LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale

Rapport d'activité 2015

Mars 2016

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **3**

LA SÉCURITÉ SOCIALE EN GÉNÉRAL **5**

L'organisation de la sécurité sociale 5
Situation financière et personnes protégées 9

L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ **15**

Objectifs de l'assurance maladie-maternité 15
Organisation de l'assurance maladie-maternité 15
Données financières 23
L'évolution législative et réglementaire 26

L'ASSURANCE PENSION **29**

Situation financière du régime général de pension 30
L'évolution législative et réglementaire 32

L'ASSURANCE DÉPENDANCE **37**

L'organisation de l'assurance dépendance 37
L'évolution de l'assurance dépendance 37
Les activités de la Cellule d'évaluation et d'orientation 40
La réforme projetée de l'assurance dépendance 50

L'ASSURANCE ACCIDENT **53**

Financement de l'assurance accident 53
Situation financière 55
L'évolution législative et réglementaire 58

LES DOMMAGES DE GUERRE CORPORELS **61**

Les attributions du Service des dommages de guerre corporels 61
L'évolution réglementaire 61

LES REGIMES COMPLEMENTAIRES DE PENSION **63**

L'évolution du 2e pilier de l'assurance pension 63
L'évolution de la charge de travail du service Pensions complémentaires 66

LES JURIDICTIONS DE LA SECURITE SOCIALE **69**

Les attributions et l'organisation des juridictions de la sécurité sociale 69
Les activités des juridictions de la sécurité sociale 69

CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE **71**

LA CELLULE D'EXPERTISE MEDICALE (CEM) **81**

LA SECURITE SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL **85**

Les instruments multilatéraux 85
Les instruments bilatéraux 89

INTRODUCTION

Dans un esprit de partenariat constructif et de prévoyance, tous les acteurs ont continué comme par le passé leurs efforts en vue d'une pérennisation du système de santé dans le contexte d'une consolidation budgétaire des finances publiques.

Les prévisions macroéconomiques à la base des estimations des recettes en cotisations de l'assurance maladie-maternité et les estimations récentes des dépenses de la Caisse nationale de santé (CNS) ont permis d'aboutir à une situation financière saine et stable pour les exercices 2015 et 2016. La modernisation de l'administration de la CNS tendant notamment à dégager des moyens supplémentaires a avancé.

L'ensemble des mesures prises par les ministres de la Santé et de la Sécurité sociale au cours des années passées poursuivent un objectif de pérennisation du système, sans pourtant augmenter ni les cotisations, ni les participations personnelles des assurés et tout en assurant la qualité des services et prestations dans un souci d'efficience et de telle façon que le résultat attendu soit atteint.

La maîtrise de l'évolution annuelle des dépenses continuera à porter sur l'offre et la demande de soins ou encore sur le périmètre de prise en charge. Le programme gouvernemental 2013 prévoit des mesures immédiates, telles que le gel des tarifs et des valeurs des lettres-clés ou encore le maintien du principe de l'enveloppe budgétaire.

Les efforts en matière de la création d'une centrale d'achat pour tous les hôpitaux continueront. Il en est de même des efforts réalisés en matière des mesures concernant la standardisation des outils, le suivi médical et la documentation centralisée des prestations.

Différentes nomenclatures ont été mises à jour au cours de l'exercice 2015 dans l'optique d'une mise en conformité avec les exigences actuelles.

Par la loi du 7 août 2015 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale, ces dernières ont été précisées et l'effectif de cette administration très importante a été augmenté afin qu'il puisse s'acquitter de ses nouvelles missions.

A partir de l'année 2016, le réajustement des pensions se fait selon les modalités prévues par la loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'assurance pension. Sur base des calculs de l'Inspection générale de la sécurité sociale, le facteur de réajustement pour l'année 2016 se chiffre à 1,005, ce qui se traduit par une augmentation des pensions de 0,5% avec effet au 1er janvier 2016.

Le système bonus-malus visant à inciter les cotisants de l'assurance accident d'investir davantage dans la prévention des accidents ainsi que dans la sécurité et la santé au travail a été introduit par le législateur par règlement grand-ducal du 8 février 2016.

Deux projets de règlements grand-ducaux ont été engagés dans la procédure législative, à savoir, celui définissant le tableau des maladies professionnelles et celui fixant les délais et les modalités en matière de déclaration et d'instruction des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les concepts relatifs aux différents éléments-clés de la réforme projetée de l'assurance dépendance ont été précisés au cours de l'exercice 2015.

L'introduction de forfaits dans le cadre de la prise en charge des aides et soins vise à la moderniser et flexibiliser moyennant des services de qualité axés sur les besoins individuels des personnes protégées.

L'assurance dépendance se dotera d'une politique opérationnelle de qualité des prestations servies tant par les services professionnels que par les aidants à domicile.

Un renforcement du lien entre la prestation et le service couvert interviendra au niveau de la prestation en espèces servie en reconnaissance des services de l'aidant dont le rôle sera redéfini.

Un recentrage et une différenciation suivant le lieu de vie du bénéficiaire interviendront en matière des activités dites " de soutien ".

Une trajectoire en ligne avec l'évolution économique du pays visant la pérennisation financière du système sera déterminée. La mise en œuvre du nouveau dispositif, dont l'entrée en vigueur est prévue au 1er janvier 2017, s'accompagnera par certaines mesures transitoires nécessaires.

Comme par le passé, le Gouvernement a mené une politique très active en matière de sécurité sociale sur le plan international. Les activités afférentes se sont caractérisées par un effort pour la conclusion d'accords bilatéraux nouveaux, d'une part, et par la collaboration aux travaux de diverses institutions internationales, d'autre part.

Les principales données statistiques concernant les différentes branches de la sécurité sociale sont issues du rapport général sur la sécurité sociale-édition 2014-édité par le Ministère de la Sécurité sociale/Inspection générale de la sécurité sociale fin 2015.

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 - Fixation des prix des médicaments à usage humain - Inspection générale de la sécurité sociale - Cellule d'expertise médicale - 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 de la sécurité sociale - Centre commun de la sécurité sociale - Association d'assurance accident - 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.

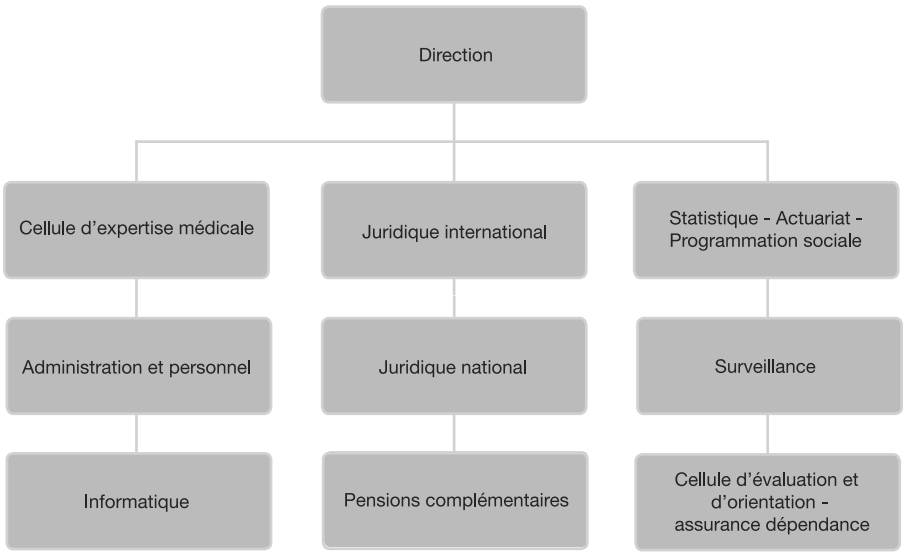
Toute décision d'un organe d'une institution qui est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts est déférée par son président à l'autorité de surveillance en vue de la suspension.

Si une décision d'un organe d'une institution de sécurité sociale est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts, l'Inspection générale de la sécurité sociale peut en suspendre l'exécution par décision motivée jusqu'à décision du ministre de tutelle qu'elle saisit aux fins d'annulation.

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

Par ailleurs, la Cellule d'évaluation et d'orientation prévue en matière d'assurance dépendance est rattachée administrativement à l'Inspection générale de la sécurité sociale tout comme la Cellule d'expertise médicale.

Organigramme de l'IGSS



Il est à noter qu'un projet de reformulation des missions et de restructuration de l'IGSS est actuellement en phase de finalisation. Une réforme de la législation relative aux régimes complémentaires de pension vient également d'être mise en oeuvre.

A part l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Cellule d'évaluation et d'orientation comptent parmi les administrations relevant du département de la Sécurité sociale, le Contrôle médical de la sécurité sociale ainsi que les juridictions de la sécurité sociale, à savoir le Conseil arbitral de la sécurité sociale et le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Leurs attributions sont définies dans le cadre des dispositions du Code de la sécurité sociale.

Contrôle médical de la sécurité sociale

Le Contrôle médical de la sécurité sociale, a, dans le cadre des prestations de sécurité sociale, ainsi que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie, des missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle. En outre, cette administration émet les avis et effectue les examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité.

Il a pour mission :

- d'évaluer l'état de santé des assurés dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts afin de se prononcer dans des avis motivés sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution de prestations de sécurité sociale ;
- de conseiller la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge dans une mesure suffisante et appropriée et dans les limites de l'utile et du nécessaire ;
- de fournir à la Caisse nationale de santé à sa demande des avis dans les cas prévus par le Code de la sécurité sociale et au sujet de toute autre question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins de santé ;
- d'assister la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes ;
- de vérifier les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées au Code de la sécurité sociale avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de la Caisse nationale de santé, des caisses de maladie et de l'Association d'assurance accident. Si à la lecture d'un rapport d'activité, il constate une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il continue ce rapport d'activité à la Commission de surveillance pour examen ;

- d'autoriser la prise en charge des prestations de soins de santé pour autant qu'une autorisation médicale de prise en charge est prescrite par les lois, règlements ou statuts ;
- d'effectuer les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts, ou, lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions, convoquer à cet effet les assurés. Dans la mesure où un tel examen s'avère indispensable auprès d'un assuré hospitalisé dans un établissement hospitalier, la direction de l'établissement prend les mesures nécessaires pour organiser la visite de l'assuré auprès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale ou le cas échéant la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale au chevet de l'assuré ;

Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions concernées. Toutefois, si l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale a été contredit par expertise médicale devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, l'institution concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.

Les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement d'aides et de soins sont tenus de fournir au Contrôle médical de la sécurité sociale, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement.

Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ce n'est que sur la demande expresse du malade qu'ils formulent un diagnostic ou une appréciation sur le traitement.

Toutes les fois qu'ils le jugent utile dans l'intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale doivent entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l'avis d'experts spécialisés toutes les fois qu'il le juge nécessaire dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé des assurés.

Juridictions de la sécurité sociale

En ce qui concerne les juridictions de la sécurité sociale, le Code de la sécurité sociale dispose que les Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale sont compétents pour connaître des recours prévus par le CSS. Le Conseil supérieur de la sécurité sociale constitue l'instance d'appel.

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.

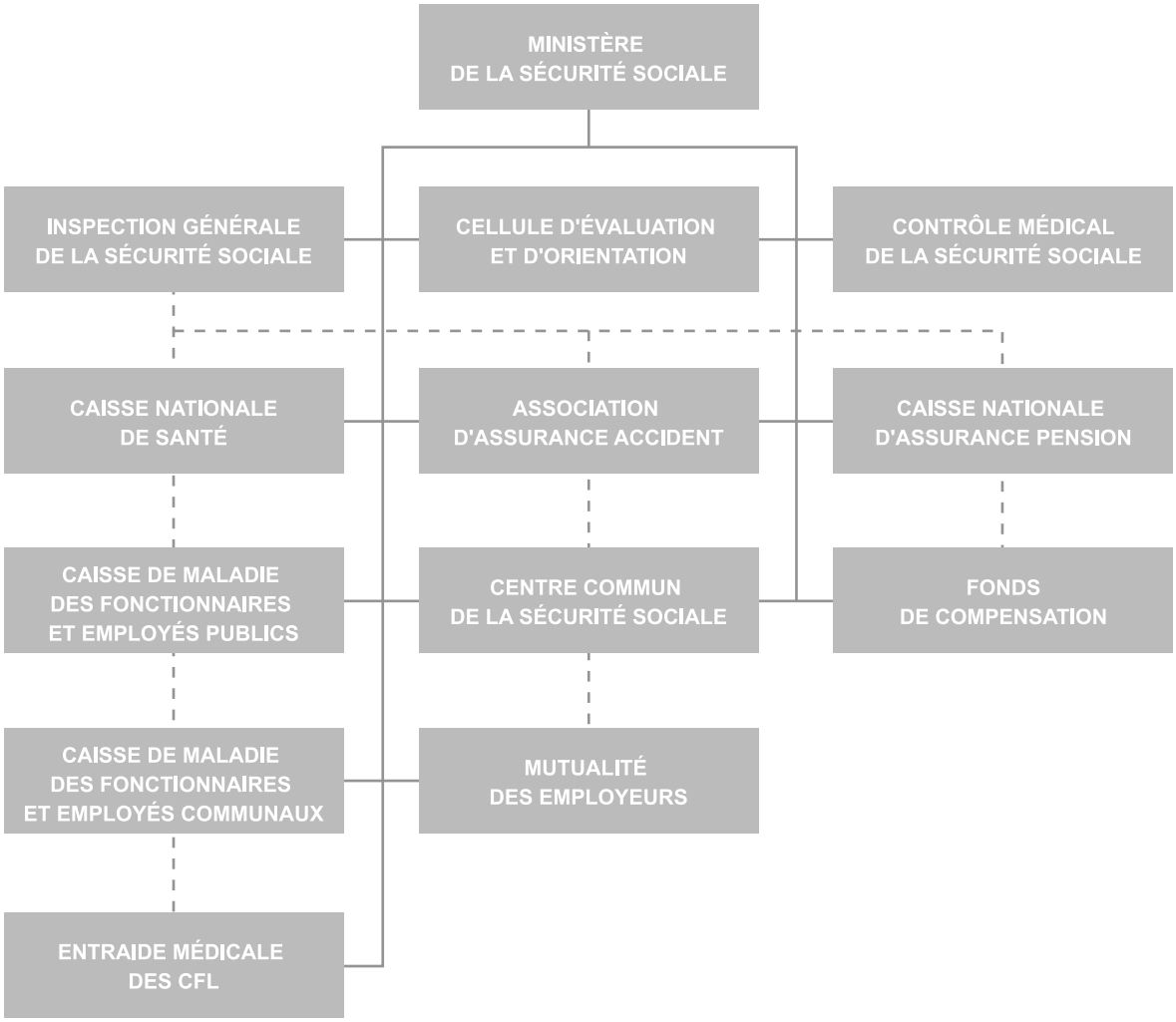
La **Caisse nationale de santé (CNS)** est dotée de la compétence générale pour l'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance. Les caisses de maladie du secteur public sont compétentes pour le remboursement des soins de santé avancés par leurs assurés.

La **Caisse nationale d'assurance pension (CNAP)** 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.

L'**Association d'assurance accident** dispose d'un statut du personnel propre. Le **Centre commun de la sécurité sociale** constitue 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 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 plusieures 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.

SITUATION FINANCIÈRE ET PERSONNES PROTÉGÉES

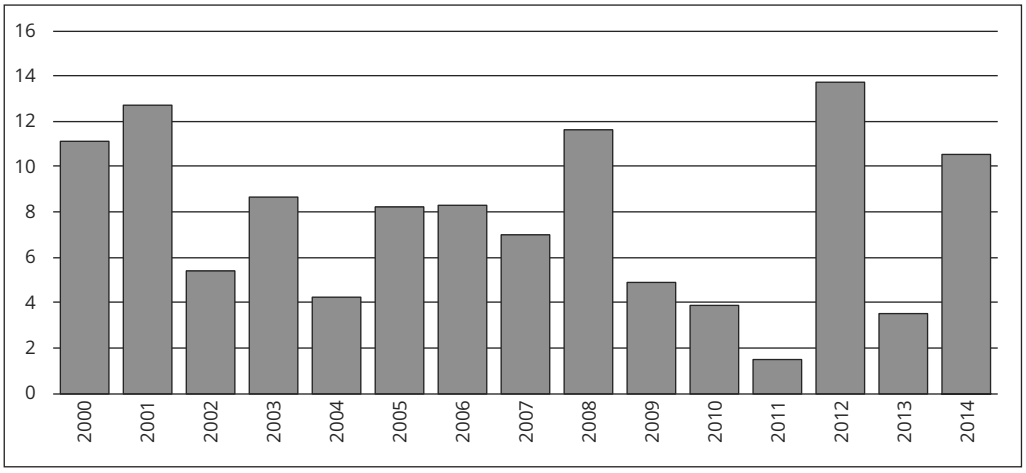
Situation financière des régimes de protection sociale

Dans cette section, la méthodologie SESPROS, est retenue pour déterminer les recettes et dépenses de la protection sociale au Luxembourg.

Les recettes de la protection sociale

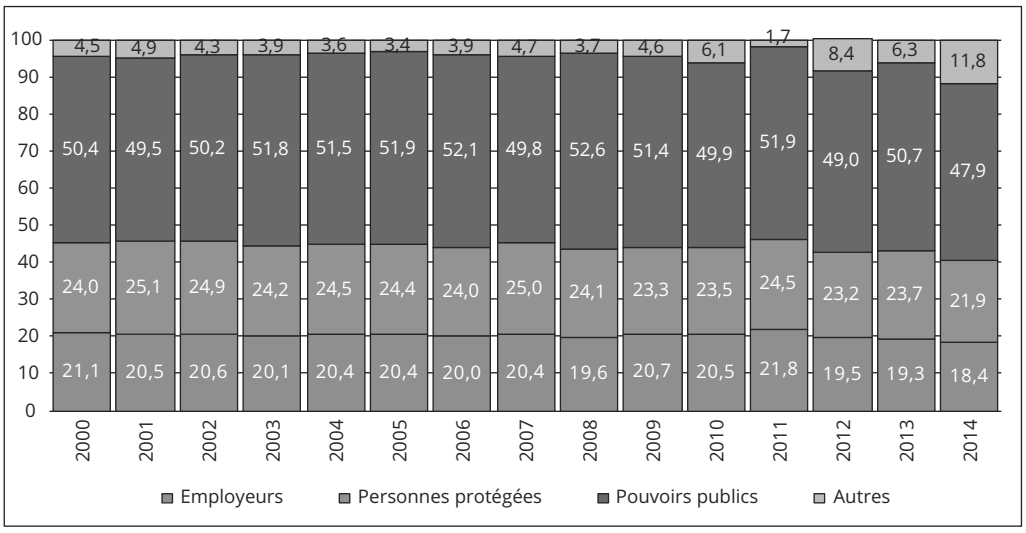
En 2014, les recettes courantes s'élèvent à 13 004,4 millions EUR, présentant une progression de 10,5% en comparaison avec l'année 2013 (11 768,2 millions EUR).

Evolution des recettes courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle en %)



Côté sources de financement, quatre sources peuvent être isolées : les pouvoirs publics, les employeurs, les personnes protégées et les revenus de la propriété. Les cotisations des employeurs (hors secteur public) représentent 18,4% des recettes courantes en 2014 tandis que la participation des personnes protégées atteint 21,9%. Les pouvoirs publics interviennent quant à eux à hauteur de 47,9% (les pouvoirs publics regroupent les contributions publiques, y compris les cotisations patronales du secteur public). Les 11,8% restants proviennent des résultats exceptionnels du Fonds.

Evolution du financement de la protection sociale (en % des recettes courantes)



L'Etat est le premier contributeur au financement de la protection sociale et sa participation représente une part importante des dépenses courantes de l'Etat.

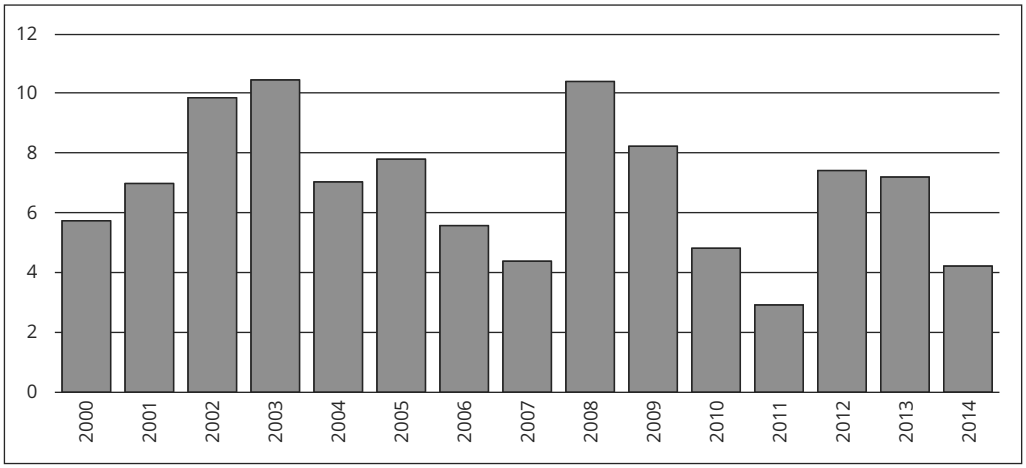
La contribution de l'Etat au financement de la protection sociale varie fortement selon les régimes. En 2014, cette contribution est la plus faible pour le régime assurance accidents dont le financement est très majoritairement assuré par les employeurs. L'assurance pension est financée à parts égales entre les employeurs, les assurés et les pouvoirs publics. L'Etat finance l'assurance dépendance à hauteur de 234 millions EUR en 2014 (224 millions EUR en 2013, 180 millions EUR en 2012 et 140 millions EUR les années précédentes) ; le reste est financé par les personnes

protégées. Le financement de l'assurance maladie-maternité est réparti par parts égales entre assurés et employeurs et l'Etat supporte 40% des cotisations auxquelles s'ajoutent les cotisations prises en charge par l'Etat pour certaines catégories de personnes protégées. Les pensions statutaires sont majoritairement financées par les pouvoirs publics. Les recettes des régimes prestations familiales, du Fonds pour l'emploi et du Fonds national de solidarité proviennent principalement des pouvoirs publics. Aucune cotisation n'est payée pour ces trois régimes.

Les dépenses de la protection sociale

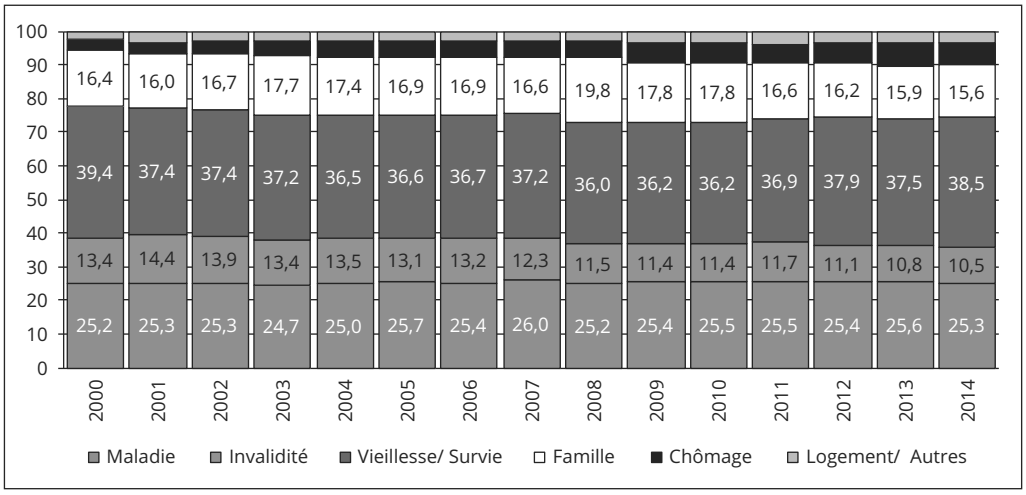
En 2014, les dépenses courantes atteignent 11 204,7 millions EUR soit une augmentation de 4,2% par rapport à l'année 2013 (10 749,2 millions EUR).

Evolution des dépenses courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle en %)



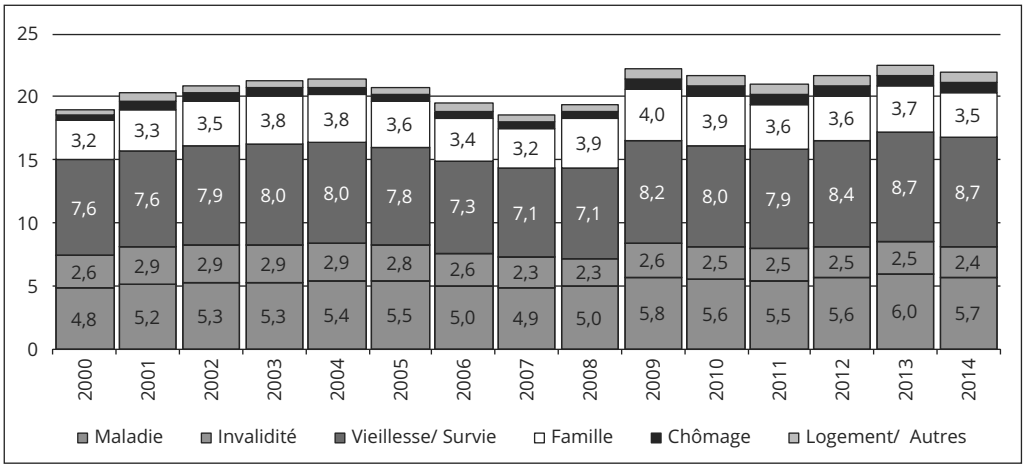
Pour 2014, les dépenses courantes sont réalisées pour 69,1% sous forme de prestations en espèces et pour 30,9% sous forme de prestations en nature. Les prestations de vieillesse et de survie (38,5%) et les prestations de soins de santé (25,3%) forment plus de 60% des dépenses.

