents** a obtenu un statut du personnel propre. Le **Centre commun de la sécurité sociale** est resté l'organe centralisateur des opérations informatiques de la sécurité sociale, il collabore étroitement avec les cellules méthodologiques des différents organismes.

Organigramme des institutions de sécurité sociale luxembourgeoises:



Le personnel affecté aux institutions de sécurité sociale

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 dirigeantes 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.

Le nombre des emplois

Institution	Carrière	Nombre d'emplois	
Caisse nationale de santé	<i>Fonctionnaires de l'Etat</i>		
	Président et premiers conseillers de direction	5	
	Autres carrières supérieures *	27	
	<i>Employés publics :</i>		
	Carrières moyennes	184	
	Carrières inférieures	148	
	Salariés assimilés aux salariés de l'Etat	71	
	Total:	435	
	Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics	<i>Employés publics</i>	
		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	<i>Employés publics</i>		
	Carrière moyenne du rédacteur	3	
	Carrières inférieures de l'expéditionnaire	5	
	Total:	8	
Caisse nationale d'assurance pension	<i>Fonctionnaires de l'Etat</i>		
	Président et premiers conseillers de direction	3	
	Autres carrières supérieures *	6	
	<i>Employés publics :</i>		
	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	<i>Fonctionnaires de l'Etat</i>		
	Président et premiers conseillers de direction	1	
	Autres carrières supérieures *	7	
	<i>Employés publics :</i>		
	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	<i>Fonctionnaires de l'Etat</i>		
	Premiers conseillers de direction	2	
	Autres carrières supérieures administratives*	6	
	Carrière supérieure de l'informaticien*	38	
	<i>Employés publics :</i>		
	Carrière moyenne du rédacteur	78	
	Carrière moyenne de l'informaticien diplômé	24	
	Carrière moyenne de l'ingénieur-technicien	3	
	Carrière infér. de l'expéditionnaire administratif	12	
	Carrière infér. de l'expéditionnaire informaticien	12	
	Autres carrières inférieures	10	
	Salariés assimilés aux salariés de l'Etat	20	
	Total:	205	
TOTAL GENERAL :	895		

* 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

Ce chapitre propose une analyse du champ des personnes protégées contre les risques reconnus par la sécurité sociale luxembourgeoise.

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 (conjointes ou enfants des cotisants).

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

Assurés actifs obligatoires de l'assurance maladie et l'assurance pension pour 2008 (moyenne annuelle)

		<i>dont régimes pension statutaires</i>
Ouvriers	139 900	
Employés	167 000	
Fonctionnaires	25 600	25 600
Indépendants	18 100	
Bénéficiaires d'une indemnité de chômage	5 400	
Bénéficiaires d'un congé parental	2 050	160
Bénéficiaires d'une indemnité de préretraite	1 250	20
Pensionnés actifs	1 400	20
Total	360 700	25 800

Evolution du nombre des personnes protégées en assurance maladie

Ces dernières années la croissance du nombre de personnes protégées évolue à un 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 2004

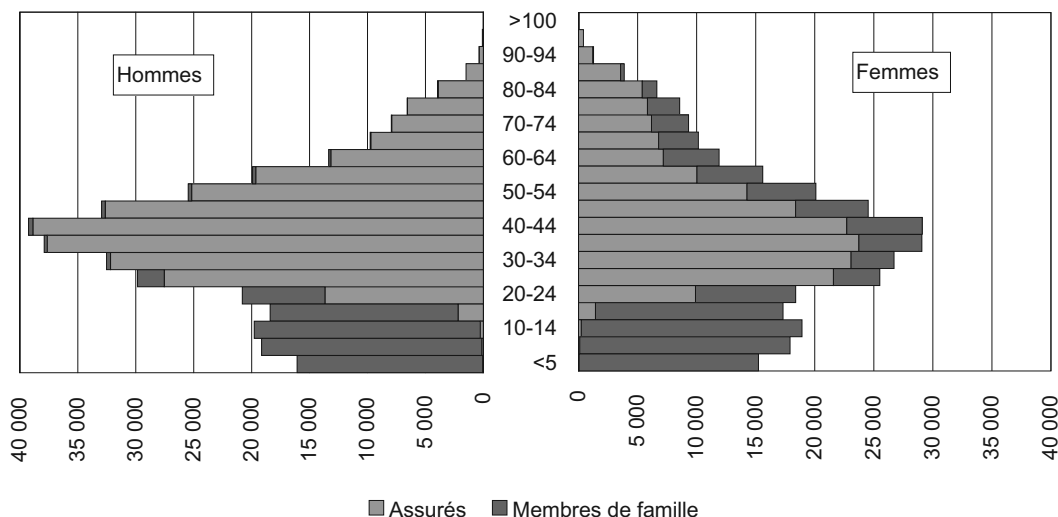
	2004	2005	2006	2007	2008
Hommes	218 500	221 500	224 300	227 300	231 400
Femmes	221 100	223 300	225 700	228 400	231 800
Total	439 600	444 800	450 000	455 700	463 200
Taux de croissance	1,4%	1,2%	1,2%	1,3%	1,6%

Evolution de la population protégée depuis 2004

	2004	2005	2006	2007	2008
Actifs et volontaires	490 000	503 900	518 400	536 400	557 300
Hommes	268 200	276 300	284 700	295 400	307 300
Femmes	221 800	227 600	233 700	241 000	250 000
	102 800	104 000	105 800	107 500	109 000
Hommes	44 200	45 000	46 100	47 300	48 300
Femmes	58 600	59 000	59 700	60 200	60 700
Total	592 800	607 900	624 200	643 900	666 300
Taux de croissance	2,5%	2,5%	2,7%	3,2%	3,5%

Le graphique suivant présente la pyramide des âges des assurés et de leurs membres de famille en 2008.

Population protégée en 2008 (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

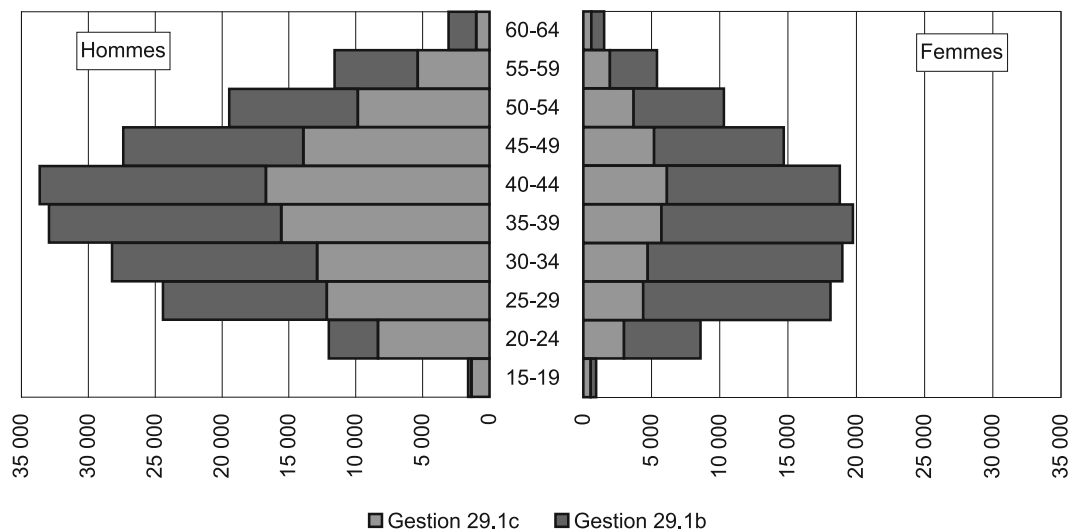
Les statistiques ci-après concernent les assurés des deux gestions des prestations en espèces.

Jusqu'à l'introduction du statut unique au 1er janvier 2009, la gestion ouvriers (Art. 29.1c CSS), dont fait partie la majorité des ouvriers, intervient dès le premier jour de maladie. L'employeur peut cependant opter pour une affiliation de ses salariés ouvriers auprès de la gestion employés et indépendants (Art. 29.1b CSS), qui a un taux de cotisation beaucoup plus avantageux. En cas de maladie d'un ouvrier, l'employeur devra alors continuer à payer le salaire pendant le mois en cours et les trois mois subséquents.

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

Le graphique ci-dessous représente la répartition des assurés par gestion et par groupes d'âge en 2008.

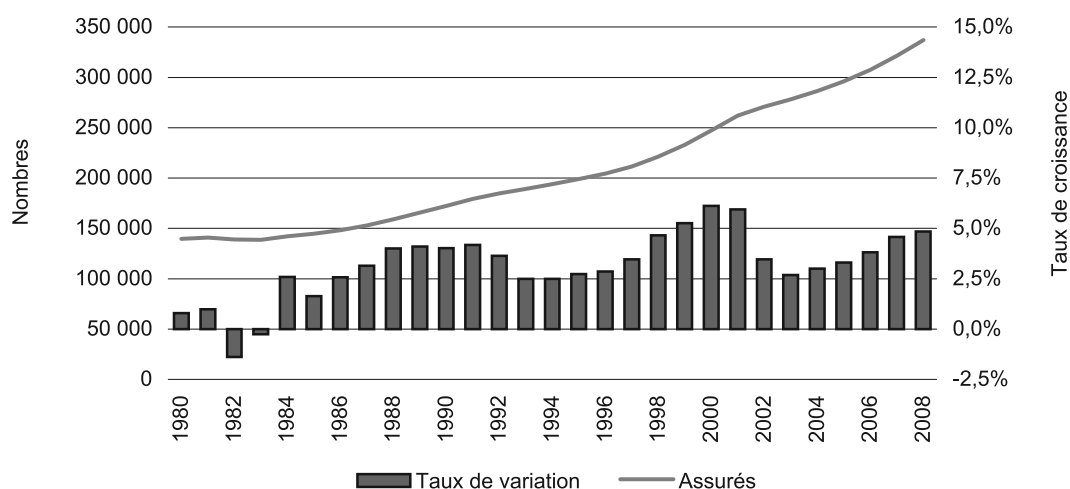
Gestion prestations en espèces: répartition des assurés par groupes d'âge en 2008



Les assurés du régime général de pension

En 2008, le nombre moyen d'assurés atteint quelque 337 000 personnes, dont 130 400 femmes avec un taux de croissance de 4,8% de 2007 à 2008.

Evolution du nombre moyen d'assurés par groupe d'âge



Le taux de croissance des assurés féminins est de 5,2% contre 4,7% pour les hommes.

Selon la répartition socioprofessionnelle, c'est la catégorie des employés privés qui accuse la plus forte progression observée entre 1984 et 2008 avec un taux de croissance annuel moyen de 5,5%, celle des ouvriers ne s'établit qu'à 2,7%. 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'affiliation, le taux de progression 2007/2008 se situe à 1,2%.

Assurés par caisse et par sexe

Caisse	2007			2008			Taux de variation		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
AVI	100 600	40 700	141 300	103 700	42 200	145 900	3,1%	3,7%	3,3%
CPEP	88 800	79 200	168 000	94 800	84 200	179 000	6,8%	6,3%	6,5%
CPACI	6 250	2 940	9 190	6 400	2 900	9 300	2,4%	-1,4%	1,2%
CPA	1 700	1 200	2 900	1 660	1 160	2 820	-2,4%	-3,3%	-2,8%
Total	197 350	124 040	321 390	206 560	130 460	337 020	4,7%	5,2%	4,9%

Les revenus cotisables

Le revenu mensuel moyen cotisable s'est élevé en 2008 à 3 466 EUR pour l'ensemble des assurés, soit à 3 486 EUR pour les assurés masculins et à 3 142 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.

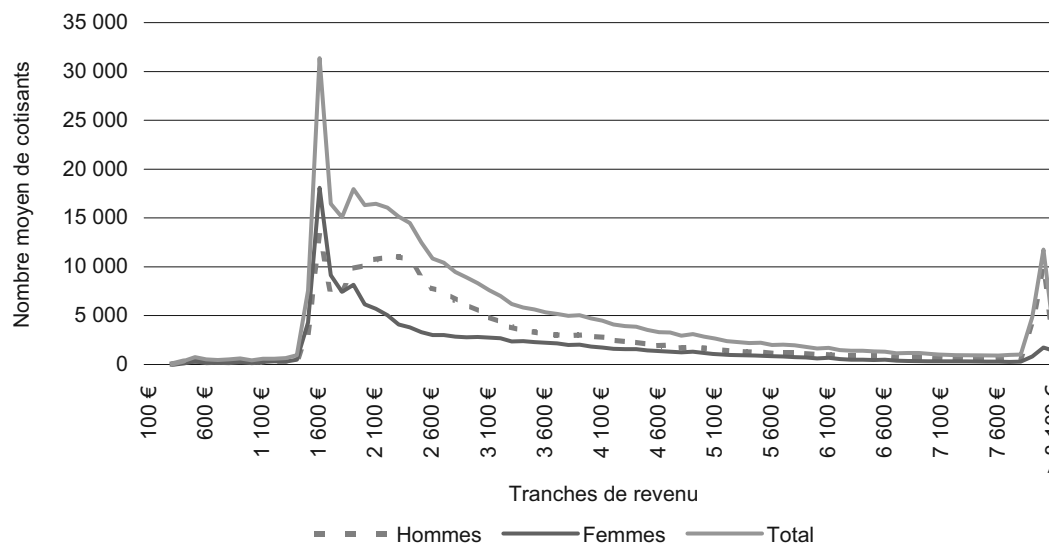
Evolution du revenu moyen cotisable

Caisse	Sexe	1995	2000 ^{*)}	2005	2007	2008	Variation 2008/07	Variation moyenne 1995-2008
AVI	Hommes	1 877	2 069	2 395	2 520	2 578	2,6%	2,5%
	Femmes	1 371	1 543	1 931	2 043	2 090	2,9%	3,3%
CPEP	Hommes	3 381	3 724	4 384	4 658	4 775	3,6%	2,7%
	Femmes	2 414	2 826	3 447	3 706	3 829	4,0%	3,6%
CPACI	Hommes	2 348	2 610	2 884	3 038	3 153	3,7%	2,3%
	Femmes	1 546	1 829	2 182	2 318	2 386	3,1%	3,4%
CPA	Hommes	1 199	1 510	1 973	2 059	2 207	1,4%	4,8%
	Femmes	1 143	1 381	1 790	1 881	2 005	2,1%	4,4%
Total		2 277	2 628	3 143	3 359	3 466	3,7%	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 2008 en moyenne à 1 602,99 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 2008



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.

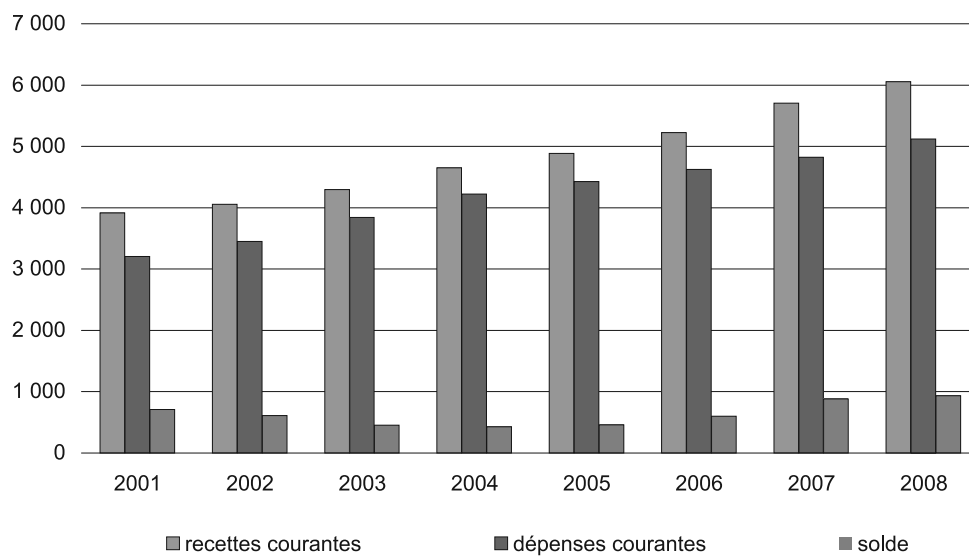
Situation globale de la sécurité sociale

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 6 056,1 millions EUR en 2008, présentant une progression de 6,1% en comparaison avec l'année 2007 (5 705,5 millions EUR). Les dépenses courantes atteignent 5 120,8 millions EUR ce qui représente une augmentation de 6,2% par rapport à l'année 2007 (4 823,4 millions EUR). L'année 2008 termine avec un solde positif de 935,3 millions EUR (882,1 millions EUR en 2007). Les recettes courantes représentent 15,4% du PIB tandis que les dépenses courantes sont à 13,0% du PIB. Le solde revient à 2,4% du PIB.

En 2008 les cotisations des employeurs forment 26,1% des recettes courantes tandis que la participation des personnes protégées revient à 35,7%. Les pouvoirs publics interviennent pour 33,4%. 58,8% des dépenses courantes représentent des prestations en espèces et 37,9% 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 2008 (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 pour les salariés du secteur privé 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) à partir de 2009.

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 concernant les 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 de l'intervention patronale) et de maternité. En fonction des risques assurés, la CNS comporte trois gestions :

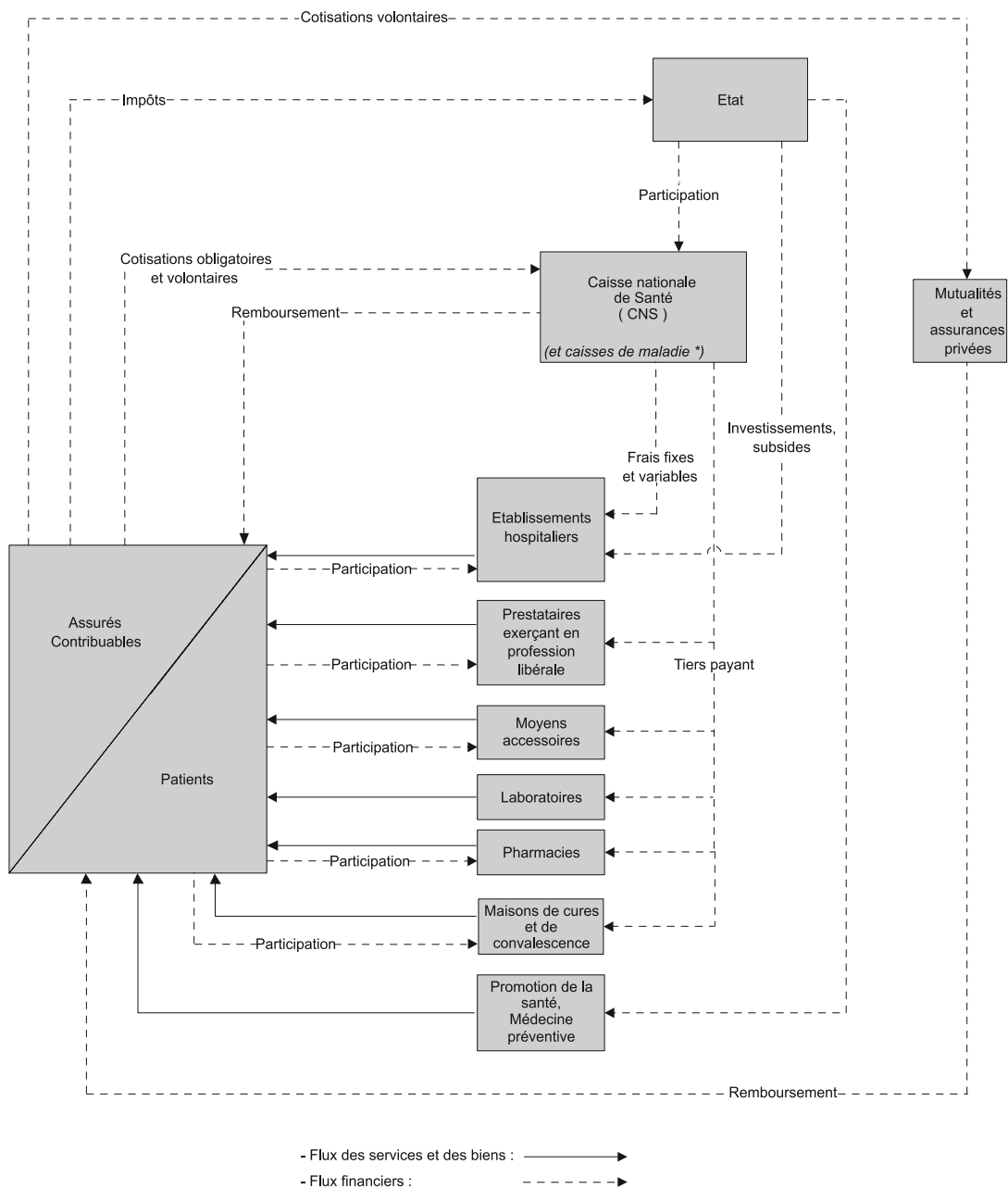
- la gestion des prestations en nature ou prise en charge des soins de santé;
- la gestion des prestations de maternité (nature et espèces);
- la gestion des prestations en espèces de maladie.