Evolution des dépenses de protection sociale par fonction (en % des dépenses courantes)



En 2014, par fonction et rapportées au PIB (Produit Intérieur Brut), ce sont les prestations de vieillesse et de survie et les dépenses en soins de santé qui représentent les dépenses les plus importantes avec respectivement 8,7% et 5,7% du PIB. Les prestations familiales interviennent pour 3,5% et les prestations d'invalidité comptent pour 2,4.

Evolution des prestations de protection sociale par fonction (en % du PIB)

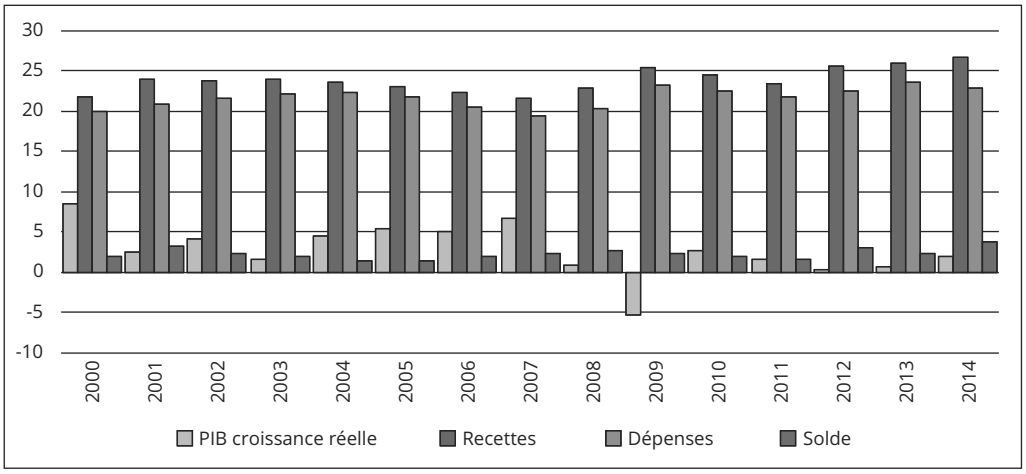


Situation globale

Au regard des recettes et des dépenses de la protection sociale décrites ci-dessus, le bilan de l'année 2014 présente un solde global positif de 1 799,6 millions EUR (1 019,0 millions EUR en 2013).

Avec un ratio des recettes rapportées au PIB (Produit Intérieur Brut) de 26,6% et un ratio des dépenses rapportées au PIB de 22,9%, le solde global de la protection sociale représente 3,7% du PIB en 2014.

Evolution des recettes et des dépenses courantes de la protection sociale (en % du PIB)



Les personnes protégées par les régimes de protection sociale et les personnes bénéficiaires

Il existe deux types de risques, ceux qui sont couverts par un régime non contributif et ceux qui sont couverts par un régime contributif, c'est-à-dire à caractère professionnel. Le nombre de personnes protégées par le système de protection sociale luxembourgeois est donc différent selon le risque qui est envisagé et le régime qui le gouverne.

Les risques couverts par un régime non contributif sont les suivants : famille, exclusion sociale, handicap et logement. Pour ces derniers, la protection sociale s'ouvre à toutes les personnes résidant sur le territoire luxembourgeois, ce qui signifie que toute la population résidente est potentiellement protégée. Notons que certaines prestations familiales sont liées non pas au pays de résidence mais au pays de travail. Le cas échéant, ces prestations sont exportables et versées aux travailleurs frontaliers.

Les risques couverts par un régime à caractère professionnel sont les suivants : maladie-maternité, dépendance, vieillesse, invalidité, accident et chômage. Il existe trois catégories de personnes protégées :

- La première catégorie correspond aux personnes qui sont protégées du fait de l'exercice d'une occupation professionnelle rémunérée. Cette dernière ouvre droit à une protection contre les risques maladie-maternité (prestations en espèces et en nature), dépendance, vieillesse, invalidité, accident et chômage. Le fait d'être bénéficiaire d'une pension de vieillesse, du revenu minimum garanti (RMG) ou d'un revenu de remplacement permet également d'être protégé contre les risques précités. Les pensionnés sont également protégés contre la maladie et la dépendance.
- La deuxième catégorie correspond aux assurés volontaires.
- La troisième catégorie correspond aux personnes bénéficiant de droits dérivés.

Toutes les personnes protégées ne sont évidemment pas bénéficiaires de la protection sociale. Ainsi, le nombre de bénéficiaires, pour un risque donné, correspond au nombre de personnes ayant perçu au moins une prestation octroyée dans le cadre de la protection contre ce risque.

Le tableau suivant propose, pour 2014, un panorama général de la protection sociale en termes de population protégée mais également en termes de bénéficiaires. Pour les risques liés à des droits non contributifs, le nombre de personnes protégées n'a pas été indiqué. En effet, ce nombre est très difficile à établir puisqu'il dépend à la fois des conditions d'attribution des différentes prestations et de la population exposée au risque.

Répartition des personnes protégées et personnes bénéficiaires par risque de la protection sociale en 2014 (moyenne annuelle)

	Régime contributif							Régime non contributif		
	Maladie-maternité		Dépendance	Vieillesse[1)]	Invalidité[a]	Accident	Chômage[2)]	Famille[a]	Exclusion sociale[a]	Handicap[a]
	Espèces[3)]	Soins santé		Régime général	Régime général					
Assurance obligatoire	331 991	520 666	520 666	381 121	381 121	406 444[4)]	213 716			
au titre de l'occupation professionnelle	331 991	408 764[5)]	408 764[e]	381 121	381 121	406 444	213 716			
au titre d'une pension		102 931	102 931							
au titre d'un autre revenu		8 545	8 545							
RMG		7 149	7 149							
Préretraite		1 396	1 396							
autres assurées obligatoires		426	426							
Assurance volontaire		4 748	4 748	2 926						
Assurance au titre d'un droit dérivé		247 647	247 647							
Total personnes protégées par risque	**331 991**	**773 061**	**773 061**	**384 047**		**406 444**	**213 716**			
Nombre de personnes bénéficiaires par risque	210 687	497 240[6)]	13 464[a]	103 592[7)]	16 868	31 797[8)]	8 334	199 386[9)]	20 478[10)]	5 097[11)]

1) Au 31 décembre.
2) Résidents.
3) Seulement les salariés du secteur privé.
4) Salariés, indépendants, chômage, service volontaire, volontaires de l'armée, au pair, sportifs d'élite.
5) Y compris indemnité de maladie, de maternité, d'accident, de chômage et congé parental.
6) Bénéficiaires résidents d'au moins un acte pendant l'exercice en cours.
7) Pensions personnelles y inclus avances et allocations trimestrielles.
8) Accidents déclarés pendant l'exercice en cours.
9) Boni pour enfants et congé parental.
10) Membres de familles bénéficiaires de l'RMG.
11) Comprend les bénéficiaires du supplément pour enfant handicapé et du revenu pour adulte gravement handicapé. Une partie des adultes handicapés seulement sont couverts par l'assurance dépendance.

Au total, la population protégée des régimes contributifs s'élève, pour 2014 en moyenne annuelle, à 773 061 personnes. Parmi elles, 67% sont des résidents et 33% des non-résidents. La structure de la population protégée en fonction du statut d'assuré à titre personnel (actif ou pensionné) ou de coassuré est très différente selon qu'il s'agit de la population résidente ou non résidente.

Répartition de la population protégée par résidence et statut en 2014 (moyenne annuelle)

	Résidents	Non résidents	Total
Actifs assurés	252 137	170 345	422 483
Pensionnés	91 617	11 315	102 931
Coassurés	174 414	73 234	247 647
Total	**518 168**	**254 893**	**773 061**

L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

Le but de l'assurance maladie-maternité est d'assurer l'accès équitable à des soins de santé de qualité pour toute la population, indépendamment du statut social ou du revenu et de garantir la sécurité financière en cas de maladie. Elle vise un taux de couverture optimal de la population ainsi qu'une prise en charge complète des soins de santé dans les limites de " l'utile et du nécessaire ".

LES PRESTATIONS

Les prestations de l'assurance maladie-maternité comprennent les soins de santé et les prestations en espèces. Les soins de santé et les mesures de médecine préventive suivantes sont pris en charge :

- les soins de médecine et de médecine dentaire ;
- les soins dispensés par les professionnels de santé ;
- le traitement en milieu hospitalier et extrahospitalier ;
- les analyses de laboratoire, l'imagerie médicale et la physiothérapie ;
- les médicaments ;
- les moyens curatifs et produits accessoires ;
- la rééducation, les cures thérapeutiques et de convalescence ;
- les frais de voyage et de transport ;
- les soins palliatifs.

Sur base de conventions avec le ministre ayant dans son attribution la Santé, l'assurance maladie-maternité prend en charge des programmes de médecine préventive pour des populations ciblées. Par exemple, le suivi médical pour femmes enceintes et des enfants en bas âge, le dépistage prénatal d'anomalies congénitales, et des programmes de vaccinations (grippe, papillomavirus) pour des groupes de personnes à risque.

L'offre de soins de santé couverte par l'assurance maladie-maternité varie avec le temps ; récemment la psychothérapie fait partie des prestations remboursées.

L'assurance maladie-maternité offre également aux assurés sociaux actifs, salariés et non-salariés, des prestions en espèces, c'est-à-dire un remplacement de salaire en cas de maladie ou lors d'un congé maternité. Elles sont servies jusqu'à concurrence du plafond cotisable mensuel qui correspond à 5 fois le salaire social minimum (SSM). A noter que les prestations en espèces de maternité concernent le congé légal pré- et postnatal, la dispense de travail pour femmes enceintes ainsi que des prestations assimilées : congé d'accueil en cas d'adoption d'un enfant ou congé pour raisons familiales pour soigner ses enfants malades.

ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

La CNS, qui est l'organisme de gestion de l'assurance maladie-maternité, est placée sous la responsabilité d'un comité-directeur qui se compose de représentants des salariés, des professions indépendantes et des employeurs :

- La CNS est compétente pour l'élaboration du budget annuel global, de la programmation pluriannuelle, et de la fixation du taux de cotisation. Elle établit les règles concernant son propre fonctionnement et statue sur le décompte annuel. Elle arrête les statuts déterminant les modalités de prise en charge. Toutes ces décisions sont soumises à l'approbation ministérielle ;
- La CNS négocie les conventions avec les prestataires ;
- Elle procède à la liquidation des frais pour soins de santé et à la liquidation des prestations en espèces de maladie pour les périodes de maladie dépassant le cadre légal d'intervention patronale. En cas de maternité, la CNS prend en charge la totalité des prestations liées au congé de maternité.

Pour les périodes de maladie intervenant au cours de la période de conservation légale de la rémunération, les prestations en espèces sont, dans un premier temps, avancées par les employeurs. Ces derniers sont ensuite remboursés à concurrence de 80% des rémunérations payées à leurs salariés par la Mutualité des employeurs, institution de sécurité sociale créée par loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé.

La gestion et le financement de l'assurance maladie-maternité ont été modifiés en profondeur par deux réformes successives intervenues en 2009 et 2011, notamment la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé et la loi du 17 décembre 2010, portant réforme du système des soins de santé.

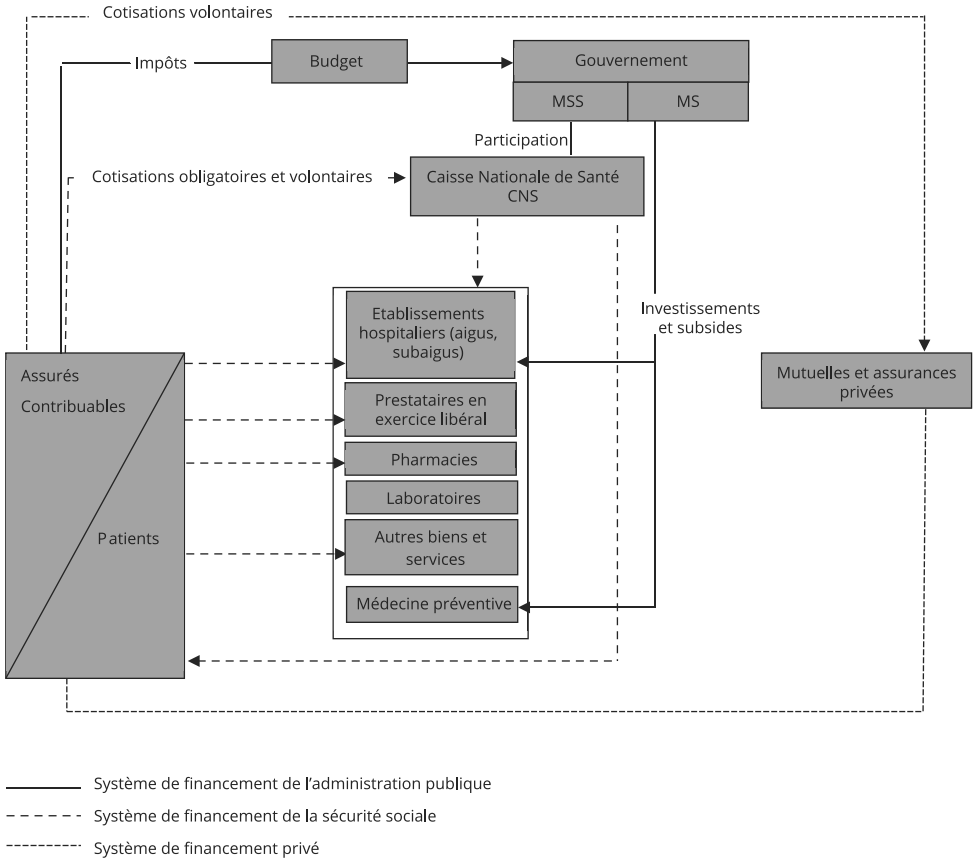
L'assurance maladie a comme souci majeur la gestion optimale des ressources afin de garantir un accès équitable aux soins, de maintenir un niveau de protection élevé tout en préservant la viabilité financière du système.

A cette fin, le Code de la sécurité sociale (CSS, Art. 80) prévoit un comité quadripartite, qui réunit au moins une fois par an les représentants des départements ministériels concernés, des organisations des salariés et des employeurs ainsi que des prestataires de soins. Le comité est appelé à examiner annuellement :

- l'équilibre financier de l'assurance maladie-maternité sur base du budget prévisionnel ;
- l'adaptation du système de santé aux besoins de la population, à l'évolution du progrès médical et des ressources dont dispose le pays.

Le comité quadripartite peut proposer ensuite toutes les mesures qu'il juge opportunes pour améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé.

Organigramme des soins de santé au Luxembourg en 2015



LA RÉFORME DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET LE PROGRAMME GOUVERNEMENTAL

La loi du 17 décembre 2010, portant réforme du système des soins de santé ainsi que le programme gouvernemental 2013-2018 ont actuellement un impact sur l'organisation et le financement du système de soins de santé.

La mise en place de nouveaux dispositifs et la révision des instruments existants

Le dispositif médecin référent (MR), introduit à l'article 19bis du CSS et opérationnel depuis le mois d'août 2012 a été évalué par une commission d'évaluation en 2015. Le rapport d'évaluation contient un rapport de gestion administrative, des données statistiques, un exemple illustratif de l'apport du dispositif MR, une enquête de perception du MR ainsi que des recommandations. Le règlement grand-ducal du 27 novembre modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 prend en compte les conclusions tirées dans le rapport d'évaluation.

Pour garantir le suivi optimal du patient, un meilleur échange des informations est primordial. Géré par l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé (Agence eSanté), le Dossier de soins partagé (DSP) permettra, entre autres, le regroupement des données de santé nécessaires au bon suivi du patient moyennant la transmission électronique des données par les prestataires quasiment en temps réel et remplacera la transmission d'informations sur support papier en réduisant les ressources, les erreurs et les imprécisions. Depuis le début de l'année 2015, les patients profitant du dispositif du médecin référent participent à titre expérimental au DSP de préfiguration (article 60quater du CSS).

Après la phase test de la documentation hospitalière réalisée en 2014, les membres de la Commission consultative de la documentation hospitalière (CcDH) travaillent actuellement à la phase d'adaptation des outils et référentiels de codage pour permettre le déploiement du système de documentation hospitalière. Entre autres, la CcDH a contribué à la rédaction et la validation des annexes techniques du projet de règlement grand-ducal concernant le dossier du patient hospitalisé, prévu par la loi sur les établissements hospitaliers et la loi relative aux droits et obligations du patient. Ce règlement est actuellement en cours de finalisation et devrait être déposé prochainement.

Pour mémoire, les travaux menés dès 2012 dans le domaine de la comptabilité analytique hospitalière ne peuvent atteindre leur objectif final, la réalisation d'un "full cost model", qu'avec une documentation hospitalière exhaustive et fiable.

À travers une documentation relative à l'activité médicale opérationnelle et une comptabilité analytique, le Gouvernement prévoit la mise en place d'un financement à l'activité, qui permettra une facturation globale des frais relatifs au séjour hospitalier et une amélioration de la transparence de la gestion hospitalière. D'ici là, l'enveloppe globale hospitalière sera maintenue comme mode de financement.

Une autre priorité fixée par le programme gouvernemental est la révision à fonds des nomenclatures des professionnels de santé. Les révisions des nomenclatures suivantes sont en cours : actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, des masseurs-kinésithérapeutes et des masseurs ainsi que de la nomenclature des actes et services des infirmiers. À noter que la révision de la nomenclature des actes et services des médecins n'a pas encore commencé.

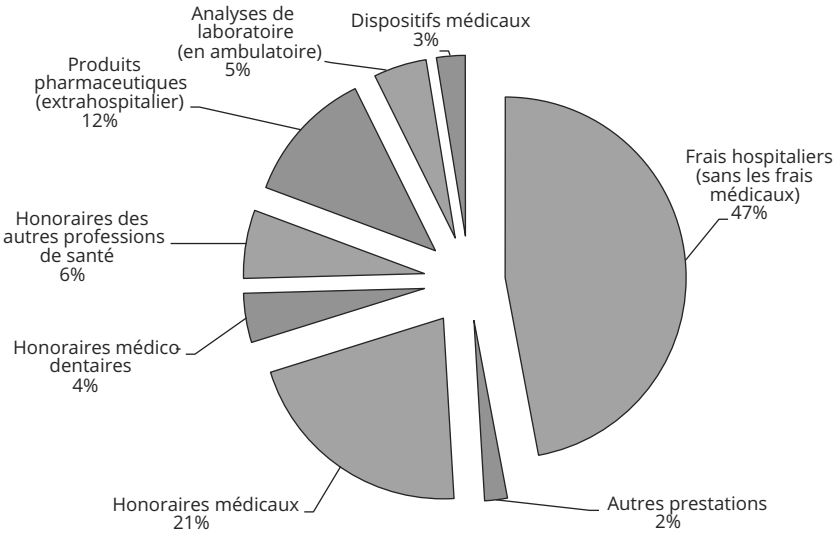
Suite à l'avis du Conseil d'État du 19 mai 2015, le plan hospitalier national est révisé. Ce plan est un moyen important pour renforcer la pilotabilité du système et utiliser d'une façon plus efficiente les ressources disponibles. L'idée du " pas tout partout " consiste dans une concentration des services médicaux hospitaliers, avec comme corollaire une amélioration de la qualité des soins et l'émergence de centres de compétence. Le but recherché est une médecine de haut niveau basée sur des recommandations de bonnes pratiques médicales qui permettra d'éviter des dépenses non justifiées.

LES SOINS DE SANTÉ

Les prestations de soins de santé au Luxembourg

En 2014, l'assurance maladie-maternité a liquidé 2 128,2 millions EUR pour soins de santé, dont 76,4% soit 1 625 millions EUR pour la population protégée résidente. La répartition entre les différents types de prestations est illustrée dans le graphique suivant.

Ventilation des frais pour soins de santé au Luxembourg en 2014



a. Elimination du biais des écritures de provisions pour prestations. Sont considérés également les reports pour prestations dont les factures n'ont pas encore été introduites. Le Comité directeur de la CNS a décidé fin 2013 de comptabiliser dorénavant, au niveau des dépenses inscrites aux décomptes, les prestations pour soins de santé relatives à l'exercice courant et aux exercices antérieurs. Ces reports sont assimilés aux provisions.

Note : Le poste de soins de santé " Autres prestations " regroupe la rééducation et les cures, la réadaptation en foyer de psychiatrie, les frais de transports, la médecine préventive et les indemnités funéraires.

Source : CNS, calcul IGSS.

Les frais hospitaliers représentent près de la moitié des dépenses (47,0%) pour soins de santé au Luxembourg. Les honoraires médicaux (21,1%) et les produits pharmaceutiques (12,0%) complètent le podium des premières dépenses. Ces trois postes représentent à eux seuls 80,1% de l'ensemble des dépenses en soins de santé au Luxembourg et 61,2% de l'ensemble des dépenses en soins de santé (au Luxembourg et à l'étranger).

Les prestations de soins de santé à l'étranger

Avec 502,3 millions EUR, les prestations à l'étranger représentent 23,6% du total des frais pour soins de santé liquidés en 2014. En raison de systèmes de classification et de tarification divergents dans les pays respectifs, une ventilation identique à celle appliquée aux prestations au Luxembourg n'est pas possible.

Les prestations de soins de santé à l'étranger ont connu une augmentation importante passant d'une progression de 14,2% en 2013 à 21,4% en 2014. En fait, cette évolution n'est qu'artificielle et s'explique par la comptabilisation des provisions. Comme cela s'est fait en 2013, la période d'introduction des décomptes pour 2014 a été prolongée jusqu'au 15 février 2015 au lieu du 31 décembre 2014. En 2013, cette méthode a permis la régularisation supplémentaire d'un montant de 49,1 millions EUR.

De plus, à partir de 2014, la comptabilisation des provisions s'applique également aux factures étrangères pas encore introduites. Le montant des factures en souffrance est estimé entre 210 et 240 millions EUR. Il a été décidé de répartir ce montant sur 3 années sous forme de provisions : 160 millions EUR ont été comptabilisés en 2014, le montant restant sera réparti et imputé sur les exercices 2015 et 2016.

Evolution des prestations de soins de santé à l'étranger de 2012 à 2014 (en millions EUR)

	2012	2013	2014
Prestations de soins de santé, dont:	362,0	413,5	502,2
- Conventions internationales (tiers payant) [a]	*353,3*	*404,1*	*492,8*
- Autres prestations à l'étranger (remboursement de prestations)	*8,6*	*9,4*	*9,4*
Indemnités funéraires	0,1	0,1	0,1
TOTAL DES PRESTATIONS	**362,1**	**413,6**	**502,3**

a. Montants ajustés en fonction des dotations aux provisions.
Source : CNS décomptes annuels, calcul IGSS

La consommation de médicaments

En 2014, les frais pharmaceutiques dans le secteur extrahospitalier s'élèvent à 160 millions EUR et ont diminué de 2,0% par rapport à l'année précédente. La baisse résulte de la réduction des prix des médicaments et de l'introduction du dispositif de substitution en octobre 2014.[1)]

Les quatre groupes ATC les plus pris en charge par la CNS en milieu ambulatoire sont présentés au tableau suivant. Ils représentent 64% du montant net total.

Principaux groupes de médicaments pris en charge par la CNS en 2014

Code ATC 1er niveau	Montant net total %	Variation 2013 / 2014 de la consommation DDD
Système cardio-vasculaire	19%	1%
Tractus gastro-intestinal et métabolisme	16%	7%
Cytostatiques, agents immunomodulateurs	15%	2%
Systéme nerveux central	14%	2%

DDD - Defined Daily Dose : La DDD est une mesure statistique définie par l'OMS qui est utilisée pour rendre comparable des données de consommation de différents dosages d'une même molécule ou de différentes substances d'une même classe de médicament.

ATC - Anatomical Therapeutic Chemical. L'ATC est un système de classification des médicaments établi par l'OMS. Les médicaments sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et/ou leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques.

Source : CNS décomptes annuels, calcul IGSS

Les soins de maternité

Les soins de maternité lors d'un accouchement à l'hôpital ont été pris en charge forfaitairement par l'Etat jusqu'en 2010. A partir du 1er janvier 2011, le financement des soins en cas de maternité a été intégré au régime général de l'assurance maladie-maternité.

En 2014, le nombre total des accouchements remboursés par l'assurance maladie-maternité est de 6 135. Comparé à 2004, ceci représente une augmentation de 15,3%. Toutefois, la population protégée résidente a également augmenté. Trois points sont mis en évidence :

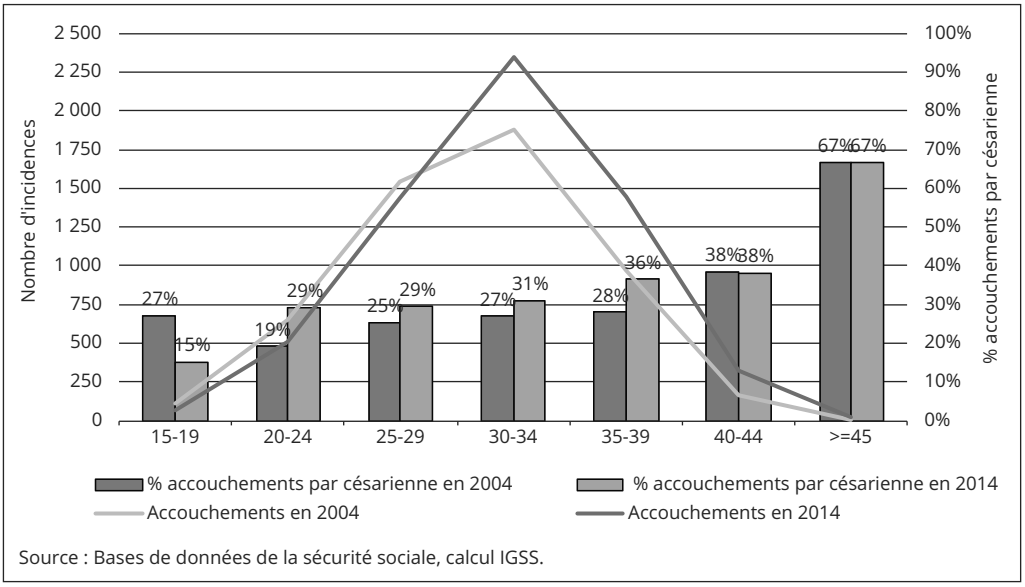
- Diminution des accouchements chez les femmes âgées de moins de 29 ans ;
- Transfert des accouchements vers les groupes d'âge 30 ans et plus ;
- Augmentation des accouchements par césarienne.

Le taux des césariennes calculé par rapport au nombre total d'accouchements est de 32,1% en 2014 contre 26,1% en 2004.

Le graphique suivant indique, en fonction de l'âge de la femme, le nombre d'accouchements de femmes résidentes prises en charge par l'assurance maladie-maternité pour les années 2004 et 2014. Ce taux a diminué chez les adolescentes, a augmenté chez les femmes âgées de 20 à 39 ans et est le même pour les femmes de plus de 45 ans. De plus, il montre le pourcentage des accouchements par césarienne sur tous les accouchements.

1) Données établies selon la date de la prestation, source : bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2004 et 2014



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

LES PRESTATIONS EN ESPÈCES

La CNS procède à la liquidation des prestations en espèces de maladie pour les périodes de maladie dépassant le cadre légal d'intervention patronale. Pour les périodes de maladie intervenant au cours de la période de conservation légale de la rémunération, les prestations en espèces sont, dans un premier temps, avancées par les employeurs. Ces derniers sont ensuite remboursés, à concurrence de 80% des rémunérations payées à leurs salariés, par la Mutualité des Employeurs.

Evolution à partir de 2012 des prestations en espèces de maladie (en millions EUR)

	2012	2013	2014
Prestations à charge de la CNS	**121,3**	**126,2**	**126,9**
Variation annuelle en %		*+4,0%*	*+0,6%*
dont Indemnités pécuniaires proprement dites	112,7	117,9	118,0
dont Indemnités pendant périodes d'essais	8,5	8,1	8,8
dont Indemnités liées à un congé d'accompagnement	0,1	0,1	0,2
Taux de cotisation	*0,50%*	*0,50%*	*0,50%*
Prestations à charge de la Mutualité des Employeurs	**299,0**	**323,9**	**326,3**
Variation annuelle en %		*+8,3%*	*+0,7%*

Source : CNS, décomptes annuels.

Du fait d'un recul du taux d'absentéisme pour cause de maladie, l'année 2014 a été caractérisée par une quasi-stagnation des prestations en espèces correspondantes, indépendamment du fait qu'elles sont à charge de la CNS ou de la Mutualité des Employeurs. Les prestations en espèces à charge de la CNS s'établissent à 126,9 millions EUR en 2014, contre 126,2 l'année passée. Les prestations en espèces à charge de la Mutualité s'établissent, quant à elles, à 326,3 millions EUR en 2014, contre 323,9 l'année passée.

Absentéisme à cause de maladie

Près d'un salarié sur deux (47%) n'a pas été absent à cause de maladie au cours de l'année 2014. Ceux qui ont été malades ont connu en moyenne 2,5 épisodes de 8,7 jours chacun. Le taux d'absentéisme atteint 3,6% contre 3,7% l'année passée.

L'âge est un facteur aggravant de l'absentéisme. Le taux d'absentéisme des plus de 50 ans est 1,7 fois plus élevé que celui des moins de 30 ans. Entre 2013 et 2014, le taux d'absentéisme a diminué dans chacune des tranches d'âge de la population.

A côté de l'âge, d'autres caractéristiques individuelles comme le sexe, la résidence ou encore le type d'activité font partie des déterminants de l'absentéisme maladie.

En 2014, le taux d'absentéisme des femmes (4,0%) est supérieur à celui des hommes (3,4%). Cet écart est souvent expliqué par certaines spécificités physiologiques des femmes ainsi que par une implication plus forte de ces dernières dans les tâches familiales. En 2013, le taux d'absentéisme des femmes était de 4,1% et celui des hommes était de 3,5%.

En 2014, le taux d'absentéisme des frontaliers (3,9%) est supérieur à celui des résidents (3,4%). Le fait de résider au-delà des frontières est porteur d'un certain nombre de particularités qui peuvent expliquer cet écart. Parmi celles-ci, il y a lieu de mentionner les durées de trajet domicile-travail qui sont majorées et qui peuvent être vues comme une source de fatigue et de stress supplémentaire. Il y a lieu également de supposer l'existence de différences quant aux habitudes des prescripteurs (dans la durée de l'arrêt maladie notamment). En 2013, le taux d'absentéisme des frontaliers était de 4,0% et celui des résidents était de 3,5%.

En 2014, le taux d'absentéisme des salariés exerçant une activité manuelle (4,8%) est supérieur à celui des autres salariés (2,8%). Cet écart s'explique par la pénibilité du travail manuel par rapport au travail intellectuel. En 2013, le taux d'absentéisme des salariés exerçant une activité manuelle était de 4,9% et celui des autres salariés était de 2,9%.

Taux d'absentéisme maladie 2014 selon la résidence, le sexe et le type d'activité

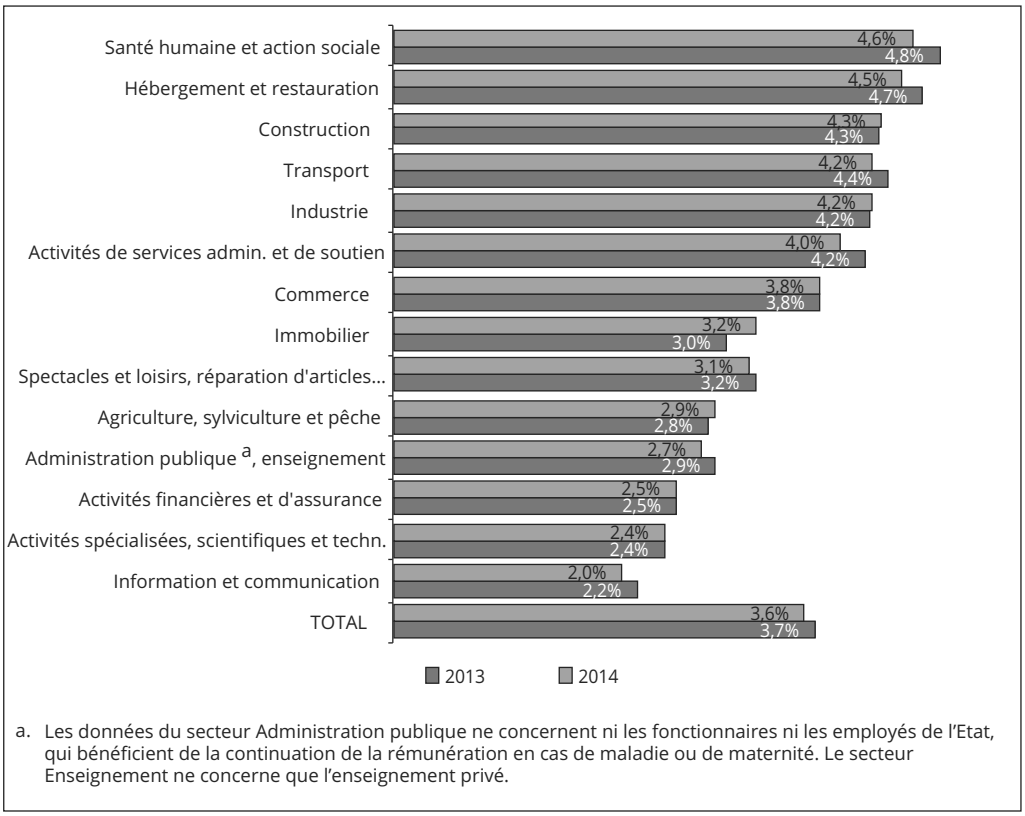
	Frontaliers			Résidents			Frontaliers et résidents		
	Hommes	**Femmes**	**TOTAL**	**Hommes**	**Femmes**	**TOTAL**	**Hommes**	**Femmes**	**TOTAL**
Salariés exerçant une activité manuelle [a]	5,0%	6,6%	5,3%	4,3%	4,5%	4,4%	4,7%	5,0%	4,8%
Autres salariés	2,4%	4,0%	3,1%	2,0%	3,1%	2,5%	2,2%	3,5%	2,8%
TOTAL	**3,6%**	**4,5%**	**3,9%**	**3,1%**	**3,7%**	**3,4%**	**3,4%**	**4,0%**	**3,6%**

a. L'information sur le caractère manuel de l'activité apparait dans la déclaration d'entrée des salariés introduite par les employeurs auprès du Centre Commun de la Sécurité Sociale.

Taux d'absentéisme selon le secteur d'activité

Le taux d'absentéisme varie fortement d'un secteur d'activité à l'autre. Ces variations s'expliquent par des conditions de travail spécifiques ainsi que par certaines caractéristiques individuelles des salariés appartenant aux différents secteurs (p.ex. structure d'âge). Le graphique suivant présente les taux d'absentéisme par secteur pour les années 2013 et 2014.

Taux d'absentéisme maladie selon le secteur d'activité en 2013 et 2014



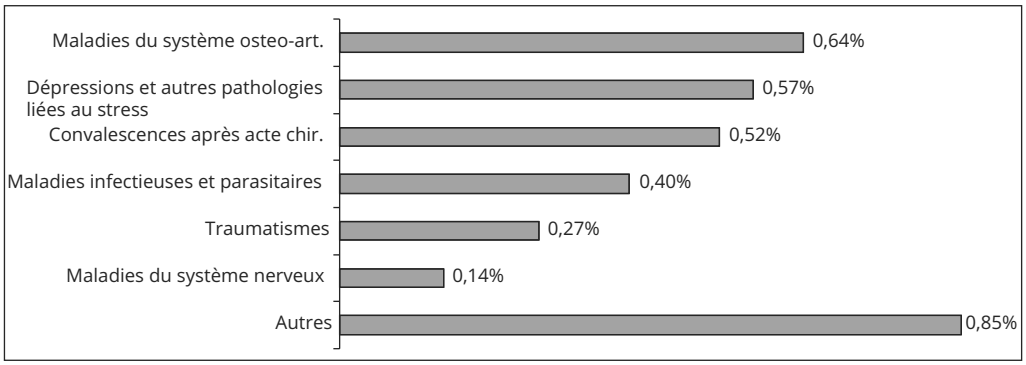
a. Les données du secteur Administration publique ne concernent ni les fonctionnaires ni les employés de l'Etat, qui bénéficient de la continuation de la rémunération en cas de maladie ou de maternité. Le secteur Enseignement ne concerne que l'enseignement privé.

Bien que le secteur de la santé humaine et de l'action sociale affiche la diminution la plus forte entre 2013 et 2014, il reste le secteur ayant le taux d'absentéisme le plus élevé (4,6%). D'une façon plus générale, à l'exception des secteurs de l'immobilier et de l'agriculture, sylviculture et pêche, tous les autres secteurs affichent en 2014 soit une stabilisation, soit une diminution de leur taux.

Raison médicales des absences des résidents[1)]

En 2014, les absences liées aux maladies du système ostéo-articulaire ont le plus pesé dans le taux d'absentéisme des salariés résidents. Alors que ce dernier atteint 3,40%, la part des jours d'absence pour cause de maladies du système ostéo-articulaire dans l'ensemble des jours de travail théoriques s'établit à 0,64%.

Décomposition du taux d'absentéisme maladie (3,40%) selon la raison médicale en 2014

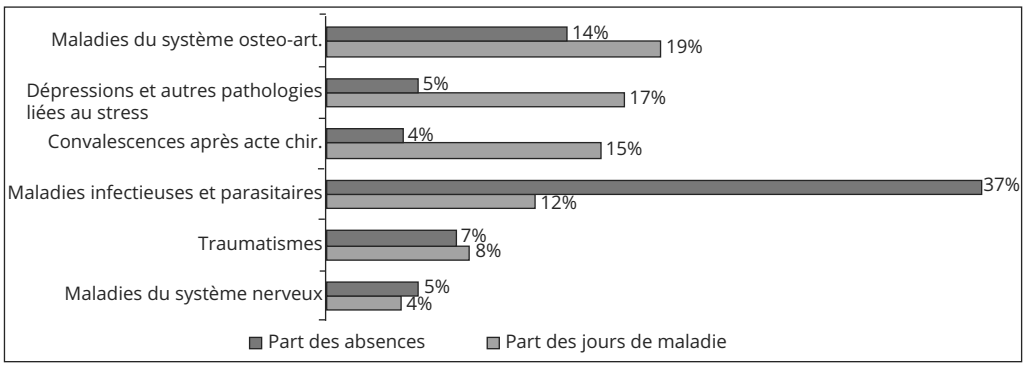


Guide de lecture :

- Pour une année donnée, la somme des contributions des différentes raisons médicales est égale au taux d'absentéisme des salariés résidents.
- En 2014, les maladies du système ostéo-articulaire ont concerné 0,64% des jours pendant lesquels les salariés résidents ont exercé une activité.

Alors que certaines pathologies concernent un grand nombre d'absences dont la durée est relativement courte en moyenne, d'autres concernent un nombre d'absences plus faible mais dont la durée est plus longue en moyenne. Les absences liées aux dépressions et autres pathologies liées au stress ont ainsi représenté 17% des jours de maladie mais seulement 5% des épisodes d'absence. A l'opposé, les absences liées à une maladie infectieuse ou parasitaire (grippes, gastro-entérites, sinusites, otites…) ont représenté 37% des absences mais seulement 12% des jours de maladie.

Poids des principales raisons médicales dans la fréquence et dans le nombre de jours d'absences en 2014



1) Pour l'analyse des raisons médicales, seuls les salariés résidents sont considérés. Les diagnostics proviennent des déclarations remplies par les médecins. Les données relatives aux frontaliers ne sont pas exploitables car seuls 20% des diagnostics sont codifiés contre 80% pour les résidents.

DONNÉES FINANCIÈRES

Deux réformes importantes aux cours des dernières années ont modifié l'organisation et le financement de l'assurance maladie-maternité. Ces réformes concernaient le système des prestations en espèces, le système des soins de santé et l'organisation de l'assurance maladie-maternité.

Le tableau suivant retrace l'évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité pour les exercices 2010-2014.

Exercice	2010	2011	2012	2013	2014
N.i. du coût de la vie (moyenne annuelle)	711,07	724,34	742,44	761,00	775,17
Recettes					
Cotisations	1 155,1	1 262,8	1 332,6	1 396,7	1 465,0
Cotisations forfaitaires Etat	668,0	841,3	888,2	931,0	976,5
Autres contributions de l'Etat [a]	170,3	20,1	20,1	20,2	20,1
Autres recettes	30,9	35,9	31,6	32,6	34,9
TOTAL DES RECETTES COURANTES	**2 024,2**	**2 160,1**	**2 272,5**	**2 380,5**	**2 496,6**
Variation annuelle en %	*4,3%*	*6,7%*	*5,2%*	*4,8%*	*4,9%*
Dépenses					
Frais d'administration	68,8	67,4	70,9	76,2	75,9
Prestations en espèces [b]	217,0	232,5	258,9	271,4	277,9
Prestations en nature	1 734,9	1 775,9	1 892,2	1 991,8	1 969,1
Autres dépenses	8,4	5,9	6,5	63,6	167,7
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	**2 029,0**	**2 081,8**	**2 228,4**	**2 403,0**	**2 490,7**
Variation annuelle en %	*3,5%*	*2,6%*	*7,0%*	*7,8%*	*3,6%*
Solde des opérations courantes	**-4,8**	**78,3**	**44,1**	**-22,5**	**5,9**
Participation de l'Etat (en % des recettes courantes)	41,4%	39,9%	40,0%	40,0%	39,9%
Réserve globale	194,5	272,8	317,0	294,5	300,3
Réserve minimale [c]	111,6	114,5	144,8	180,2	211,7
Taux réserve globale / dépenses courantes	9,6%	13,1%	14,2%	12,3%	12,1%
Taux réserve minimum / dépenses courantes	5,5%	5,5%	6,5%	7,5%	8,5%
Excédent / découvert cumulé (après opérations sur réserve)	**82,9**	**158,3**	**172,1**	**114,2**	**88,6**
Taux de cotisation unique pour prestations en nature	5,40%	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%
Taux d'équilibre de l'exercice		5,39%	5,56%	5,75%	5,66%

a. L'article 14 de la loi du 27 décembre 2010 prévoit le paiement par l'Etat d'une dotation annuelle de 20 millions EUR pour compenser les charges supplémentaires incombant à la CNS, du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général. Cette disposition est prolongée par la loi relative au budget des recettes et des dépenses de l'Etat jusqu'au 31 décembre 2018.
b. Y compris la part patronale dans les prestations.
c. A partir de 2010 : abaissement de la réserve minimale de 10% des recettes courantes à 5,5% en 2010 et 2011, à 6,5% en 2012, 7,5% en 2013 et 8,5% en 2014. En 2015 la réserve devra atteindre à nouveau 10%.
Source : CNS, décomptes annuels.

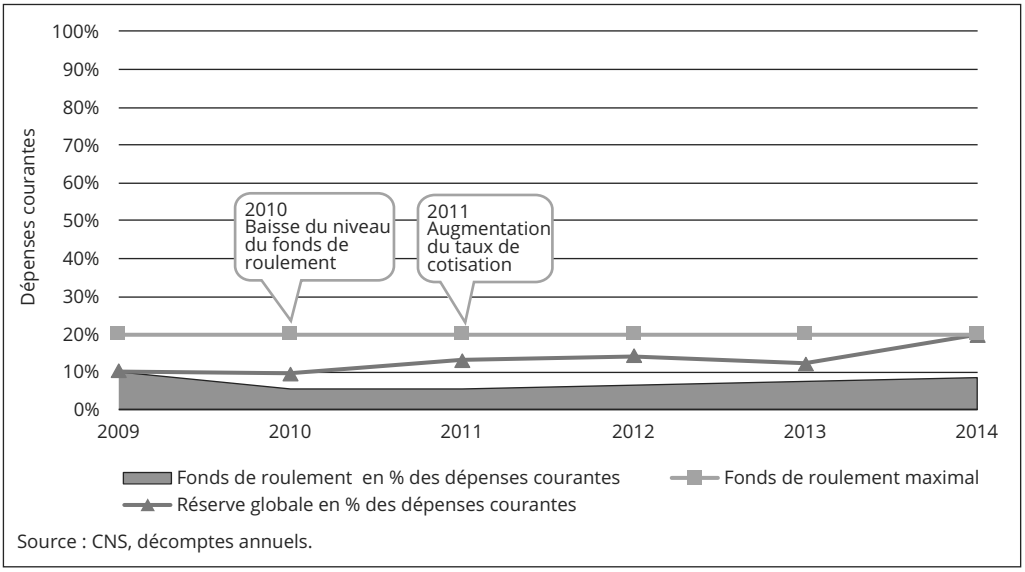
En 2014, les recettes effectives progressent de 4,9% s'alignant à l'évolution de 2012 (5,2%) et 2013 (4,8%). Contrairement à 2012 et 2013 cette augmentation des recettes a été plus rapide que celle des dépenses qui ont évolué de 3,6%. L'exercice 2014 a donc pu clôturer avec un solde des opérations courantes légèrement positif de 5,9 millions EUR.

L'excédent cumulé (88,6 millions EUR en 2014) a connu une baisse sensible depuis 2012, s'expliquant d'une part par une croissance plus élevée des dépenses que des recettes en 2013, d'autre part, par la reconstitution progressive de la réserve minimale à son niveau initial de 10% des dépenses courantes, atteint à partir de 2015. En effet, le niveau de la réserve minimale de 10%, prévu par l'article 28 du Code de la sécurité sociale, avait été abaissé à 5,5% en 2010 et 2011, à 6,5% en 2012, 7,5% en 2013 et 8,5% en 2014. A noter que la comptabilisation des dettes de la CNS envers les institutions de la sécurité sociale étrangères en 2013 (49 millions EUR) et en 2014 (160 millions EUR) a constitué une dépense supplémentaire importante.

En 2009, la crise économique et la situation tendue sur le marché de l'emploi avaient provoqué un ralentissement spectaculaire des rentrées en cotisations, menaçant sérieusement l'équilibre financier de la CNS.

Afin d'assainir durablement la situation financière de l'assurance maladie-maternité, le Gouvernement avait décidé d'engager une réforme en profondeur, votée en décembre 2010. Tout en attendant que les changements structurels prévus par la loi montrent leurs effets, des mesures d'économie quick-win (baisse du fonds de roulement, augmentation du taux de cotisation, stand-still, etc.) ont réussi à redresser la situation financière de l'assurance maladie à court terme.

La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes de 2009 à 2014



Source : CNS, décomptes annuels.

Le graphique ci-avant présente l'évolution de la réserve par rapport aux dépenses courantes pour la période de 2009 à 2014. Bien qu'on puisse constater un excédent de financement apparemment important en valeur absolue, il faut retenir que celui-ci ne représente qu'un pourcentage réduit de la masse des dépenses. A rappeler également que pour les années 2010 à 2014, l'excédent est surévalué en raison de l'abaissement du taux de la réserve légale mentionné ci-avant.

Equilibre financier de l'assurance maladie-maternité [a]

Exercice	2010	2011	2012	2013	2014
RECETTES COURANTES	**2 024,2**	**2 160,1**	**2 272,5**	**2 380,5**	**2 496,6**
DEPENSES COURANTES	**2 029,0**	**2 081,8**	**2 228,4**	**2 403,0**	**2 490,7**
Solde des opérations courantes	*-4,8*	*78,3*	*44,1*	*-22,5*	*5,9*
Réserve globale	*194,5*	*272,8*	*317,0*	*294,5*	*300,3*
Fonds de roulement minimum	*111,6*	*114,5*	*144,8*	*180,2*	*211,7*
Taux réserve minimum / dépenses courantes	*5,5%*	*5,5%*	*6,5%*	*7,5%*	*8,5%*
Excédent / découvert cumulé (après opérations sur réserve)	**82,9**	**158,3**	**172,1**	**114,2**	**88,6**

a. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions pour prestations, sans considérer cependant les " reports ".Le Comité directeur de la CNS avait décidé fin 2013 de comptabiliser dorénavant sous forme de provisions les montants estimés pour soins de santé déjà délivrés, mais dont les factures n'ont pas encore été introduites. Ces nouvelles provisions sont surnommées " reports ".

Source : CNS, décomptes annuels.

En 2014, la décroissance sensible de l'excédent cumulé s'est poursuivie pour atteindre le niveau de 88,6 millions EUR, ce qui représente une baisse de -22% par rapport à 2013.

L'année 2013 s'était déjà clôturée avec une diminution de -34% par rapport à 2012 pour afficher un niveau de 114,2 millions EUR.

Il faut cependant tenir compte des circonstances ayant déclenché cette régression.

En 2013, elle est surtout due à l'augmentation des dépenses courantes suite à des provisions supplémentaires créées par des adaptations de la méthode comptable (+58,7 millions EUR en 2013) et à la prolongation de 6 semaines du délai d'introduction des décomptes des institutions de sécurité sociale étrangères (+49,1 millions EUR régularisés).

En 2014, un montant de 160 millions EUR (première tranche de remboursement comprenant environ 60% du total) de dettes envers les institutions de la sécurité sociale étrangères a été provisionné.

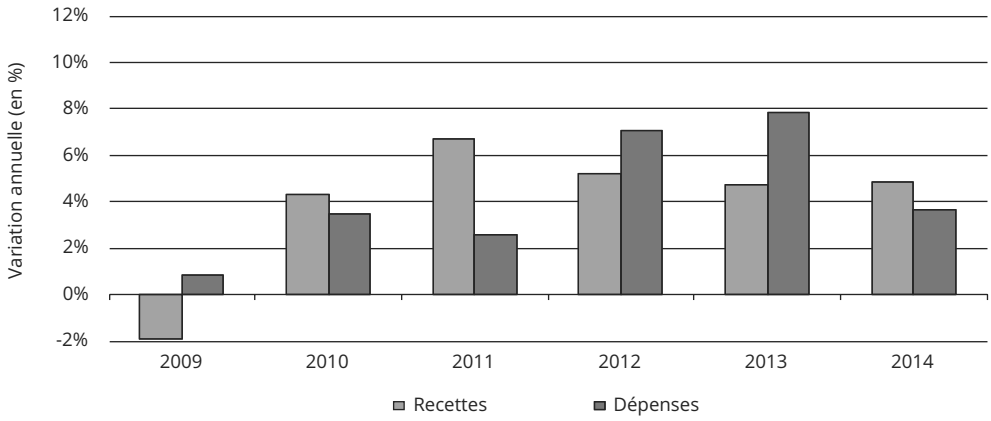
Du côté des recettes, on observe une hausse effective de 4,9%, croissance plus élevée que celle des dépenses effectives de 3,6%. Comme illustré par la suite, les recettes de l'assurance maladie-maternité proviennent essentiellement des cotisations en provenance des assurés et employeurs ainsi que de la participation de l'Etat.

En dehors de la dotation spéciale maternité (introduite pour compenser les dépenses supplémentaires résultant de l'intégration des frais pour soins de maternité dans le régime des prestations payées par l'assurance maladie-maternité), la participation de l'Etat provient principalement de la contribution forfaitaire de 40% sur l'ensemble des cotisations en provenance des assurés et employeurs.