Les caisses de maladie des fonctionnaires publics et communaux ainsi que des agents des Chemins de Fer agissent 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/a060.pdf>

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

Organisation et financement des soins de santé au Luxembourg



Source: IGSS Luxembourg 2009

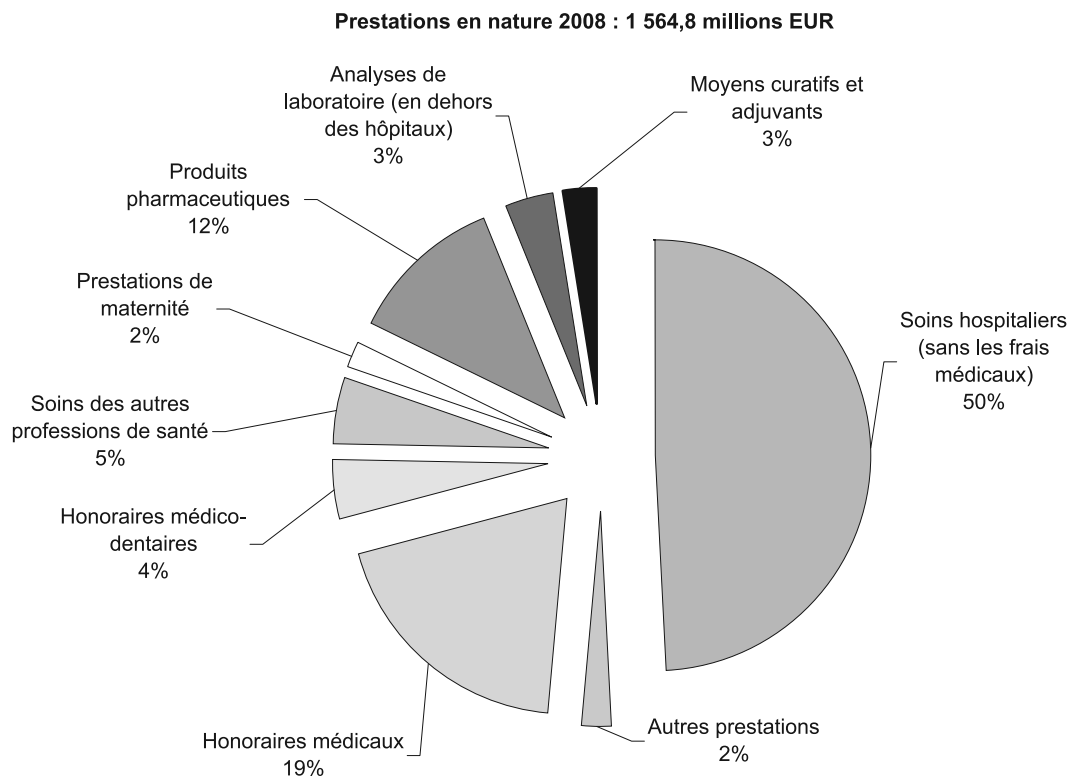
*) Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics.
 Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux.
 Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

L'évolution financière de l'assurance maladie maternité

L'évolution des prestations en nature

Pendant l'année 2008, l'assurance maladie maternité a liquidé des prestations en nature pour un montant total de 1 564,8 millions EUR.

Ventilation des prestations en nature en 2008



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, la réadaptation en foyer de psychiatrie, 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 2007/08 ²⁾	Variation 2008/09 ²⁾	Variation 2009/10
Soins hospitaliers	4,4%	4,8%	2,8%
Honoraires médicaux	4,7%	10,3%	5,6%
Honoraires médico-dentaires	3,6%	9,0%	4,6%
Produits pharmaceutiques	5,8%	6,0%	6,4%
Moyens curatifs et adjuvants	-2,2%	10,1%	10,5%
Analyses de laboratoire (en dehors des hôpitaux)	12,6%	-10,0%	10,1%
Soins des autres professions de santé	11,1%	11,6%	9,0%
Autres prestations	16,7%	9,3%	10,1%
Prestations de maternité	15,5%	5,3%	4,2%
Total des prestations au Luxembourg	5,4%	6,3%	4,8%
Prestations à l'étranger ³⁾	9,2%	11,3%	1,5%
Total soins de santé	6,1%	7,1%	4,2%

¹⁾ Source: Estimations CNS Budget global 2010

²⁾ Les séries 2007 et 2008 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 2008 les frais pour soins de santé au Luxembourg augmentent de 5,4%. Pour l'année 2009, on s'attend à une croissance de 6,3% et pour 2010 l'évolution du coût est estimée à 4,8%.

La progression des dépenses de soins de santé au Luxembourg en 2009 et 2010 est avant tout due à une croissance plus ou moins soutenue des principaux postes de frais que sont les frais hospitaliers, les frais médicaux et médico-dentaires ainsi que les frais pharmaceutiques.

Le top 20 de la consommation de médicaments en 2008

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

La consommation de médicament en 2008 : classement d'après le nombre d'emballages ¹⁾

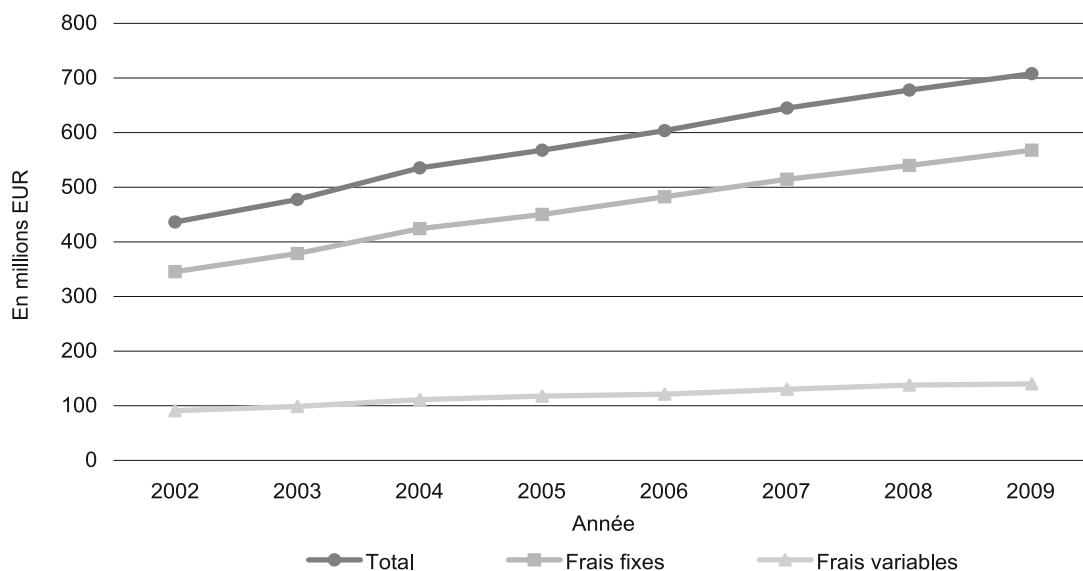
Rang	National	Dénomination abrégée	ATC	Nombre	Montant brut	Montant net	RANG 2007
1	0253117	PLAVIX 75 MG 28 CPR	B	76 984	4 023 954	3 220 554	1
2	0353001	HUMIRA 40 MG 2 SER.PREREMPLIES	L	2 446	2 775 682	2 775 682	7
3	0284242	NEXIAM 40 MG 28 CPR	A	67 745	2 520 903	2 022 061	4
4	0443996	ENBREL 50 MG 4 SER.PREREMPLIES	L	2 119	2 414 451	2 414 451	5
5	0346717	CRESTOR 10 MG 98 CPR	C	27 338	2 353 255	1 882 960	6
6	0241939	LIPITOR 20 MG 84 CPR	C	19 387	2 220 378	1 776 523	2
7	0261119	SERETIDE 50/500 DISKUS PDRE 60 DOSES	R	33 308	2 129 444	2 129 380	3
8	0316041	SPIRIVA 18 MCG 30 GELULES	R	39 408	2 007 444	2 007 444	8
9	0241925	LIPITOR 10 MG 84 CPR	C	21 172	1 621 775	1 297 481	11
10	0284175	NEXIAM 20 MG 56 CPR	A	32 685	1 614 411	1 293 266	14
11	0303481	FOSAMAX HEBDO 70 MG 12 CPR	M	16 861	1 547 820	1 239 599	9
12	0218121	PANTOZOL 40 MG 28 CPR	A	28 737	1 544 901	1 239 461	10
13	0441263	GARDASIL 1 SER.PREREMPLIE	J	11 848	1 520 195	1 517 627	>20
14	0149217	STILNOCT 10 MG 30 CPR	N	110 461	1 423 853	575 351	12
15	0265216	REBIF 12 MIO UI/1 ML 12 SER.	L	1 130	1 328 360	1 328 360	13
16	0327661	SIPRALEXA 10 MG 28 CPR	N	40 801	1 217 472	975 430	16
17	0241942	LIPITOR 40 MG 84 CPR	C	6 305	1 185 718	949 189	>20
18	0233629	AVONEX 30 MCG 4 FL	L	1 347	1 115 154	1 115 154	17
19	0359648	GLIVEC 400 MG 30 CPR	L	376	1 063 155	1 063 155	>20
20	0319432	ATACAND 16 MG 98 CPR	C	13 890	1 060 161	1 060 085	18

¹⁾ Source: CNS

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 2002-2009

Evolution des budgets hospitaliers de 2002 à 2009 ¹⁾



Source: CNS.

¹⁾ Estimations pour 2009

Les principales causes d'hospitalisation en 2008

Le tableau suivant indique le classement en ordre décroissant des 20 premières causes d'hospitalisations pour hommes et femmes. Ces 20 causes couvrent en 2008, pour les hommes et les femmes, 59,0% du total des admissions en hospitalisation complète (au moins un jour et une nuit).

Les 20 premières causes d'hospitalisations en 2008 dans les hôpitaux aigus ¹⁾

	Hommes	En % du total	Femmes	En % du total	En % du total	
1	Tumeurs malignes C00-C97	8,5%	Accouchement O80-O84	11,8%	Tumeurs malignes C00-C97	7,3%
2	Arthropathies M00-M25	5,8%	Arthropathies M00-M25	6,5%	Accouchement O80-O84	6,5%
3	Cardiopathies ischémiques I20-I25	5,3%	Tumeurs malignes C00-C97	6,2%	Arthropathies M00-M25	6,2%
4	Autres formes de cardiopathies I30-I52	4,3%	Affections du cristallin H25-H28	3,7%	Autres formes de cardiopathies I30-I52	3,7%
5	Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives F10-F19	4,1%	Autres formes de cardiopathies I30-I52	3,3%	Cardiopathies ischémiques I20-I25	3,6%
6	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	3,9%	Hospitalisations dont le diagnostic de sortie n'est pas connu	3,3%	Hospitalisations dont le diagnostic de sortie n'est pas connu	3,3%
7	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	3,2%	Dorsopathies M40-M54	2,7%	Affections du cristallin H25-H28	3,2%
8	Hospitalisations dont le diagnostic de sortie n'est pas connu	3,2%	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	2,5%	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	3,1%
9	Dorsopathies M40-M54	3,1%	Affections non inflammatoires de l'appareil génital de la femme N80-N98	2,4%	Dorsopathies M40-M54	2,9%
10	Hernies K40-K46	3,0%	Troubles de l'humeur affectifs F30-F39	2,3%	Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives F10-F19	2,7%
11	Maladies des organes génitaux de l'homme N40-N51	2,8%	Cardiopathies ischémiques I20-I25	2,2%	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	2,5%
12	Affections du cristallin H25-H28	2,6%	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	2,0%	Troubles de l'humeur affectifs F30-F39	1,9%
13	Maladies des artères, artérioles et capillaires I70-I79	2,0%	Tumeurs bénignes D10-D36	1,9%	Autres maladies de l'intestin K55-K63	1,9%
14	Autres maladies de l'intestin K55-K63	2,0%	Autres maladies de l'intestin K55-K63	1,9%	Hernies K40-K46	1,8%
15	Lésions traumatiques du genou et de la jambe S80-S89	1,8%	Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87	1,8%	Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87	1,6%
16	Troubles de l'humeur affectifs F30-F39	1,5%	Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, non classées ailleurs I80-I89	1,6%	Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, non classées ailleurs I80-I89	1,5%
17	Lithiases urinaires N20-N23	1,5%	Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives F10-F19	1,6%	Maladies des artères, artérioles et capillaires I70-I79	1,4%
18	Autres maladies de l'appareil respiratoire J95-J99	1,4%	Obésité et autres excès d'apport E65-E68	1,3%	Tumeurs bénignes D10-D36	1,4%
19	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures J40-J47	1,4%	Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique, et problèmes possibles posés par l'accouchement O30-O48	1,2%	Affections non inflammatoires de l'appareil génital de la femme N80-N98	1,3%
20	Affections des tissus mous M60-M79	1,4%	Symptômes et signes généraux R50-R69	1,2%	Lésions traumatiques du genou et de la jambe S80-S89	1,3%
		62,6%		61,5%		59,0%

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

Les prestations en espèces de maladie

Introduction d'une nouvelle gestion prestations en espèces de la CNS

Remarque introductive :

La loi du 13 mai 2008 portant introduction à partir du 1.1.2009 du statut unique pour tous les travailleurs salariés du secteur privé, modifie profondément la gestion "prestations en espèces" de l'assurance maladie. En conséquence il n'est plus possible à partir de 2009 de comparer les résultats financiers avant et après l'introduction de cette réforme du Code du travail et du Code de la sécurité sociale, qui institue un régime unique pour les salariés, remplaçant ainsi les anciens régimes dits "régime ouvriers" et "régime employés".

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 du secteur privé.

Les deux tableaux ci-après retracent, pour mémoire, l'évolution financière des deux anciennes gestions jusqu'en 2008.

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

Exercice	Décompte		
	2006	2007	2008
Nombre indice	653,52	668,46	682,39
RECETTES COURANTES	173,8	186,2	196,4
DEPENSES COURANTES	175,2	184,6	193,3
Solde des opérations courantes	-1,4	1,7	3,1
Excédent / découvert cumulé	52,2	52,8	54,8
Taux de cotisation appliqué	4,70%	4,70%	4,70%
Taux d'équilibre de l'exercice	4,67%	4,68%	4,65%

¹⁾ Sans les prestations en espèces de maternité

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

Exercice	Décompte		
	2006	2007	2008
Nombre indice	653,52	668,46	682,39
RECETTES COURANTES	16,0	18,0	19,5
DEPENSES COURANTES	20,1	22,8	25,6
Solde des opérations courantes	-4,0	-4,9	-6,1
Excédent / découvert cumulé	-7,8	-12,8	-19,0
Taux de cotisation appliqué	0,20%	0,20%	0,20%
Taux d'équilibre de l'exercice	0,25%	0,26%	0,27%

¹⁾ Sans les prestations en espèces de maternité

Evolution de la nouvelle gestion prestation en espèces à partir de 2009 (en millions EUR) ¹⁾

	2009	2010
	Compte prévisionnel	Budget
Nombre indice	699,44	711,07
RECETTES COURANTES	88,9	89,7
DEPENSES COURANTES	111,4	104,4
Solde des opérations courantes	-22,6	-14,7
Excédent / découvert cumulé	13,1	2,4
Taux de cotisation appliqué	0,50%	0,50%
Taux d'équilibre de l'exercice	0,64%	0,56%

¹⁾ Sans les prestations en espèces de maternité.

Analyse de l'absentéisme

Le taux d'absentéisme en 2008 selon la résidence, le sexe et le statut

	Frontaliers			Résidents			TOTAL		
	Femmes	Hommes	TOTAL	Femmes	Hommes	TOTAL	Femmes	Hommes	TOTAL
Ouvriers	6,0%	4,5%	4,8%	4,3%	4,1%	4,2%	4,7%	4,3%	4,4%
Employés	3,1%	1,7%	2,3%	2,7%	1,7%	2,2%	2,9%	1,7%	2,3%
TOTAL	3,8%	3,2%	3,4%	3,4%	3,0%	3,2%	3,6%	3,1%	3,3%

Durée des absences en jours civils pour 2008 selon la résidence, le sexe et le statut

	Frontaliers			Résidents			TOTAL		
	Femmes	Hommes	TOTAL	Femmes	Hommes	TOTAL	Femmes	Hommes	TOTAL
Ouvriers	14,5	12,5	12,9	11,2	10,3	10,6	12,3	11,4	11,6
Employés	6,5	5,8	6,2	6,2	6	6,1	6,4	5,9	6,2
TOTAL	8,3	9,7	9,1	8,1	8,6	8,3	8,2	9,1	8,7

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⁾

Genre de prestation	2000	2005	2006	2007	2008	2007/08	2000/08
Congé légal 2)	40,4	58,7	61,4	63,3	69,9	10,5%	7,1%
Congé d'accueil 3)	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	73,7%	9,8%
Dispense de travail pour femmes enceintes 4)	4,2	12,0	13,6	14,4	17,2	19,3%	19,3%
Congé pour raisons familiales 5)	0,5	2,3	2,5	3,0	3,5	15,9%	29,1%
TOTAL	45,2	73,2	77,6	80,9	90,9	12,4%	9,1%

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.

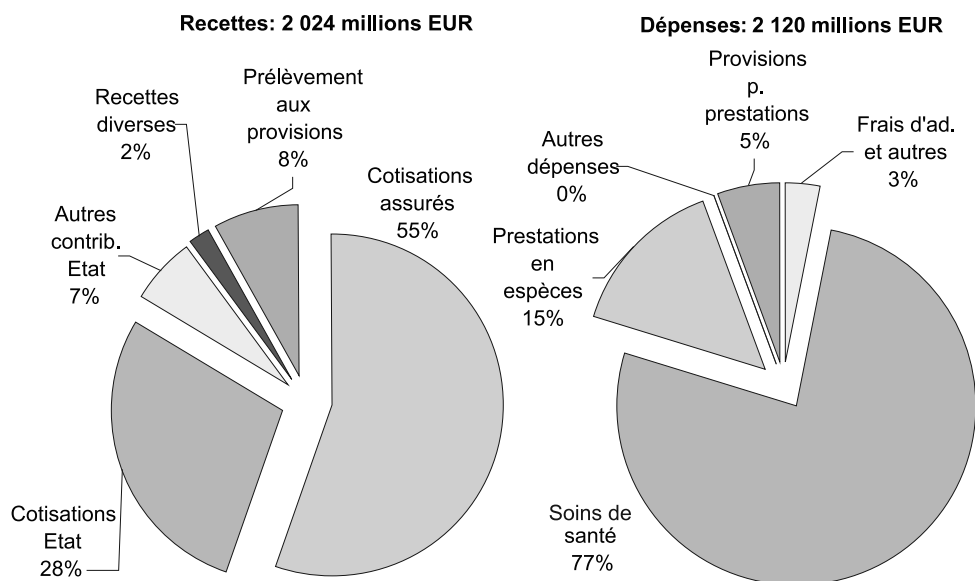
3) Congé de huit semaines accordé en cas d'adoption d'un jeune enfant (Loi du 14 mars 1988 portant création d'un congé d'accueil pour les salariés du secteur privé).

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 2008 (en % du total)



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

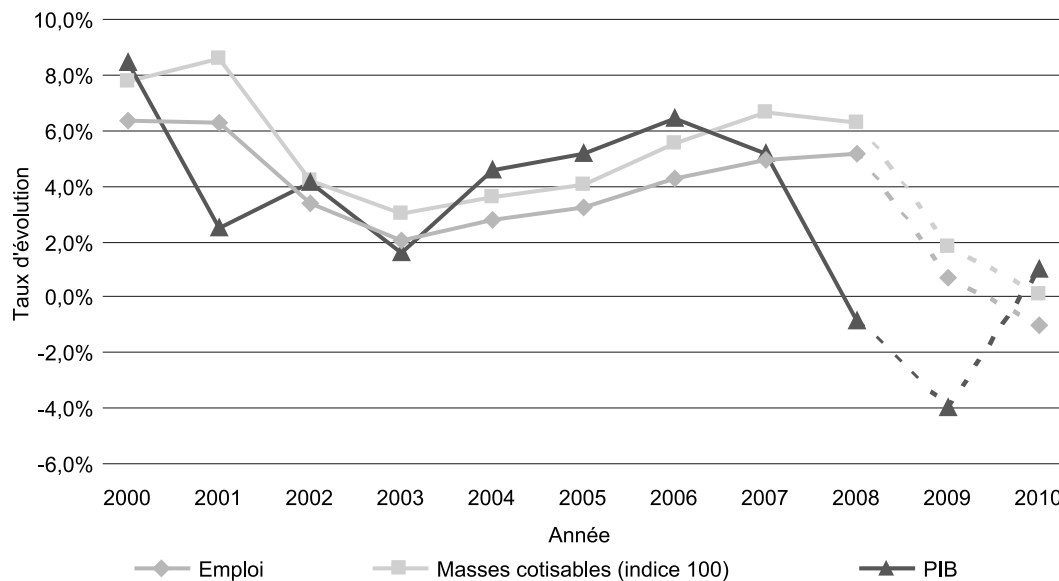
	Décompte			Estimations actualisées	
	2006	2007	2008	2009	2010
RECETTES					
Cotisations	1 032,3	1 110,4	1 189,0	1 104,6	1 132,1
Cotisations forfaitaires Etat	528,0	568,1	609,1	638,7	654,7
Autres contributions de l'Etat	120,9	124,1	141,2	152,5	154,2
Autres recettes	28,3	33,9	38,2	32,1	30,6
TOTAL DES RECETTES COURANTES	1 709,6	1 836,6	1 977,5	1 927,9	1 971,6
Variation annuelle en %	6,3%	7,4%	7,7%	-2,5%	2,3%
DEPENSES					
Frais d'administration	56,1	58,9	63,9	69,0	72,6
Prestations en espèces ³⁾	274,8	290,2	311,4	216,3	216,3
Soins de santé	1 373,2	1 475,3	1 564,9	1 676,1	1 747,1
Autres dépenses	3,5	3,1	4,6	4,1	3,9
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	1 707,7	1 827,5	1 944,7	1 965,3	2 039,9
Variation annuelle en %	2,7%	7,0%	6,4%	1,1%	3,8%
Solde des opérations courantes	1,9	9,0	32,8	-37,4	-68,3

1) Sans les prélèvements ou provisions pour prestation à liquider.
 2) Sources: CNS - décomptes de l'assurance maladie-maternité, budget global 2010
 3) Y compris les transferts de cotisations.

La baisse des recettes et dépenses en 2009 est due en partie à la réforme des prestations en espèces de maladie et à un transfert de recettes et de charges vers la mutualité des employeurs.

Le graphique ci-après illustre cependant les effets de la crise économique sur le marché de l'emploi et les masses cotisables.