L'évolution des recettes est donc principalement influencée par l'évolution de l'emploi, c'est-à-dire l'augmentation du nombre de personnes susceptibles de cotiser.

ÉVOLUTION DES RECETTES ET DES DÉPENSES

Evolution des recettes et dépenses courantes[a] à partir de 2009



a. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions pour prestations, sans considérer cependant les "reports".
Le Comité directeur de la CNS avait décidé fin 2013 de comptabiliser dorénavant sous forme de provisions les montants estimés pour soins de santé déjà délivrés, mais dont les factures n'ont pas encore été introduites. Ces nouvelles provisions sont surnommées "reports".

Source : CNS, décomptes annuels.

Le graphique ci-avant montre l'évolution des recettes et dépenses des 6 dernières années et illustre qu'après deux exercices marqués par un écart recettes / dépenses en faveur des dépenses, la situation s'est renversée en 2014 pour clôturer avec un excédent des recettes. La situation financière de l'assurance maladie-maternité en 2014 peut donc être considérée comme stable.

La reprise économique qui s'amorce et les mesures d'économies introduites et continuées depuis la réforme du système de soins de santé de 2010 sont à l'origine de cette amélioration. Il faut cependant souligner la fragilité de cet équilibre financier qui nécessite le maintien d'une politique budgétaire prudente et des réformes structurelles.

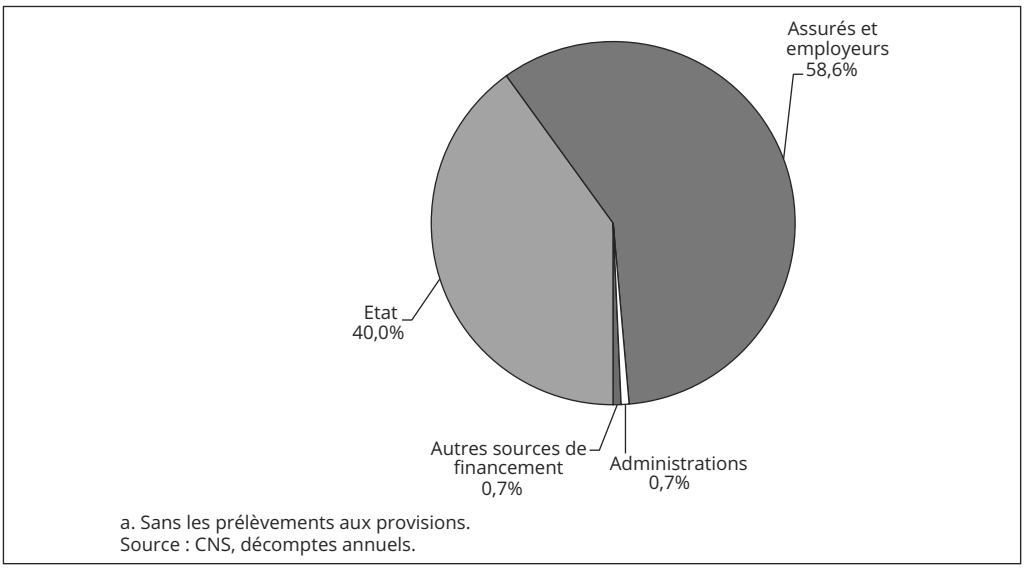
Le tableau et le graphique suivants illustrent l'évolution des recettes, influencée par la participation de l'Etat et les cotisations payées par les assurés et employeurs.

Evolution des cotisations de l'assurance maladie-maternité [a] (en millions EUR)

Exercice	2010	2011	2012	2013	2014
Etat	841,0	864,0	911,0	953,9	999,3
Assurés et employeurs	1 152,4	1 260,1	1 330,0	1 394,0	1 462,4
Administrations	12,8	14,2	14,8	16,7	17,5
Autres sources de financement	18,0	21,7	16,7	15,9	17,4
TOTAL RECETTES COURANTES	**2 024,2**	**2 160,1**	**2 272,5**	**2 380,5**	**2 496,6**

a. Sans les prélèvements aux provisions
Source : CNS, décomptes annuels.

Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2014 a (en % du total)



a. Sans les prélèvements aux provisions.
Source : CNS, décomptes annuels.

Le poids des différents intervenants dans le financement demeure stable au fil des années. L'État supporte 40% de l'ensemble des cotisations. A côté de cette participation, l'Etat verse depuis 2011 et cela jusqu'en 2015 une dotation annuelle de 20 millions EUR pour compenser les frais supplémentaires incombant à la CNS du fait de l'intégration des frais de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

La participation forfaitaire de l'Etat dans le financement de l'assurance maladie-maternité s'élève à 976,5 millions EUR en 2014, contre 931,0 millions EUR en 2013 (+4,9%). Les cotisations payées par les assurés et employeurs se chiffrent à 1 465,0 millions EUR, soit une augmentation de 4,9% par rapport à 2013.

L'ÉVOLUTION LÉGISLATIVE ET RÉGLEMENTAIRE

Par la loi du 7 août 2015 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant: 1. le Code de la sécurité sociale; 2. le Code du Travail; 3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale, les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale ont été précisées et son effectif a été augmenté afin qu'il puisse s'acquitter de ses nouvelles missions.

Comme dans les années antérieures, le règlement grand-ducal indiqué ci-dessous a été pris en vue de la prorogation de la participation des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique à la réduction des dépenses de l'assurance maladie :

- Règlement grand-ducal du 18 décembre 2015 déterminant, en application de l'article 35 de la loi du 18 décembre 2015 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2016, les adaptations à apporter aux coefficients de la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique et modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie.

Par ailleurs, divers règlements grand-ducaux arrêtant les nomenclatures des actes et services des différents prestataires d'aides et soins pris en charge par l'assurance maladie ont été modifiés.

Ainsi, le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie a été modifié par quatre règlements grand-ducaux, à savoir

- Le règlement grand-ducal du 6 mai 2015 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actés et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie concernant l'introduction de deux actes en relation avec le traitement de l'obésité en ambulatoire (Mém. A 101 du 11 juin 2015) ;
- Le règlement grand-ducal du 27 novembre 2015 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie portant introduction de certains forfaits et nouveaux actes (Mém. A 221 du 30 novembre 2015) ;
- Le règlement grand-ducal du 27 novembre 2015 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie portant adaptation du dispositif du médecin référent (Mém. A 227 du 7 décembre 2015) ;

- Le règlement grand-ducal du 10 décembre 2015 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie portant notamment abolition de l'acte relatif à l'examen prénuptial (Mém. A 234 du 16 décembre 2015).

Le règlement grand-ducal du 10 décembre 2015 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes, services et fournitures des orthopédistes, cordonniers-bandagistes pour la fourniture de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses prises en charge par l'assurance maladie a procédé à un réaménagement des chapitres 3 et 5 de cette nomenclature.

Le règlement grand-ducal du 10 décembre 2015 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains pris en charge par l'assurance maladie a introduit dans la nomenclature du Centre thermal les forfaits de cure rémunérant le traitement de l'obésité en ambulatoire.

Un avant-projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 30 juillet 2011 relatif au fonctionnement de la Commission de nomenclature des actes et services pris en charge par l'assurance maladie a été élaboré en 2015 et sera introduit dans la procédure législative début 2016.

L'ASSURANCE PENSION

Au Grand-Duché de Luxembourg, le régime général de pension concerne près de 90% de la population exerçant une activité professionnelle. Depuis la mise en place du statut unique au 1er janvier 2009, les assurés du régime général appartiennent tous à la seule caisse nationale d'assurance pension (CNAP), indépendamment de leur statut socio-professionnel.

A côté du régime général d'assurance pension, il existe des régimes spéciaux qui concernent :

- les fonctionnaires et employés publics,
- les fonctionnaires et employés communaux
- les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

PENSIONS PAYÉES PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL DE PENSION

En 2015 le nombre de pensions versées par la CNAP a augmenté de 3,7% pour atteindre 167.367 pensions (avances incluses) au mois de décembre. Les pensions de vieillesse et de vieillesse anticipée en représentent 65%. Parmi les pensions de décembre 2015 il y a 1.494 avances et 228 allocations trimestrielles.

Evolution du nombre de pensions du régime général de pension (mois de décembre / avances comprises)

Nombre de pensions	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Toutes les pensions	**145 512**	**150 486**	**155 524**	**161 331**	**167 367**
Variation en %	*3,40%*	*3,40%*	*3,30%*	*3,70%*	*3,70%*
Pensions personnelles	106 525	110 867	115 385	120 460	125 889
Variation en %	*3,70%*	*4,10%*	*4,10%*	*4,40%*	*4,50%*
- Pension vieillesse et vieillesse anticipée	89 633	94 042	98 695	103 592	108 529
Variation en %	*4,90%*	*4,90%*	*4,90%*	*5,00%*	*4,80%*
- Pensions d'invalidité	16 892	16 825	16 690	16 868	17 360
Variation en %	*-1,70%*	*-0,40%*	*-0,80%*	*1,10%*	*2,90%*
Pensions de survie	38 987	39 619	40 139	40 871	41 478
Variation en %	*2,50%*	*1,60%*	*1,30%*	*1,80%*	*1,50%*
- conjoints	35 702	36 190	36 547	37 213	37 686
Variation en %	*1,80%*	*1,40%*	*1,00%*	*1,80%*	*1,30%*
- orphelins	3 285	3 429	3 592	3 658	3 792
Variation en %	*9,80%*	*4,40%*	*4,80%*	*1,80%*	*3,70%*

En 2015, le nombre d'indemnités d'attente a connu une croissance de 8,5% (18% en 2014) pour atteindre 4.786 unités au mois de décembre.

SITUATION FINANCIÈRE DU RÉGIME GÉNÉRAL DE PENSION

En 2014, les recettes courantes du régime général de pension excèdent les dépenses courantes de 1 860 millions EUR.

Ce chiffre renseigne sur le résultat consolidé de la CNAP et du Fonds de Compensation (FDC) et donc tient compte des revenus de patrimoine de ce dernier.

L'évolution des recettes et des dépenses entre 2010 et 2014 a été la suivante.

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

Exercice	2010	2011	2012	2013	2014
RECETTES					
Cotisations des assurés et des employeurs	2 324	2 441	2 581	2701	2 827
Variation annuelle en %	*4,2%*	*5,0%*	*5,7%*	*4,6%*	*4,7%*
Cotisations à charge des pouvoirs publics	1 161	1 220	1 290	1 350	1 413
Participation de tiers	0	0	0	0	0
Transferts provenant d'autres organismes	3	2	3	5	5
Revenus sur immobilisation	26	26	25	23	22
Produits divers de tiers	6	6	6	5	5
Produits financiers	508	77	859	664	1 443
dont estimation du produit financier non réalisé du FDC	*311*	*-176*	*589*	*387*	*967*
Autres recettes	0	0	0	0	0
TOTAL DES RECETTES COURANTES	**4 028**	**3 771**	**4 764**	**4 748**	**5 715**
Variation annuelle en %	*8,2%*	*-6,4%*	*26,3%*	*-0,3%*	*20,4%*
DEPENSES					
Frais d'administration	32	37	40	40	42
Prestations en espèces	2 849	3 030	3 242	3.438	3 639
Variation annuelle en %	5,2%	6,3%	7,0%	6,0%	5,8%
Transfert de cotisations à d'autres organismes	112	120	137	138	154
Décharges et restitutions à d'autres organismes	18	14	15	12	12
Frais de gestion du patrimoine	2	2	3	3	2
Charges financières	0	0	0	0	0
Dotations aux provisions et aux amortissements	6	7	7	6	6
Autres dépenses	0	0	0	0	0
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	**3 021**	**3 210**	**3 443**	**3.637**	**3 855**
Variation annuelle en %	*5,4%*	*6,3%*	*7,3%*	*5,6%*	*6,0%*
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	**1 007**	**561**	**1 321**	**1 111**	**1 860**
Réserve globale	**10 761**	**11 322**	**12 643**	**13.754**	**15 614**
Variation annuelle en %	*10,3%*	*5,2%*	*11,7%*	*8,8%*	*13,5%*
Réserve minimale	4 274	4 545	4 864	5.157	5 459

Les recettes en cotisations ont connu une croissance de 4,7% en 2014 (+4,6% en 2013) pour atteindre 4 240 millions EUR.

L'augmentation massive de 20,4% de l'ensemble des recettes courantes du régime général s'explique ainsi essentiellement par l'évolution des produits financiers, dont en premier lieu l'excédent du fonds de compensation (FDC).

Parmi les recettes principales du FDC, il y a lieu de citer les revenus sur immobilisations (loyers perçus, ...) à hauteur de 21,9 millions EUR, 6,4 millions EUR de revenus sur prêts accordés et surtout l'écart de réévaluation de 1 432,5 millions EUR.

Cet écart de réévaluation correspond à la différence entre la valeur nette au 31.12.2014 et celle au 31.12.2013 des fonds placés par le FDC dans son organisme de placement collectif, le Fonds de Compensation de la Sécurité Sociale SICAV-FIS (ci-après : la SICAV-FIS).

En 2014, ces valeurs mobilières (actions, obligations et devises) ont ainsi rapporté 468,4 millions EUR - soit un tiers de l'écart de réévaluation total - en revenus dits réalisés (dividendes perçus, intérêts, plus-values réalisées sur cessions). La valeur de marché/boursière des titres détenus par la SICAV-FIS connaît une augmentation de 966,8 millions EUR en 2014. Cette partie de revenus dits non réalisés est la principale raison des importantes fluctuations des produits financiers du régime général.

Le volume des prestations en espèces atteint 3 639 millions en 2014, soit une progression de 5,8% par rapport à 2013.

Les pensions proprement dites (pensions personnelles et pensions de survie) représentent 3 512 millions EUR (+5,5%), le coût des indemnités d'attente s'élève à 88 millions EUR (+19,2%). Les remboursements de préretraites aux Fonds pour l'Emploi diminuent légèrement (-1,6%).

Les frais de gestion du patrimoine et les dotations aux amortissements sont liées aux immeubles détenus par le FDC. Au 31.12.2014, la valeur nette des immobilisations corporelles (terrains, immeubles, installations et mobilier) détenus s'élève à 247 millions EUR. De plus, le FDC détient des valeurs mobilières pour 13 486 millions EUR, surtout dans la SICAV-FIS, et des immobilisations financières (prêts) pour 285,8 millions EUR. A noter que les charges et dépenses de la SICAV-FIS (charges financières, moins-values réalisées et non réalisées) sont comprises dans l'écart de réévaluation.

Les recettes en cotisations dépassent les dépenses en prestations en espèces de 601 millions EUR, soit un surplus de 16,5%. Ceci confirme la dégradation graduelle observée depuis plusieurs années, sachant que cet excédent représentait encore 636 millions (22%) en 2010.

Hors FDC, l'excédent courant de la CNAP s'élève à 404,3 millions EUR pour 2014. Après dotation au fonds de roulement minimal (la loi prévoit un niveau correspondant à 20% des prestations de l'année précédente), la CNAP a ainsi pu transférer 365,1 millions EUR au FDC.

L'excédent consolidé du régime général (CNAP et FDC) s'élève à 1 860 millions EUR et permet de porter la réserve à 15 614 millions EUR dont 687,6 millions de fonds de roulement (CNAP) et 14 926,5 millions de réserve de compensation (FDC). La réserve dépasse ainsi largement de minimum requis de 1,5 fois le montant des prestations annuelles, soit 5 459 millions EUR.

L'évolution dans le temps des principaux indicateurs de santé du régime que sont la prime de répartition pure, le niveau relatif de la réserve ainsi que le coefficient de charge, implique les commentaires suivants. La progression, bien que légère, du coefficient de charge indique que la charge des pensions sur les cotisations des assurés actifs augmente. Depuis 2008, la prime de répartition pure se rapproche du taux de cotisation global, ce qui diminue par conséquent les excédents financiers, hors rendement de la fortune. Néanmoins, le niveau relatif de la réserve continue encore à progresser.

Evolution de la situation du régime général de pension

Année	Coefficient de charge	Prime de répartition pure	Niveau relatif de la réserve
2010	39,8	20,8	3,78
2011	40,0	21,1	3,74
2012	40,3	21,4	3,90
2013	40,8	21,6	4,00
2014	41.3	21.8	4.05

L'ÉVOLUTION LÉGISLATIVE ET RÉGLEMENTAIRE

Revalorisation et réajustement des pensions

Selon l'ancienne législation en matière d'assurance pension, il a toujours été procédé à l'ajustement des pensions par loi spéciale, compte tenu des ressources et de l'évolution du niveau moyen des salaires et traitements. Ainsi, il n'a pas été fait de distinction entre l'ajustement des pensions en cours et la revalorisation des salaires perçus tout au long de la carrière professionnelle pour les adapter au moment de la liquidation de la pension.

La loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'assurance pension, devenue applicable à partir du 1er janvier 2013, a introduit justement cette différenciation:

- d'un côté la revalorisation des salaires est appliquée au moment de l'octroi de la pension indépendamment de la situation financière du régime. Le facteur de revalorisation garantit la revalorisation intégrale des salaires inscrits dans la carrière de l'assuré au moment du départ en retraite. Il compense la variation du niveau des salaires perçus par l'assuré au fil des années par rapport au niveau des salaires de l'économie au moment du calcul et de la liquidation de la pension.
- de l'autre côté le mécanisme du réajustement consiste à ajuster les pensions déjà en cours à l'évolution du niveau de vie, mesurée par l'évolution des salaires. En principe, le réajustement correspond à la variation annuelle du facteur de revalorisation. Toutefois, son application pourra être tempérée par un facteur modérateur si les dépenses dépassent les recettes en cotisation. Dans ce cas, le facteur modérateur, fixé à 1 initialement, sera refixé à une valeur inférieure ou égale à 0,5. Si le taux de cotisation global dépasse à nouveau la prime de répartition pure, le facteur modérateur pourra être refixé à 1 au maximum.

Selon les calculs de l'Inspection générale de la sécurité sociale, la variation légèrement régressive des salaires entre les années 2011 et 2012 se serait manifestée par un réajustement des pensions de l'ordre de -0,3% pour l'année 2014. Par contre, la variation des salaires entre 2012 et 2013 était progressive de l'ordre de 0,4% et se serait manifestée par un réajustement de +0,4% pour l'exercice 2015.

Dans le but de stabiliser le revenu des pensionnés sur l'ensemble de la période 2014-2015 et en vue de com-penser les effets opposés relevant de la variation des salaires sur la totalité de la période 2014-2015, la loi bud-gétaire du 20 décembre 2013 a fixé le modérateur de réajustement visé à l'article 225bis, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale à 0 pour les années 2012 et 2013. Par cette mesure, l'effet de l'évolution des salaires sur les deux exercices 2014 et 2015 se trouvait neutralisé.

Pour les années subséquentes, le réajustement des pensions se fait de nouveau selon les modalités prévues par la loi du 21 décembre 2012 visée ci-dessus.

Selon les calculs de l'Inspection générale de la sécurité sociale, le facteur de réajustement pour l'année 2016 se chiffre à 1,005. De cette façon, toutes les pensions en cours ont été augmentées de 0,5% au 1er janvier 2016.

Individualisation des droits

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 concep-tion 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 proposé un amendement prévoyant que dans l'hypothèse où l'un des époux a inter-rompu soit partiellement, soit intégralement son activité professionnelle pour des raisons familiales, l'époux qui a continué à exercer une activité professionnelle est tenu de verser à son conjoint une prestation compensatoire. La décision du tribunal se base sur les calculs faits par les services de la sécurité sociale.

Dans son avis complémentaire du 16 juillet 2010 le Conseil d'Etat, tout en approuvant la volonté de la commis-sion juridique de trouver une solution par rapport au partage des droits en matière d'assurance pension, consi-dère qu'il n'est cependant pas admissible que le tribunal se remette aux services de la sécurité sociale pour calculer une prestation sans qu'on fixe des lignes de conduite précises. Il a émis une opposition formelle à l'égard de la solution proposée par la commission juridique et a présenté à son tour deux hypothèses de texte.

Au mois de décembre 2010 la Chambre des Députés s'est adressée au Gouvernement pour connaître son avis sur les options présentées.

En date du 31 mai 2011 le ministère de la sécurité sociale a fait parvenir au ministère de la justice l'avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale sur les deux options proposées par le Conseil d'Etat, ainsi que sur la proposition de la commission juridique de la Chambre des Députés. Dans cet avis, ladite inspection générale souligne que le modèle à deux variantes proposé par le Conseil d'Etat pose des problèmes considérables de financement, aussi bien pour les budgets individuels des couples que pour le budget de l'Etat. En plus, le modèle soulève un grand nombre de questions de faisabilité technique.

Au mois de juillet 2014 le ministère de la sécurité sociale a fait parvenir au ministère de la justice une proposition de texte à insérer dans le projet de réforme du droit de divorce. Cette proposition va dans la direction que le conjoint qui a renoncé, interrompu ou limité son activité professionnelle pour des raisons familiales pendant le mariage, a une créance à déterminer par la sécurité sociale envers l'autre conjoint, dont il est tenu compte lors de la liquidation et du partage des intérêts patrimoniaux.

Au début de l'année 2016 le Ministre de la justice soumettra un avant-projet de loi au Conseil de gouvernement.

Législation en matière d'incapacité de travail et de réinsertion professionnelle

La loi du 23 juillet 2015 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe est entrée en vigueur le 1er janvier 2016.

Les principales innovations de cette loi se résument comme suit :

Nouvel accès à la procédure de reclassement professionnel interne et externe

Un des grands principes de la réforme consiste à favoriser le reclassement professionnel interne. Ainsi, les sala-riés bénéficient d'une nouvelle voie d'accès au reclassement professionnel interne, parallèle aux voies d'accès actuelles, dans le cadre des examens médicaux du médecin du travail.

En effet, un employeur occupant au moins 25 salariés doit dorénavant procéder à un reclassement professionnel interne si un salarié est déclaré inapte à un poste à risques et est occupé pendant au moins dix ans par l'entreprise. Cette nouvelle voie d'accès est ouverte même si le salarié concerné ne se trouve pas en arrêt de travail.

Auparavant seulement les employeurs occupant au moins 50 salariés avaient l'obligation de réaffecter un salarié déclaré inapte à un poste à risques occupé pendant au moins dix ans par l'entreprise et ne devaient pas entamer la procédure de reclassement professionnel interne. La nouvelle voie d'accès transforme cette obligation en obligation de reclassement professionnel interne.

Suppression des Quotas

L'article L. 562-3 du Code du travail a prévu qu'un employeur du secteur privé occupant au moins 25 salariés était tenu d'employer à temps plein au moins un travailleur handicapé et ceux occupant au moins 50 salariés étaient tenus d'employer à temps plein, dans la proportion de deux pour cent de l'effectif de leurs salariés des travailleurs handicapés.

Afin de renforcer le reclassement professionnel interne, ces quotas sont supprimés car ce lien se faisait au dé-triment des personnes handicapées. En outre, toutes les entreprises occupant au moins 25 salariés au lieu de 50 salariés sont tenus de procéder à un reclassement professionnel interne.

Renforcement de la sanction patronale

Au cas où l'employeur refuse de procéder au reclassement professionnel interne, il doit dorénavant payer au Fonds pour l'emploi une taxe de compensation équivalant à l'ancien revenu cotisable au titre de l'assurance pension pendant 24 mois au lieu de 50% du salaire social minimum.

Accélération de la procédure

Auparavant le Contrôle médical de la sécurité sociale a saisi la Commission mixte s'il a constaté auprès d'un salarié une incapacité pour exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail. Ensuite, la Com-mission mixte a saisi le médecin de travail compétent.

Afin d'accélérer la procédure, la deuxième étape a été supprimée, c'est-à-dire la saisine du médecin du travail par la Commission mixte. La saisine du médecin de travail compétent se fait dorénavant directement par le Contrôle médical de la sécurité sociale ensemble avec la saisine de la Commission mixte.

Décisions de la Commission mixte

La Commission mixte peut maintenant également prendre des décisions de non-reclassement professionnel. Avant la réforme, la Commission mixte pouvait seulement se prononcer sur un reclassement professionnel interne ou externe.

En outre, la Commission mixte peut être saisie par les deux voies d'accès à la procédure de reclassement professionnelle, c'est-à-dire par celle du Contrôle médical de la sécurité sociale et par celle du médecin du travail compétent.

Les décisions de la Commission mixte s'imposent automatiquement en matière de sécurité sociale. Les salariés disposent ainsi de voies de recours directes et uniformes devant les juridictions sociales.

Statut spécifique de salarié en reclassement professionnel

Souvent les salariés se trouvant en reclassement professionnel externe ont refusé un nouveau poste de travail au risque de perdre, en cas de fin du nouveau contrat de travail, les droits résultant de la décision de la Commission mixte. Afin de remédier à cette situation, un véritable statut spécifique de personne en reclassement professionnel est créé.

Ce statut garantit au salarié le maintien des droits acquis par la décision de la Commission mixte jusqu'à la récupération des capacités de travail initiales. Même, si le salarié accepte un nouveau travail et s'il le perd par la suite, il maintient le statut de personne en reclassement professionnel.

Le salarié en reclassement professionnel interne qui perd son emploi en raison de la cessation de l'activité de l'entreprise ou en cas de licenciement collectif peut saisir la Commission mixte en vue d'un reclassement professionnel externe.

Réévaluation périodique par le médecin de travail

Le médecin du travail compétent pourra dorénavant procéder à des évaluations périodiques du salarié reclassé. Il communique tout changement à la Commission mixte. Il peut proposer des adaptations du poste de travail en faveur du salarié ou si le salarié a récupéré ses capacités de travail initiales la perte du statut spécifique. La Commission mixte prendra alors une nouvelle décision.