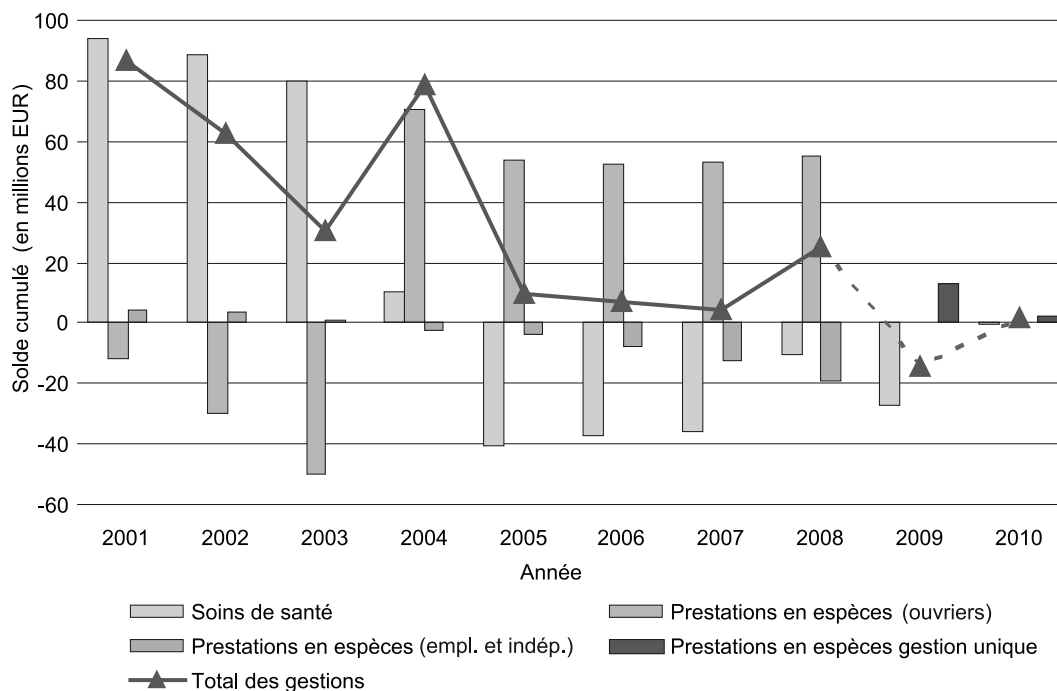
Evolution de l'emploi, des masses cotisables des salariés ainsi que du PIB de l'économie luxembourgeoise (évolution en %)



L'évolution du solde cumulé des différentes gestions montrée dans le graphique ci-après, reflète également l'impact de l'évolution économique sur la situation financière de l'assurance maladie-maternité.

Les données pour 2009 et 2010 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) ¹⁾

	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010 ²⁾
Réserve	219,8	182,3	114,0
Minimum légal (10% des dépenses courantes)	194,5	196,5	112,2
Rapport réserve / dépenses courantes	11,3%	9,3%	10,2%

¹⁾ Sans les prélèvements aux provisions.

²⁾ D'après les prévisions de fin 2009, le niveau de la réserve n'aurait atteint en 2010 que 5,5% des dépenses courantes. Il se serait donc situé clairement en-dehors de la marge prescrite par la loi ¹⁾ qui prévoit un niveau minimum de la réserve égal à 10% des dépenses courantes.

Afin d'éviter une augmentation des cotisations qui aurait comporté des charges supplémentaires pour les assurés et les entreprises, une mesure unique a été prise qui consistait dans l'introduction d'une disposition²⁾, réduisant dans la loi budgétaire de l'Etat le niveau de la réserve pour l'exercice 2010 à 5,5%. Ainsi la réserve de l'assurance maladie se réduira de fin 2009 de l'ordre de 196 millions euros à 112 millions euros fin 2010.

L'évolution législative et réglementaire

Suite à l'introduction du statut unique à partir du 1er janvier 2009, bon nombre de règlements grand-ducaux d'exécution des mesures prévues par la loi du 13 mai 2008 ont dû être élaborés concernant notamment le fonctionnement des nouveaux organes, l'indemnisation des membres, les procédures à suivre devant les juridictions de sécurité sociale, etc

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

- Règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension
- Règlement grand-ducal du 22 janvier 2009 ayant pour objet de modifier le règlement grand-ducal du 21 janvier 1980 déterminant la mission ainsi que la composition du Conseil supérieur exerçant des fonctions consultatives auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale.

1) Code de la Sécurité sociale - Art. 28, alinéa 1
http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/codes/code_securite_sociale/02_css_livrel_ass_maladie_maternite.pdf#page=15

2) Budget de l'Etat 2010 - Art. 52, alinéa 1
<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2009/0254/a254.pdf#page=28>

- Règlement grand-ducal du 22 janvier 2009 ayant pour objet de modifier le règlement grand-ducal du 19 février 1993 relatif au fonctionnement de la commission de nomenclature des actes et services pris en charge par l'assurance maladie.
- Règlement grand-ducal du 22 janvier 2009 portant fixation des indemnités du président du Conseil supérieur des assurances sociales, de l'assesseur-magistrat le remplaçant, des assesseurs-magistrats, du magistrat remplaçant le président ou le vice-président du Conseil arbitral des assurances sociales, des assesseurs-assurés et des assesseurs-employeurs, des prestataires de soins et de la Caisse nationale de santé siégeant auprès du Conseil arbitral et du Conseil supérieur des assurances sociales, des experts et des témoins
- Règlement grand-ducal du 12 février 2009 modifiant le règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 déterminant en application de l'article 294 du code des assurances sociales la procédure à suivre devant le conseil arbitral et le conseil supérieur des assurances sociales, ainsi que les délais et frais de justice.

Signalons en outre que par règlement grand-ducal du 18 décembre 2009 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, les forfaits " salle d'accouchement " et " hospitalisation-soins normaux " ont été adaptés pour l'année 2010.

En ce qui concerne les relations de l'assurance maladie avec les prestataires de soins, il convient de signaler que par différents règlements grand-ducaux, élaborés sur base de recommandations de la commission de nomenclature, la nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes a été adaptée aux connaissances scientifiques actuelles.

Cependant, les travaux essentiels de l'exercice 2009 ont porté sur la situation financière précaire et inquiétante de l'assurance maladie.

Lors de la réunion du Comité Quadripartite du 7 octobre 2009, le Ministre de la Sécurité sociale a discuté avec les partenaires sociaux, les médecins, les hôpitaux et les autres prestataires de soins la situation de l'assurance maladie-maternité et du système de soins de santé. Cette analyse peut être résumée comme suit :

- le léger déficit de l'assurance maladie-maternité pour l'année 2009 et le déficit substantiel prévu pour 2010 à hauteur de 92,5 mio € ou 4,5% du budget global sont principalement générés par les effets de la crise, notamment la baisse de l'activité économique et le ralentissement de la croissance (voire la stagnation ou même la baisse) de l'emploi, dont on ne peut actuellement pas encore déterminer ni la durée ni les conséquences durables,
- des difficultés structurelles s'annonçaient dans le domaine des prestations en nature depuis quelques années, notamment illustrées par une hausse moyenne annuelle de presque 6% des prestations en nature sur les 10 dernières années pouvant seulement être supportée par une croissance économique soutenue permanente et stable, et par un développement soutenu des investissements publics dans le domaine de la santé ne pouvant pas être justifiée par un développement proportionnel de la qualité ou un accroissement correspondant de la population assurée,
- la devise " soigner mieux en dépensant mieux " et une démarche concertée axée sur " l'utile et le nécessaire " qui ont cadré l'action du Gouvernement au cours de la période législative précédente, ont certes permis de stabiliser le fonctionnement de l'assurance maladie et de sensibiliser tous les acteurs, mais devront être renforcées par une dynamique de réforme et d'optimisation du système de soins de santé afin de le rendre plus performant et plus efficient.

Voilà pourquoi il y a eu consensus sur un pacte de stabilité, à discuter avec les différentes parties concernées après la réunion du comité quadripartite du 7 octobre 2009 visant prioritairement le côté des dépenses de l'assurance maladie et dont voici le résumé :

Loi budgétaire

Pour l'année 2010, la limite inférieure de la réserve obligatoire (art. 28 CSS) a été abaissée à 5,5% par la loi budgétaire. Cette mesure restera néanmoins limitée dans le temps, et une analyse de fond à effectuer au cours de l'année 2010 - aussi sur base de données plus évoluées de l'impact de la crise économique - devra contribuer à préciser d'autres mesures à entrer en vigueur à partir de 2011 pour rétablir l'équilibre financier telles que l'évolution du taux de cotisation, la contribution des usagers, les mesures à l'égard des prestataires ou autres.

La loi budgétaire prévoit encore le maintien de la mesure de fixation de la lettre-clé des laboratoires.

" Stand still " sur certains paramètres d'évolution

Ce " stand still " devra comprendre le maintien au niveau du 30 juin 2009 et jusqu'à fin 2011 du nombre des médecins agréés dans les établissements et de certains frais connexes.

Une approche modérée des établissements hospitaliers est indiquée dans les négociations de leurs budgets avec la CNS. La prime qualité accordée aux établissements hospitaliers va être soumise à une révision quant à son opportunité et à sa hauteur, ainsi que quant à l'utilisation y relative.

Ces points doivent engendrer de suite des négociations de la CNS avec l'Entente des hôpitaux et nécessitent l'engagement formel et mutuel des directions et organes dirigeants des établissements hospitaliers.

Négociations avec les prestataires

Dans le cadre de ses attributions, la CNS intensifiera ses discussions avec les prestataires de soins pour redresser certaines incohérences manifestes d'honoraires de soins de santé. Ces constats seront à intégrer dans les différentes nomenclatures et dans les conventions avec les prestataires et les médecins. Le cas échéant, les statuts de la CNS devront être adaptés.

Il est entendu que l'élimination de ces incohérences ne pourra motiver de nouvelles revendications.

A noter que les différentes lettres-clé ainsi que l'évolution des salaires du personnel soignant sont fixées jusqu'à fin de l'année 2010.

Établissements hospitaliers

Les projets d'extension, de modernisation et de construction d'établissements hospitaliers seront reconsidérés par rapport à leur finalité et au volume du coût des investissements, ainsi que par rapport aux frais d'exploitation qu'ils engendreront. Le principe de " l'utile et le nécessaire " sera appliqué avec rigueur, notamment en ce qui concerne l'approche architecturale et l'envergure des projets en question.

Sensibilisation des usagers et des prestataires

La CNS lancera une campagne d'information et de sensibilisation adressée aux patients et au corps médical afin de les motiver à renforcer leur sensibilité au message toujours essentiel de " l'utile et le nécessaire ".

Le message clé devra cibler la responsabilité de chacun - patient, prescripteur, prestataire - en vue d'une utilisation durable des ressources de l'assurance maladie et de l'importance de maintenir notre système de soins de santé de qualité basé sur la solidarité et l'accessibilité.

Différents groupes de travail ont été institués qui ont eu pour mission d'explorer et d'esquisser des pistes conduisant à la réalisation des objectifs ci-avant. Dans une deuxième phase commençant vers le début de l'année 2010, les différents acteurs seront associés à ces travaux.

Il est prévu de présenter les conclusions de ces groupes de travail lors de la prochaine réunion de la quadripartite vers la fin du mois de mars 2010 où un projet de réforme sera soumis aux discussions.

L'ASSURANCE PENSION

L'organisation de l'assurance pension

Les caisses de pension

L'exercice 2008 est le dernier où la gestion du régime général de pension est assurée par les quatre caisses de pension spécifiques 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 1^{er} janvier 2009, cette gestion est assurée par la seule 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 2008 les recettes courantes dépassent les dépenses courantes de 850,6 millions EUR. Ce résultat a été obtenu malgré une croissance des recettes de 5,7%, moins prononcée que celle des dépenses qui augmentent de 6,2%. En éliminant l'évolution de l'échelle mobile des salaires, les dépenses progressent de 4,0%, tandis que les recettes n'augmentent que de 3,5%.

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
2008	2 640 830,6	6,2%	4,0%	3 491 426,0	5,7%	3,5%	850 595,4

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

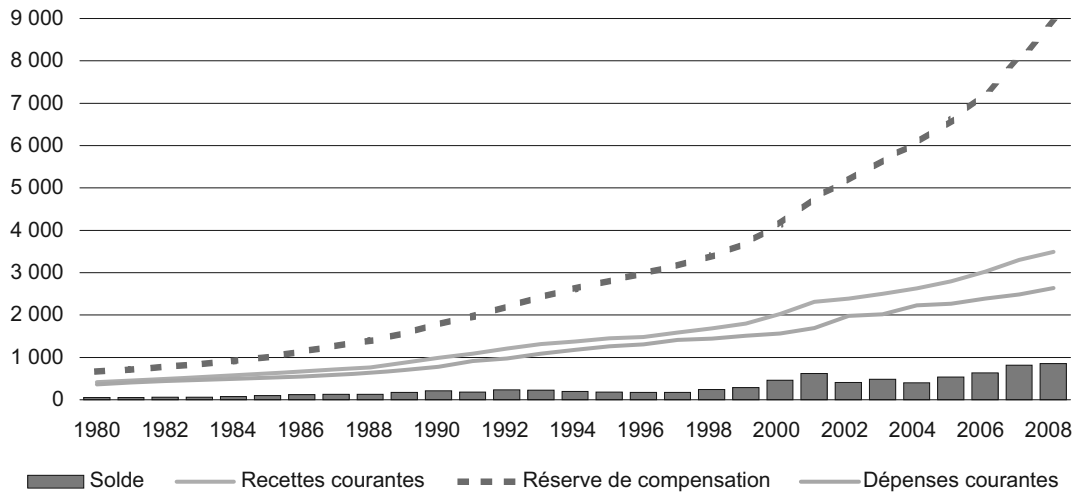
** compris en dépenses le montant compensatoire de 130 000 000,00 EUR transféré à l'UCM

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 9,5% du PIB en 2008, tandis que les dépenses courantes représentent 7,2%. Les valeurs respectives pour 2007 étaient 9,1 et 6,9%. (PIB ; source: STATEC)

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



Les recettes courantes

Les cotisations globales (y compris les cotisations à charge des pouvoirs publics) représentent avec 3 252,3 millions EUR plus de 90,0% des recettes courantes, les revenus de la fortune atteignent 229,4 millions EUR et représentent 6,6% le reste est constitué par les transferts et les recettes diverses.

Structure des recettes courantes (en milliers EUR)

Cotisations des assurés et des employeurs	2 168 883,8	62,1%
Cotisations des pouvoirs publics	1 083 402,4	31,0%
Autres contributions de l'Etat	64,4	0,0%
Revenus de la fortune	229 397,9	6,6%
Transferts et recettes diverses	9 677,5	0,3%
Total des recettes courantes	3 491 426,0	100,0%

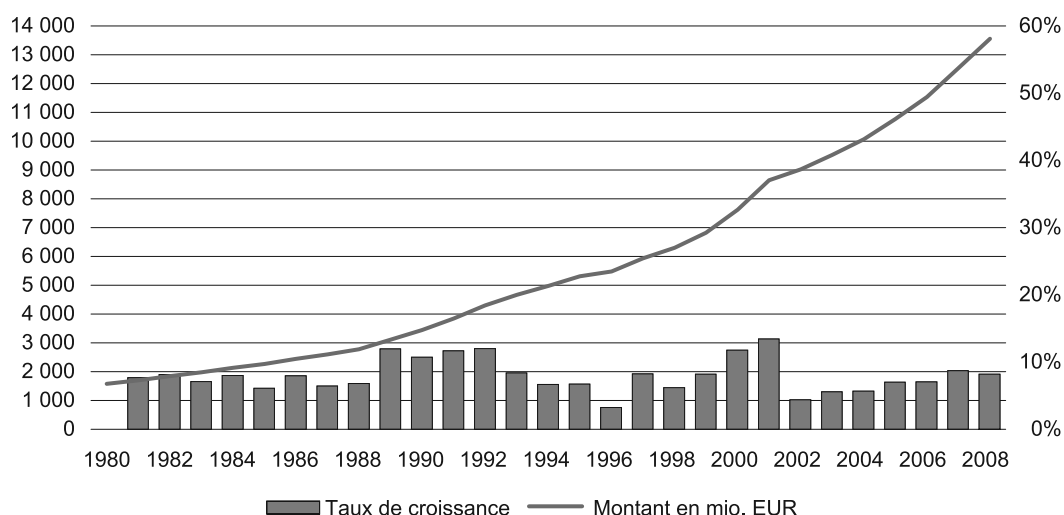
Les cotisations des assurés et des employeurs

Les cotisations des assurés et des employeurs se montent à 2 168,9 millions EUR face à 2 004,9 millions EUR en 2007. La progression affiche 8,2% par rapport à 8,7% en 2007, soit un taux de croissance réel de 6,0% contre 6,3 %.

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 2,1% en 2008, il reste encore une progression réelle de la cotisation moyenne de 1,1 % face à 1,6% en 2007.

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).

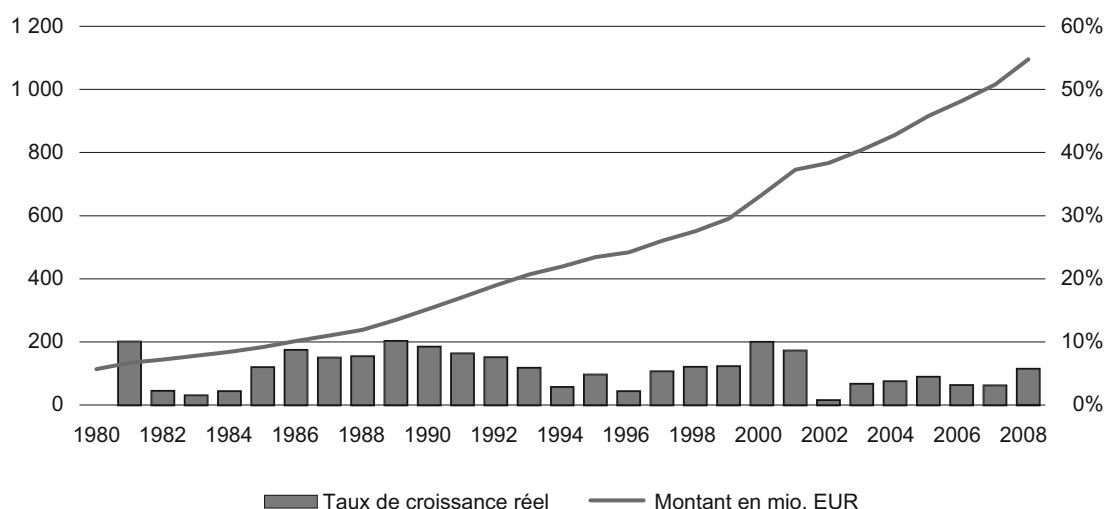
Depuis 2006 les frais d'administration sont à charge des organismes et les participations de l'Etat dans les prestations, compléments différentiels et majorations proportionnelles baby-year ont été abrogées à partir de l'exercice 2007.

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 pour 2008 s'élève à 1 095,9 millions EUR et accuse une augmentation de 80,3 millions EUR, soit 7,9 % par rapport à 2007.

Contribution nette des pouvoirs publics (en milliers EUR)

	2007	2008
Cotisations des pouvoirs publics	1 001 822,9	1 083 402,4
FOA et autres cotisations	14 350,1	14 352,7
Frais d'administration	70,4	64,4
Complément différentiel	0,0	0,0
Majorations proportionnelles baby-year	0,0	0,0
Contribution brute	1 016 243,4	1 097 819,5
à déduire	602,8	1 922,7
Contribution nette	1 015 640,7	1 095 896,8

Evolution de la charge budgétaire nette des pouvoirs publics



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

Les autres cotisations

Cotisations prises en charge par l'assurance dépendance

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

Ces cotisations ont fortement augmenté en 2008 pour s'élever à 3 633,6 milliers EUR face à 2 893,1 milliers EUR en 2007. Cette augmentation de 25,6% provient d'une part de la progression annuelle du nombre des aidants informels et de l'autre du nombre plus élevé des affiliations rétroactives plus ou moins longues.

Les cotisations de l'assistance maternelle

Ces cotisations sont à charge des organismes agréés œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique et concernent les personnes assurant l'accueil d'un enfant en placement de jour et de nuit ou en placement de jour (art.171.14 CAS).

Le montant y relatif s'élève en 2008 à 651,4 milliers EUR face à 664,0 milliers EUR en 2007 (-1,9%).

Les cotisations de l'assurance volontaire

Les cotisations de l'assurance volontaire se sont chiffrées en 2008 à 8 812,2 milliers EUR face à 8 239,0 milliers EUR en 2006 (+7,0%).

Les autres recettes

Les autres recettes concernent principalement les revenus de la SICAV instaurée par le FDC, 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 s'inscrivent dans le contexte économique extrêmement difficile de l'exercice révolu, pour atteindre 229,4 millions EUR face à 288,8 millions EUR en 2007 et seraient ainsi en régression de 20,6%. Cette régression est due d'abord à l'effondrement des taux d'intérêts et ensuite au changement dans la stratégie d'investissement, qui a entraîné une nette diminution des placements bancaires. En effet, les 6 051 millions EUR investis par le FDC à travers la SICAV-FIS sont évalués au prix du marché au 31.12.2008 et comprennent aussi bien des pertes que des gains non réalisés, ce qui rend impossible une comparaison avec les revenus bruts des années précédentes.

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 2,0 millions EUR, les revenus nets s'élèvent à 229,0 millions EUR. Le taux de rendement moyen calculé par rapport à la réserve globale de compensation descend de 3,86% à 2,75%.

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%
2008	229 397,9	2 318,7	1 987,0	229 729,5	8 897 015,8	2,75%

Si ce taux de rendement intervient dans l'équilibre financier global du régime de pension, il faut cependant rappeler qu'il est dans une certaine mesure sous-évalué puisque la réserve de compensation contient une partie non négligeable de recettes dues mais non encore encaissées (débiteurs de cotisations, solde de la contribution de l'Etat). Le taux calculé par rapport aux valeurs placées se situerait ainsi à 3,02%, par comparaison aux 4,27% réalisés en 2007.

D'ailleurs il faut remarquer que le rendement de la fortune, largement influencé par les résultats de la SICAV-FIS, comporte un élément hautement volatil, qui est déterminé par les cours boursiers affichés au 31 décembre de l'exercice.

Les dépenses courantes

Les dépenses pour pensions atteignent en 2008 un montant de 2 493,5 millions EUR et représentent ainsi 94,4% 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	27 561,8	1,0%
Pensions	2 493 512,6	94,4%
Autres prestations	2 210,2	0,1%
Transferts et dépenses diverses	117 546,0	4,5%
Total des dépenses courantes	2 640 830,6	100,0%

Les frais d'administration

Les frais d'administration s'élèvent à 27,6 millions EUR, soit à 1% des dépenses courantes.