Simplification du mode de calcul de l'indemnité compensatoire

Au cas où le reclassement professionnel comporte une diminution de la rémunération du salarié, celui-ci a droit à une indemnité compensatoire.

Le calcul de cette indemnité a été simplifié en prenant comme base de référence le revenu cotisable au titre de l'assurance pension au lieu de la différence entre l'ancien salaire et le nouveau salaire.

Avec cette méthode, le Centre commun de la sécurité sociale a accès aux données nécessaires et peut procéder au calcul de l'indemnité. La liquidation finale revient à l'administration compétente, en espèces l'Agence pour le développement de l'emploi, à charge du Fonds pour l'emploi.

Création d'une indemnité professionnelle d'attente

L'indemnité professionnelle d'attente est attribuée au salarié dont la durée légale de paiement de l'indemnité de chômage a pris fin et qui n'a pas pu être reclassé, à condition qu'il bénéficie du statut de personne en reclassement professionnel et qu'il a travaillé pendant dix ans au moins sur son dernier poste de travail.

L'indemnité d'attente actuelle est remplacée par l'indemnité professionnelle d'attente. L'ancienne indemnité d'attente correspondait au montant de la pension d'invalidité auquel le salarié aurait eu droit. La nouvelle prestation est détachée de toute logique de pension et correspond à 80% de l'ancien revenu professionnel de l'assuré. Elle a les caractéristiques d'un revenu de remplacement payé en continuation du chômage.

Elle sera soumise aux charges sociales et fiscales applicables en matière de salaire et sera prise en considération lors du calcul de la pension du salarié. L'indemnité est pour moitié à charge de l'organisme d'assurance pension compétent et pour moitié à charge du Fonds pour l'emploi.

Ont été pris au courant de l'exercice 2015 les règlements grand-ducaux suivants :

- **Le règlement grand-ducal du 9 décembre 2015 fixant la prime de répartition pure, prévue à l'article 225bis, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale, pour l'année 2014**

La prime de répartition pure représente le rapport entre les dépenses courantes annuelles et la totalité des salaires, traitements et revenus cotisables à la base des recettes annuelles du régime général de pension. Le compte d'exploitation consolidé de l'exercice 2014 du régime général fait ressortir une prime de répartition pure de 21,83% pour cet exercice. Le taux de cotisation global fixé à 24% conformément à l'article 238 du Code de la sécurité sociale n'est donc pas dépassé.

- **Le règlement grand-ducal du 9 décembre 2015 fixant le facteur de revalorisation, prévu à l'article 220 du Code de la sécurité sociale, de l'année 2014**

Le facteur de revalorisation permet de porter les salaires, traitements et revenus, pour les besoins de calcul de pensions, au niveau de vie de l'année de base 1984, et de porter les nouvelles pensions ainsi calculées en base 1984 au niveau de vie applicable au moment de l'attribution.

Le facteur de revalorisation applicable à partir du 1er janvier 2016 aux salaires, traitements et revenus postérieurs au 1er janvier 2014 est fixé à 1,433.

En application de l'article 225 du Code de la sécurité sociale, le facteur de revalorisation de l'année 2014 sera applicable pour revaloriser les pensions attribuées après le 1er janvier 2018.

L'ASSURANCE DÉPENDANCE

1. L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La **Caisse nationale de santé** est à la fois l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie et de l'assurance dépendance. Elle prend les décisions individuelles et liquide les prestations. Elle élabore le budget annuel et mène les négociations avec les prestataires (convention-cadre et valeur monétaire).

Les avis concernant l'attribution des prestations sont émis par la **Cellule d'évaluation et d'orientation**. Elle est aussi chargée d'une mission de contrôle de la qualité des prestations compte tenu de normes définies ainsi que d'une mission de contrôle de l'adéquation des prestations dispensées aux besoins de la personne dépendante. La Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO) est en outre chargée d'une mission d'information et de conseil en matière de dépendance par rapport à toutes les instances concernées par le problème.

L'assurance dépendance s'appuie sur les avis de deux commissions : la Commission consultative et la Commission de qualité des prestations.

La Commission consultative est composée de représentants des bénéficiaires de l'assurance, de représentants des prestataires, de partenaires sociaux et de représentants de l'organisme gestionnaire. Elle est appelée à donner son avis sur

- les instruments de la mesure de la dépendance, à savoir le questionnaire d'évaluation et le relevé des aides et soins ;
- les projets d'actions expérimentales à mener dans le cadre de l'assurance dépendance, au bénéfice de certains groupes spécifiques ;
- la liste des aides techniques à prendre en charge par l'assurance dépendance.

La Commission de qualité a pour mission de définir des lignes directrices et des standards en matière de qualité pour tous les types de prestations de l'Assurance dépendance et de les proposer pour une intégration dans la convention-cadre négociée entre les prestataires et la Caisse nationale de santé.

La mauvaise application ou l'irrespect des normes de qualité pourront être sanctionnés par la **Commission de surveillance** qui est non seulement compétente pour l'assurance maladie mais aussi pour l'assurance dépendance. Dans ce cadre, elle est chargée, depuis les modifications apportées à la loi en 2005, de trancher les litiges qui peuvent survenir entre l'organisme gestionnaire et les prestataires.

Afin de se donner la possibilité d'améliorer l'action en faveur des personnes dépendantes, la loi prévoit la possibilité de réunir les Ministres de la Famille, de la Santé et du Budget, des organisations œuvrant dans les domaines de la santé, de la famille et de l'action sociale ainsi que des représentants des personnes dépendantes. Provoquée par le Ministre de la Sécurité sociale, cette Action concertée a pour but d'examiner le fonctionnement de l'assurance dépendance, des réseaux d'aides et de soins et des établissements et de faire des propositions pour améliorer la situation et la prise en charge des personnes dépendantes.

2. L'ÉVOLUTION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Depuis sa mise en place au 1er janvier 1999, l'assurance dépendance ne cesse de se développer.

Ce développement se marque tout autant au niveau du nombre de bénéficiaires que des prestataires et des dépenses.

Les problèmes financiers sont évidemment la conséquence de ce développement.

L'exercice 2014 de l'assurance dépendance se caractérise par une hausse annuelle de 4,5% des recettes courantes et une augmentation de 4,9% des dépenses courantes.

Avec un excédent de 2,2 millions EUR, le solde des opérations courantes affiche un équilibre fragile. En effet 0,5 millions EUR des réserves cumulées ont dû être utilisés pour alimenter le fonds de roulement (réserve minimale) au seuil légal.

La situation équilibrée pour 2014 et 2013 et l'excédent de l'exercice 2012 sont en larges parties dues aux augmentations successives de la contribution étatique.

La dégradation continuelle de la situation financière de l'assurance dépendance observée depuis 2008 a ainsi pu être freinée.

2.1 L'évolution des bénéficiaires de l'assurance dépendance

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance depuis 2000 [a)]

Année	Nombre	Variation en %	Dont résidents	En % du total
2000	5.810		5.735	98,7%
2001	6.632	14,1%	6.533	98,5%
2002	7.422	11,9%	7.292	98,2%
2003	8.250	11,2%	8.078	97,9%
2004	8.966	8,7%	8.776	97,9%
2005	9.528	6,3%	9.303	97,6%
2006	9.857	3,5%	9.612	97,5%
2007	10.249	4,0%	9.984	97,4%
2008	10.621	3,6%	10.327	97,2%
2009	11.159	5,1%	10.859	97,3%
2010	11.847	6,2%	11.512	97,2%
2011	12.388	4,6%	12.033	97,1%
2012	13.006	5,0%	12.625	97,1%
2013	13.375	2,9%	12.932	96,7%
2014 [b)]	13.464	0,7%	13.038	96,8%

a) Situation au 31 décembre .
b) Données provisoires.
Source: Rapport général sur la sécurité sociale 2015.

2.2 L'évolution des prestataires opérant dans le cadre de l'assurance dépendance

Évolution du personnel des différents types de prestataires par qualification de 2007 à 2013 [a) b) c)]

Type de prestataire	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Réseaux d'aides et de soins	**1.715,2**	**1.829,7**	**1.857,1**	**1.940,6**	**2.107,3**	**2.235,5**
Personnel d'assistance et de soins	1.558,1	1.652,6	1.681,5	1.755,3	1.914,7	2.028,1
Personnel socio-éducatif	28,5	33,5	33,3	37,2	33,1	40,1
Personnel administratif	116,2	129,5	127,6	127,9	133,9	142,3
Personnel technique et logistique	12,4	14,1	14,7	20,2	25,7	25,0
Centres semi-stationnaires	**276,8**	**321,1**	**349,0**	**377,9**	**399,6**	**419,4**
Personnel d'assistance et de soins	157,7	178,3	195,8	210,2	226,0	231,5
Personnel socio-éducatif	53,5	70,9	72,2	84,2	87,2	93,8
Personnel administratif	15,9	19,4	22,8	22,7	23,4	25,2
Personnel technique et logistique	49,7	52,4	58,2	60,8	63,0	68,9
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	**4.166,5**	**4.163,2**	**4.426,0**	**4.876,4**	**5.053,9**	**5.166,0**
Personnel d'assistance et de soins	2.702,1	2.728,0	2.918,0	3.432,5	3.569,8	3.467,1
Personnel socio-éducatif	80,4	90,7	104,0	113,3	128,2	143,2
Personnel administratif	251,0	215,8	227,0	235,3	258,3	260,9
Personnel technique et logistique	1.133,0	1.128,7	1.177,0	1.095,2	1.097,7	1.294,9
Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent	**770,6**	**813,8**	**821,9**	**864,2**	**917,7**	**925,7**
Personnel d'assistance et de soins	309,9	312,7	311,2	328,3	350,8	365,2
Personnel socio-éducatif	328,3	353,1	362,3	385,5	414,0	409,4
Personnel administratif	39,4	45,1	43,0	46,5	48,0	51,9
Personnel technique et logistique	93,0	102,9	105,4	103,9	104,9	99,3
TOTAL	**6.929,1**	**7.127,8**	**7.454,0**	**8.059,0**	**8.478,5**	**8.746,6**
Variation en %	*5,5%*	*2,9%*	*4,6%*	*8,1%*	*5,2%*	*3,2%*
Nombre d'ETP prestant des soins	**4.727,8**	**4.871,6**	**5.106,5**	**5.726,3**	**6.061,3**	**6.091,9**
Nombre d'ETP prestant des soins (en % du total)	**68,2%**	**68,3%**	**68,5%**	**71,1%**	**71,5%**	**69,6%**

a) Le personnel est exprimé en ETP.
b) Moyenne annuelle.
c) Source: Rapport général sur la sécurité sociale 2015.

2.3 L'évolution des valeurs monétaires

Les valeurs monétaires négociées pour les différents types de prestataires - Évolution depuis 1999

Année	Etablissements d'aides et de soins	Maintien à domicile		
1999	35,2	37,2		
2000	35,2	37,7		
2001	33,7	44,6		
2002	34,5	45,3		
2003	35,8	47,7		
2004	35,8	48,0		
2005	37,8	50,0		
2006	39,9	51,3		
	Les établissements d'aides et de soins à séjour continu	**Les réseaux d'aides et de soins**	**Les centres semi-stationnaires**	**Les établissements à séjour intermittent**
2007	41,4	52,4	53,3	46,0
2008	43,4	53,2	51,2	47,6
2009	44,6	57,4	52,1	48,1
2010	44,9	59,3	51,6	48,2
2011	44,8	61,6	51,9	50,2
2012	46,5	63,6	54,5	51,9
2013	47,7	65,2	55,9	53,2
2014	48,6	66,4	56,9	54,2
2015	48,4	66,4	57,0	54,2

Source: Rapport général sur la sécurité sociale 2015.

2.4 L'évolution des dépenses

Les dépenses pour les prestations de l'assurance dépendance- Évolution depuis 2000 (en millions EUR)

Année	Montant	Variation en %	Dont résidents	En % du total
2000	123,4		122,5	99,2%
2001	150,7	22,1%	149,4	99,1%
2002	177,5	17,8%	175,7	99,0%
2003	211,1	18,9%	208,9	99,0%
2004	260,0	23,2%	256,9	98,8%
2005	291,1	11,9%	287,4	98,7%
2006	312,5	7,4%	308,4	98,7%
2007	321,9	3,0%	317,7	98,7%
2008	351,8	9,3%	347,4	98,7%
2009	383,2	8,9%	378,5	98,8%
2010	415,2	8,4%	410,1	98,8%
2011	455,3	9,7%	449,8	98,8%
2012	496,9	9,1%	491,2	98,8%
2013	530,9	6,8%	525,2	98,9%

Source: Rapport général sur la sécurité sociale 2015.

2.5 Les recettes et dépenses de l'assurance dépendance

Évolution financière de l'assurance dépendance selon le décompte rectifié (en millions EUR)

EXERCICE	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Taux de cotisation	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%
RECETTES COURANTES	**382,3**	**405,5**	**411,5**	**421,5**	**439,9**	**522,0**	**552,7**	**579,2**
Variation annuelle en %	*22,3%*	*6,1%*	*1,5%*	*2,4%*	*4,4%*	*18,7%*	*5,9%*	*4,5%*
DEPENSES COURANTES	**334,3**	**357,1**	**404,8**	**449,0**	**482,7**	**509,2**	**550,1**	**577,0**
Variation annuelle en %	*1,5%*	*6,8%*	*13,3%*	*10,9%*	*7,5%*	*5,5%*	*8,0%*	*4,9%*
SOLDE OPERATIONS COURANTES	48,0	48,4	6,7	-27,5	-42,8	12,8	2,6	2,2
Excédent / découvert de l'exercice	47,5	46,1	1,9	-31,9	-46,2	10,2	-1,5	-0,5
RESERVE	**124,0**	**172,4**	**179,1**	**151,6**	**108,8**	**121,6**	**124,3**	**126,4**

N.B. Le décompte rectifié ne tient pas compte des dotations et prélèvements aux provisions.
Source: Rapport général sur la sécurité sociale 2015.

3. LES ACTIVITÉS DE LA CELLULE D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION

Compte tenu des travaux réalisés et des objectifs qui ont été atteints en 2013, le comité de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation a revu ses orientations stratégiques au début de l'année 2014. Consciente des exigences légitimes des citoyens mais également des contraintes financières et démographiques, la CEO s'est dotée d'une **politique volontariste**, clairement définie afin d'accompagner les évolutions de la société. Cette politique s'appuie sur ses valeurs et se concrétise par une **carte stratégique**, outil affichant ses priorités pour les prochaines années. Cette carte stratégique montre le chemin emprunté par la CEO pour remplir ses missions et apporter son expertise dans l'évolution du système assurance dépendance.

Elle se décline autour de 4 axes prioritaires :

- La satisfaction des citoyens-clients et partenaires : La CEO travaille pour les autres et au sein d'un système regroupant des acteurs multiples.
- L'amélioration de ses processus internes : La CEO s'engage à rechercher constamment l'excellence
- La performance financière : Comme toute administration ou entreprise, la CEO doit savoir maitriser ses coûts
- Le soutien et l'accroissement de ses potentiels de développement ; L'évolution de la société et des technologies entrainent une nécessaire adaptation et stimulent l'innovation.

Bien que l'année 2015 a été marquée par les travaux concernant la réforme de l'assurance dépendance, les objectifs fixés au niveau de la carte stratégique de la CEO, n'en restent pas moins actuels et continuent à servir de fil conducteur dans tous les efforts entrepris afin d'optimiser nos processus.

3.1 Satisfaction des citoyens clients et des

Les activités de la CEO dans le cadre de la réforme de l'assurance dépendance

Introduction

En 2014 la CEO reste un des acteurs clés de la réforme assurance dépendance, à côté de l'IGSS, de la CNS et du CISS. Elle a participé ainsi en 2014 à différents groupes de travail ainsi qu'aux instances de gouvernance qui sont le comité de coordination et le comité de pilotage

Pour rappeler le contexte : selon le plan gouvernemental de 2013 et suite aux conclusions du rapport de l'Inspection générale de la sécurité sociale de la même année sur l'assurance dépendance, une réforme structurelle de l'assurance dépendance visant la maîtrise globale de l'évolution des dépenses s'imposait.

Les objectifs et grandes orientations de cette réforme sont :

- assurer la viabilité à long terme de l'assurance dépendance ;
- assurer que l'assurance dépendance couvre les services et prestations de qualité utiles et nécessaires afin de permettre aux personnes dépendantes de pouvoir accéder à des aides et soins qui leur garantissent une vie autonome et digne.

En ce qui concerne l'évaluation de la dépendance d'une personne, il est décidé de réformer le processus actuel, notamment :

- en procédant à une standardisation du recueil des données de l'évaluation permettant le regroupement et la forfaitisation des actes ;
- en proposant une flexibilisation des plans de prise en charge alloués par la Cellule d'évaluation et d'orientation ;
- en veillant à une simplification des procédures et flux.

En matière de prestations, il est décidé de préciser voire de modifier :

- le champ d'intervention de l'assurance dépendance dans la cadre les activités de soutien ;
- les prestations relatives aux aides techniques et aux adaptations de logement ;
- le rôle de l'aidant informel et l'affectation des prestations en espèces, en renforçant le lien entre la prestation en espèce et le service couvert.

Les activités assurées par la CEO en 2014

En suivant ces objectifs, la CEO a donc participé aux travaux au sein des structures décrites ci-dessous.

A partir de mars 2014 (et en principe jusqu'en juillet 2015), l'organisation des travaux se présente de la façon suivante : trois groupes de travail sont instaurés.

Le groupe de travail 1 analyse le processus d'évaluation et de détermination des prestations : " de la demande à la décision "). Le lead de ce groupe revient à la CEO.

Le groupe de travail 2 analyse les prestations qui sont allouées actuellement quant à leur efficacité et étudie leur financement (financement - viabilité à long terme de l'assurance dépendance).

Le groupe de travail 3 examine les principes, concepts et définitions en place en vue de préparer l'avant-projet de loi.

La coordination et la gouvernance des groupes de travail GT1, GT2 et GT3, sont assurées par un Comité de Coordination et un Comité de Pilotage où la CEO est représentée.

Concernant les GT1, 2 et 3, la CEO a participé à une trentaine de réunions entre mars et décembre 2014.

Concernant le Comité de Coordination, la CEO a participé à au moins 8 réunions ou préparations de réunions entre mars et décembre 2014.

Concernant le Comité de Pilotage, la CEO a participé à au moins 1 réunion (12 mai 2014).

Un consultant externe a été engagé à partir de mars 2014 afin de soutenir la CEO dans la recherche de solutions conceptuelles et informatiques. Des réunions régulières entre CEO et consultant ont eu lieu durant 2014 (au moins 4 réunions).

Le consultant externe a également participé à 3 réunions de téléconférence avec la société EROS (Équipe de recherche opérationnelle en santé, Montréal, Québec), société qui avait été sollicitée pour adapter au contexte luxembourgeois un outil canadien d'évaluation et de détermination de la dépendance.

En total, la CEO a participé à au moins 50 réunions de travail dans le cadre de la réforme de l'assurance dépendance entre mars et décembre 2014.

La CEO a été représentée par la direction, par les membres du Comité de Direction et par le responsable concept et développement.

A noter qu'une première présentation des réflexions dans le cadre de la réforme aux partenaires sociaux avait été organisée le 10 novembre 2014 sur invitation du Ministre de la Sécurité sociale.

Les activités assurées par la CEO en 2015

Les travaux des différents groupes de travail ont été poursuivis en janvier 2015, mais la méthodologie de travail et la gouvernance furent modifiés partiellement.

Ainsi, à partir de juillet 2015, les groupes de travail ont eu comme mission de traiter des thématiques spécifiques :

- l'élaboration d'un nouveau questionnaire d'évaluation permettant une détermination automatisée ;
- la répartition des prestations dans un modèle forfaitaire ;
- la synthèse de prise en charge de la personne ;
- un nouveau " Relevé des prestations " ;
- un nouveau référentiel de description des prestations.

En septembre 2015, afin de d'anticiper et d'accompagner toutes les modifications informatiques nécessaires aux changements conceptuels le CCSS, la CEO et la CNS ont décidé de coordonner tous les travaux dans un projet cadre : le Projet cadre " Réforme assurance dépendance ".

En effet la réforme de l'Assurance Dépendance va modifier les modalités des plans de prise en charges. Ces changements impactent tous les programmes utilisés dans la gestion des demandes de prestations assurance dépendance étant donné que le plan de prise en charge constitue la base donnant droit aux prestations ainsi que leur liquidation.

Comme plusieurs institutions de la sécurité sociale (ISS) sont impliquées dans les travaux de la réforme assurance dépendance, le groupe de travail initial " Coordination réforme " a décidé dans sa réunion du 31 juillet 2015 de mettre en place un projet cadre regroupant tous les acteurs concernés.

Les bénéfices d'un tel projet cadre sont la définition des compétences décisionnelles, la définition des responsabilités de chaque ISS, l'instauration de groupes de travail avec des missions spécifiques ainsi que la coordination des travaux. Cette organisation devra donner une meilleure visibilité de l'avancement des travaux et des problèmes éventuels.

Le projet-cadre " Réforme assurance dépendance " a été officiellement lancé lors de la 1ière réunion du comité de projet, le 25 septembre 2015, par la validation des documents " Administration du projet ", établi en application de la méthodologie Quapital HERMES.

Le projet cadre est administré par une équipe de coordination du projet, constituée par un chef de projet assisté d'un coordinateur. La CEO s'est vue confier la gestion de la coordination des 8 groupes de travail CEO, CNS et CISS dont 4 de type " Conception " et 4 de type " Développement ".

Les différents groupes de travail appliquent leur propre mode de gestion. La coordination consiste dans la synchronisation des tâches et dans la définition des dépendances de livrables entre les différents groupes de travail.

Le CPRO s'est réuni 3 fois en 2015.

Afin d'illustrer la charge de travail de la CEO en 2015 et afin de pouvoir la comparer à 2014, le même mode de présentation a été choisi.

Ainsi, concernant les réunions de type " GT1, 2 et 3 ", la CEO a participé à une centaine (plus de 103) de réunions entre janvier et décembre 2015.

Concernant le Comité de Coordination, la CEO a participé à environ 17 réunions ou préparations de réunions entre janvier et décembre 2015.

Concernant le Comité de Pilotage, la CEO a participé à au moins 2 réunions entre janvier et juillet 2015.

Concernant le consultant externe (" Santé et Prospectives "), il y a eu au moins 15 réunions entre la CEO et le consultant.

En total, la CEO a donc participé à au moins 140 réunions de travail dans le cadre de la réforme de l'assurance dépendance entre janvier et décembre 2015.

La CEO a été représentée par la direction, par les membres du Comité de Direction, par des membres de services internes de la CEO (SQ, SED) et par le responsable concept et développement.

Une deuxième présentation des réflexions dans le cadre de la réforme aux partenaires sociaux a été organisée le 10 juillet 2015 sur invitation du Ministre de la Sécurité sociale.

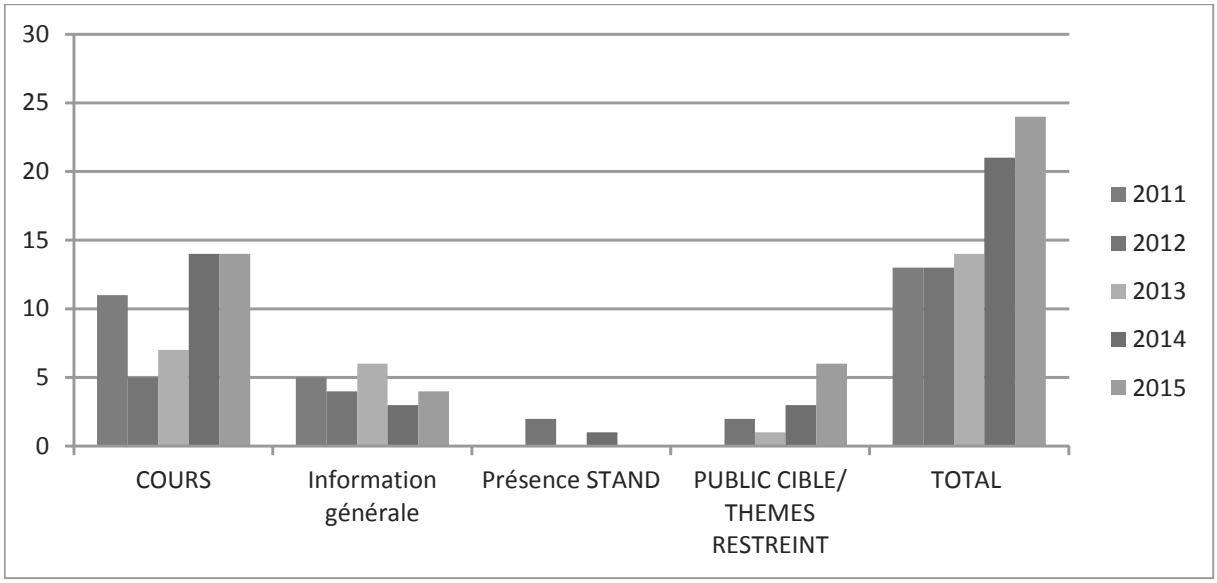
La politique de communication

Explications sur le système assurance dépendance

En 2015, la CEO a assuré différents cours ou présentations sur l'assurance dépendance. Des cours sont proposés annuellement dans le cadre des formations professionnelles, notamment au " Lycée technique pour professions de santé " à l'attention des futurs infirmiers et aides-soignants, dans le cadre de la formation aux fonctions d'aide socio-familiale, et pour les cours préparant à l'épreuve d'aptitude pour la reconnaissance du diplôme " Assistant Social ". Deux cours portant sur l'assurance dépendance sont également proposés à l'École supérieure du travail (Ministère du Travail) qui organise chaque année des cours du soir sur la législation de la sécurité sociale.

Tout au long de l'année, d'autres présentations ont été réalisées sur demande (diverses associations, clubs seniors, commissions des communes, ministères, etc.).

Nombre d'interventions/présentations par type (2011-2015)



On constate que la CEO a été sollicitée en tant qu'expert à plusieurs reprises au courant de l'an 2015. Ainsi la CEO a participé à des conférences et réunions d'informations à thèmes spécifiques sur invitation d'autres ministères ou d'associations.

En janvier 2015, la CEO a pris part à la conférence " Assistance personnelle et vie autodéterminée " organisée par le Ministère de la Famille, de l'Intégration et de la Grande Région. La conférence, regroupant des orateurs luxembourgeois et étrangers, s'adressait aux différents professionnels et associations du secteur " handicap " ainsi que toute personne concernée par le sujet. L'intervention de la CEO portait sur le sujet " Les personnes en situation de handicap dans le cadre de l'assurance dépendance, branche de la sécurité sociale ".

Le 23 avril 2015, l'ALAC (Association Luxembourgeoise des Actuaires) invitait à une conférence sur le thème " La dépendance - Aperçu, perspectives et solutions assurantielles ". L'oratrice belge présentait des solutions d'assurance privée développées dans différents pays, tandis que la CEO présentait en collaboration avec l'IGSS un aperçu sur le système de l'assurance dépendance, branche de la sécurité sociale au Luxembourg.

En octobre 2015 le " Service qualité " de la CEO et le Ministère de la Famille, de l'Intégration et de la Grande Région ont été invités à présenter leur système respectif de gestion des plaintes, dans les locaux de la COPAS par le nouveau Médiateur en santé. Celui-ci souhaitait présenter les grandes lignes de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient et les missions du " Service national d'information et de médiation " dans le domaine de la santé. Il tenait également à montrer la collaboration et l'ensemble des interlocuteurs qui peuvent être amenés à recevoir, écouter les citoyens et tenter de trouver une solution lors de plaintes dans le secteur des soins de longue durée.

Le " RBS-Center fir Altersfroen " organisait le 18 novembre une conférence sur le thème " Pflegende Angehörige : Ein unterschätztes Phänomen " en invitant comme orateurs le directeur de " Eurocarers " ainsi que des représentants du Ministère de la Santé, du Ministère de la Famille, de l'Intégration et de la Grande Région et du Ministère de la Sécurité sociale. La contribution de la CEO portait sur " La place de l'aidant informel dans l'assurance dépendance du Luxembourg ".

Les besoins en explications sur les prestations, le mode de fonctionnement du système assurance dépendance et les modalités de traitement des dossiers, notamment vers le grand public auront tendance à augmenter dans le cadre de la mise en œuvre de réforme assurance dépendance.

3.2 Optimisation des processus internes

L'optimisation des processus passe par une identification des potentiels d'amélioration tant en termes de capacité de traitement que d'allocation des ressources. Dans ce sens, la CEO travaille dans un esprit " Lean management " afin de réinvestir des gains là où se trouvent les potentiels d'amélioration.

Alors que les professionnels de santé ont pour mission d'évaluer l'état de dépendance, il n'en reste pas moins qu'ils ont également un ensemble de tâches administratives à réaliser. Depuis les trois dernières années, la CEO cherche donc à décharger les référents de certaines tâches administratives.

Les objectifs prioritaires pour 2015 se focalisaient sur la répartition de la charge de travail des référents et l'optimisation de l'outil de gestion des dossiers.

Optimisation des capacités de traitement

Dans la même logique que l'engagement d'un agent pour assurer exclusivement l'Helpline Aides techniques en été 2012 et de l'engagement d'une infirmière dont la mission est l'orientation interne des demandes de prestations de l'assurance dépendance en 2014, un agent administratif a été engagé en 2015 afin de gérer la prise de rendez-vous pour les évaluations à réaliser par les référents.

Cette mission était normalement assurée par l'ensemble des professionnels de santé de la CEO, chronophage, cette activité ne permettait pas une réelle optimisation des trajets.

La mise en place de la gestion centralisée s'est faite par étapes. Une première phase test, en été 2015, auprès d'un nombre limité de référents a permis l'identification des problèmes récurrents et l'élaboration de solutions, qui ont amené, en automne 2015, une généralisation de la prise de rendez-vous par un seul agent.

Cette prise de rendez-vous centralisée a été supportée par

- la création d'un outil plus performant pour accompagner la prise de rendez-vous ;
- l'instauration de plages horaires de rendez-vous (matinée et après-midi) au lieu d'une heure fixe de rendez-vous ;
- l'optimisation de l'outil permettant de calculer les trajets en terme de kilométrage, permettant ainsi de regrouper des rendez-vous, une meilleure gestion des véhicules et de favoriser la venue de demandeurs à l'antenne.

Cette prise de rendez-vous centralisée a participé à :

- une plus grande flexibilité pour la proposition de rendez-vous pour les bénéficiaires ;
- une vision à plus long terme pour les référents dans leur organisation du travail ;
- un allégement de la charge de travail des référents qui a dégagé davantage de plages horaires pour des évaluations effectives auprès des bénéficiaires/demandeurs ;
- une augmentation du nombre d'évaluations prévues à l'antenne, située au bâtiment des assurances sociales (158 en 2013, 352 en 2014 et 567 en 2015).

Une plus grande capacité de traitement et des durées de traitement plus courtes.

Durée de traitement moyenne des dossiers aides et soin de l'entrée à la CEO à son transfert vers la CNS: 4 types de dossiers

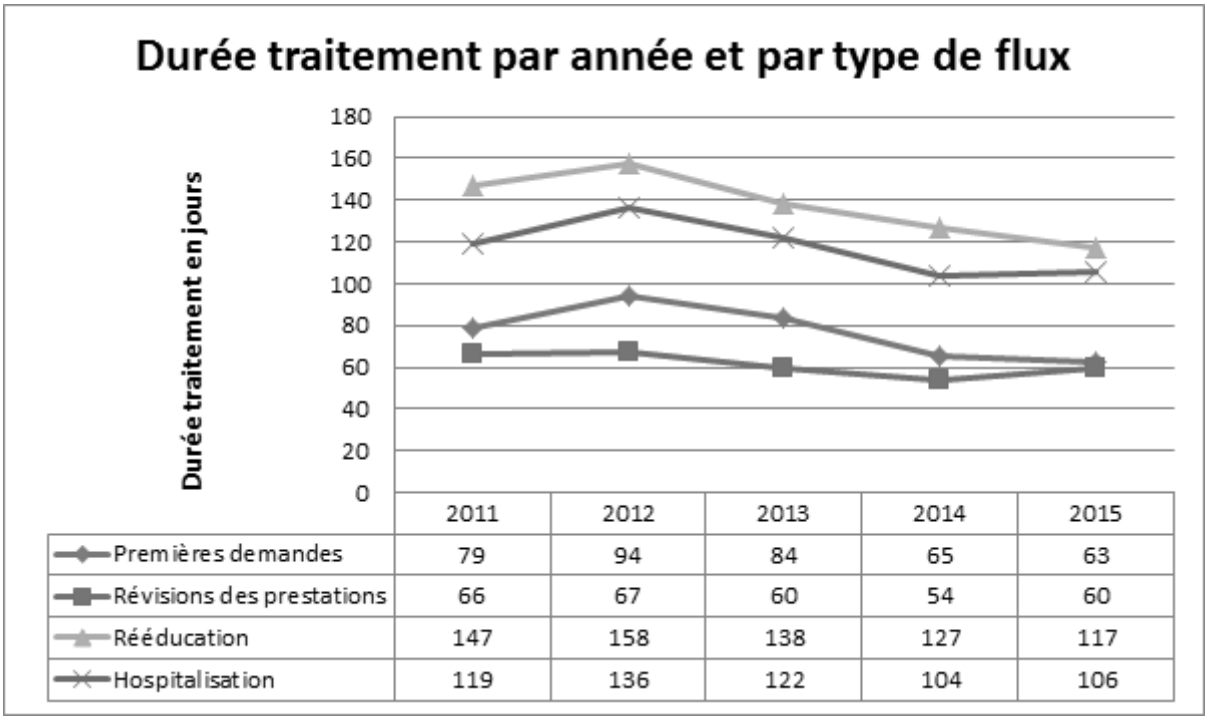
		Durée moyenne de traitement au sein de la CEO (en jours)				
		2011	2012	2013	2014	2015
Flux typique	**Première demande**	79	94	84	65	63
	Révision des prestations	66	67	60	54	60
Flux atypique	**Rééducation**	147	158	138	127	117
	Hospitalisation	119	136	122	104	106

Le **flux typique** signifie que le dossier est passé par chaque étape du traitement du dossier. Il s'agit de la moyenne des durées de traitement pour un dossier qui a subi, dans l'ordre, les différents étapes du traitement du dossier : de l'entrée à la CEO jusqu'à son transfert pour décision à la CNS.

Le **flux atypique** signifie que le dossier, a, pour une raison déterminée, été stoppé dans son traitement normal ou a été traité de manière spécifique. Les deux exemples ci-dessous montrent la durée de traitement des dossiers des **demandeurs qui ont été hospitalisés** lors d'une des étapes de traitement du dossier. Cette hospitalisation a nécessité une mise en suspens plus ou moins longue avant l'évaluation des besoins en aides et soins de la personne.

Les dossiers **de personnes en rééducation** sont traités avec une suivi spécifique qui prend en compte la période pendant laquelle la personne fréquente un établissement de rééducation fonctionnelle et vise à préparer au mieux le retour à domicile le cas échéant.

Evolution de la durée de traitement en jours, pour 4 type de dossiers (2011-2015)

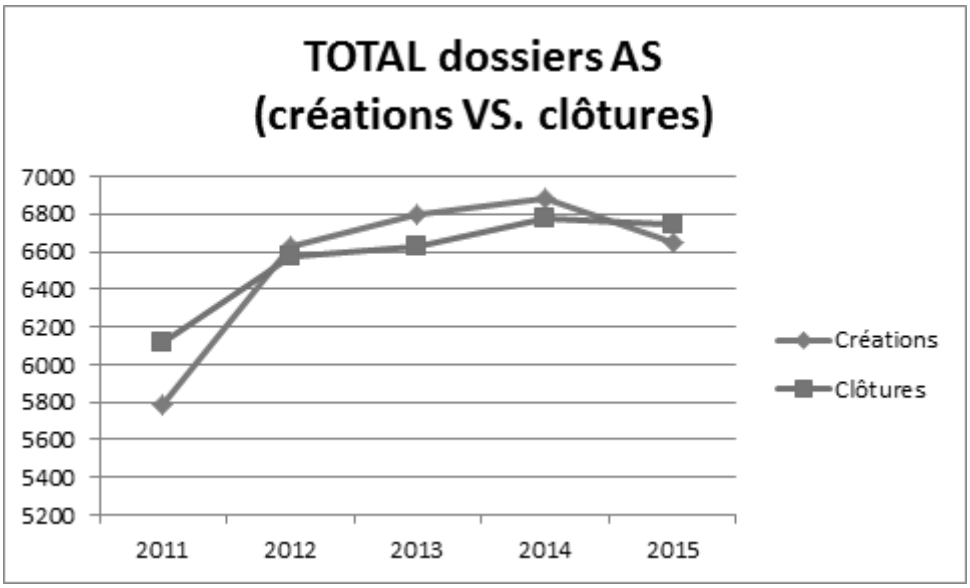


L'ensemble des actions menées ces dernières années montrent que les durées de traitement ont tendance à diminuer

Des durées de traitement plus courtes mais un nombre de dossiers plus importants

Le nombre de dossiers traités par la CEO n'a censé d'augmenter depuis 2011, passant de 6116 dossiers aides et soins ouverts en 2011 à 6744 dossiers en 2015.

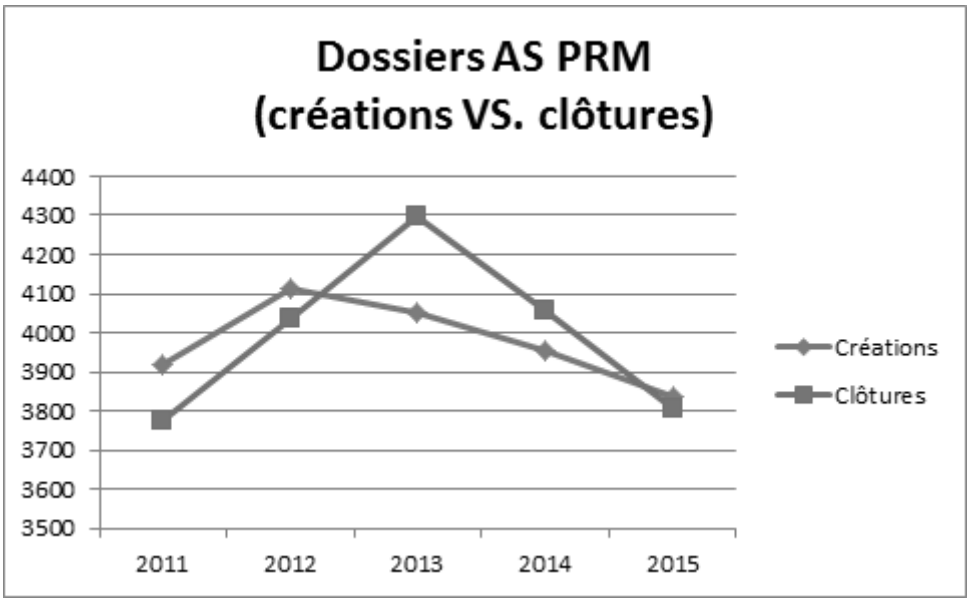
Nombre de dossiers Aides et soins (1ère demande ET Révisions) créés par la CEO versus nombre de dossiers clôturés par CEO (2011-2015)



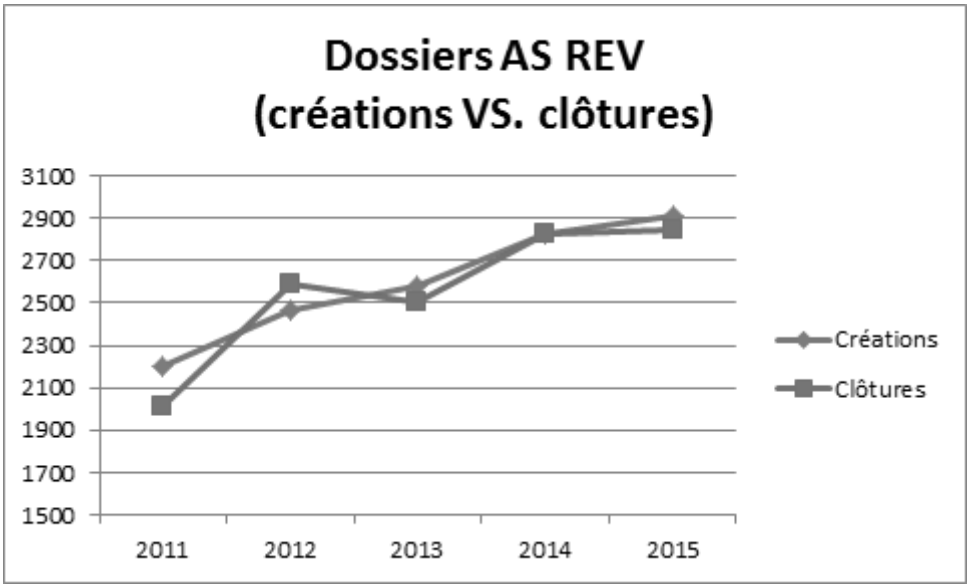
Pour l'année 2015, on constate que le nombre de dossiers clôturés est supérieur au nombre de dossiers crées et que le nombre de dossiers ouverts pour une réévaluation ne cesse d'augmenter.

Ceci confirme la tendance qui se profilait déjà en 2013 et en 2014 et permets d'ores et déjà à constater les effets positifs qu'ont les différents changements entrepris au niveau de l'optimisation des capacités de traitement depuis 2012.

Nombre de dossiers Aides et soins (1ère demande) créés par la CEO versus nombre de dossiers clôturés par CEO (2011-2015)



Nombre de dossiers Aides et soins (REVISION) créés par la CEO versus nombre de dossiers clôturés par CEO (2011-2015)



Le développement d'une politique de réévaluation systématique des dossiers

Dans la continuité de 2014, 2015 a été une année où la CEO a procédé à une ouverture importante de demandes de révisions des prestations, avec pour objectif de diminuer l'ancienneté des plans de prises en charge. La grande majorité de ces réévaluations sont des évaluations directes du bénéficiaire, c'est pourquoi le nombre de réévaluations des besoins basées sur les seules fiches de révisions, dites fiches A3 ne cessent de diminuer. Outre une actualisation des données des bénéficiaires, cela permet avec une présence plus importante des référents sur le terrain.

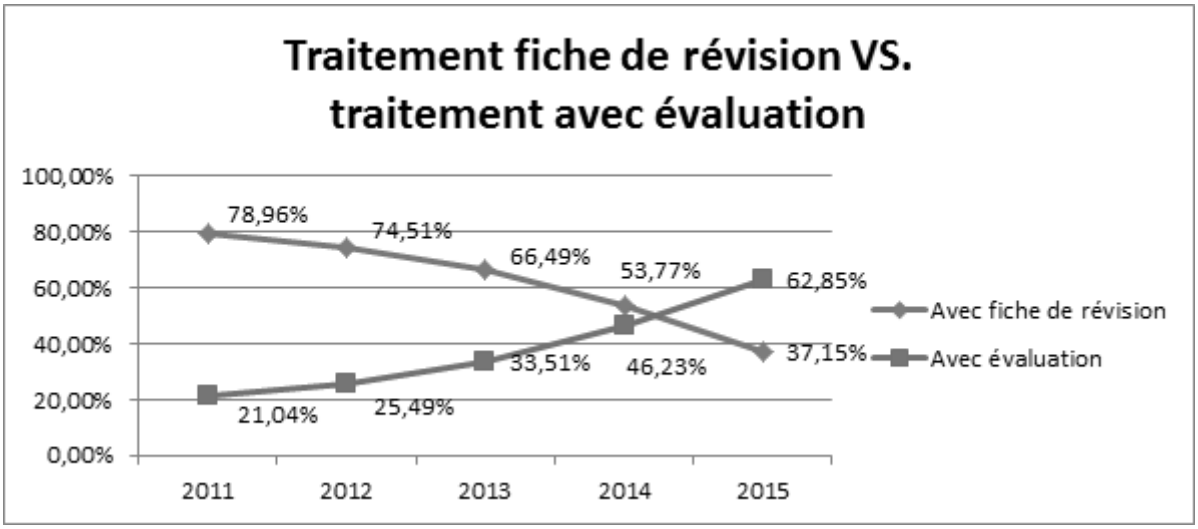
Enfin, une systématisation des demandes de réévaluations a été mise en place en 2015.

Chaque bénéficiaire sera systématiquement revu dans un délai fixe. Cela permet une meilleure gestion des ressources nécessaires pour absorber ces réévaluations et cela introduit la notion de systématisation du suivi des bénéficiaires.

Cette mesure d'amélioration du suivi a été rendue possible grâce à une amélioration de l'outil de gestion des dossiers (TCOv2) mais également à une meilleure exploitation du DWH de la CEO.

En 2015, 83,4% des plans de prise en charge des bénéficiaires de l'assurance dépendance ont une ancienneté inférieure ou égale à 3 ans.

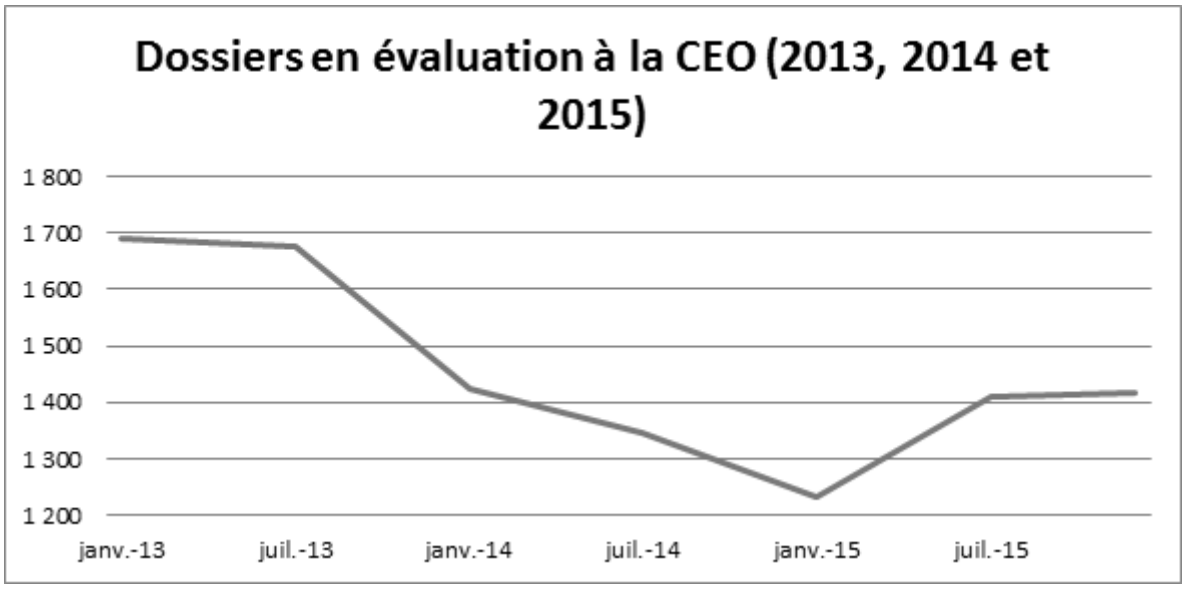
Proportion Nombre de dossiers Aides et soins (REVISION) traités via évaluation versus proportion de Nombre de dossiers Aides et soins (REVISION) traitées sur base d'une fiche A3 (2011-2015)



La diminution des stocks conforte les actions entreprises

Les résultats présentés ci-dessus montrent que le soutien administratif et la réorganisation du travail au sein des services évaluation et détermination et orientation des dossiers, soutenues par les services support, participent à l'augmentation de la capacité de traitement de la CEO : on observe ainsi une diminution quasi continuelle du nombre de dossiers en traitement à la CEO.

Nombre de dossiers en évaluation à la CEO (2013,2014 et 2015) : Ensemble des dossiers pour lesquels une action est en cours, à la date considérée = STOCK à traiter



L'outil informatique : soutien et participation à l'optimisation du processus de traitement des dossiers

Le recours accru à des échanges de données par voie électronique doit permettre des gains de productivité au niveau des processus internes. Mais c'est également une nécessité pour anticiper la montée en puissance de l'utilisation des nouvelles technologies.

Vers une administration " sans papier "

Depuis l'été 2011, **le scanning et l'archivage électronique systématique** du formulaire de demande, du rapport R20 et d'éventuels autres rapports joints est effectué dès réception par la CEO. Ces documents sont numérisés et intégrés automatiquement dans le système de gestion des dossiers.

Un objectif clairement affiché par la CEO est d'étendre l'archivage électronique au dossier complet. Afin d'atteindre cet objectif, la CEO a mis en place en juillet 2014 un système de scanning complet des dossiers clôturés y compris l'ensemble des anciens dossiers d'un demandeur.

Les prévisions visaient une reprise de l'ensemble des dossiers dans les 4 ans. Or, le nombre de dossiers clôturés et scannés entièrement est de 20% au-dessus des prévisions. **La CEO atteindra donc son objectif de disposer d'un archivage électronique complet en 2017**. Outre l'archivage électronique des dossiers traités, la CEO souhaite se diriger vers une absence de circulation de dossiers papiers laquelle sera atteinte avec la mise en production d'une version évoluée de l'application de gestion des dossiers.

Des projets informatiques pour soutenir l'optimisation des processus

D'autres actions sont mises en œuvre afin de centraliser l'ensemble des actions à réaliser dans une seule et même application, afin de limiter les redondances de traitement de données ou multiplication de sources d'informations.

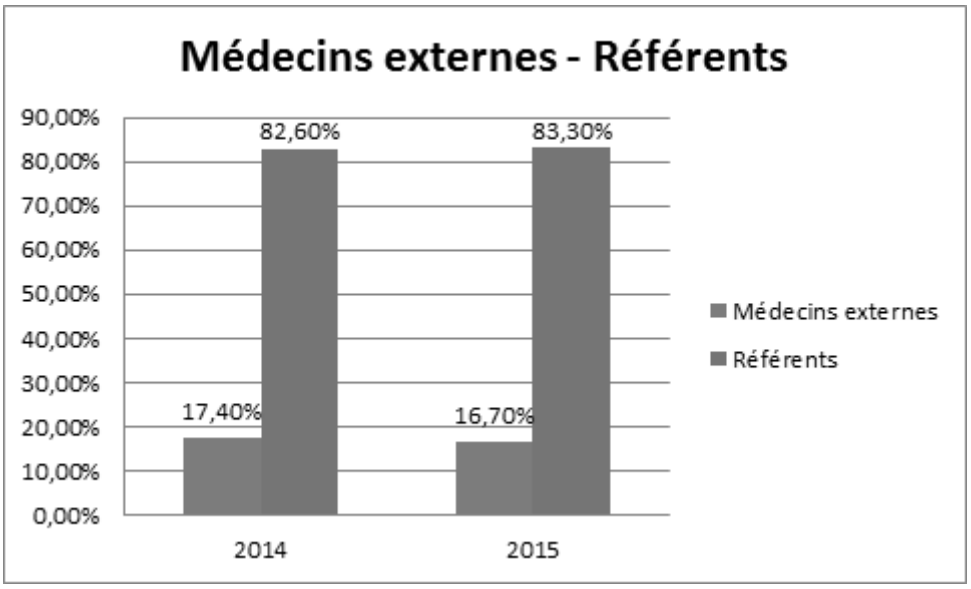
3.3 La performance financière

L'objectif de la CEO est de réussir à identifier les coûts associés aux différents types des demandes. Cet objectif ambitieux vise à être concrétisé en 2016 si la CEO arrive à se doter d'une méthodologie adéquate. Cependant comme chaque administration, la CEO suit les coûts générés par son activité et ses décisions.