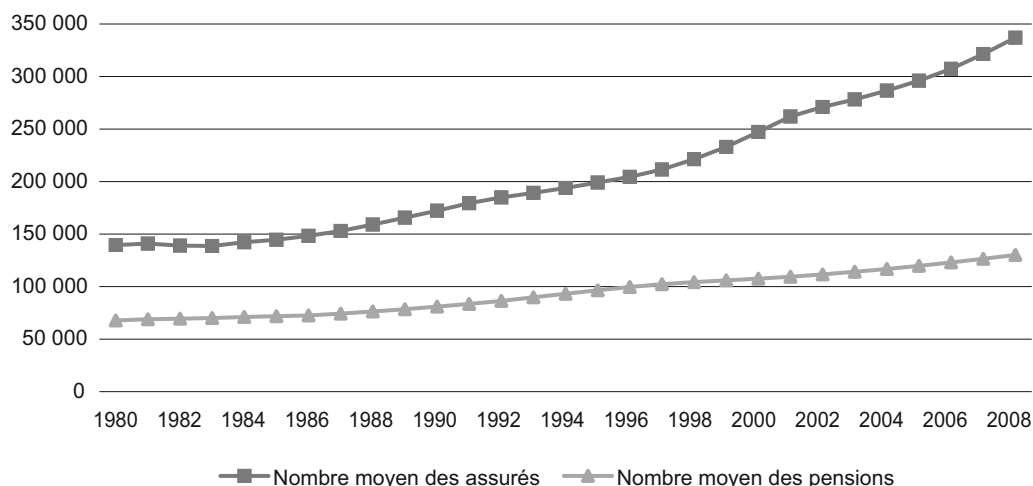
Les prestations

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

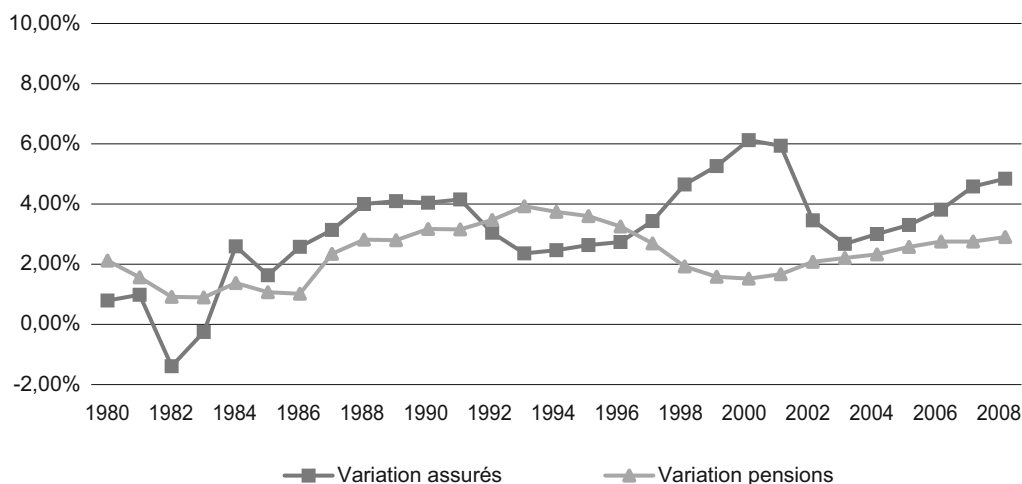
Caisse	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2007	2008	Variation 2007/08	Variation moyenne 2000/08
AVI	42 934	45 534	53 179	64 576	71 232	79 019	82 925	84 984	2,5%	2,2%
CPEP	10 076	11 083	13 929	18 063	22 101	28 091	31 115	33 020	6,1%	5,1%
CPACI	7 493	7 782	7 932	8 279	8 376	8 414	8 487	8 647	1,9%	0,4%
CPA	7 947	7 585	7 223	7 226	6 621	5 812	5 581	5 469	-2,0%	-2,4%
TOTAL	68 450	71 984	82 263	98 144	108 330	121 336	128 108	132 120	3,1%	2,5%

En 2008 le nombre des pensions a augmenté de 3,1% par rapport à 2007, qui avait enregistré une progression de 2,7%. Ce taux de variation comprend une forte progression des pensions pour la CPEP, une augmentation sensible pour l'AVI et la CPACI, et une régression pour la CPA.

Evolution du nombre moyen des assurés et des pensions (mois de décembre)



Variations annuelles du nombre moyen des assurés et des pensions



Evolution des éléments de pension (en milliers EUR)

	2007	2008	Variation nominale	Variation réelle
Avances	561,8	4 913,5	-	-
Majorations proportionnelles	1 673 890,5	1 781 059,3	6,4%	4,2%
Majorations proportionnelles spéciales	106 918,8	111 741,0	4,5%	2,4%
Majorations proportionnelles baby-year	8 678,5	10 772,5	24,1%	21,6%
Majorations forfaitaires	320 312,6	338 217,0	5,6%	3,4%
Majorations forfaitaires spéciales	41 111,7	43 046,7	4,7%	2,6%
Majorations forfaitaires transitoires	43 531,5	43 015,2	-1,2%	-3,2%
Majorations assurance supplémentaire	3 177,7	3 157,3	-0,6%	-2,7%
Suppléments enfants	217,8	192,1	-11,8%	-13,6%
Compléments différentiels	21 469,5	20 797,5	-3,1%	-5,1%
Compléments pensions minima	80 766,3	82 965,5	2,7%	0,6%
Compléments divers	6 935,1	6 743,6	-2,8%	-4,7%
Allocations trimestrielles	445,4	420,0	-5,7%	-7,6%
Allocations de fin d'année	43 658,0	46 368,5	6,2%	4,0%
Indemnité de remariage	341,4	102,9	-	-
Pensions brutes	2 352 016,5	2 493 512,6	6,0%	3,9%

Entre 2007 et 2008 les pensions brutes ont augmenté de 6,0%, soit de 3,9% 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 des assurances sociales 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 2 495 722 786,38 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. Afin de réduire l'héritage pour les organismes du statut unique, en l'occurrence CCSS et CNAP, en matière de poids du passé relatifs aux caisses de pension, le CCSS a procédé à des décharges et extournes au montant de 11,4 millions EUR, déduits avant d'entamer 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 850 595 411,84 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 32,2% des dépenses courantes.

Les valeurs immobilisées

Le montant total des valeurs immobilisées s'élève à 764,6 millions EUR et représente 8,0% du total de l'actif.

Les immobilisations financières ont diminué de 573,0 à 553,1 millions EUR.

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. En 2008, dans le contexte économique et bancaire difficile connu, le montant y relatif a encore augmenté à 6 140,0 millions EUR.

Les comptes financiers

Les comptes financiers au montant de 7 359,6 millions EUR représentent 76,8% du total de l'actif. Ils accusent une progression de 12,7% par rapport à 2007. 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	619 068,4	796 034,2	95 830,7	46 055,0	7 340 027,6	8 897 015,8	100,0%
Immeubles et terrains	53 160,8	141 820,2	5 682,4	1 035,1	9 819,6	211 518,2	2,4%
Prêts à long terme	0,0	553 105,4	0,0	0,0	0,0	553 105,4	6,2%
Titres	373,6	685,4	0,0	0,0	6 138 965,0	6 140 024,0	69,0%
Placements à court terme	0,0	311 550,0	0,0	0,0	761 000,0	1 072 550,0	12,1%
Trésorerie	104 477,1	13 401,5	10 451,2	6 396,8	8 089,0	142 815,6	1,6%
Intérêts courus	0,0	219,9	0,0	0,0	646,1	866,0	0,0%
Solde débiteur	461 056,9	-224 748,2	79 697,0	38 623,0	421 507,9	776 136,6	8,7%

La réserve de compensation se chiffre dorénavant à 8 897,0 millions EUR au 31 décembre 2008 et est en progression de 850,6 millions EUR par rapport au 31 décembre 2007. 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. Ces quatre caisses sont regroupées à partir de 2009 au niveau de la seule Caisse nationale d'assurance pension. Comparée au montant de 2 495,7 millions EUR de dépenses pour prestations à charge du régime, la réserve de compensation représente actuellement 3,56 fois le montant des prestations annuelles.

Appréciation globale de la situation du régime général

Situation du régime

Année	Coefficient de charge	Prime de répartition pure	Niveau relatif de la réserve
1980	48,6	22,8	2,03
1985	49,7	22,6	2,19
1990	47,0	22,7	2,58
1995	48,5	23,9	2,40
1996	48,7	24,1	2,46
1997	48,4	24,1	2,41
1998	47,1	23,2	2,55
1999	45,5	22,4	2,64
2000	43,5	20,8	2,85
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
2008	38,6	19,5	3,56

Paramètres démographiques

En 2008, la progression du nombre moyen des cotisants actifs a encore été plus forte que celle des bénéficiaires de pension, 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, la prime de répartition continue de descendre encore. En cause, une progression de l'emploi qui, bien que freinée, a néanmoins généré une montée des cotisations et implicitement des recettes courantes. Cette progression, dépassée pour une fois par celle des dépenses courantes, agit sur des recettes excédentaires d'un tiers en valeur absolue.

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

La santé financière solide actuelle du régime général de pension, qui ne donne pas d'inquiétude à court terme, accuse néanmoins les secousses de la crise économique actuelle, visibles dans l'évolution de l'emploi et dans la progression freinée des recettes en cotisations, comme dans l'analyse du rendement du patrimoine placé.

Une réserve substantielle et une population active relativement jeune sont les atouts qui permettent de préparer sans précipitation les réformes que la viabilité à long terme du régime de pension exige. Ainsi, les assurés actifs d'aujourd'hui devront être objectivement informés, afin qu'ils puissent soutenir les mesures d'ajustage requises, qui agiront sur les différents paramètres du système et qui les concerneront en tant que bénéficiaires futurs.

L'évolution législative et réglementaire

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 n'a pas présenté de solutions mais s'est limité à décrire différentes pistes. Lors du Conseil de Gouvernement du 15 avril 2005, il a été retenu qu'un groupe de travail ad hoc, composé des ministres de l'Egalité des chances, de la Fonction publique et la Réforme administrative et de la Sécurité sociale, dégage les conclusions politiques de ce rapport.

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

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.

Au cours de l'année 2009, la Commission juridique de la Chambre des Députés a plaidé en faveur d'une conception nouvelle du secours après divorce et s'est prononcée en faveur d'une redéfinition de la notion de besoin. Le secours après divorce doit permettre un partage équitable des conséquences économiques du mariage. Il s'agit de compenser les inconvénients économiques dus à l'échec du mariage, comme la renonciation par l'un des conjoints à exercer une activité professionnelle pendant le mariage en vue de s'adonner à l'éducation des enfants communs ou l'entretien de la maison familiale. L'octroi d'une prestation après le divorce doit tenir compte de l'organisation des besoins des époux pendant le divorce. La répartition des tâches entre époux peut avoir des conséquences économiques à long terme qui justifie le caractère en partie compensatoire de la prestation après divorce à allouer. En créant dans le cadre du départage des patrimoines respectifs une situation égalitaire entre ex-époux au-delà du caractère purement alimentaire, il est possible d'inclure la question des droits à pension dans l'ensemble des opérations de liquidation des intérêts patrimoniaux.

La Commission juridique a présenté un amendement en ce sens qui est actuellement soumis à l'avis du Conseil d'Etat.

Administration du patrimoine du régime général de pension

La nouvelle stratégie d'investissement des réserves, proposée par le Comité d'investissement et adoptée par le Conseil d'administration du Fonds de compensation lors de sa séance du 27 novembre 2008, a été mise en œuvre au cours de l'année 2009. La mise en œuvre devrait aboutir fin 2010.

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 a 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".

Au cours de l'année 2009, 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, a préparé, sur base des recommandations du bilan, une réforme de la législation en matière d'incapacité de travail et de réinsertion professionnelle. Les travaux du groupe de travail seront finalisés au cours de l'année 2010.

Viabilité à long terme des régimes de pension

Suite à une 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 a été présenté au mois d'avril 2009 à la commission parlementaire Santé/Sécurité sociale et aux membres du groupe de réflexion.

Ce rapport est venu à la conclusion que la situation financière et démographique actuelle de notre système de pension est telle que des réformes efficaces sont envisageables sans devoir remonter à des coupures tranchantes au niveau des prestations. Une réserve substantielle et une population active relativement jeune permettent de préparer les

réformes du système en toute quiétude et sans précipitation, mais sans pour autant attendre trop longtemps au risque de devoir faire recours à des solutions ad hoc mal ficelées ou de dernière minute.

Le rapport a énuméré toute une série de vis de réglage :

- la durée de la vie active ;
- l'interaction entre vie active et longévité ;
- le maintien des travailleurs sur le marché de l'emploi par des mesures de réinsertion professionnelle ;
- l'âge d'accès à la pension anticipée ;
- le niveau du taux de remplacement ;
- les mécanismes d'ajustement des pensions, notamment en considérant la longévité des bénéficiaires ;
- l'effet redistributif du système de pension entre revenus élevés et revenus faibles ;
- l'évolution du taux de cotisation et/ou du plafond cotisable pour relever le seuil de la solidarité entre classes socio-professionnelles et entre générations successives ;
- les périodes de stage et les périodes de cotisations effectives ;
- le bénéfice d'une pension cumulée avec une activité salariée ;
- les dispositions anti-cumul ;
- l'évolution du plafond cotisable ;
- la sensibilité des clignotants du " Rentendösch " ;
- le niveau adéquat et nécessaire de la réserve de compensation ;
- les sources de financement alternatives.

Sur base de ce rapport, le Gouvernement présentera au début de l'année 2010 un projet de loi afférent.

Ont été pris au courant de l'exercice 2009 les règlements grand-ducaux suivants :

- Règlement grand-ducal du 7 janvier 2009 relatif à la pondération et au calcul des voix, au remplacement par un suppléant et au vote par procuration des délégués au sein des comités directeurs de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension.

Ce texte fixe le nombre de voix pondéré des délégués représentant les assurés et les employeurs au sein du comité directeur de la Caisse nationale de santé et de la Caisse nationale d'assurance pension. Il assure en outre l'égalité des voix entre le groupe des assurés, le groupe des employeurs et le président, représentant de l'Etat, si la présence de tous les délégués d'un groupe donné soit par le remplacement par un suppléant, soit par le vote par procuration n'a pas été possible.

- Règlement grand-ducal du 22 janvier 2009 ayant pour objet de modifier le règlement grand-ducal du 21 janvier 1980 déterminant la mission ainsi que la composition du Conseil supérieur exerçant des fonctions consultatives auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale.
- Règlement grand-ducal du 22 janvier 2009 ayant pour objet de modifier le règlement grand-ducal du 19 février 1993 relatif au fonctionnement de la commission de nomenclature des actes et services pris en charge par l'assurance maladie.
- Règlement grand-ducal du 22 janvier 2009 portant fixation des indemnités du président du Conseil supérieur des assurances sociales, de l'assesseur-magistrat le remplaçant, des assesseurs-magistrats, du magistrat remplaçant le président ou le vice-président du Conseil arbitral des assurances sociales, des assesseurs-assurés et des assesseurs-employeurs, des prestataires de soins et de la Caisse nationale de santé siégeant auprès du Conseil arbitral et du Conseil supérieur des assurances sociales, des experts et des témoins.
- Règlement grand-ducal du 18 février 2009 ayant pour objet de fixer les indemnités des membres des organes des institutions de sécurité sociale.

A la suite de la mise en vigueur de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique, la base habilitante de certaines indemnités a changé. Les redressements nécessaires ont dû être opérés. Il a été profité de l'occasion pour adapter certaines indemnités au volume de travail fourni par les membres des différents comités directeurs, conseils d'administration et administrations.

- Le règlement grand-ducal du 12 février 2009 modifiant le règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 déterminant en application de l'article 294 du Code des assurances sociales la procédure à suivre devant le Conseil arbitral et le Conseil supérieur des assurances sociales, ainsi que les délais et frais de justice.

Ce texte opère certaines modifications techniques qui sont devenues nécessaires par l'entrée en vigueur au 1er janvier 2009 de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique. En effet, cette loi change, d'une part, la dénomination "Code des assurances sociales" en "Code de la sécurité sociale" et, d'autre part, porte changement de la numérotation des articles. Les dispositions de l'ancien article 294 réglant la procédure devant les juridictions sociales sont intégralement reprises par l'article 455 du Code de la Sécurité sociale.

- Règlement grand-ducal du 25 juin 2009 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 5 mai 1999 concernant l'assurance continuée, l'assurance complémentaire, l'assurance facultative, l'achat rétroactif de périodes d'assurance et la restitution de cotisations remboursées dans le régime général d'assurance pension.

Suite à la fusion des caisses de pension opérée par la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique, certains redressements techniques concernant la pratique de l'assurance continuée, de l'assurance complémentaire et de l'assurance facultative ont dû être effectués. D'autre part, les règles de l'achat rétroactif de périodes d'affiliation en cas de passage d'un régime de pension international vers le régime général ont été précisées.

- Le règlement grand-ducal du 22 juillet 2009 déterminant les valeurs de la réserve de compensation du régime général d'assurance pension pouvant être investies à travers un ou plusieurs organismes de placement collectif.

Ce texte détermine les montants que le Fonds de compensation peut investir dans les compartiments des obligations, dans les compartiments des actions et des investissements et dans les compartiments des biens immobiliers.

- Le règlement grand-ducal du 18 décembre 2009 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 18 décembre 2009 a fixé le coefficient d'ajustement pour l'exercice 2008.

L'ASSURANCE DÉPENDANCE

L'organisation de la Cellule d'évaluation et d'orientation

L'organigramme fonctionnel

La nouvelle structure organisationnelle basée sur les processus fonctionnels de la Cellule d'évaluation et d'orientation, élaborée en 2008, est entrée en application au 1er janvier 2009.

Soigneusement préparée l'année précédente, la mise en place de la nouvelle organisation s'est opérée progressivement, avec des efforts sans-doute mais aussi beaucoup de calme. A l'heure actuelle, cependant, il est encore difficile d'en mesurer les effets sur le travail quotidien. La CEO avait présenté cette réalisation pour l'obtention de l'*EPSA AWARD*. Elle avait été retenue parmi les meilleures expériences dans la Fonction publique européenne sans toutefois être primée, notamment en raison de sa nouveauté et de l'impossibilité de mesurer l'impact du nouveau fonctionnement sur le travail réalisé.

La nouvelle structure organisationnelle a été formalisée en organigramme représentant tant la division du travail que la coordination du travail. On y distingue certes les relations d'autorité hiérarchique mais aussi les relations d'autorité opérationnelle, les relations de conseil et les relations de collaboration. Cet organigramme se révèle dès lors d'une certaine complexité.

Dans le présent rapport, on se contentera de présenter très brièvement les différents services de la Cellule d'évaluation et d'orientation.

On commencera par citer les services intervenant directement dans le traitement du dossier pour terminer par les services de support.

• Le service d'orientation des dossiers

La mission de ce service est d'orienter les dossiers de demande de prestations en vue du meilleur traitement possible par le professionnel le plus compétent pour cerner la dépendance du demandeur.

Ce service coordonne l'activité des équipes de tri des dossiers et de l'équipe de distribution. C'est au sein de ce service que sont recueillies toutes les informations permettant la comptabilité des dossiers traités par la CEO. En instaurant ce service, la CEO s'est dotée d'un incomparable instrument de veille. Grâce à la vigilance des agents du service orientation, il est possible maintenant de repérer rapidement les retards dans le traitement des dossiers et de les pallier au plus vite.

• Le service d'évaluation et de détermination

Il s'agit du service le plus important en termes d'effectifs. Il constitue en quelque sorte le cœur du réacteur. Sa mission est d'évaluer la situation de dépendance, de déterminer les prestations requises. Il est également chargé de l'amélioration des instruments d'évaluation de l'état de dépendance et de détermination des prestations requises. C'est au niveau de ce service que doivent s'opérer **toutes** les opérations de suivi et de gestion des dossiers individuels.

• Le service de qualité interne

Ce service a pour mission de développer une démarche d'amélioration de la qualité des interventions de la Cellule d'évaluation et d'orientation. Il doit également s'assurer que les processus nécessaires au management de la qualité sont établis, appliqués et régulièrement actualisés. Ce service développe notamment un outil de gestion des plaintes qui doit devenir une plaque tournante pour l'amélioration continue des pratiques de la CEO.

• Le service de promotion de la qualité et du contrôle des prestations

Le service de promotion de la qualité et du contrôle des prestations a pour mission de promouvoir l'amélioration des pratiques au sein du secteur des soins de longue durée en développant une culture de qualité commune à tous les prestataires ainsi que des objectifs de qualité partagés par tous.

Il a également pour mission de développer un système pérenne de contrôle de la quantité des prestations et de l'adapter régulièrement à l'évolution des besoins.

Pierre d'angle de la commission de qualité des prestations de l'assurance dépendance, le service se doit également de garantir la cohérence des pratiques professionnelles, des instruments de mesure de la dépendance et des normes définies pour les prestations.

• **Le service partenariat et communication externe**

Sa mission est de *rendre visible* le fonctionnement de la CEO, ses pratiques, sa vision, ses missions et ses valeurs, pour toutes les parties prenantes (collaborateurs, autorité politique, prestataires et bénéficiaires).

Il se charge également de partager toutes les expériences de la CEO en matière de besoins et de problèmes de la population dépendante. Il appuie toutes les initiatives pour y répondre.

Pour satisfaire à sa mission, il développe des instruments et construit une politique de communication cohérente.

• **Le service de la gestion administrative**

Le service est chargé du budget, de la communication interne, de la formation, de l'informatique, de la logistique, de la gestion du personnel, du secrétariat, de la réception et de la protection des données.

• **La direction**

La direction dirige et coordonne l'ensemble des services et organes de la CEO. Elle contribue au développement de l'assurance dépendance et assure l'essor de la CEO. La direction s'est entourée d'un conseiller en matière d'aides techniques et adaptations du logement.

La construction d'un nouvel instrument de mesure et l'élaboration d'une nouvelle procédure de détermination de la dépendance

Au cours de l'année 2009, des représentants de tous les services concernés ont entamé un large travail d'échange afin d'élaborer un nouvel instrument de mesure et une nouvelle procédure de détermination de la dépendance. L'objectif donné à ce grand chantier est la simplification de l'instrument pour le rendre plus transparent pour les prestataires et les bénéficiaires mais aussi pour en optimiser les résultats. Le projet a été élaboré selon la méthode Quapital- Hermes. Ce projet s'étendra sur plusieurs années. Les premières étapes sont en voie d'être franchies.

Le rôle de chacun des collaborateurs de la Cellule va s'en trouver profondément enrichi. Chacun pourra prendre en charge un bénéficiaire depuis l'évaluation jusqu'à l'établissement de son plan de prise en charge. Cette " réforme " n'entamera cependant pas les spécialités et les spécificités des agents. Au contraire, elle permettra à chacun de dégager du temps et de l'énergie pour les domaines dans lesquels il peut le mieux exercer ses compétences professionnelles et personnelles spécifiques.