Le recours à des médecins vacataires pour la soutenir dans le processus d'évaluation des besoins en aides et soins est particulièrement suivi et constitue une variable d'ajustements budgétaire et stratégique.

Par rapport à l'année précédente, le nombre de dossiers évalués par les médecins externes a légèrement baissé en 2015 avec 1030 dossiers (1109 en 2014). Comme prévu, l'engagement d'un médecin à mi-temps en 2015 contribue déjà à augmenter le nombre de dossiers traités par les ressources propres de la CEO.

Proportion des dossiers évalués par les médecins vacataires (2014-2015)



Concernant le paiement des R20 qui accompagne chaque demande, une entrée moins importante de première demande, une augmentation des demandes en révisions générées par la CEO (ne nécessitant pas de R20) et un recours plus pertinent à la commande directe d'aides techniques standards, participent à une maitrise des couts globaux.

3.4 Soutenir et accroître les potentiels de développement

En 2015, les objectifs fixés en 2014 ont été poursuivis et les résultats consolidés.

Le système de management de qualité de la CEO.

2015 sera l'occasion d'une refonte et simplification du système documentaire de la CEO, participant au système de management de la qualité. La mise en production fin 2014 **d'un nouveau système de gestion et génération des Templates** a amené à s'interroger sur les pratiques administratives et donc sur les procédures en vigueur. Celles-ci sont adaptées au fur et à mesure. De plus, on verra en 2015 que ce nouveau système participe à une diminution des impressions papiers et des opérations de scanning ad-hoc. Il participe également à la diminution des tâches administratives en transférant directement les différents documents nécessaires aux échanges et traitement des dossiers de bénéficiaires dans le système de gestion électronique des dossiers.

CONCLUSION

Alors que les actions qui ont été menées ces dernières années montrent des résultats positifs, la CEO ne peut relâcher ses efforts. La feuille de route de la CEO est clairement établie pour les prochaines années. La carte stratégique de la CEO indique la direction et continue à être déployée à tous les niveaux de l'organisation.

LA RÉFORME PROJETÉE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Le programme gouvernemental 2013-2018 prévoit une réforme structurelle de l'assurance dépendance permettant la maîtrise globale de l'évolution des dépenses et des prestations. Une hausse des cotisations de l'assurance dépendance n'interviendra qu'en cas de nécessité avérée. Il s'agira d'assurer la viabilité à long terme de l'assurance dépendance qui devra couvrir les services et prestations de qualité utiles et nécessaires pour permettre aux personnes dépendantes de pouvoir accéder aux aides et soins leur garantissant une vie autonome et digne. Le financement de ces activités devra être organisé de telle façon que le résultat voulu soit atteint.

La consolidation et la modernisation de la prise en charge des personnes dépendantes sont deux objectifs principaux de la réforme projetée. La personne protégée restera placée au centre du dispositif qui vise à lui apporter une réponse encore plus ciblée aux besoins requis individuels constatés par la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO). Les prestations seront recentrées autour des différents domaines des actes essentiels de la vie. Les principes fondamentaux issus de la loi de base de 1998, dont le service de prestations de qualité et la priorité du maintien à domicile, seront consolidés. La pérennisation du système est un autre objectif de la réforme. Les prestations seront attribuées de la façon la plus efficiente possible dans les limites des moyens financiers disponibles.

Les concepts relatifs aux différents éléments phares de la réforme projetée de l'assurance dépendance ont été précisés au cours de l'exercice 2015 en association avec toutes les parties impliquées.

Par le moyen de l'introduction de forfaits, la prise en charge des personnes protégées sera modernisée et flexibilisée.

L'évaluation des besoins requis par la CEO dans une approche multidisciplinaire continuera à respecter la singularité du bénéficiaire. La procédure d'évaluation et de détermination des besoins sera réadaptée de façon à permettre le retraçage transparent du processus décisionnel.

La flexibilisation de la prise en charge moyennant le déploiement d'une approche par forfaits permettra aux parties impliquées dans la prise en charge une modulation plus ciblée de leurs interventions journalières par rapport aux besoins quotidiens individuellement variables des personnes dépendantes déclinés par des objectifs de soins.

La CEO se dotera d'une politique de réévaluation pour assurer de façon permanente la prise en charge optimale des bénéficiaires.

Un système de contrôle de la qualité des aides et soins fournis par les prestataires et les aidants sera mis en œuvre au niveau de la CEO. A cette fin, des normes et indicateurs de qualité concernant la dotation et la qualification du personnel en place auprès des prestataires seront fixés dans un règlement grand-ducal pris sur avis de la Commission consultative de l'assurance dépendance.

La démarche permettra à l'assurance dépendance de se doter d'une politique opérationnelle de qualité des prestations. L'Inspection générale de la sécurité sociale procédera régulièrement à une réévaluation des forfaits et des autres prestations.

Le contenu de la documentation des soins ainsi que les indicateurs de qualité de la prise en charge ayant pour objet de permettre à la CEO d'assumer sa mission de contrôle et de mesurer la qualité de la prise en charge seront également déterminés moyennant un règlement grand-ducal.

Les conventions-cadre négociées entre la Caisse nationale de santé (CNS) et les différentes catégories de prestataires détermineront les procédures et les modalités de documentation des normes de dotation et de qualification du personnel ainsi que les modalités de la documentation nécessaire à la facturation et au paiement des prestations fournies ainsi que de leur vérification.

L'interconnexion avec le dossier de soins partagé (DSP) sera nécessaire en vue de soutenir l'exercice de la mission de contrôle attribuée à la CEO.

La CEO établira un rapport biennal relatif aux contrôles effectués destiné à la CNS, au ministre de la Sécurité sociale ainsi qu'aux ministres compétents en matière d'agrément des différentes catégories de prestataires.

Un renforcement du lien entre la prestation et le service couvert interviendra au niveau de la prestation en espèces. Son affectation sera spécifiée et le rôle de l'aidant redéfini. La présence d'un aidant constituera la condition d'ouverture du droit à une prestation en espèces. Ce dernier devra être en mesure de prester les services auxquels il s'engage et sa disponibilité devra être assurée. Un meilleur encadrement et suivi de l'aidant, de même qu'un contrôle régulier de la qualité de ses services par la CEO seront prévus. L'aidant pourra également profiter de mesures de conseil, de formation et de répit.

Pour l'aidant ne bénéficiant pas d'une pension personnelle, qui, soit abandonne, soit réduit son activité professionnelle, l'assurance dépendance continuera à prendre en charge les cotisations à l'assurance pension.

La prise en charge des activités ayant pour objet l'apprentissage ou l'entretien des capacités motrices, cognitives ou psychiques requises en vue de réaliser les actes essentiels de la vie ou de limiter l'aggravation de la dépendance pour ces mêmes actes, regroupées dans les activités de soutien actuelles, sera redéfinie.

Une différenciation dans la prise en charge en sera faite suivant le lieu de vie du bénéficiaire.

Les activités d'appui à l'indépendance (AAI) nouvellement introduites pourront être atribuées d'après les modalités et dans les limites à fixer par la loi.

Dans le contexte du déploiement du nouveau dispositif, il est prévu d'initier une meilleure coordination des services et de prévoir des mesures tendant à consolider la gouvernance, voire la planification des secteurs concernés. Le cas échéant, des mesures de régulation sont également envisagées.

La réforme projetée de l'assurance dépendance poursuit, parmi d'autre, l'objectif d'augmenter la transparence dans tous les secteurs des aides et soins. Toutes les parties impliquées sont appelées à assumer leurs responsabilités.

Tout sera mis en œuvre en vue de maintenir, voire renforcer l'emploi dans le secteur des aides et soins. Ce volet concerne le suivi des évolutions en matière de conventions collectives de travail, des qualifications, des attributions, des nomenclatures et des formations des professionnels des aides et des soins.

Une trajectoire en ligne avec l'évolution économique du pays visant la pérennisation financière du système sera déterminée.

La mise en œuvre du dispositif réformé de l'assurance dépendance s'accompagnera de mesures transitoires visant à assurer que tant les bénéficiaires que les prestataires d'aides et de soins puissent s'adapter sans problèmes majeurs au nouveau contexte. Avec effet au 1er janvier 2017, les décisions existantes devront être converties en nouvelles décisions.

L'ASSURANCE ACCIDENT

L'assurance a pour objectif principal d'indemniser les assurés victimes d'accident du travail proprement dit, ainsi que les victimes d'accident de trajet et de certaines maladies dites professionnelles

La population protégée par l'assurance accident est définie aux articles 85 à 91 du Livre 2 du Code de la sécurité sociale intitulé " Assurance Accident ".

La gestion de l'assurance accident est assurée par l'Association d'assurance accident (AAA), un établissement public chargé de la prévention et de l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Elle est placée sous la tutelle du Ministère de la Sécurité sociale et gérée par un comité directeur.

FINANCEMENT DE L'ASSURANCE ACCIDENT

Pour faire face aux charges globales du régime général, l'Association d'assurance accident applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve.

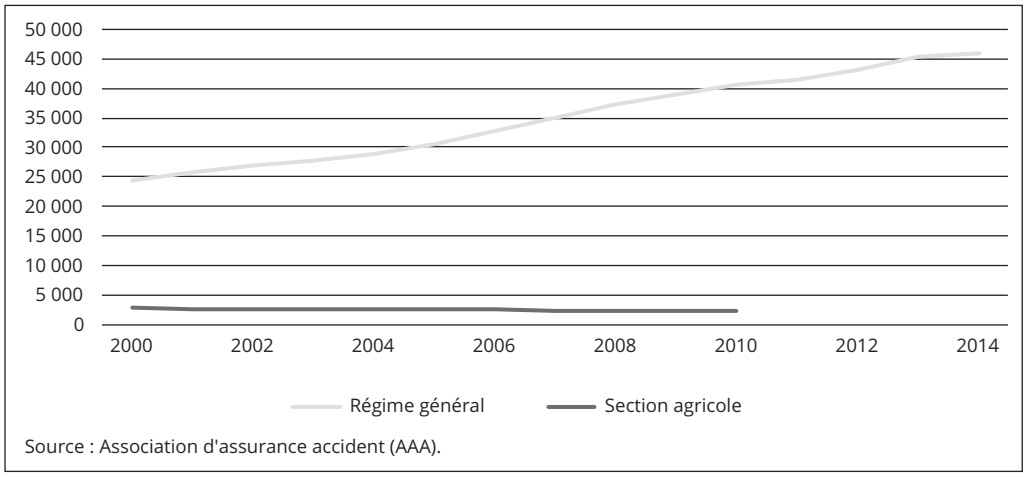
Les dépenses du régime général sont financées par des cotisations à charge des employeurs et des assurés non-salariés.

Le comité directeur de l'Association d'assurance accident fixe chaque année un taux de cotisation unique.

Le financement des régimes spéciaux se fait directement par le budget de l'Etat.

AFFILIATION DES ENTREPRISES

Evolution du nombre d'entreprises affiliées à l'assurance accident



Source : Association d'assurance accident (AAA).

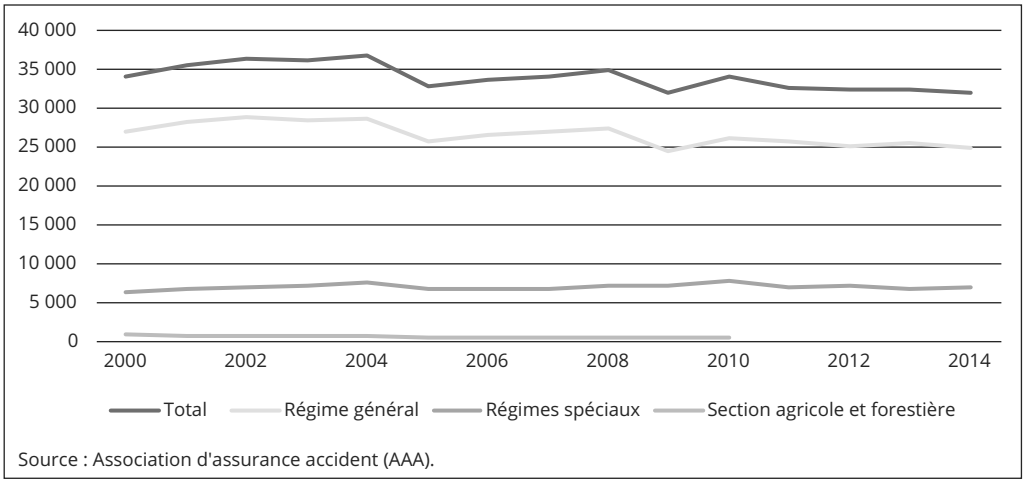
Le nombre des entreprises a ainsi dépassé 46 000 unités en 2014, une augmentation de 1,3% par rapport à 2013.

A partir de 2011, suite à la fusion des sections industrielle et agricole, le nombre des entreprises agricoles affiliées n'est plus renseigné séparément mais est désormais inclus dans le nombre du régime général.

STATISTIQUES SUR LES ACCIDENTS

Le nombre d'accidents déclarés en 2014 s'élève à 31 797 dont 24 855 (78%) pour le régime général, et 6 942 (22%) pour les régimes spéciaux. Le nombre d'accidents mortels est de 15 unités.

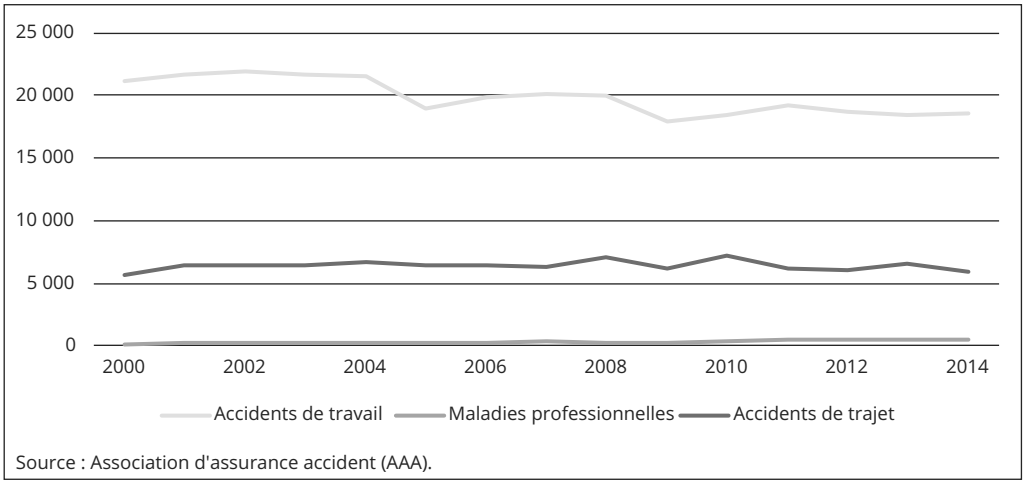
Evolution du nombre d'accidents déclarés par régime



Source : Association d'assurance accident (AAA).

Parmi les cas déclarés au régime général, 74,6% concernent des accidents de travail proprement dits, 23,5% des accidents de trajet et 1,9% des maladies professionnelles.

Evolution du nombre d'accidents déclarés du régime général par types d'accidents



Source : Association d'assurance accident (AAA).

Toute personne assurée, victime d'un accident de travail ou de trajet est tenue d'informer sans retard son employeur. Celui-ci doit déclarer l'accident de travail à l'AAA en fournissant toutes les indications demandées sur un formulaire prescrit. Le refus de considérer comme accident de travail, ou de trajet ou maladie professionnelle un accident déclaré se fait par une décision du président de l'AAA. Environ 80% des accidents déclarés seront reconnus comme accident de travail.

Evolution du nombre d'accidents déclarés et reconnus du régime général

Année	Accidents (tous)			Accidents du travail proprement dits			Accidents de trajet			Maladies professionnelles		
	déclarés	reconnus	*mortels*	déclarés	reconnus	*mortels*	déclarés	reconnus	*mortels*	déclarés	reconnus	*mortels*
2010	26 017	**19 524**	*17*	18 459	**14 797**	*12*	7 232	**4 659**	*5*	326	**68**	*0*
2011	25 856	**20 519**	*12*	19 193	**16 435**	*11*	6 202	**3 921**	*6*	461	**163**	*0*
2012	25 297	**20 264**	*17*	18 670	**16 384**	*14*	6 094	**3 753**	*3*	533	**127**	*0*
2013	25 477	**20 766**	*22*	18 478	**16 565**	*6*	6 552	**4 076**	*16*	447	**125**	*0*
2014	24 855	**20 043**	*14*	18 530	**16 384**	*10*	5 847	**3 516**	*4*	478	**143**	*0*

Source : Association d'assurance accident (AAA).

Toute personne assurée, victime d'un accident de travail ou de trajet est tenue d'informer sans retard son employeur. Celui-ci doit déclarer l'accident de travail à l'AAA en fournissant toutes les indications demandées sur un formulaire prescrit. Le refus de considérer comme accident de travail, ou de trajet ou maladie professionnelle un accident déclaré se fait par une décision du président de l'AAA. Environ 80% des accidents déclarés seront reconnus comme accident de travail.

SITUATION FINANCIÈRE

Les dépenses courantes représentent 0,5% du PIB en 2014, 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 2000 et 2014 n'atteint que 0,8% (au nombre indice 100) ce qui témoigne d'une progression plus lente des dépenses que les aux autres branches de la sécurité sociale.

Evolution des recettes et des dépenses globales de l'AAA [a] ***(en millions EUR)***

	2010	2011	2012	2013	2014
RECETTES					
Cotisations	173,85	189,71	202,01	200,75	210,50
Participations de tiers	13,06	22,38	23,47	7,02	6,69
dont					
Participation aux frais d'administration	0,90	0,26	0,29	0,35	0,35
Participation aux prestations	12,16	4,91	5,97	6,67	6,34
Participation de l'Etat (contribution forfaitaire)		17,20	17,20		
Transfert de cotisations	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00
Produits divers provenant de tiers	9,95	9,50	7,61	10,68	9,14
Produits financiers	1,79	3,15	1,93	0,61	0,84
Recettes diverses	0,00	0,01	0,02	0,00	0,02
TOTAL DES RECETTES COURANTES	**198,84**	**224,75**	**235,03**	**219,06**	**227,19**
Variation annuelle en %	*5,5%*	*13,0%*	*4,6%*	*-6,8%*	*3,7%*
DEPENSES					
Frais d'administration	10,35	9,65	10,22	11,23	11,58
Prestations en espèces	158,25	165,90	169,54	171,45	172,13
Prestations en nature	35,63	36,08	33,30	42,78	44,35
Transferts de cotisations à d'autres organismes	1,12	1,28	1,93	2,34	2,41
Autres dépenses	2,48	1,73	1,64	1,65	1,60
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	**207,82**	**214,65**	**216,62**	**229,45**	**232,07**
Variation annuelle en %	*4,7%*	*3,3%*	*0,9%*	*5,9%*	*1,1%*
Solde des operations courantes	**-8,99**	**10,10**	**18,41**	**-10,39**	**-4,88**

a. Situation au 31 décembre, (jusqu'en 2010 - section industrielle - régime général) à partir de 2011 - le régime général inclut les fonctionnaires et employés publics ainsi que l'ancienne section agricole.
Source : Association d'assurance accident (AAA).

L'exercice 2014 reste marqué par la transition des prestations de l'ancienne et de la nouvelle législation. L'augmentation conséquente des dépenses des nouvelles prestations est compensée par la diminution progressive des anciennes prestations.

LES RECETTES COURANTES

L'assurance accident est financée à raison de 92,7% par des cotisations, de 2,9% par des contributions publiques et de 4,4% par des revenus sur la fortune et des recettes diverses. A noter que parmi les contributions publiques figure la prise en charge intégrale des prestations allouées dans le cadre des régimes spéciaux.

En 2014 les cotisations ont augmenté de 2,9% au nombre indice 100 par rapport à 2013.

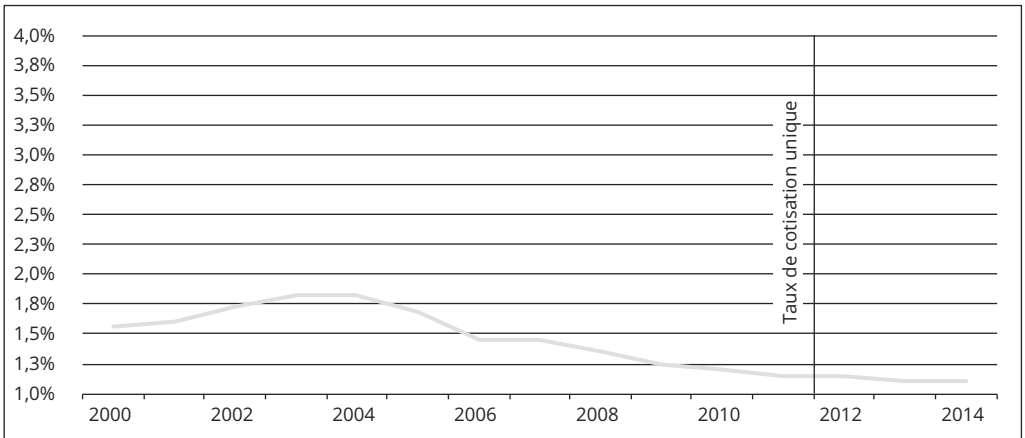
Répartition des recettes courantes de l'AAA en 2014 (en milliers EUR)

Recettes	Montant	En % du total
Cotisations	210 500,92	92,7%
Participation de l'Etat	6 686,62	2,9%
Produits financiers et recettes diverses	9 999,88	4,4%
TOTAL	**227 187,42**	**100,0%**

Source : Association d'assurance accident (AAA).

La loi du 17 décembre 2010 a introduit un taux de cotisation unique dans l'assurance accident. Le comité directeur de l'Association d'assurance accident fixe désormais chaque année un taux de cotisation unique pour l'exercice à venir.

Evolution du taux de cotisation moyen de l'AAA



Jusqu'en 2010 -section industrielle - régime général - à partir de 2011 - régime général.

Pour 2011 et 2012 le taux s'élevait à 1,15% et pour 2013 et 2014 il a été fixé à 1,10%.

LES DÉPENSES COURANTES

En 2014 les dépenses courantes de l'AAA se composent à 93,3% de prestations, les frais d'administration représentent 5% et les dépenses diverses 1,7%.Les prestations du régime général.

Répartition des dépenses courantes de l'AAA en 2014 (en milliers EUR)

Dépenses	Montant	En % du total
Frais d'administration	11 578,87	5,0%
Prestations en espèces	172 132,23	74,2%
Prestations en nature	44 347,69	19,1%
Dépenses diverses	4 009,38	1,7%
TOTAL	**232 068,17**	**100,0%**

Source : Association d'assurance accident (AAA).

L'évolution du montant des prestations du régime général

La progression des montants des prestations du régime général a plusieurs raisons, notamment l'évolution indiciaire, la croissance de la masse salariale, l'ajustement des rentes et, à partir de 2011, l'intégration des fonctionnaires et employés publics ainsi que des exploitants agricoles dans le régime général.

En 2011 on peut noter les faibles montants des nouvelles prestations de l'AAA, étant donné que seuls les nouveaux cas d'accident sont affectés par la nouvelle législation. Ces montants vont subir un accroissement rapide dans les années à venir, à l'inverse des montants concernés par l'ancienne législation qui vont évoluer vers le bas.

Evolution du montant des prestations du régime général (régimes spéciaux exclus)

	2011	2012	2013	2014
Prestations en espèces	**163 991 043,23**	**167 176 179,95**	**168 842 623,68**	**169 568 424,07**
Indemnités pécuniaires	***29 479 855,99***	***32 857 379,49***	***33 956 659,48***	***31 627 584,59***
Lohnfortzahlung (LFZ)	18 020 109,62	18 825 336,10	19 487 736,04	19 118 071,92
Indemnités pécunières (IP)	10 944 235,93	13 512 467,33	13 849 072,03	11 854 994,54
Assurance dépendance	515 510,44	519 576,06	619 851,41	654 518,13
Rentes	***102 644 305,40***	***105 831 076,30***	***106 816 359,98***	***109 060 011,73***
Rentes viagères	72 757 680,53	75 655 619,26	76 841 361,00	77 483 243,83
Rentes de survie	15 872 447,18	15 989 087,24	15 988 647,34	15 827 607,31
Rentes transitoires	5 585 140,43	4 502 996,11	3 121 124,23	1 971 109,94
Paiements uniques	7 238 478,66	5 050 532,25	2 682 737,67	1 782 086,23
Nouvelle législation				
Rentes complètes	1 186 213,95	4 037 737,80	6 184 981,98	7 151 363,03
Rentes partielles	-	-	13 936,78	14 780,44
Rentes d'attente	-	491 544,48	1 753 012,02	4 454 657,25
Rentes de survie	4 344,65	103 559,16	230 558,96	375 163,70
Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux	***170 476,92***	***5 792 051,01***	***13 924 133,83***	***19 410 846,16***
Préjudice physiologique et d'agrément <= 20 %	137 770,04	3 398 185,23	8 824 269,41	12 218 677,63
Préjudice physiologique et d'agrément > 20 %	3 604,22	110 930,72	499 754,81	994 111,74
Douleurs physiques	22 963,16	976 743,63	2 371 894,85	4 251 781,01
Préjudice esthétique	6 139,50	277 741,42	581 407,52	824 122,04
Indemnité dommage moral/survivants		1 028 450,01	1 646 807,24	1 122 153,74
Rachats de rentes	***31 693 094,16***	***22 692 846,30***	***14 144 695,45***	***9 469 743,69***
Rachats d'office	20 162 845,79	13 261 601,79	5 228 952,95	1 713 173,55
Rachats sur demande	11 465 044,51	9 347 906,91	8 756 652,58	7 556 919,53
Autres	65 203,86	83 337,60	159 089,92	199 650,61
Autres	**3 310,76**	***2 826,85***	***774,94***	***237,90***
Autres secours en espèces	2 576,93	2 826,85	774,94	237,90
Intérêts moratoires sur prestations	733,83			
Prestations en nature	***32 645 915,03***	**29 611 906,11**	**39 273 868,64**	**40 683 326,90**
AAA -Dégâts matériel	2 195 815,84	2 038 971,63	1 823 078,51	1 381 197,05
AAA -Soins	374 154,10	379 540,77	290 119,38	308 381,64
Indemnité pour dommage moral	320 436,78	-	-	
CNS - Prestations luxembourgeoises	23 610 965,97	23 008 737,58	24 454 231,10	30 384 566,08
CNS - Prestations étrangères	4 869 447,42	3 009 777,55	11 224 994,15	6 899 111,76
CNS - Assurance dépendance	1 275 094,92	1 174 878,58	1 481 445,50	1 710 070,37
TOTAL DES PRESTATIONS	***196 636 958,26***	**196 788 086,06**	**208 116 492,32**	**210 251 750,97**

Source : Association d'assurance accident (AAA).