La charte des valeurs

Au cours de l'année 2009, dans la ligne de sa mission, s'appuyant sur la vision qu'elle s'est fixée, la CEO a consigné, en une charte, les valeurs qui donnent le sens de ses activités : solidarité, orientation citoyen/client, travail d'équipe, conscience professionnelle, conformité et transparence des décisions. Ces valeurs, elle va s'attacher, au cours des prochaines années, à les vivre pour qu'elles transparaissent encore davantage dans son activité. Elle s'est en outre donné quelques règles de conduite qui l'aideront dans la concrétisation de ces valeurs.

La charte d'accueil et de service

La qualité de l'accueil dans le service public devrait couler de source. Pourtant, trop souvent encore, l'accueil varie de service à service et de fonctionnaire à fonctionnaire. Pour cette raison, le Ministère de la Fonction publique et de la Réforme administrative a voulu initier des chartes d'accueil. La Cellule d'évaluation et d'orientation a été choisie comme administration pilote pour la première charte d'accueil. Cette charte est maintenant terminée. Elle s'articule autour des six grands socles définis par le Ministère de la Fonction publique et de la Réforme administrative.

La charte d'accueil et de service de la Cellule d'évaluation et d'orientation sera présentée au public au cours d'une conférence de presse donnée en début d'année 2010.

Les dossiers de demandes de prestations, traités par la CEO au cours de l'année 2009

Entre le 1er janvier 2009 et le 31 décembre 2009, la Caisse nationale de santé a reçu 5 885 demandes de prestations pour aides et soins.

344 dossiers ont fait l'objet d'une mesure administrative (refus administratif, classement sans suite...)

Le nombre de dossiers de demandes pour aides et soins transmis à la CEO s'élève à 5 347 dossiers.

Les demandes se répartissent de la manière suivante :

Premières demandes		Demandes en révision		Total
Etablissement	Domicile	Etablissement	Domicile	
441	3 215	670	1 021	5 347

Le taux de refus s'élève à 19,3 %.

Les oppositions à une décision présidentielle se chiffrent à 102.

En ce qui concerne les aides techniques et adaptations du logement, la situation se dessine de la manière suivante:

Aides techniques	Adaptations du logement
6 446	179

L'évolution du contenu et de la qualité des prestations

Les travaux de la Commission de qualité des prestations

La commission de qualité des prestations constitue une plateforme de prédilection pour la promotion de la qualité dans les soins de longue durée.

La Commission de qualité des prestations, instaurée par la loi du 23 décembre 2005 a pour mission " *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* ". Le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 en arrête le fonctionnement.

Cette commission est composée de représentants de la Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance, du Ministère de la Famille et de l'Intégration, de la Confédération des prestataires d'aides et de soins (COPAS), du Ministère de la Santé ainsi que de la Patiente Verriedung asbl.

Les premières rencontres de la Commission ont eu lieu en fin d'année 2007 et ont abouti à la réalisation d'un état des lieux en matière de démarches et initiatives qualité dans le secteur des soins de longue durée. Cet état des lieux a été dressé via un questionnaire. Les résultats ont été présentés dans la deuxième partie de 2008.

L'exploitation du questionnaire a mis en lumière une certaine hétérogénéité au sein du secteur en ce qui concerne la formalisation des pratiques et la mise en œuvre de démarches qualité. Toutefois, une réelle volonté de tous les prestataires pour développer et améliorer l'existant en se conformant à certaines lignes directrices a été confirmée.

Les résultats de ce questionnaire et les discussions au sein de la commission reflètent sa ligne de conduite : respecter les initiatives engagées pour développer un cadre d'objectifs communs, avec des exigences réalistes et progressives en termes de résultats. Ceci constitue un des grands défis de la Commission.

Pour y arriver, la Commission s'est donné un programme de travail qui met notamment l'accent sur l'amélioration de la qualité de la documentation de l'usager. Ce programme concerne les deux prochaines années. Les recommandations pour cette documentation visent également à homogénéiser l'utilisation d'outils d'évaluation et de suivi des publics concernés en fonction des lieux de vie. Enfin, l'échange d'informations sera favorisé par une intensification de la communication entre les différents intervenants. Ces initiatives auront soin d'être conformes aux obligations réglementaires et législatives en matière de protection des données. Elles seront également mises en parallèle avec d'autres projets nationaux, comme par exemple le programme *E-santé*.

La Commission souhaite en outre favoriser la formalisation de démarches dans le domaine de l'hygiène en proposant aux professionnels des recommandations pour la mise en place de plans d'hygiène globaux. En parallèle, la Commission a mis à la disposition des prestataires, un protocole de gestion d'épidémie de gastro-entérite à la fin de l'année 2009.

Enfin, la Commission ambitionne de créer à moyen terme un référentiel des exigences vers lesquelles tout le secteur doit tendre et qui permettra aux prestataires de s'auto-évaluer.

Le leitmotiv de la Commission de qualité des prestations est donc de développer des outils pragmatiques qui motiveront les professionnels dans leurs démarches d'amélioration continue afin de garantir à chaque bénéficiaire, des soins et un accompagnement de qualité, quelle que soit la filière de prise en charge.

L'opérationnalisation du projet d'action expérimentale " Nuetswaach "

Le règlement grand-ducal du 16 décembre 2008 déterminait les modalités du projet d'action expérimentale " Nuetswaach ". Le projet d'action expérimentale " Nuetswaach " a démarré effectivement le 1er mars 2009. L'objectif de ce projet est d'étudier la possibilité, les modalités et le coût de l'intégration d'une prestation garde de nuit dans le cadre de l'assurance dépendance.

La conclusion du projet d'action expérimentale prise en charge de patients atteints de neurodépendance

Le projet d'action d'action expérimentale sur la prise en charge des patients atteints de *neurodépendance* a été clôturé en juin 2009. Les évaluateurs sont occupés à mettre une dernière main aux conclusions de ce projet. Elles paraîtront à la fin du mois d'avril 2010.

Le bilan des activités de soutien

Dès lors que les activités de soutien étaient redéfinies et centrées sur des objectifs en matière d'actes essentiels de la vie, il devenait indispensable de les évaluer en termes de résultats. Le travail de définition des actes de soutien et de formation des professionnels à leur détermination ainsi qu'à leur évaluation se poursuit.

Des bilans avaient déjà été réalisés au cours de l'année 2008. Ils se sont poursuivis au cours de l'année 2009. En voici quelques résultats:

52 plans de prises en charge ont été examinés et discutés avec les prestataires.

Dans 48 % des plans étudiés, un acte au moins a été enlevé. Dans 6 % de ces plans, deux actes au moins ont été enlevés et dans 2 %, 3 actes au moins ont été enlevés.

Au total, on peut dire que 30 actes ont été enlevés.

Il s'agit, pour 33 %, de l'acte SO 1211, pour 13 % de l'acte SO11è, pour 13% de l'acte SO 118, pour 13 % de l'acte SO121, pour 7 % de l'acte SO119, Pour 3% de l'acte SO115. L'acte SO116 n'a jamais été enlevé.

Dans 8% des plans, la quantité d'actes a augmenté et dans 23% des plans, on constate une augmentation de la fréquence des actes.

L'étude sur la satisfaction des bénéficiaires en établissements d'aides et de soins à séjour continu

En 2006, le CEPS avait réalisé une étude sur la satisfaction des bénéficiaires à domicile. L'objectif était d'appréhender le sentiment global des bénéficiaires par rapport à ce qui leur est apporté par l'assurance dépendance : comportements et pratiques de l'administration, prestations, comportements et pratiques des prestataires.

Les conclusions de l'étude s'étaient révélées plutôt positives dans l'ensemble. Face à ces résultats positifs, un certain nombre de voix se sont élevées pour dire que les problèmes ne se situaient pas au niveau du maintien à domicile mais au niveau des établissements. Pour cette raison, le ministre de la Sécurité sociale a également souhaité une étude similaire pour les établissements. Le Conseil de Gouvernement a marqué son accord avec la réalisation de cette étude.

L'objectif de l'étude est de déterminer le niveau de **satisfaction globale des personnes bénéficiant de l'assurance dépendance** et résidant dans les établissements à séjour continu au Grand-duché de Luxembourg. Il n'est donc pas question d'évaluer la qualité des établissements mais d'évaluer la **satisfaction des bénéficiaires de l'assurance dépendance**.

Cette étude a démarré en août 2009. La collecte des données est en voie de se terminer. Des résultats sont attendus pour le milieu l'année 2010.

L'évolution 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 2008 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	6 491	66,3	3 300	33,7	9 791
2007	6 810	67,4	3 282	32,6	10 092
2008	6 983	66,7	3 486	33,3	10 469

Source : décomptes UCM/ CNS

C'est au niveau des personnes dépendantes à domicile que l'augmentation est la plus évidente. En 2008, la proportion des personnes dépendantes à domicile représente le double des personnes en établissement d'aides 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'aides et de soins 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	2007
Personnel d'assistance et de soins	1 578,0	1 704,0	1 887,5	2 231,5	2 324,5	2 458,9	2 555,4
Personnel socio-éducatif	50,9	35,2	77,0	48,2	59,2	61,1	65,0
Personnel administratif	143,1	160,3	169,6	199,6	217,3	219,8	245,7
Personnel technique et logistique	1 109,0	1 176,4	1 198,5	1 002,4	1 066,7	1 101,4	1 121,7
TOTAL	2 881,3	3 075,8	3 332,7	3 481,8	3 667,6	3 841,2	3 987,8
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	1 629,2	1 739,2	1 964,5	2 279,7	2 383,6	2 520,0	2 801,1
	56,5%	56,5%	58,9 %	65,5%	65%	65,6%	70,2

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

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Personnel d'assistance et de soins	380,9	488,6	559,9	703,2	857,3	949,7	1 433,3
Personnel socio-éducatif	4,8	6,4	7,1	7,7	9,1	8,0	11,7
Personnel administratif	61,5	73,4	76,0	78,9	87,6	95,4	104,0
Personnel technique et logistique	167,0	200,2	5,9	8,3	9,3	12,01	11,0
TOTAL	614,2	768,5	648,9	798,1	963,3	1 065,1	1 559,9
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	385,7	495,0	567,0	710,9	866,4	957,6	1 445
	62,8%	64,4%	87,4%	89,1%	89,9%	89,9%	92%

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	2007
Personnel d'assistance et de soins	154,9	158,2	178,4	216,5	253,2	270,1	312,9
Personnel socio-éducatif	239,8	253,5	269,9	315,3	343,9	351,0	307,1
Personnel administratif	24,0	25,7	29,3	30,7	35,6	38,0	37,7
Personnel technique et logistique	83,9	84,1	68,9	96,5	98,9	99,6	106,3
TOTAL	502,6	521,4	546,5	659,0	731,6	758,7	764,0
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	394,7	411,6	448,3	531,8	597,1	621,1	620
	78,5%	78,9%	82,0%	80,7%	81,6%	81,9%	81,9%

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

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Personnel d'assistance et de soins	55,7	67,8	82,5	102,5	117,0	130,1	148,1
Personnel socio-éducatif	9,9	12,7	12,7	15,5	17,2	20,5	46,6
Personnel administratif	6,5	9,0	14	10,5	10,2	13,2	14,6
Personnel technique et logistique	26,9	35,1	30	33,1	44,8	35,8	43,8
TOTAL	99,0	124,62	139,25	161,57	178,8	199,6	253,1
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	65,6	80,5	95,2	118,0	123,8	150,6	194,7
	66,3%	64,6%	68,4%	73,0%	69,2%	75,5%	76,9%

Les recettes et dépenses de l'assurance dépendance

Evolution de 2001 à 2008 des recettes et dépenses courantes de l'assurance dépendance (en millions EUR)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 ¹⁾
Recettes								
Cotisations des assurés	112,7	122,1	130,6	138,8	148,1	158,2	234,8	256,0
Participation de tiers	87,1	87,9	103,9	112,7	138,0	149,4	140,0	140,0
Prélèvements aux provisions pour prestations à liquider	115,8	110,7	69,9	57,9	87,2	67,2	90,6	175,3
Autres recettes	4,9	4,8	4,0	8,2	6,8	4,9	7,5	9,5
Total des recettes courantes	320,6	325,4	308,4	309,4	380,1	379,7	465,4	500,8
Dépenses								
Frais d'administration	2,5	2,4	3,2	3,0	4,0	4,1	4,5	5,6
Prestations en espèces	13,1	12,1	9,4	9,7	8,9	8,3	7,8	7,2
Prestations en nature	168,5	219,3	217,5	231,9	306,2	290,0	234,2	225,3
Transfert de cotisations	1,0	1,0	1,4	1,7	2,3	2,8	2,9	3,6
Dotations aux provisions pour prestations à liquider				87,2	67,2	90,6	175,3	290,5
Dépenses diverses	0,1	1,7	0,6	0,5	2,3	0,8	0,3	0,2
Total des dépenses courantes	295,9	306,4	290,0	334,0	393,7	396,6	424,9	532,4

¹⁾ Ces chiffres tiennent compte de provisions. Dans les comptes effectifs, cette provision n'a pas pu être intégrée en raison d'une communication hors délai. La présentation des comptes sans cette provision donne une vision particulièrement optimiste de la situation financière de l'assurance mais néanmoins tout à fait irréaliste

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.

Le lecteur qui souhaite des informations plus détaillées sur la situation financière de l'assurance dépendance pourra les trouver dans le rapport général de la sécurité sociale ou sur le site de la sécurité sociale.

Le projet " Représentation économique harmonisée des prestations d'aides et de soins et des tâches domestiques au sein des établissements d'aides et de soins à séjour continu "

Le 27 mars 2008, le Gouvernement a lancé un projet ayant trait à l'analyse scientifique des aides et soins dispensés aux pensionnaires des établissements d'aides et de soins à séjour continu au Luxembourg. Une large controverse concernant le financement des tâches domestiques dans les établissements d'aides et de soins a été à l'origine de cette initiative.

Le projet vise à apporter une plus grande transparence dans les structures de coûts et dans l'organisation des prestations d'aides et de soins et des services transversaux au sein des structures de soins de long séjour au Luxembourg. Une représentation uniformisée, transparente et tenant compte de facteurs économiques a été développée pour l'ensemble de ces prestations et des coûts. Les résultats sont présentés sous forme d'un calcul des coûts unitaires par prestataire, la " KTR " (" Kostenträgerrechnung "). La " KTR " est destinée à servir d'instrument de planification et de gouvernance pour les établissements d'aides et de soins, les gestionnaires et les différents

financiers des prestations. Afin d'aboutir à une transparence des coûts et des prestations, il est indispensable de disposer d'une connaissance détaillée des coûts effectifs supportés par les établissements d'aides de soins ainsi que du temps nécessaire à l'accomplissement des différents actes et services prestés au sein de ces mêmes établissements.

Tous les acteurs concernés ont participé activement tout au long de l'exercice 2009 aux travaux de plusieurs groupes de travail institués en vue de préparer au mieux le secteur en ce qui concerne 1. le plan comptable uniforme, 2. la comptabilité analytique qui en découle, 3. le recensement de tous les actes et services prestés et 4. la prise en charge future des tâches domestiques. Ces acteurs sont : la Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins, le Ministère de la Famille et de l'Intégration, le Ministère de la Sécurité sociale, l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé, la Cellule d'évaluation et d'orientation et le Fonds national de solidarité. Les différentes entités ont été et seront continuellement impliquées tout au long du projet afin de concilier les différents besoins et de favoriser l'adhésion de toutes les parties prenantes. L'étude, qui est toujours en cours, est menée en collaboration très étroite avec un consultant du domaine financier qui s'est assuré à son tour de la collaboration avec des chercheurs en matière d'économie des soins d'une faculté allemande spécialisée dans ce domaine.

Le projet, qui revêt la forme d'une étude financière, se compose des modules suivants :

Le recensement des prestations vise à déterminer le temps consacré aux prestations d'aides et de soins et aux autres prestations transversales, de les classer par catégorie individuelle de prestation (soins de base, traitements infirmiers, tâches domestiques) et par organisme payeur. Il tend également à déterminer les coûts générés par les prestations servies. Dans le cadre du recensement, une distinction est faite entre les pensionnaires bénéficiant des prestations de l'assurance dépendance et les non-bénéficiaires. La globalité des prestations servies dans le cadre de l'hébergement de long séjour sont recensées afin de pouvoir disposer d'une représentation holistique de la charge financière qu'elles représentent. Le recensement est mis en œuvre moyennant un questionnaire reprenant la nomenclature existante de l'assurance dépendance, ce qui permet aux collaborateurs des différents établissements d'aides et de soins d'avoir une compréhension uniformisée du recensement des prestations. En outre, certaines prestations complémentaires, réalisées individuellement par les différents établissements, sont également recensées dans le questionnaire. Le recensement des prestations est réalisé de façon harmonisée, et ce indépendamment des méthodes de soins utilisées par chaque établissements et des infrastructures spécifiques à chaque institution.

La mise à disposition d'informations comptables dans le cadre de l'analyse économique est également nécessaire dans le cadre de la représentation uniformisée, transparente et économique des prestations servies dans les établissements d'aides et de soins. Les différents coûts et produits des établissements sont classés par type de coûts et centre de coûts par la mise en place d'un plan comptable analytique standardisé. Les données liées aux prestations et les données comptables sont ensuite combinées dans la " KTR " (" Kostenträgerrechnung ") et analysées de façon différenciée par catégorie de prestation.

Les travaux de mise en œuvre de la nouvelle méthodologie de recensement et de calcul se poursuivront tout au long de l'exercice 2010. Ces travaux visent la mise au point définitive du plan comptable uniforme et analytique pour le secteur de l'hébergement de long séjour ainsi que la formation du personnel des établissements d'aides et de soins à séjour continu dans le cadre des nouveaux outils de recensement et de comptabilité.

La loi du 18 décembre 2009 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2010 prévoit dans son article 54 la marche à suivre future en ce qui concerne la prise en charge des tâches domestiques dans les établissements d'aides et de soins en modifiant notamment l'article 57, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale. La solution y formalisée est le fruit des travaux réalisés jusqu'à présent dans le cadre de l'étude économique décrite ci-avant.

Les négociations des valeurs monétaires en 2009

La caisse nationale de santé et la COPAS se sont accordées sur les valeurs monétaires horaires applicables à chacun des prestataires de l'assurance dépendance pour 2010.

Ces valeurs monétaires horaires sont les suivantes :

	EUR	Variation par rapport à 2009
Etablissements à séjour continu	44,35	- 0,4 %
Etablissement à séjour intermittent	47,59	- 1,5 %
Réseau d'aides et de soins	58,54	+ 1,6 %
Centres semi-stationnaires	50,92	- 2,6 %

La médiation de la lettre-clef des actes infirmiers pour les années 2009 et 2010

Une procédure de médiation de la lettre-clef des actes infirmiers dans le cadre de l'assurance dépendance a été entamée en mai 2009.

En novembre 2009, le médiateur faisait une proposition qui a été acceptée unilatéralement par l'ANIL et la COPAS. La CNS a, pour sa part, refusé la proposition du médiateur.

Une démarche a été tentée par la COPAS auprès de la CNS pour trouver un compromis et éviter ainsi une procédure auprès du Conseil supérieur des assurances sociales. Cette démarche n'a pas abouti.

L'évolution législative et réglementaire

Pour l'année 2009, on relèvera quelques étapes marquantes de l'évolution législative et réglementaire qui n'ont pas toujours concerné directement l'assurance dépendance mais qui ont, à des degrés divers influencé son cours.

La loi sur le statut unique

La loi du 13 mai 2008 introduisant le statut unique n'a pas été sans incidence sur l'assurance dépendance. Cette loi a entraîné une grande réforme de l'organisation de la sécurité sociale et notamment de l'assurance maladie. Cette réforme s'est concrétisée par la création de la Caisse nationale de santé. Etant le même que celui de l'assurance maladie, l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance est dès lors devenu, comme pour l'assurance maladie, la Caisse nationale de santé. Celle-ci résulte de la fusion de l'Union des caisses de maladie avec les caisses de maladie du secteur privé.

Les missions de la Caisse nationale de santé par rapport à l'assurance dépendance restent ce qu'elles étaient à l'époque de l'Union des caisses de maladie. Ce qui était auparavant le Conseil d'administration devient le Comité-directeur dont la composition, quant à elle, a été modifiée par l'adjonction de représentants des caisses de maladie du secteur privé.

La loi sur les soins palliatifs

On notera aussi l'introduction, le 16 mars 2009, de la loi relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie. La loi est entrée en application le 1er juillet 2009.

Bien qu'étant financés à charge du budget de l'assurance dépendance, les soins palliatifs ne relèvent pas de l'organisation de l'assurance dépendance. Les procédures de l'assurance dépendance se révélaient beaucoup trop pesantes dans le contexte des soins palliatifs. Pour répondre au mieux à ses objectifs, la loi sur les soins palliatifs se devait de simplifier autant que possible la procédure administrative en vue de l'obtention des prestations : le médecin-traitant introduit la demande, les prestataires prodiguent les soins et les facturent sous forme forfaitaire. La loi ouvre le droit à des prestations pour les actes essentiels de la vie et des tâches domestiques avec un plafond maximal de 38,5 heures par semaine.

Certaines prestations existant dans l'assurance dépendance et qui pourraient éventuellement répondre aux besoins des personnes bénéficiant de soins palliatifs n'ont cependant pas été prévues dans la loi sur les soins palliatifs. On pense principalement aux activités de soutien et à la prestation en espèces destinée à l'aidant informel. Une nomenclature spécifique intégrant ces prestations sera arrêtée pour les soins palliatifs en début 2010. Une convention entre la CNS et la COPAS (Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins) doit être signée à cet effet. Dans l'attente de la signature de cette convention, les personnes bénéficiaires de l'assurance dépendance nécessitant par la suite des soins palliatifs continueront à bénéficier des prestations de l'assurance dépendance, dans la mesure où celles-ci leur sont plus favorables.

La procédure interne prévue pour octroyer les prestations de l'assurance dépendance aux personnes en fin de vie a été interrompue le 1er juillet 2009, au moment de l'entrée en application de la loi sur les soins palliatifs.

Modification par la loi budgétaire pour l'exercice 2010, de l'article 357, alinéa 2 du Code des assurances sociales : prise en charge des tâches domestiques dans les établissements d'aides et de soins à séjour continu

La loi du 18 décembre 2009 concernant le budget des recettes et dépenses de l'Etat pour l'exercice 2010 prévoit à l'article 55, le principe de la majoration de la prise en charge stationnaire d'un forfait pour tâches domestiques de 1,19 heures par semaine pour les charges imputables directement et un forfait de 1,38 heures pour les charges imputables indirectement aux personnes dépendantes.

Cette prise en charge est conditionnelle : les établissements sont tenus de réaliser des enquêtes en vue de l'établissement périodique du relevé des activités et de procéder à partir de 2010 à une comptabilité analytique conformément aux exigences précisées dans la loi sur l'assurance dépendance (article 388bis, alinéa 3, point 6).

Du point de vue pratique, pour les besoins de la facturation, un nouveau tarif a été créé (TD103). Il correspond à la somme des deux forfaits (charges directes et indirectes), soit 154,2 minutes.

La convention-cadre entre la Caisse nationale de Santé et les prestataires d'aides et de soins

Le principe de la convention-cadre a été introduit par les modifications de la loi sur l'assurance dépendance en 2005.

La convention-cadre formalise les droits et obligations de l'organisme gestionnaire et des prestataires dans le cadre de l'assurance dépendance. Chaque prestataire adhère à la convention-cadre en signant un contrat d'aides et de soins.

La convention-cadre, entrée en application au 1er janvier 2007, avait été rédigée sur base du compendium élaboré au fil du fonctionnement de l'assurance dépendance pendant les premières années.

La convention-cadre a été modifiée en 2009. Les nouvelles dispositions seront d'application à partir de 2010.

A partir de 2010, cette aire est étendue à la circonscription électorale.

- La convention-cadre modifiée étend notamment l'aire géographique à couvrir par les réseaux d'aides et de soins. Jusqu'à présent, l'aire géographique imposée pour fonctionner comme réseau d'aides et de soins était la commune.
- La convention-cadre modifiée prévoit aussi certaines dispositions en matière d'activités de soutien. Elle permet notamment aux prestataires de substituer entre elles, certaines activités de soutien (garde à domicile, activités spécialisées et non spécialisées en groupe) sans accord préalable de la Cellule d'évaluation et d'orientation.
- Les dispositions de la convention-cadre modifiée sont également d'application pour les personnes en fin de vie, dans la mesure où ces dispositions sont conformes à la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.
- La convention-cadre modifiée instaure une commission des normes qui a pour objectif d'enrichir la documentation en vue des négociations des valeurs monétaires.
- La convention-cadre prévoit certaines nouvelles modalités d'application de la valeur monétaire. De façon à inciter les prestataires concernés à quitter la convention collective de l'Entente des hôpitaux luxembourgeois (EHL) pour passer vers la convention collective du secteur d'aides et de soins (SAS), des différentiels positifs accolés aux valeurs monétaires seront octroyés à certains prestataires. Le choix des prestataires sera opéré par la COPAS. Le principe des différentiels est intégré à la convention-cadre modifiée qui prévoit aussi que les différentiels positifs pourront être de valeur différente selon les établissements alors que les différentiels négatifs seront identiques. L'accord de tous les prestataires avec ce principe n'est cependant pas encore acquis.
- La convention-cadre modifiée prévoit aussi les modalités pratiques pour la facturation des tâches domestiques dans les établissements à séjour continu.

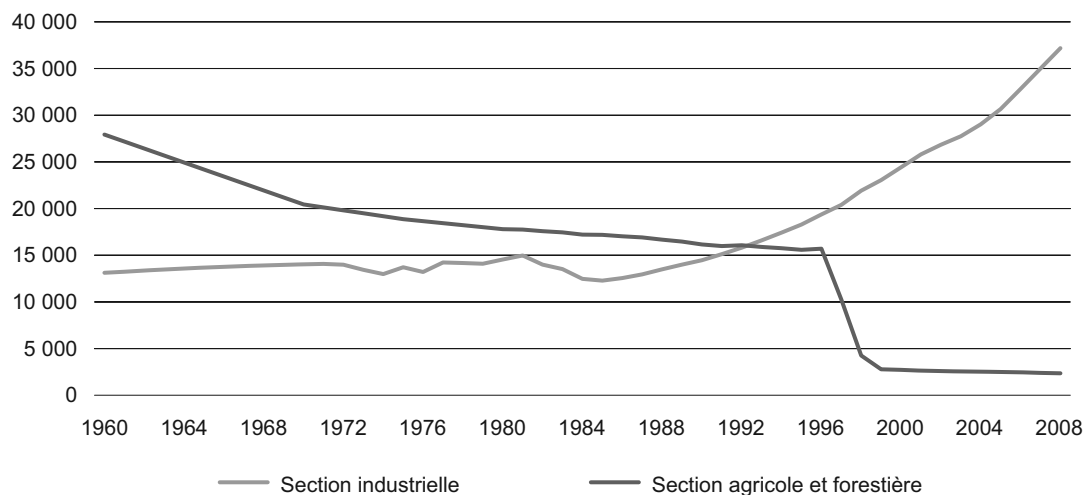
L'ASSURANCE ACCIDENTS

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)

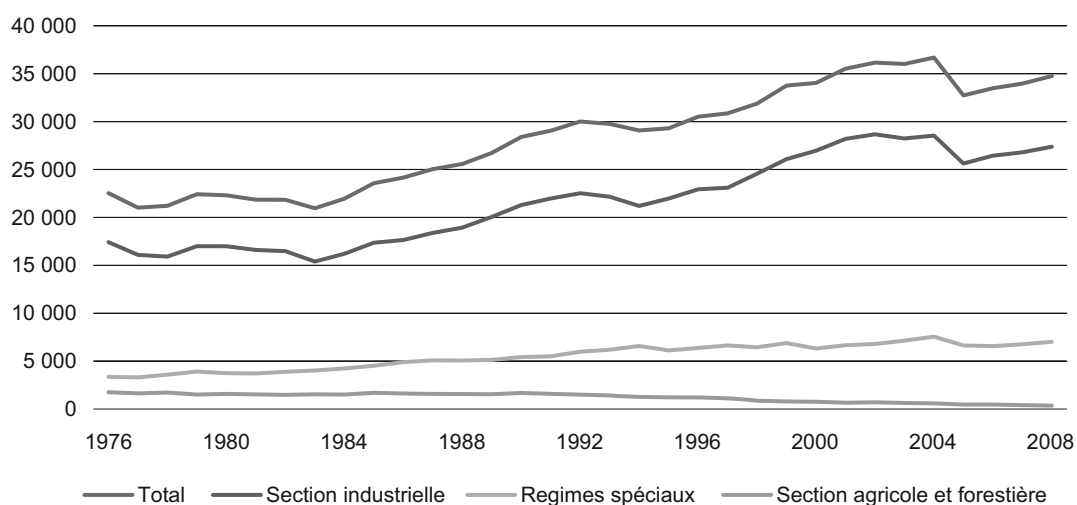


Après une période de relative stabilité, le nombre d'entreprises affiliées à la section industrielle de l'association d'assurance avait été décroissant dès le début des années quatre-vingt. Grâce à la reprise de la conjoncture économique, le nombre a augmenté ensuite de plus de 5% par année. En 2008 le nombre des entreprises a dépassé 37 000 unités, une augmentation qui a été de 6,2% face à 6,7% en 2007.

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 subit 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 2008.

Statistiques sur les accidents

Evolution du nombre d'accidents déclarés



A partir du 1er mai 2005, l'assurance accidents 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 2008 s'élève à 34 748 dont 27 373 (78,8%) pour la section industrielle, 7 013 (20,2%) pour les régimes spéciaux et 362 (1,0%) pour la section agricole et forestière. Le nombre des accidents mortels est de 18 unités. La campagne de prévention d'accidents commence à porter ses fruits, le nombre des accidents par 100 salariés-unités reste stable à 8,8 en 2008 par rapport à 8,9 en 2007.

Parmi les cas déclarés à la section industrielle, 73,1% concernent des accidents de travail proprement dits, 25,9% des accidents de trajet et 1,0% des maladies professionnelles.

Rentes

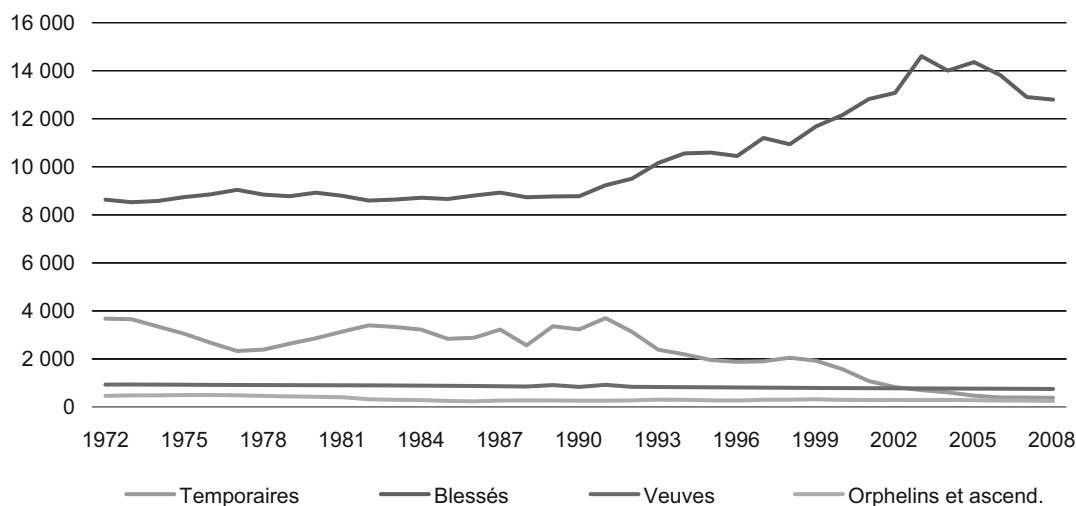
Le nombre total des rentes s'élève en 2008 à 14 173 unités contre 14 312 en 2007. La répartition de ces rentes suivant le régime et la catégorie se présente comme suit:

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

Catégorie	AAI	dont régimes spéciaux	AAA	Total
Rentes temporaires	364	-	16	380
Rentes de blessés	11 095	584	1 702	12 797
Rentes de conjoints survivants	694	14	51	745
Rentes d'orphelins	245	5	4	249
Rentes d'ascendants	2	-	-	2
Total	12 400	603	1 773	14 173

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 et affiche même une légère tendance à la baisse avec 1 054 rachats pour 2008 pour la section industrielle.

Dans la section agricole et forestière, le nombre passe de 3 rachats en 2007 à 7 en 2008.

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	8 444	1 796	10 240	71,87	5,84	77,72
Autres pays de l'UE	5 323	15	5 338	47,43	0,07	47,50
Allemagne	775	6	781	7,05	0,01	7,06
Autriche	7	-	7	0,04	-	0,04
Belgique	1 187	2	1 189	11,32	0,00	11,32
Danemark	2	-	2	0,01	-	0,01
Espagne	67	-	67	0,54	-	0,54
Finlande	-	-	-	-	-	-
France	2 594	2	2 596	23,07	0,01	23,08
Grèce	-	-	-	-	-	-
Irlande	-	-	-	-	-	-
Italie	279	-	279	2,32	-	2,32
Pays-Bas	6	1	7	0,05	0,00	0,05
Portugal	404	4	408	3,02	0,04	3,06
Royaume-Uni	1	-	-	0,00	-	-
Suède	1	-	1	0,01	-	0,01
Autres pays	46	4	50	0,56	0,04	0,61
Total	13 813	1 815	15 628	119,86	5,96	125,82

Les données financières

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 concernant le rachat des rentes, un prélèvement à la réserve légale de 17,8 millions EUR a été nécessaire en 2006. En 2008 comme en 2007, les recettes courantes dépassent encore les dépenses courantes de 6,3 millions EUR et une dotation à la réserve légale a été effectué pour équilibrer le compte d'exploitation.

Les dépenses courantes représentent 0,55% du PIB en 2008, 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 2008 n'atteint que 4,1% (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 2008 se chiffrent à 7,6 millions EUR par rapport à des recettes courantes de 4,8 millions EUR. Le manque de recettes de 2,8 millions EUR est couvert par un prélèvement de 0,5 millions EUR au fonds réserve légal et par des cotisations à percevoir de 2,3 millions EUR.

Les dépenses courantes

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
2008	202 600,30	208 905,41	6 305,11	7 621,47	4 798,42	-2 823,05	210 221,77	213 703,82	3 482,05

En 2008, les dépenses pour prestations des deux sections cumulées atteignent 190 848,5 milliers EUR et représentent 90,8% du total des dépenses, soit une augmentation de 2,9% au nombre indice 100 par rapport à 2007.

L'augmentation considérable des indemnités pécuniaires est due au fait que la caisse nationale de santé a exceptionnellement reculé sa date de clôture au 31.03.2009 afin de liquider les anciens dossiers restés en suspens.

Les modifications législatives du 21 décembre 2004 avaient presque fait doubler le montant des rachats d'office en 2006. Après cette année de transition, le montant des rachats en 2007 et 2008 se stabilise à un niveau comparable aux années 2004 et 2005.

Les frais d'administration, au nombre indice 100, ont connu une augmentation de 2,1% en 2008. Ils représentent 6,6% des dépenses courantes.

La structure des dépenses courantes (en milliers EUR)

	AAI	AAA	Total	En % du Total
Frais d'administration	13 374,62	404,35	13 778,97	6,6%
Prestations en espèces	148 558,41	6 108,75	154 667,16	73,6%
- Indemnités pécuniaires	28 292,84	108,46	28 401,29	13,5%
- Assurance dépendance	376,17	40,79	416,96	0,2%
- Rentes	89 093,91	5 792,67	94 886,58	45,1%
- Rachats et autres	30 795,49	166,84	30 962,33	14,7%
Prestations en nature	35 073,20	1 108,17	36 181,37	17,2%
Dépenses diverses	5 594,07	0,19	5 594,26	2,7%
Total	202 600,29	7 621,46	210 221,76	100,0%

Les recettes courantes

L'assurance accidents est financée à raison de 82,5% par des cotisations, de 7,3% par des contributions publiques et de 10,2% par des revenus de la fortune et des recettes diverses.

Les cotisations ont diminué par rapport à 2007 de 2,1% 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.

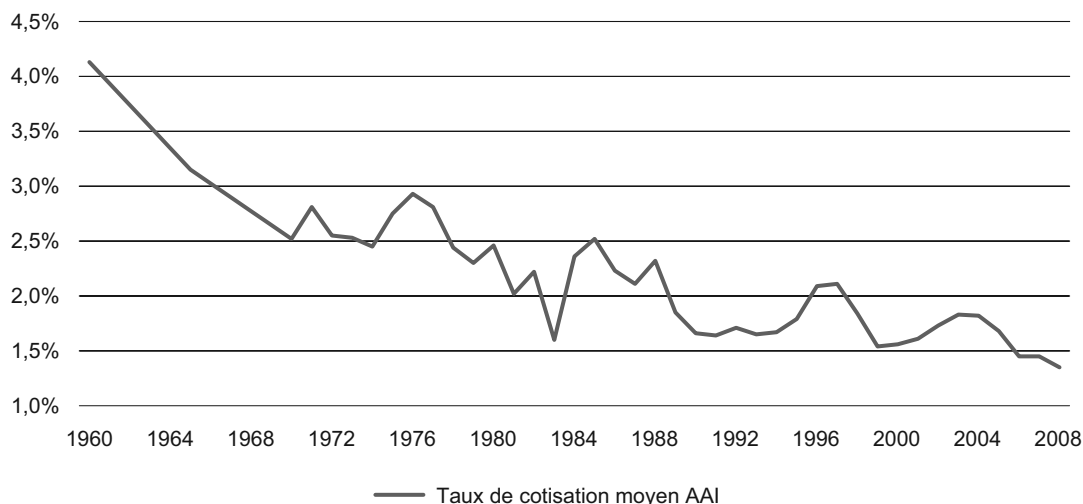
La structure des recettes courantes (en milliers EUR)

	AAI	AAA	TOTAL	En % du Total
Cotisations	175 893,83		175 893,83	82,3%
Participation de l'Etat	11 185,54	4 531,11	15 716,66	7,4%
Produits financiers et recettes diverses	21 826,03	267,30	22 093,33	10,3%
TOTAL	208 905,41	4 798,41	213 703,82	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 2008 à son niveau le plus bas pour atteindre 1,35%.

Evolution du taux de cotisation moyen de l'AAI



L'évolution législative et réglementaire

Suite au dépôt du projet de loi No 5899 portant réforme de l'assurance accident en date du 4 juillet 2008, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale de la Chambre des Députés a continué d'analyser le projet de loi tout au long de l'année 2009, notamment à la lumière de l'avis du Conseil d'Etat du 14 juillet 2009. De même ont été examinés d'importants amendements gouvernementaux qui ont principalement trait à la fiscalité et à la sécurité et la prévention des accidents dans les bâtiments publics ainsi que différents amendements parlementaires. Voilà pourquoi l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions, prévue initialement pour le 1er janvier 2010, a dû être reportée d'une année.

Rappelons que 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.

Il reste à noter que par arrêté ministériel du 15 décembre 2009, les taux de cotisation pour les différentes classes de risque pour l'exercice 2010 ont été approuvés.

LES REGIMES COMPLEMENTAIRES DE PENSION

L'évolution du 2e pilier de l'assurance pension

En 2009, la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension fête son 10e anniversaire et les chiffres relatifs au nombre d'entreprises ayant instauré un régime complémentaire de pension montrent que depuis le vote de la loi, le secteur des pensions complémentaires a connu une expansion continue.

Evolution du nombre des entreprises ayant instauré un régime complémentaire de pension

Ceci a été même le cas en 2009, où, dans un climat de crise, le nombre des entreprises ayant mis en place a augmenté de 14,78%, comme le montre le tableau ci-après.

Evolution du nombre d'entreprises ayant instauré un régime complémentaire de pension

Exercice	Entreprises disposant d'un RCP	Origine du nombre	Date-valeur de l'observation	Taux de croissance annuel entre dates d'observation	Taux de croissance annuel moyen sur 14 ans
1995	404	Etude ACD	fin d'année		11,37%
1996					
1997					
1998					
1999					
2000					
2001	683	Dossiers IGSS	fin d'année	9,15%	
2002					
2003	930	Statistique GEST.	fin d'année	16,69%	
2004					
2005					
2006					
2007	1 278	Registre IGSS	fin d'année	8,27%	
2008	1 590	Registre IGSS	fin d'année	24,41%	
2009	1 825	Registre IGSS	fin d'année	14,78%	

Partant des 404 régimes complémentaires de pension répertoriés en 1995 par l'ACD, le nombre des régimes complémentaires de pension a donc plus que quadruplé en 14 ans et la croissance propre à l'exercice 2009, année de crise, dépasse de plus de 3 points de % la moyenne annuelle sur toute la période.

Les dernières statistiques détaillées sur les régimes complémentaires de pension remontent à 2003. C'est en 2010 que l'Inspection générale de la sécurité sociale disposera de données actualisées sur le nombre des affiliés aux régimes complémentaires de pension, sur le montant des provisions existant en couverture des prestations promises et sur la répartition des régimes suivant les différents supports juridiques disponibles.

Affiliation au PSVaG (Pension-Sicherungs-Verein - Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit) des entreprises ayant instauré un régime complémentaire de pension sous forme de régime interne

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension, un nombre assez élevé d'entreprises a transformé son régime interne en régime externe, ce qui leur permettait de résilier l'affiliation obligatoire au PSVaG, assurance insolvabilité à contracter conformément à l'article 21 de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension et suivant la convention bilatérale entre l'Allemagne et le Luxembourg en vue d'assurer les droits des affiliés à un régime interne contre le risque de faillite de l'employeur.

Les chiffres relatifs à l'affiliation au PSVaG ont évolué comme suit :

Affiliation d'entreprises luxembourgeoises au PSVaG

Exercice ¹⁾	Nombre d'entreprises affiliées	Montant des provisions assurées contre l'insolvabilité (en mio EUR)	Taux de cotisation appliqué en %	Montant total des primes payées au PSVaG (en mio EUR)	Nombre de sinistres
2002	302	560	4,5	2,3	0
2003	240	510	4,4	2,2	0
2004	200	507	3,6	1,8	0
2005	175	487	4,9	2,4	0
2006	168	496	3,1	1,5	0
2007	160	504	3,0	1,5	0
2008	150	503	1,8	0,9	0
2009	149	509	14,2 ²⁾	4,2	0

¹⁾ Les chiffres relatifs aux nombres d'entreprises affiliées au PSVaG se basent sur les entreprises qui ont eu le droit d'assister à l'Assemblée générale du PSVaG de l'année en question.

²⁾ Comme expliqué plus bas, le PSVaG a fixé le taux de cotisation à 8,2% pour 2009 en répartissant les 6% restants sur les années 2010 à 2013.

On constate que, non seulement au cours des premières années, mais de façon continue, les entreprises tentent à transformer les anciens régimes internes en régimes externes non assujettis à affiliation auprès du PSVaG. La raison en est autant le fait que beaucoup d'entreprises ont transformé leurs régimes internes à prestations définies en régimes externes à contributions définies, solution dont l'impact financier est plus facilement appréciable que le fait que les entreprises peinent à payer une cotisation supplémentaire en raison du statut interne de leur régime.

A noter qu'à partir de 2007, la méthode de calcul des cotisations au PSVaG a été modifiée. En effet, le PSVaG prend désormais en compte dans la prime annuelle toutes les charges futures résultant des sinistres de l'année en question et il a introduit en même temps le paiement d'une prime unique totale de 8,66% payable en tranches égales sur 15 années (de 2007 à 2021) pour couvrir les frais résultant des sinistres des années antérieures à 2006.

Le taux de cotisation pour 2009 est de loin le plus élevé que le PSVaG ait jamais connu et il est évidemment dû aux effets de la crise sur le nombre des faillites en général et notamment à certaines grandes faillites qu'a connues l'Allemagne au cours de l'exercice 2009. Les dépenses totales issues de sinistres de l'année 2009 s'élèvent à 4 047 millions € (assiette cotisable : 285 milliards €). Or, la prime de 14,2% due pour 2009 sera répartie sur 5 années, à savoir une prime égale à 8,2% payable au 31 décembre 2009 et une prime de 1,5% payable au 31 décembre des années 2010 à 2013.

Depuis 2002, aucune entreprise luxembourgeoise affiliée au PSVaG n'a été déclarée en faillite.

L'évolution des méthodes de travail du service Pensions complémentaires chargé de la surveillance du 2e pilier de l'assurance pension

Evolution des effectifs du service Pensions complémentaires

L'augmentation du nombre de régimes complémentaires de pension a engendré une augmentation des effectifs du service Pensions complémentaires de l'Inspection générale de la sécurité sociale et notamment du nombre des vérificateurs en charge des dossiers d'entreprise :

Evolution des effectifs du service Pensions complémentaires et de la charge de travail

Exercice	Nombre d'entreprises	Total des agents	Nombre des vérificateurs	Effectif des vérificateurs à temps plein	Charge de travail effective	Besoins en personnel estimés selon EIS ¹⁾
2000	684	6	3	2,25	304	6,84
2001	760	6	3	1,25	602	7,60
2002	845	8	2	2,75	303	8,45
2003	938	9	4	3,25	282	9,38
2004	1 043	9	5	4,25	238	10,43
2005	1 159	9	5	4,25	263	11,59
2006	1 287	10	5	4,25	290	12,87
2007	1 430	11	6	5,25	259	14,30
2008	1 589	12	7	5,75	262	15,89
2009	1 825	14	9	6,75	271	18,25

¹⁾ Chiffres établis sur la base qu'un vérificateur peut être en charge de 100 dossiers d'entreprise pour la mise en conformité, les contrôles annuels, la vérification du calcul des droits acquis des salariés, la vérification actuarielle quinquennale du respect du financement minimum etc.

Si le nombre des dossiers à traiter par vérificateur va croissant, l'Inspection générale de la sécurité sociale a pris en fin d'année 2009 la décision de procéder à une simplification administrative considérable en ne demandant plus à partir de 2010 de certificats individuels en cas de départ ou de mise à la retraite que si une partie du montant de la prestation est soumise à imposition.

En effet, au cours de l'exercice 2009, les vérificateurs devaient traiter en dehors des mises en conformités et des données annuelles quelques 4000 départs. Dans l'expectative de l'envoi électronique des données par affilié respectivement par régime à partir de 2010 et au plus tard pour 2011, l'Inspection générale de la sécurité sociale renonce à l'obtention de ces données.

Traitement informatique des données via le logiciel PenCom

En vue d'une gestion plus efficiente, l'Inspection générale de la sécurité sociale a fait réaliser un logiciel spécifique pour le contrôle du financement et de la gestion des régimes complémentaires de pension.

En raison de multiples extensions qu'a connues l'élaboration de ce logiciel au cours des dernières années, ce n'est qu'en 2009 que les vérificateurs ont pu commencer avec la saisie des données. En 2009, les notifications sur les identifiants à utiliser par les gestionnaires et les entreprises ont été en grande partie transmises aux personnes concernées et la saisie des formules relatives aux différentes promesses des régimes complémentaires de pension dans le logiciel a débuté.

En outre, toutes les démarches ont été réalisées en 2009, afin que dès le début de l'année 2010 les factures relatives à la taxe rémunératoire puissent être éditées et transmises à l'Administration de l'enregistrement et des domaines et que les données relatives au paiement de la contribution dépendance puissent être transmises au Centre informatique de la sécurité sociale.

Modélisation des procédures

En vue d'une plus grande transparence dans le traitement et d'une plus grande efficacité en matière de temps de réponse, le service a commencé en 2009 avec la modélisation de ses procédures. Il est prévu d'intégrer certains flux de travail dans le logiciel PenCom afin de suivre de façon continue les travaux des vérificateurs, de leur permettre d'avoir sous la main en permanence les données nécessaires au traitement correct des régimes et de prendre en temps voulu les décisions nécessaires afin de faire avancer les dossiers dans les délais prévus.

L'évolution législative et réglementaire

Au cours des dix dernières années différents problèmes d'interprétation de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension sont apparus, notamment le problème relatif à l'article 8 concernant l'affiliation obligatoire des anciens salariés à un nouveau régime complémentaire de pension en présence d'un ancien régime.

Modification de l'article 8 de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension suite à l'introduction du statut unique

Concernant les différentes catégories de salariés pouvant bénéficier d'un régime complémentaire de pension, l'article 3 de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique a modifié l'article 8 de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension comme suit :

"Art. 8. (1) L'affiliation au régime complémentaire de pension est obligatoire pour tout salarié qui remplit les conditions d'affiliation fixées au règlement de pension. Si le régime prévoit une contribution personnelle de l'affilié, celle-ci est facultative pour les salariés en service au moment de la mise en place du régime.

(2) Si l'entreprise instaure un régime complémentaire de pension, à défaut d'un régime préexistant applicable à la même catégorie, les salariés en service au moment de l'instauration ou postérieurement à celle-ci y sont affiliés obligatoirement dès qu'ils remplissent les conditions prévues par le règlement.

(3) Si l'entreprise instaure un régime complémentaire de pension, en présence d'un régime préexistant applicable à la même catégorie, les salariés en service au moment de l'instauration peuvent, au choix de l'entreprise et sans préjudice des dispositions de l'article 6, paragraphe (1), soit demeurer affiliés au régime préexistant, soit être affiliés au nouveau régime à partir de sa date d'entrée en vigueur.

Les salariés engagés à partir de cette date sont obligatoirement affiliés à ce nouveau régime de pension lorsqu'ils satisfont aux conditions prévues par le règlement."

L'article 8 modifié permet ainsi aux employeurs de créer des catégories de personnes suivant la date d'entrée en service et il est dès à présent loisible aux entreprises, soit de maintenir les salariés actifs à la mise en place du nouveau régime dans l'ancien régime, soit de les transférer dans le nouveau régime, soit de leur offrir le choix du régime auquel ils veulent être affiliés pour l'avenir.

En outre, l'article 19 de la même loi dispose :

"Si le champ d'application personnel d'un régime complémentaire de pension se réfère à une catégorie particulière de salariés, la présente loi ne peut pas avoir pour effet de l'étendre de plein droit à l'ensemble du personnel salarié."

Par cet article, le législateur a voulu éviter que des régimes qui avaient été créés dans le temps pour la catégorie des employés ne soient d'office étendus à l'ensemble du personnel après l'entrée en vigueur de la loi du 13 mai 2008.

Il est donc clair que le champ d'application personnel des régimes pour employés existant à l'entrée en vigueur du statut unique ne sera pas étendu d'office à l'ensemble des salariés, mais maintiendra au-delà du 1er janvier 2009 les conditions d'affiliation du passé.

Révision de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension

Etant donné qu'après dix ans d'expérience en matière de pension complémentaire, d'autres aspects ont besoin d'être clarifiés voir modifiés, une modification de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension a été envisagée dans la dernière déclaration gouvernementale. Il a été prévu que la législation sera revue, sans toutefois changer les principes fondamentaux, à savoir le caractère volontaire du régime, les garanties de droits des affiliés et des bénéficiaires ou les règles transposant les directives communautaires.

Est également précisé dans la déclaration gouvernementale que la révision de la loi sur les régimes complémentaires de pension " servira à l'élaboration d'un cadre juridique approprié en faveur des travailleurs non salariés. Toutefois, une telle solution, comme celles qui pourraient être envisagées pour d'autres groupes socioprofessionnels actuellement exclus, comme les fonctionnaires publics, devra obligatoirement s'appuyer sur un support financier collectif et répondre au dispositif normatif et fiscal régissant les régimes professionnels de pension ".

Elaboration du projet de règlement grand-ducal prévu à l'article 30, paragraphe(3) de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension

En réponse aux discussions ardues au sein du Comité national de simplification administrative en faveur des entreprises sur la nécessité du logiciel PenCom et de la taxe rémunératoire créée en vue de son financement, l'IGSS proposa en 2009 d'élaborer le règlement grand-ducal prévu au paragraphe (3) de l'article 30 de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension sur les données à communiquer annuellement par les entreprises à l'IGSS. Ce règlement qui sera finalisé au premier semestre de l'exercice 2010 se base sur les deux jeux de données élaborés en collaboration avec les gestionnaires des régimes complémentaires de pension au cours des dernières années, à savoir les données par affilié et par plan (DAP) et les données par entreprise et par régime (DER).

LES DOMMAGES DE GUERRE CORPORELS

Les attributions du Service des dommages de guerre corporels

L'arrêté grand-ducal du 27 juillet 2009 portant constitution des ministères a placé le Service des dommages de guerre corporels sous la compétence du Ministère de la Sécurité sociale.

Ledit Service a été créé par la loi modifiée du 25 février 1950 concernant l'indemnisation des dommages de guerre corporels.

Le Service des dommages de guerre corporels se charge du paiement des rentes allouées aux victimes de guerre, du remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers.

Les prestations accessoires, cures, massages, soins à domicile, sont prises en charge pour autant que les victimes ne bénéficient pas de l'assurance dépendance.

La décision de ne pas rapporter la preuve prévue à l'article 1er alinéa 1er in fine de la loi du 26 mars 1974 portant fixation de suppléments de pension à allouer aux personnes devenues victimes d'actes illégaux de l'occupant en cas d'invalidité ou de décès précoces est prise par le Service des dommages de guerre corporels sur base des données dans le dossier.

A partir du 1er janvier 2010 la procédure administrative suivante sera suivie :

Le Service des dommages de guerre corporels reste l'interlocuteur des bénéficiaires de la loi modifiée du 25 février 1950 concernant l'indemnisation des dommages de guerre et assure la gestion courante des dossiers.

L'Association d'assurance contre les accidents assure à partir du 1er janvier 2010 le versement des rentes en rapport avec la législation sur les dommages de guerre par l'intermédiaire de ses propres comptes bancaires. L'extrait de paiement comporte une information que le paiement se fait pour le compte du Service ainsi qu'un numéro de téléphone du Service. Les montants des prestations payées par l'Association d'assurance contre les accidents lui sont remboursés sous forme d'avances mensuelles.

La Caisse nationale de santé assure à partir du 1er janvier 2010 le paiement des factures des prestataires de soins et le remboursement des factures acquittées par l'intermédiaire de ses propres comptes bancaires. L'extrait de paiement comporte également une information que le paiement se fait pour le compte du Service ainsi qu'un numéro de téléphone du Service. Les montants des prestations payées et des remboursements effectués par la Caisse nationale de santé lui sont remboursés trimestriellement. Les prestations hospitalières liquidées par la Caisse nationale de santé pour le compte du Service lui sont remboursées comme par le passé sur base d'une déclaration annuelle.

Les activités du Service des dommages de guerre corporels

Au 31 décembre 2009, le Service a versé 526 rentes, dont 377 rentes personnelles et 149 rentes de survie. Au cours de l'année, une rente de survie nouvelle a été accordée. Par contre 72 rentes se sont éteintes.

La commission des rentes a siégé en 2009 à 2 reprises. Elle a fourni un avis dans 14 cas en relation avec des demandes de rentes, des demandes d'aggravation ou des demandes de traitement médical.

Pour l'année 2009, des prestations de l'ordre de 4 090 340 € ont été payées par le Service.

L'évolution législative et réglementaire

L'arrêté grand-ducal du 10 décembre 2009 portant fixation des coefficients adaptant le salaire, traitement ou revenu moyen des années 1937, 1938 et 1939 devant servir de base au calcul des indemnités pour dommages corporels, aux rémunérations payées depuis le 1er octobre 1944, a fixé les coefficients pour l'exercice 2010.

Par ce texte, les rentes versées par le Service des dommages de guerre corporels ont été augmentées de 3,61 % par rapport au niveau de celles de 2009.

L'ADMINISTRATION DU CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les attributions et l'organisation de l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale

Le 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	20
	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 (carrière scientifique)	1
	Employés de l'Etat (carrière administrative)	9
	TOTAL :	36

Les activités de l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale

• L'assurance maladie

Elle constitue le volet le plus important de l'activité du Contrôle médical. En 2009, treize médecins y étaient attachés et assuraient une permanence pour le compte de la Caisse nationale de santé, de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et de l'Entraide médicale des Chemins de fer luxembourgeois.

Activités en rapport avec les prestations en espèces

Le contrôle de l'incapacité de travail est effectué exclusivement pour la Caisse nationale de santé.

Depuis 1994, le Contrôle médical est également compétent pour la constatation de l'incapacité de travail des ouvriers de l'Etat.

Activités en rapport avec les prestations en nature

Soins médicaux et médico-dentaires

Étaient soumises pour autorisation les prestations suivantes:

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

Les caisses de maladie ont consulté les médecins-conseil 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.

Frais pharmaceutiques

Le travail des pharmaciens-réviseurs consiste à contrôler pour le compte de la Caisse nationale de santé la concordance entre les prescriptions médicamenteuses et les médicaments mis en compte par le pharmacien.

Les pharmaciens-inspecteurs assument les fonctions suivantes:

- 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 la CNS.

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

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.

Hospitalisations

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

Transferts à l'étranger

Tous les transferts à l'étranger sont traités au niveau de la Caisse nationale de santé qui les transmet au Contrôle médical pour avis.

Les données statistiques y afférentes sont disponibles auprès de la Caisse nationale de santé.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Les activités en rapport avec le comité-directeur de la Caisse nationale de santé

Le médecin-directeur du Contrôle médical exerce une fonction d'expert auprès du comité-directeur de la Caisse nationale de santé et assiste aux réunions dudit comité avec voix consultative.

• L'assurance pension

Les médecins-conseil du Contrôle médical effectuent les expertises médicales dans le cadre des demandes en obtention d'une pension d'invalidité pour le compte de la Caisse nationale d'assurance pension.

Décisions prises après premier examen

	premiers examens	réexamens	total	Décisions prises après premier examen		
				invalidité permanente	invalidité temporaire	pas d'invalidité
2005	3 358	985	4 343	1 182	742	1 434
2006	2 774	947	3 721	1 279	505	990
2007	2 827	963	3 790	1 293	612	922
2008	2 741	1 043	3 784	1 253	650	838
2009	2 971	1 133	4 104	1 426	698	847

Dans le cadre des demandes d'assurance pension facultative, 58 dossiers ont été transmis pour avis aux médecins-conseil.

• L'assurance accidents

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

Au cours des années 2003 à 2009, il a été procédé à :

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
premiers examens et réexamens	1 722	3 050	2 230	1 800	2 161	2 014	2 137
examens pour maladie professionnelle	23	55	56	52	60	90	78

• 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.

• 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.

• Les 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 591 dossiers.

• 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 2009, 2 820 dossiers ont ainsi été traités.

• 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 du Développement durable et des Infrastructures-département des transports

• Les commissions

Au cours de l'année 2009, les médecins-conseil ont participé aux commissions suivantes:

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.

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 du Développement durable et des Infrastructures-département des transports.

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.

• Le service social de l'Administration 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.

	2006			2007			2008			2009		
	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	195	78	273	246	81	327	228	52	280	163	82	245
Traitements psychiatriques	334	47	381	390	46	436	480	39	519	493	88	581
Totaux	529	125	654	636	127	763	708	91	799	656	170	826

• Les autres activités

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

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

Plusieurs réunions de coordination ont eu lieu avec les médecins du Centre de réadaptation de Hamm.

• Statistiques

Tranches d'âge	Femmes				Hommes				Totaux
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	Pas invalide	Total	Invalidité permanente	Incapacité de travail	Pas invalide	Total	
1940 - 1944	5	0	0	5	5	0	0	5	10
1945 - 1949	139	0	9	148	170	7	24	201	349
1950 - 1954	224	19	76	319	329	51	109	489	808
1955 - 1959	119	64	115	298	208	89	146	443	741
1960 - 1964	35	54	68	157	71	88	88	247	404
1965 - 1969	30	40	34	104	38	90	71	199	303
1970 - 1974	11	34	22	67	21	71	33	125	192
1975 - 1979	9	12	13	34	4	32	28	64	98
1980 - 1984	2	12	3	17	4	25	8	37	54
1985 - 1989	0	2	0	2	2	8	0	10	12
Totaux	574	237	340	1 151	852	461	507	1 820	2 971

Exercice 2009

Principales causes:		Femmes	Hommes	Total
1	Appareil respiratoire	15	34	49
2	Appareil cardio-vasculaire	30	108	138
3	Appareil locomoteur	362	492	854
4	Appareil digestif	13	16	29
5	Appareil sanguin	0	2	2
6	Appareil génito-urinaire	5	6	11
7	Affection neurologique	29	32	61
8	Affection psychiatrique	149	93	242
9	Organes des sens	5	16	21
10	Affection endocrinienne	31	51	82
11	Suites d'accident de travail	55	188	243
12	Suites de maladie professionnelle	0	2	2
13	Suites d'accident de circulation	2	4	6
14	Suites d'accident domestique	0	1	1
15	Suites d'accident sportif	0	1	1
16	Ethylisme	6	31	37
17	Autres toxicomanies	2	5	7
18	Affection congénitale	3	2	5
19	Divers	444	736	1 180
		1 151	1 820	2 971

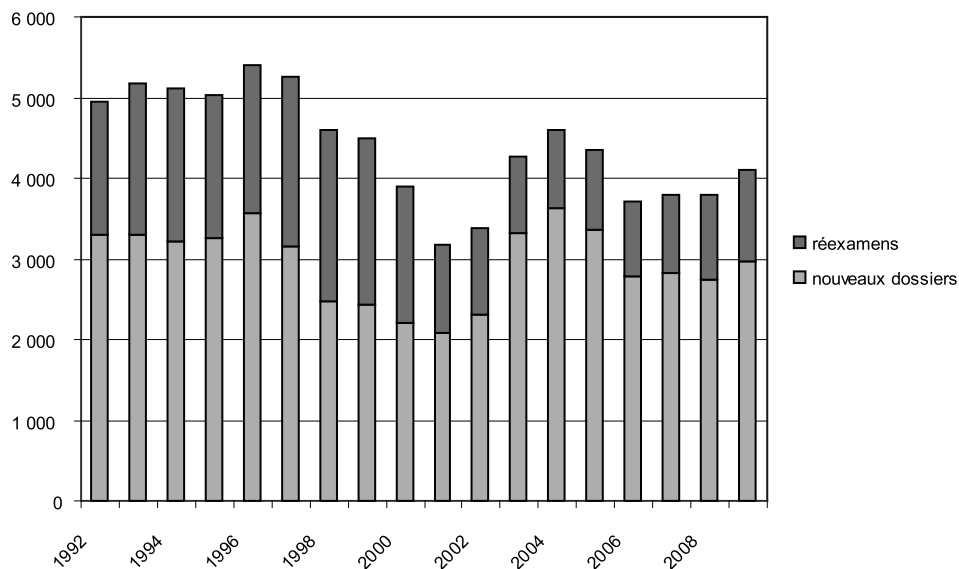
Exercice 2009

Examens et reexamens	2 678			
Dossiers traités sur le vu des pièces	1 426			
Total des cas traités:	4 104	dont	2 971	cas nouveaux
			1 133	réexamens

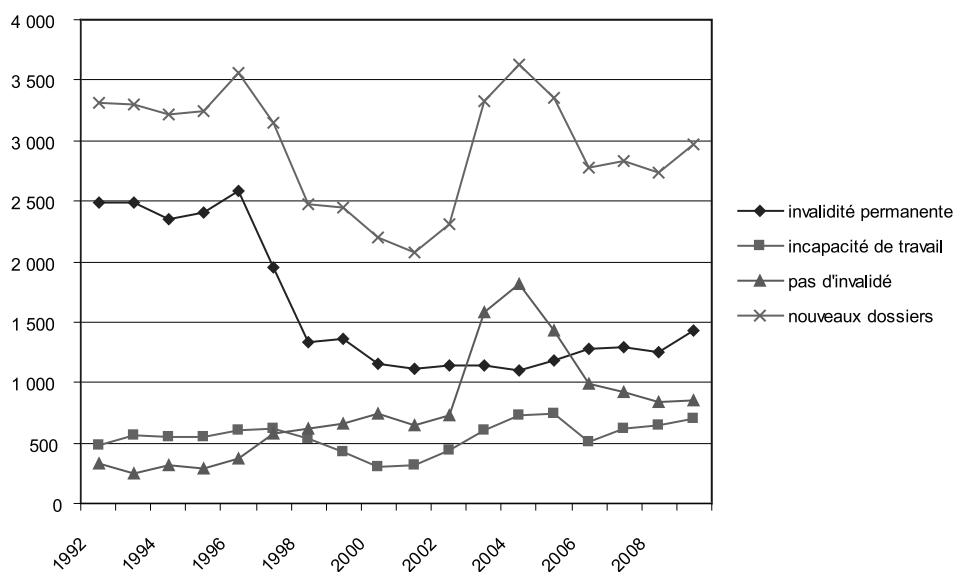
Evolution 1992 - 2009

Année	Nouveaux dossiers	Réexamens	Total	Décisions prises après premier examen:					
				Invalidité permanente	Incapacité de travail	Pas d'invalidité	Invalidité permanente	Incapacité de travail	Pas d'invalidité
1992	3 307	1 635	4 942	2 486	487	334	75,17%	14,73%	10,10%
1993	3 304	1 871	5 175	2 494	568	242	75,48%	17,19%	7,32%
1994	3 216	1 897	5 113	2 348	554	314	73,01%	17,23%	9,76%
1995	3 248	1 775	5 023	2 412	552	284	74,26%	17,00%	8,74%
1996	3 562	1 831	5 393	2 587	607	368	72,63%	17,04%	10,33%
1997	3 154	2 112	5 266	1 953	622	579	61,92%	19,72%	18,36%
1998	2 480	2 111	4 591	1 332	531	617	53,71%	21,41%	24,88%
1999	2 442	2 046	4 488	1 356	427	659	55,53%	17,49%	26,99%
2000	2 204	1 703	3 907	1 153	305	746	52,31%	13,84%	33,85%
2001	2 080	1 094	3 174	1 109	320	651	53,32%	15,38%	31,30%
2002	2 304	1 074	3 378	1 138	435	731	49,39%	18,88%	31,73%
2003	3 326	936	4 262	1 139	608	1 579	34,25%	18,28%	47,47%
2004	3 634	967	4 601	1 099	724	1 811	30,24%	19,92%	49,83%
2005	3 358	985	4 343	1 182	742	1 434	35,20%	22,10%	42,70%
2006	2 774	947	3 721	1 279	505	990	46,11%	18,20%	35,69%
2007	2 827	963	3 790	1 293	612	922	45,74%	21,65%	32,61%
2008	2 741	1 043	3 784	1 253	650	838	45,71%	23,71%	30,57%
2009	2 971	1 133	4 104	1 426	698	847	48,00%	23,49%	28,51%

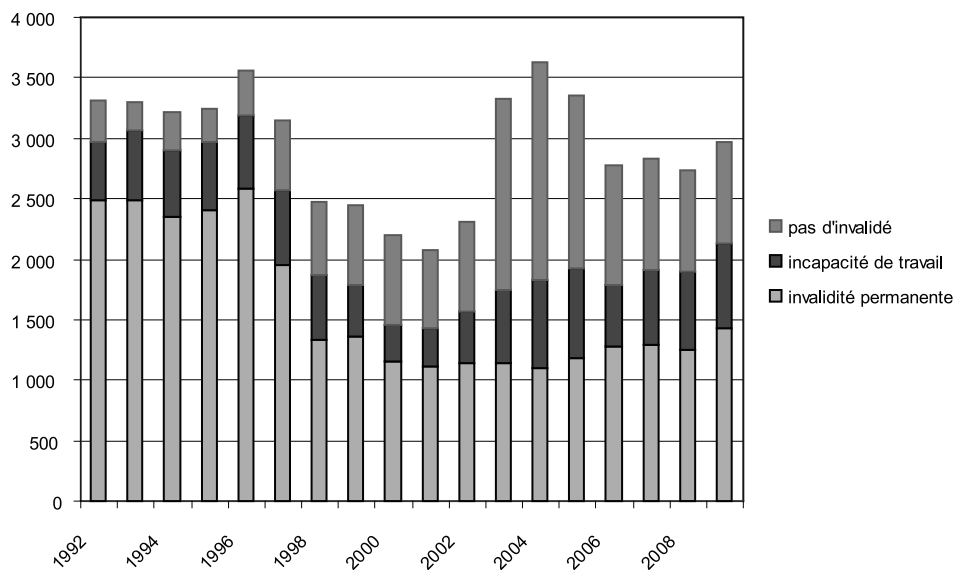
Répartition suivant la nature du dossier



Décisions prises après premier examen



Décisions prises après premier examen



Cartes d'invalidité

Exercice 2009

Dossiers transmis au CMSS	2 820		
Dossiers traités :	2 427	dont	2 359 sur base d'un certificat médical et 68 après convocation de l'intéressé
Dossiers sans suite : (expiration du délai de 40 jours)	265		
Dossiers en suspens :	128		

Cartes d'invalidité attribuées en 2009

Carte A	1 567	(dont 49 avec carte de priorité)
Carte B	594	
Carte C	197	
Refus	69	
	2 427	

Tranches	Carte A	Carte B	Carte C	Refus	Total	%	Carte de priorité
1910 - 1914	0	1	2	0	3	0,1%	0
1915 - 1919	1	12	6	0	19	0,8%	0
1920 - 1924	7	73	18	1	99	4,1%	0
1925 - 1929	42	125	23	5	195	8,0%	5
1930 - 1934	93	99	19	9	220	9,1%	2
1935 - 1939	141	75	15	6	237	9,8%	6
1940 - 1944	194	44	6	9	253	10,4%	6
1945 - 1949	300	31	4	10	345	14,2%	2
1950 - 1954	287	31	11	4	333	13,7%	11
1955 - 1959	185	26	11	15	237	9,8%	3
1960 - 1964	125	25	8	2	160	6,6%	6
1965 - 1969	83	16	12	1	112	4,6%	4
1970 - 1974	43	6	2	2	53	2,2%	1
1975 - 1979	22	4	7	4	37	1,5%	0
1980 - 1984	17	5	5	0	27	1,1%	1
1985 - 1989	19	10	9	0	38	1,6%	1
1990 - 1994	5	4	7	1	17	0,7%	1
1995 - 1999	3	3	12	0	18	0,7%	0
2000 - 2004	0	3	14	0	17	0,7%	0
2005 - 2009	0	1	6	0	7	0,3%	0
	1 567	594	197	69	2 427	100,0%	49

LES JURIDICTIONS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les attributions et l'organisation des juridictions de la sécurité sociale

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	6
	Employés de l'Etat	6
	TOTAL :	19

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'assesseurs-magistrats du Conseil supérieur des assurances sociales sont prises en charge par des magistrats de l'ordre judiciaire.

Les activités des juridictions de la sécurité sociale

En ce qui concerne le Conseil arbitral des assurances sociales, 1 409 jugements ont été prononcés au cours de l'exercice 2009. Au total 934 affaires ont été évacuées.

Le nombre des audiences tenues, avec un total de 617 séances tenues en 2009, a légèrement diminué par rapport à l'exercice 2008.

En 2009, 223 affaires ont nécessité une expertise médicale et 252 un avis médical des médecins-conseil du Conseil arbitral des assurances sociales.

Des 934 décisions qui ont donné lieu à un jugement définitif, 42,5 pour cent ont dit les recours fondés et 57,5 pour cent les ont rejetés ou déclarés irrecevables.

Si l'on sait qu'en 2009, 188 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 2009 par rapport à 2008; 1 464 recours en 2009 contre 1 567 en 2008. C'est pourquoi que le solde des affaires qui n'ont pas pu être évacuées au cours des années passées a pu être réduit. Notons enfin que le Conseil arbitral des assurances sociales n'a pas pu siéger au début de l'année 2009 en raison de problèmes en relation avec la nomination de ses assesseurs suite à la mise en vigueur de la loi sur le statut unique.

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	2009
Assurance accident	357	374	405	453	411	467	278	446	415	439	586	577	476	477	496
Assurance pension	145	186	320	393	372	493	344	324	535	555	364	388	331	352	310
Assurance maladie	113	113	150	151	130	144	139	159	248	242	259	323	344	326	313
Assurance dépendance	-	-	-	-	-	13	20	20	22	5	15	36	39	21	7
Prestations du Fonds National de la Solidarité	76	84	75	70	85	75	73	68	68	86	106	103	117	109	101
Autres prestations (dont chômage)	55	41	28	106	180	95	70	91	217	191	248	240	289	280	231
Affiliation et Cotisations	7	32	8	10	18	58	8	10	15	78	25	69	15	2	5
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	1 463

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	2009
Audiences	537	534	562	710	765	741	851	768	767	617
Affaires fixées	2 043	1 995	1 945	2 181	2 541	2 822	2 871	3 095	2 743	2 565
Jugements prononcés (évacués)	933	957	987	967	1 187	1 172	1 238	1 356	1 127	934
Jugements prononcés (av. dire droit)	256	320	280	322	417	435	344	496	617	475
Désistements	155	207	136	167	146	194	207	205	186	163
Affaires évacuées	1 088	1 164	1 123	1 134	1 333	1 366	1 445	1 561	1 313	1 097
Recours introduits	1 345	932	1 118	1 520	1 596	1 603	1 736	1 611	1 567	1 464
Recours déclarés fondés	436	392	452	344	400	330	2008515	551	489	397
Recours déclarés non fondés	432	513	478	543	714	708	629	642	520	457
Recours déclarés irrecevables	65	52	57	80	73	74	94	163	118	80

Le Conseil supérieur des assurances sociales s'est vu soumettre 188 appels, 5 oppositions et une requête civile. 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.

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

Le nombre des dossiers en suspens au 31 décembre 2009 est de 208 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.

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
2009	188	172

LA SÉCURITÉ SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL

Au cours de l'exercice 2009, 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.

Les instruments multilatéraux

Union Européenne

A) Coordination européenne des régimes de sécurité sociale

Règlement d'application du règlement 883/2004

Après des années de négociations, le règlement 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement 883/2004 ainsi que le règlement 988/2009 modifiant le règlement 883/2004 et déterminant le contenu de ses annexes ont été adoptés. Le règlement 987/2009 entrera en vigueur le 1er mai 2010 et il s'appliquera, de même que le règlement 883/2004, à partir de la même date tandis que le règlement 988/2009 entre en vigueur le 31 octobre 2009 et sera applicable à partir du 1er mai 2010. C'est à partir de cette date également que seront abrogés les règlements 1408/71 et son règlement d'application 574/72. Notons cependant que ces deux règlements resteront en vigueur pour les questions ayant trait à l'extension de leurs dispositions aux ressortissants d'Etats tiers aussi longtemps que le règlement 859/2003 n'aura pas été modifié (voir ci-dessous point ii)).

Parmi les changements majeurs de la nouvelle coordination, notons l'extension du champ d'application personnel aux non actifs et l'extension du champ d'application matériel aux prestations de préretraite et aux prestations de paternité. Le principe de l'assimilation des faits est explicitement prévu, de même que le principe de la prise en compte des périodes d'éducation des enfants dans un autre Etat membre de l'Union européenne. Une autre grande nouveauté est l'échange d'informations entre Etats par voie électronique (Electronic Exchange of Social Security Information - EESSI) sur base de documents électroniques standardisés (Structured Electronic Documents - SED), avec l'objectif final de la disparition des formulaires imprimés. Rappelons encore qu'à partir du 1er mai 2010 commencera à courir la période transitoire de deux ans prévue à l'article 87(10) du règlement 883/2004 au profit du Luxembourg afin de permettre aux autorités luxembourgeoises de mettre en place les structures administratives nécessaires pour gérer les cas des travailleurs frontaliers qui auront recours à la possibilité de se mettre non seulement à la disposition des services de l'emploi de leur Etat de résidence, mais aussi de ceux de l'Etat membre où ils ont exercé leur dernière activité professionnelle.

Extension du règlement 883/2004 aux ressortissants d'Etats tiers

Le Conseil EPSCO du 8 juin 2009 n'a pas réussi à trouver un accord sur ce dossier suite à un blocage substantiel sur la question des conditions à remplir par les ressortissants tiers en vue de l'octroi des prestations familiales en vertu du droit de l'Etat de résidence, une possibilité qui a été prévue par le prédécesseur de la proposition, le règlement 859/2003, sous forme d'Annexe au profit de l'Allemagne et de l'Autriche.

Le texte de compromis soumis lors du Conseil même par la présidence tchèque qui a prévu la révision de l'Annexe dans un délai de deux ans par l'Allemagne et de l'Autriche s'est en effet heurté au veto de celles des délégations qui, comme le Luxembourg, ont toujours défendu le respect du principe d'égalité. Vu la nature politique de la question, la Présidence suédoise a décidé de ne pas sortir ce dossier du tiroir pendant le deuxième semestre de 2009. Ce sera l'Espagne qui aura la tâche délicate de reprendre les travaux de manière constructive en 2010.

Commission administrative

Les représentants du Ministère de la Sécurité sociale ont assisté aux réunions de la commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants (CASSTM), de la commission des comptes et de la commission technique. L'objectif prioritaire des travaux de ces commissions a été la mise en œuvre des moyens nécessaires pour permettre l'application du nouveau règlement 883/200 à partir du 1er mai 2010.

A cette fin la commission administrative a révisé et adopté une série de décisions et recommandations en matière de législation applicable, soins de santé, pensions, prestations familiales et prestations de chômage. Certaines décisions ont une portée horizontale et d'autres règlent la transition des règlements 1408/71 et 574/72 vers les nouveaux règlements, notamment dans le domaine de l'échange de données.

Une partie importante des activités de la commission administrative se concentraient sur le projet EESSI, notamment sur l'élaboration des documents électroniques standardisés, certains documents portables et la mise en place d'un répertoire général des autorités et institutions compétentes des Etats membres.

B) Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail

La proposition de directive du 3 octobre 2008 a fait l'objet d'un débat d'orientation lors du Conseil EPSCO du 9 mars, surtout afin d'avancer sur la question de la nécessité de la révision de la directive existante et de celle de la marge de manœuvre des autorités nationales en ce qui concerne les limites ou conditions concernant le choix de la période du congé de maternité. Ce débat a montré que si l'objectif poursuivi par la proposition est appuyé, les moyens préconisés par la Commission pour les atteindre ne font pas l'unanimité. Cette tendance s'est confirmée tout au long de l'année 2009 lors des négociations au Conseil. Ainsi, lors du Conseil EPSCO du 8 juin, un simple rapport de progrès (au lieu de l'accord politique initialement visé), a été soumis aux ministres. La Présidence suédoise n'a pas investi d'efforts pour débloquer les crispations qui se sont formées autour des questions de la durée du congé de maternité, de la compatibilité de son extension avec les dispositions nationales en place et des prérogatives des autorités nationales, laissant à l'Espagne le soin d'y revenir en 2010.

C) Application du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes exerçant une activité indépendante

Les négociations qui ont suivi l'adoption d'un rapport de progrès lors du Conseil EPSCO du 8 juin ont été difficiles, mais la Présidence suédoise a réussi lors du Conseil du 30 novembre 2009 à dégager un accord politique à une majorité qualifiée assez confortable grâce à un texte de compromis qui permet aux Etats membres de garder une marge de manœuvre suffisamment large en ce qui concerne la configuration (facultative/obligatoire) du régime de protection sociale des travailleurs couverts par la proposition.

D) Portabilité des droits à pension complémentaire

Aucun des pays ayant assuré la Présidence du Conseil pendant l'année 2009 n'a repris les travaux sur cette proposition après le blocage sans retour constaté lors du Conseil de juin 2008. En attente de l'entrée en fonctions de la nouvelle Commission, prévue pour février 2010, la Commission Barroso I n'a pas non plus insisté pour remettre le dossier sur la table. Il reste à voir si la nouvelle Commission entamera à nouveau les travaux en 2010, le cas échéant, sur base d'une proposition modifiée.

E) Politique sociale européenne

Le comité de protection sociale

Le Ministère de la Sécurité sociale a eu une participation active dans le comité de protection sociale (CPS), ainsi que dans le sous-groupe des indicateurs. La méthode de travail du comité de protection sociale est la méthode ouverte de coordination (MOC) qui respecte le principe de subsidiarité en donnant la compétence aux Etats membres d'organiser leur système de sécurité sociale comme ils l'entendent, tout en organisant au niveau européen une collaboration non contraignante. Les principales méthodes utilisées sont : échange d'information, prises de position et rapports, échange par les pairs (PEER-REVIEW) et surtout les plans d'action nationaux (utilisés jusqu'alors dans le domaine de la lutte contre la pauvreté). En 2010, les travaux du comité de protection sociale ont particulièrement porté sur l'articulation de la politique sociale européenne avec la stratégie de Lisbonne en vue de la préparation de l'agenda post-2010 et l'approfondissement du travail sur les principaux domaines de la MOC sociale.

Par ailleurs le comité de protection sociale s'est tout particulièrement intéressé à l'impact social de la crise financière et économique.

En 2010 ces travaux seront poursuivis. En plus le comité de protection sociale étudiera la soutenabilité et l'adéquation de système de pension en Europe.

Les services sociaux

Le Conseil du 8 juin a adopté un corps de conclusions soulignant le rôle et l'utilité des services sociaux dans le contexte de la crise actuelle qui a fait croître la demande de ces services. Les conclusions relèvent que ces services permettent de contribuer à la réintégration de personnes exclues du marché du travail et de lutter contre l'exclusion sociale. Elles insistent en outre sur la nécessité de garantir des services sociaux d'accès universel, de haute qualité et financièrement durables. Les conclusions consacrent par ailleurs le travail que le comité de protection sociale a mené et continuera à mener afin de clarifier le statut (juridique) des services sociaux tout en reconnaissant la compétence des Etats membres concernant l'organisation et le financement des services sociaux.

Les services de santé transfrontaliers

Le sort réservé à cette proposition de directive hautement politisée à l'occasion du Conseil du 1er décembre 2009 ne fut pas autre que sous les présidences précédentes, malgré une lueur d'espoir. En effet, le tour de table ministériel démontrait à quel point l'équilibre sur lequel le texte de compromis de la Suède était bâti est fragile. Après des discussions mouvementées, la Suède a en effet dû déclarer forfait face à une large minorité de blocage. Les critiques exprimées étaient relatives à

- la violation du principe de subsidiarité et non respect des compétences nationales en matière de santé ;

- l'absence des garanties nécessaires quant au maintien des spécificités des systèmes nationaux et à l'objectif d'un accès égal à des soins de santé sûrs et de haute qualité (discrimination à rebours des patients nationaux par rapport aux patients en provenance d'un autre EM ; remboursement des soins fournis par des professionnels privés) ;
- les coûts trop importants à charge de certains Etats membres suite au transfert de la charge financière de l'Etat membre d'affiliation vers l'Etat membre de résidence (cas des " Spanienrentner ").

Conseil de l'Europe

Cohésion sociale

Le comité européen pour la cohésion sociale (CDCS), est un comité directeur multidisciplinaire regroupant plusieurs partenaires. En 2009, il a maintenu ses activités dans le domaine de la cohésion sociale, domaine où, de toute évidence, la sécurité sociale a un rôle important à jouer. Le comité s'est attaché à réviser sa stratégie de cohésion sociale suite aux conclusions de la réunion ministérielle qui s'est tenue à Moscou en février 2009.

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.

Code européen de sécurité sociale et son protocole

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

Les pays suivants ont ratifié le code: Belgique, Chypre, Danemark, Estonie, France, Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Espagne, Slovaquie, Suède, Suisse, Tchéquie, Turquie et Royaume-Uni. Il est à noter que la Roumanie a ratifié le code européen de sécurité sociale qui entrera en vigueur à l'égard de cet Etat le 10 octobre 2010.

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. Le rapport et les conclusions pour 2008 de la Commission d'experts de l'OIT sur l'application du Code et de son Protocole ont été examinés avec soin par les responsables du Ministère de la Sécurité sociale qui ont pris note avec satisfaction que la commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations de l'OIT a constaté que la législation et la pratique du Luxembourg continuent à donner plein effet aux dispositions du code.

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.

Pour 2010, l'aloss (association luxembourgeoise des organismes de sécurité sociale) organisera en collaboration avec l'AISS une grande conférence internationale de recherche sur le sujet " Tendances émergentes dans un monde instable : quelle légitimité pour la sécurité sociale ".

La conférence propose de s'intéresser aux défis que font peser, à moyen et long terme, les développements socio-économiques sur la sécurité sociale à travers le monde. La crise financière et économique actuelle frappe les esprits tant par sa soudaineté, par son ampleur que par sa globalité. L'impact pour la sécurité sociale est dès lors considérable, non seulement en termes de dépréciation des actifs des fonds de réserve et de pression sur les dépenses, que par la légitimité retrouvée de son action à la lumière d'une économie fragilisée, et dont les fondements sont questionnés.

Dans une perspective plus large, cette crise met en évidence un certain nombre d'autres crises qui sévissent aujourd'hui à l'échelle mondiale: le vieillissement démographique, la mondialisation, la transformation du monde du travail, les déplacements de populations, les changements des modèles familiaux, le réchauffement climatique et la crise des valeurs.

La conférence, organisée par l'Association internationale de la sécurité sociale, et à l'invitation de l'association luxembourgeoise des organismes de sécurité sociale, accueillera plus de 300 chercheurs, décideurs politiques, administrateurs et autres membres de la communauté internationale de la sécurité sociale, et sera ainsi l'occasion unique de créer une plate-forme de discussion sur la manière pour la sécurité sociale de s'adapter à ces nouveaux défis.

Les instruments bilatéraux

Comme c'était le cas des années passées, le Ministère de la Sécurité sociale s'est efforcé d'étoffer le réseau de ses conventions bilatérales. A cet effet, les activités suivantes sont à relever.

Luxembourg-France

En 2009, il y a eu des négociations entre les représentants des Ministères de la Sécurité sociale français et luxembourgeois en vue d'intensifier la coopération administrative dans différents domaines, et notamment lors des procédures de contrôle des incapacités de travail. Un accord entre les deux pays pour le développement de la coopération et l'entraide administrative en matière de sécurité sociale a pu être paraphé en fin d'année 2009 et la signature par les ministres compétents devrait intervenir en 2010.

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.

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

Luxembourg-Macédoine

La convention en matière de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République de Macédoine, faite à Luxembourg, le 28 novembre 2006, est entrée en vigueur le 1er mai 2009.

En vue d'assurer une bonne exécution pratique une ronde de négociations a eu lieu à Skopje du 30 mars au 3 avril 2009 lors de laquelle les formulaires nécessaires à l'application ont été arrêtés. Les délégations des deux pays se sont rencontrées une seconde fois à Luxembourg et à cette occasion ils ont arrêté un accord permettant l'utilisation de la carte européenne d'assurance maladie (EHIC) aux assurés du régime luxembourgeois en séjour temporaire en Macédoine et qui ont besoin de soins immédiatement nécessaires.

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 qu'elle 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.

Luxembourg-Monténégro

La convention entre le Grand-Duché de Luxembourg et le Monténégro en matière de sécurité sociale, signée à Luxembourg le 19 février 2008, est entrée en vigueur au 1er mai 2009 suite à la clôture des travaux de ratification parlementaire dans les deux pays.

Les formulaires nécessaires à l'application de la convention devront être préparés en 2010.

Luxembourg-Tunisie

Lors d'une deuxième ronde de négociations qui s'est tenue à Luxembourg au mois d'octobre 2009, un avant projet a été élaboré en vue 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 2010.

Luxembourg-Inde

Le 30 septembre 2009 le Ministre des affaires d'Outre Mer indien et le Ministre de la sécurité sociale luxembourgeois ont signé la convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République de l'Inde, ainsi que l'arrangement administratif réglant les modalités d'application de la convention.

La procédure de ratification dans les parlements nationaux est actuellement engagée.

Une ronde de négociations est prévue au mois de novembre 2010 en vue d'arrêter les formulaires nécessaires pour l'application de la convention.

Luxembourg-Japon

Après une première rencontre visant un échange d'information qui a eu lieu au mois d'avril 2009 à Luxembourg, une délégation luxembourgeoise s'est rendue à Tokyo au mois de décembre 2009 en vue d'engager les négociations pour la conclusion d'une convention bilatérale en matière de sécurité sociale entre le Japon et le Luxembourg.

Les travaux seront continués en 2010.

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.

Une première ronde de négociations a eu lieu à Brasilia au mois de janvier 2009.

Des négociations ultérieures prévues à Luxembourg ont dû être annulées pour diverses raisons. Le dossier sera relancé en 2010.

Luxembourg-Moldavie

Les autorités politiques 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 a eu lieu le mois de juin 2009 à Chisinau.

La deuxième ronde des négociations est prévue en 2010 à Luxembourg.

Luxembourg-Argentine

Les autorités politiques 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 négociations a eu lieu au mois de mars 2009 à Buenos Aires. A cette occasion un accord sur un texte a pu être trouvé et le document a été paraphé.

Les autorités compétentes s'efforceront de trouver une occasion pour signer la convention au cours de l'année 2010.

Luxembourg-Algérie

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

Luxembourg-Serbie

La convention bilatérale avec la Serbie 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 et des initiatives ont été relancées pour régulariser la procédure.

Luxembourg-Thaïlande

Des contacts ont eu lieu au niveau des Ministères des Affaires étrangères qui ont exprimé le souhait que les relations en matière de sécurité sociale entre les deux pays soient réglées. Le Ministère de la Sécurité sociale a donné son accord pour apporter l'aide technique si des négociations devaient s'ouvrir en 2010.