L'évolution du montant des prestations des régimes spéciaux

A partir de 2011, on peut noter que la progression des dépenses en prestations des régimes spéciaux provient principalement des nouvelles dispositions suite à la réforme de l'AAA.

Evolution du montant des prestations des régimes spéciaux

	2011	2012	2013	2014
Prestations en espèces	**1 831 322,93**	**2 362 105,66**	**2 607 280,21**	**2 563 803,08**
Indemnités pécuniaires	-	***280 090,12***	***245 762,99***	***132 502,43***
Lohnfortzahlung (LFZ)	**-**	-	-	
Indemnités pécunières (IP)	-	220 507,23	190 139,25	67 714,64
Assurance dépendance	-	59 582,89	55 623,74	64 787,79
Rentes	***1 443 814,72***	***1 535 644,57***	***1 580 837,35***	***1 646 403,34***
Rentes viagères	1 230 801,64	1 308 160,48	1 349 478,37	1 344 727,27
Rentes de survie	63 595,86	65 793,99	67 438,23	68 694,36
Rentes transitoires	24 562,00	26 314,75	14 736,60	17 232,28
Paiements uniques	118 551,89	53 661,23	34 112,06	52 890,18
Nouvelle législation				
Rentes complètes	6 303,33	21 361,41	80 960,22	136 072,58
Rentes partielles	-	-	2 550,09	2 550,09
Rentes d'attente	-	-	31 561,78	24 236,58
Rentes de survie	-	60 352,71	-	
Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux	**-**	***183 868,72***	***301 503,49***	***509 187,30***
Préjudice physiologique et d'agrément <= 20 %	-	48 604,11	188 225,08	339 248,40
Préjudice physiologique et d'agrément > 20 %	-	-	2 353,28	24 196,81
Douleurs physiques	-	9 815,49	54 594,95	124 319,38
Préjudice esthétique	-	1 933,11	12 186,70	21 422,71
Indemnité dommage moral/survivants		123 516,01	44 143,48	0,00
Rachats de rentes	***387 508,21***	***362 502,25***	***479 176,38***	***275 710,01***
Rachats d'office	387 508,21	362 502,25	479 176,38	275 710,01
Prestations en nature	**3 433 919,19**	**3 686 456,34**	**3 501 140,43**	**3 664 361,74**
Prestations de soins	3 433 919,19	3 686 456,34	3 501 140,43	3 664 361,74
TOTAL DES PRESTATIONS	**7 096 565,05**	**8 130 577,54**	**8 469 937,86**	**6 228 164,82**

Source : Association d'assurance accident (AAA).

L'ÉVOLUTION LÉGISLATIVE ET RÉGLEMENTAIRE

Il convient de rappeler que le 1er janvier 2011 est entrée en vigueur la réforme de l'assurance accident.

La principale innovation de cette réforme 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 avait auparavant un caractère mixte ne répare 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 a désormais 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 peuvent 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 était de moderniser l'indemnisation et de la rendre plus juste parce que mieux adaptée aux situations individuelles.

Pour exécuter les différentes dispositions de la réforme, plusieurs règlements grand-ducaux ont dû être élaborés. Il s'agit des règlements suivants :

- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant les modalités de fixation et de perception des cotisations de la Chambre d'agriculture
- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant la procédure de déclaration des accidents et précisant la prise en charge de certaines prestations par l'assurance accident
- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 portant détermination des facteurs de capitalisation prévus à l'article 119 du Code de la sécurité sociale
- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 fixant les forfaits prévus à l'article 120 du Code de la sécurité sociale
- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 fixant les forfaits prévus à l'article 130 du Code de la sécurité sociale
- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire.
- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant les conditions et modalités de l'assurance accident volontaire des exploitants agricoles, viticoles, horticoles et sylvicoles non soumis à l'assurance obligatoire.

A tous ses règlements grand-ducaux est venu s'ajouter celui du 26 décembre 2012 déterminant l'organisation et le fonctionnement de la Commission supérieure des maladies professionnelles qui a été mise en place par arrêté ministériel du 1er mars 2013.

Par ailleurs, le règlement grand-ducal définissant le barème médical applicable à l'assurance accident a été mis en vigueur le 10 juin 2013. Il a été pris sur base de l'alinéa 1er de l'article 119 du Code de la sécurité sociale qui dispose que l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément définitif est fonction du taux d'incapacité fixé par le Contrôle médical de la sécurité sociale sur base du barème en question dont devront se servir les médecins-conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale et des juridictions de la sécurité sociale ainsi que les médecins traitants et les experts en vue d'évaluer le taux d'incapacité résultant des suites d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

A noter également à titre de rappel que le 1er janvier 2011, la loi du 17 décembre 2010 portant introduction d'un taux unique de cotisation dans l'assurance accident a sorti ses effets. Elle comporte deux mesures principales.

Les travailleurs handicapés, occupés dans les ateliers protégés au sens de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées, étaient couverts jusqu'à présent par l'assurance accident en vertu de l'article 85, 10) du Code de la sécurité sociale. Cette couverture est étendue désormais dans le cadre des régimes dits spéciaux de l'assurance accident, notamment afin qu'à l'instar des personnes poursuivant une formation dans une filière classique, technique ou professionnelle ou dans une structure de l'éducation différenciée, les personnes handicapées qui suivent une formation professionnelle dans un centre de propédeutique professionnelle privé soient assurées.

Le Gouvernement avait décidé de réorganiser la solidarité entre les différents secteurs économiques au Luxembourg, ce qui a pu être atteint notamment à travers l'introduction d'un taux unique au niveau de l'assurance accident. En effet, alors que la classe 2, regroupant les assurances, les banques, les bureaux d'études et les établissements à activités analogues payaient auparavant un taux de cotisation de 0,45%, la classe 7 comprenant les entreprises de toiture, la classe 8 composée des entreprises d'aménagement et de parachèvement (façades, isolations, etc.) et la classe 9 regroupant les entreprises d'équipements techniques du bâtiment (travaux d'installations électriques, de gaz et eau, etc.) payaient des taux de cotisation de respectivement 6%, 3,20% et 2,39%. L'introduction d'un taux unique de l'ordre de 1,15% a amené les entreprises de la classe 2 ancienne à payer davantage tout en permettant aux petites entreprises de baisser significativement leurs charges salariales. Le taux de cotisation unique permet ainsi de parfaire la solidarité entre cotisants dans la branche de l'assurance accident.

L'introduction d'un taux unique de cotisation a posé la base pour l'introduction d'un système de bonus-malus souhaité par le législateur. Ce système a entretemps fait l'objet du règlement grand-ducal du 8 février 2016 déterminant le champ et les modalités d'application du système bonus-malus de l'assurance accident. L'application du facteur bonus-malus se fera à partir de l'exercice 2019.

En outre, le taux de cotisation unique simplifie et augmente la transparence du mode de financement puisqu'il permet de renoncer à l'attribution d'un coefficient de risque pour le calcul d'un taux de cotisation pour chacune des 21 classes de risque. Il garantit une stabilité maximale grâce à la prise en compte de l'ensemble de la masse salariale cotisable et la gestion administrative s'en trouve considérablement simplifiée.

LES DOMMAGES DE GUERRE CORPORELS

LES ATTRIBUTIONS DU SERVICE DES DOMMAGES DE GUERRE CORPORELS

Le service a été créé par la loi modifiée du 25 février 1950 concernant l'indemnisation des dommages de guerre corporels. Il est compétent pour la gestion des dossiers des bénéficiaires de cette loi. Il assure le paiement des rentes allouées aux victimes de guerre et la prise en charge de leurs 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 des prestations de l'assurance dépendance.

Depuis le 1er janvier 2010, la procédure administrative est la suivante:

Le Service des dommages de guerre corporels est l'interlocuteur des bénéficiaires de la loi modifiée du 25 février 1950.

L'Association d'assurance accident (AAA) assume 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 accident lui sont remboursés sous forme d'avances mensuelles.

La Caisse nationale de santé (CNS) assume 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, des remboursements effectués et des prestations hospitalières liquidées par la CNS pour le compte du Service lui sont remboursés sur base d'une déclaration annuelle.

Les activités du Service des dommages de guerre corporels

Au 31 décembre 2015, le Service a versé 229 rentes, dont 155 rentes personnelles et 74 rentes de survie. 41 rentes se sont éteintes.

La commission des rentes a siégé une fois en 2015.

L'ÉVOLUTION RÉGLEMENTAIRE

Le règlement grand-ducal du 8 décembre 2015 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 2016.

LES REGIMES COMPLEMENTAIRES DE PENSION

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

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

Entre 2014 et 2015, le nombre d'entreprises ayant instauré un régime complémentaire de pension a progressé de 2633 à 2737, soit une augmentation de 3,95%. Parmi ces entreprises, il y en a 2466 qui, fin 2015, disposent d'un RCP actif, c'est-à-dire d'un RCP admettant de nouveaux affiliés. La faible croissance entre 2014 et 2015 du nombre d'entreprises avec RCP actif s'explique par le fait que les instaurations de nouveaux régimes ont été compensées en partie par un nombre considérable de résiliations de régimes suite aux efforts intensifiés consacrés par les gestionnaires de RCP à l'identification des régimes sans affiliés en vue d'éviter de se voir obligés de communiquer les données annuelles relatives à ces régimes à l'IGSS. Vu le nombre des créations de nouveaux régimes, le secteur des régimes complémentaires de pension professionnels reste néanmoins en expansion continuelle.

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

Exercice[1)]	Entreprises disposant d'un RCP	Entreprises disposant d'un RCP actif	Origine du chiffre	Taux de croissance annuel [2)]
1995	404		Etude ACD	
1996				
1997				
1998				
1999				
2000				
2001	683		Dossiers IGSS	9,15%
2002				
2003	930		Statistiques renseignées par les gestionnaires	16,69%
2004				
2005				
2006				
2007	1278		Registre IGSS	8,27%
2008	1590		Registre IGSS	24,41%
2009	1731	1545	Logiciel PenCom	8,87%
2010	1938	1706	Logiciel PenCom	10,42%
2011	2110	1893	Logiciel PenCom	11,10%
2012	2305	2137	Logiciel PenCom	12,89%
2013	2493	2406	Logiciel PenCom	12,59%
2014	2 633	2 432	Logiciel PenCom	1,08%
2015	2 737	2 466	Logiciel PenCom	1,40%

1) Observation en fin d'année.
2) Le taux de croissance est calculé jusqu'en 2009 en tenant compte de toutes les entreprises ayant enregistré un régime complémentaire de pension, indépendamment du fait qu'il soit encore actif ou non. A partir de 2010, le taux de croissance est calculé uniquement en fonction des entreprises avec au moins un régime actif.

Partant des 404 régimes complémentaires de pension répertoriés en 1995 par l'ACD, le nombre des régimes complémentaires de pension a donc été multiplié par 6,1 en 20 ans. Il faut néanmoins tenir compte du fait qu'à un certain moment le réservoir d'entreprises susceptibles de mettre en place un régime complémentaire de pension va être épuisé et que la croissance va donc forcément diminuer dans les années à venir.

Un régime complémentaire de pension, mis en place pour une catégorie déterminée de salariés, se compose généralement de plusieurs plans prévoyant des prestations parmi les suivantes :

- une prestation de retraite avec ou sans réversion,
- une prestation de décès,
- une prestation d'invalidité,
- une prestation financée par des contributions personnelles de l'affilié.

Le recensement, sur la base des données issues du logiciel PenCom, des entreprises ayant prévu un certain type de prestations dans leurs RCP fournit le tableau suivant :

Nombre d'entreprises par type de prestations[1] (au 31/12/2015)

Vieillesse	Décès	Invalidité	Cotisations personnelles
2 339	1 918	1 779	2 222

Ces différentes prestations peuvent être financées au moyen de différents types de supports juridiques parmi les suivants :

- un contrat d'assurance de groupe souscrit auprès d'une compagnie d'assurance,
- un régime interne avec promesse de pension garantie par des provisions au bilan de l'entreprise,
- un fonds de pension soumis au contrôle prudentiel du Commissariat aux assurances (CAA),
- un fonds de pension soumis au contrôle prudentiel de la Commission de surveillance du secteur financier (CSSF),
- une institution de retraite professionnelle (IRP) de droit étranger.

Suivant les données provenant du logiciel PenCom, la répartition des entreprises par type de support juridique choisi pour le financement des prestations se présente comme suit :

Nombre d'entreprises par support juridique[1] (au 31/12/2015)

Assurances de groupe	Régimes internes[2]	Fonds de pension du CAA	Fonds de pension de la CSSF[3]	IRP étrangères
2 445	103	3	49	14

1) Comme chaque entreprise peut avoir recours à plusieurs supports juridiques pour financer les prestations prévues dans son RCP, la somme des nombres repris dans ce tableau dépasse le nombre total des entreprises disposant d'un RCP actif. Parmi les 2466 entreprises disposant d'un RCP actif, il y en a 144 qui utilisent deux types de supports juridiques et 2 qui en utilisent trois.
2) Cette statistique tient uniquement compte des régimes actifs, alors que certaines entreprises affiliées au PSVaG ne disposent que de régimes fermés aux nouvelles recrues ou servant des prestations en cours. Ceci explique que le nombre de régimes internes indiqué ici est inférieur au nombre d'entreprises luxembourgeoises affiliées au PSVaG.
3) A noter que le nombre de fonds de pension agréés par la CSSF dans lesquels les employeurs investissent les allocations patronales des régimes complémentaires de pension est inférieur à celui indiqué dans ce tableau, alors qu'il y a souvent plusieurs employeurs qui investissent dans le même fonds de pension.

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 précitée 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.

1)

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

Affiliation d'entreprises luxembourgeoises au PSVaG

Année	Nombre d'entreprises affiliées	Montant des provisions assurées contre l'insolvabilité (en mio €)	Taux de cotisation appliqué en ‰	Montant total des primes payées au PSVaG (en mio €)	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 (-6,0)[1)]	4,2	0
2010	152	497	1,9 (+1,5) [1)]	1,7	0
2011	145	502	1,9 (+1,5) [1)]	1,71	0
2012	144	485	3,0 (+1,5) [1)]	2,21	0
2013	147	490	1,7 (+1,5) [1)]	1,58	0
2014	143	480	1,3	0,62	1
2015	143	422	2,4	1,01	0

1) 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.

Les légères augmentations en 2010 et 2013 du nombre d'entreprises affiliées au PSVaG proviennent essentiellement de scissions d'entreprises et de l'implantation au Luxembourg d'entreprises provenant d'Allemagne, mais elles ne renversent pas nécessairement le courant décrit ci-devant.

A noter qu'en 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 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. Depuis l'introduction de ce système de répartition des charges, le taux de cotisation reflète directement le nombre de sinistres survenus au cours de l'exercice.

L'année 2009 a accusé le taux le plus élevé que le PSVaG ait jamais connu et qui était 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 cet exercice. Cette prime exceptionnelle de 14,2‰ due pour 2009 a été répartie sur 5 années, à savoir une prime égale à 8,2‰ payable au 31 décembre 2009 et une prime de 1,5‰ payable chaque fois au 31 décembre des années 2010 à 2013.

Le taux de cotisation pour 2015 a été fixé à 2,4‰, donc en-dessous du taux moyen de 2,9‰. Au total les quelques 94000 entreprises (allemandes et luxembourgeoises) affiliées au PSVaG ont cotisé 785 millions d'euros qui ont été répartis en fonction d'un montant total de provisions assurées de 327 milliards d'euros.

A remarquer que depuis la signature en 2002 de la convention bilatérale entre l'Allemagne et le Luxembourg sur l'affiliation à l'assurance insolvabilité par le biais du PSVaG, ce dernier n'a dû intervenir que dans un seul cas de faillite d'une entreprise luxembourgeoise. Heureusement ce premier et seul sinistre ne concernait que deux prestations en cours.

L’évolution de la charge de travail du service Pensions complémentaires

Evolution des effectifs du service Pensions complémentaires

L'augmentation du nombre de régimes complémentaires de pension a exigé 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'entreprises :

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

Exercice	Nombre d'entreprises	Total des agents	Nombre de vérificateurs	Effectif des vérificateurs à temps plein	Charge de travail effective par poste à temps plein	Besoins en personnel estimés selon EIS[1)]
2000	684	6	3	2,25	304	6,75
2001	760	6	3	2,25	602	7,50
2002	845	8	3	2,75	303	8,50
2003	938	9	4	3,25	282	9,50
2004	1 043	9	5	4,25	238	10,50
2005	1 159	9	5	4,25	263	11,50
2006	1 287	10	5	4,25	290	12,75
2007	1 430	11	6	5,25	259	14,25
2008	1 589	12	7	5,75	262	16,00
2009	1 545 [2)]	14	9	6,75	229	15,50
2010	1 706	14	9	6,75	253	17,00
2011	1 893	14	8	7,00	270	19,00
2012	2 137	15	9	7,00	305	21,25
2013	2 406	15	9	7,00	344	24,00
2014	2 432	13	8	6,50	374	24,25
2015	2 466	13	8	6,75	365	24,66

1) Chiffres estimés par EIS (Esofac International Services SA) sur la base qu'un vérificateur peut être en charge de 100 dossiers d'entreprise pour la vérification de la conformité juridique et actuarielle des régimes complémentaires de pension.
2) A partir de 2009, le nombre renseigné comprend uniquement les entreprises avec un ou plusieurs régimes complémentaires de pension actifs.

Actuellement, la charge de travail d'un vérificateur est donc 3,65 fois plus élevée que celle estimée en 1998 par EIS (Esofac International Services SA) lors de la création du service. L'étude du consultant EIS prévit un vérificateur pour 100 entreprises.

A noter qu'un certain nombre de travaux réguliers comme la vérification actuarielle quinquennale des régimes n'est actuellement pas réalisé, faute de moyens et faute de la transmission de données de la part des gestionnaires des régimes.

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, dénommé PenCom, pour la gestion des régimes complémentaires de pension et le contrôle de leur financement.

Après un démarrage plutôt poussif, dû principalement au retard pris par les gestionnaires de RCP dans la mise au point de leurs propres systèmes informatiques en vue de la communication des données demandées dans le format requis, les transmissions de données ont progressé depuis 2013, si bien qu'en début 2016, la base de données PenCom recense quelques 700 000 DAP (données annuelles par affilié et par plan) et 9 000 DER (données annuelles par entreprise et par régime), réparties sur les exercices 2011 à 2015. Sur la base des données communiquées pour environ les trois quarts des entreprises disposant d'un RCP actif en 2013, l'IGSS peut estimer le nombre de salariés affiliés à un RCP à environ 70 000 personnes et le montant global des dépenses annuelles relatives aux RCP à environ 250 millions d'euros. D'après ces estimations, le montant total des réserves détenues par les RCP s'élèverait à 1,4 milliards d'euros.

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

Conformément au programme gouvernemental de 2013, la législation sur les régimes complémentaires de pension sera revue sans que les principes fondamentaux, à savoir le caractère volontaire du régime et les garanties des droits des affiliés et des bénéficiaires, ne soient toutefois remis en cause.

Outre la révision des dispositions actuelles pour lesquelles l'expérience de plus de 15 années d'application a fait ressortir un besoin de clarification ou de modification, la réforme de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension prévoit l'extension du champ d'application des régimes complémentaires de pension aux travailleurs non-salariés, la mise en place des régimes à cotisations personnelles pour toute la population active et la transposition de la directive 2014/50/UE du 16 avril 2014 relative aux prescriptions minimales visant à accroître la mobilité des travailleurs entre les Etats membres en améliorant l'acquisition et la préservation des droits à pension complémentaire.

Les travaux de préparation pour cette révision sont en cours et le dépôt de l'avant-projet de loi relatif à cette modification est prévu pour le printemps 2016.

LES JURIDICTIONS DE LA SECURITE 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 de la sécurité sociale 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 de la sécurité sociale. 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 de la sécurité sociale, sont à charge de l'Etat.

LES ACTIVITÉS DES JURIDICTIONS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

En ce qui concerne le Conseil arbitral de la sécurité sociale, 2.237 jugements ont été prononcés. Ce nombre entraîne un total d'affaires évacuées de 1.454 unités. Le nombre des audiences, avec 776 séances tenues en 2015, a légèrement augmenté par rapport à 2014 (747). En 2015, 572 affaires ont nécessité une expertise médicale et 254 ont impliqué un avis médical des médecins-conseil du Conseil arbitral. Il s'agit d'une augmentation nette par rapport à 2014 (163) due au fait que depuis 2015, le service médical tourne à plein régime grâce au recrutement d'un médecin-conseil supplémentaire en octobre 2014. Le service compte actuellement 3 médecins-conseil.

Des 1.411 décisions qui ont donné lieu à un jugement définitif, 27% (381) ont dit les recours fondés et 73% (1.030) les ont rejetés ou déclaré irrecevables.

Si l'on sait qu'en 2015, 295 appels ont été relevés devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale, on peut dire que le rapport jugements/appels est excellent (seulement un cinquième des affaires jugées en 1ère instance passent à la 2e instance). Il s'y ajoute qu'en principe près de 75% des jugements dont appel sont confirmés par le Conseil supérieur.

Si l'on compare le nombre des recours introduits auprès du Conseil arbitral de la sécurité sociale en 2015 (1.885 recours) à celui de 2014 (1.816 recours), on constate une légère hausse de ce nombre, de sorte qu'il n'a pas été possible de réduire en 2015 le solde des affaires qui n'ont pas pu être évacuées au cours des années passées.

Comme il a été relevé ci-avant, le Conseil supérieur de la sécurité sociale s'est vu soumettre 295 appels. Le Conseil supérieur est uniquement saisi des jugements définitifs et non des décisions avant dire droit ayant ordonné une expertise ou quelque autre mesure d'instruction.

241 arrêts, y non compris les ordonnances présidentielles, ont été rendus.

Le nombre des dossiers en suspens au 31 décembre 2015 est de 343 unités.

Nombre de recours introduits devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale par branche

Branches	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Assurance accident	415	439	586	577	476	477	496	492	535	544	590	693	599
Assurance pension	535	555	364	388	331	352	310	335	347	321	364	271	305
Assurance maladie	248	242	259	323	344	326	313	414	299	169	155	231	287
Assurance dépendance	22	5	15	36	39	21	7	14	14	11	12	17	25
Prestations du Fonds National de la Solidarité	68	86	106	103	117	109	101	122	114	153	203	189	147
Autres prestations													
(dont chômage)	217	191	248	240	289	280	231	234	268	475	402	409	514
Affiliation et Cotisations	15	78	25	69	15	2	5	9	40	9	5	6	8
TOTAL	**1 520**	**1 596**	**1 603**	**1 736**	**1 611**	**1 567**	**1 463**	**1 620**	**1 617**	**1 682**	**1 731**	**1 816**	**1 885**

Tableau comparatif ayant trait au nombre des audiences et des recours introduits auprès du Conseil arbitral de la sécurité sociale

Année	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Audiences	710	765	741	851	768	767	617	715	718	983	810	747	776
Affaires fixées	2 181	2 541	2 822	2 871	3 095	2 743	2 565	2 925	2 941	2 970	2979	3117	3 431
Jugements prononcés (évacués)	967	1 187	1 172	1 238	1 356	1 127	934	1 156	1 213	1 094	1237	1229	1 411
Expertises/avis des médecins-conseil	322	417	435	344	496	617	475	556	671	695	770	635	826
Désistements	167	146	194	207	205	186	163	29	38	42	34	13	43
Affaires évacuées	1 134	1 333	1 366	1 445	1 561	1 313	1 097	1 185	1 251	1 136	1261	1242	1 454
Recours introduits	1 520	1 596	1 603	1 736	1 611	1 567	1 464	1 620	1 617	1 682	1731	1816	1 885
Recours déclarés fondés	344	400	330	515	551	489	397	455	501	419	484	430	381
Recours déclarés non fondés	543	714	708	629	642	520	457	609	644	611	694	697	917
Recours déclarés irrecevables/annulation	80	73	74	94	163	118	80	92	68	64	59	102	113
Appels du Conseil supérieur											254	229	295

Conseil supérieur de la sécurité sociale - Evolution du nombre des appels déposés et des arrêts rendus

Années	Appels déposés	Arrêts rendus
2002	192	173
2003	207	223
2004	221	210
2005	230	226
2006	194	234
2007	226	232
2008	217	212
2009	188	172
2010	175	223
2011	161	217
2012	204	182
2013	251	204
2014	229	223
2015	295	241

CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

En 2015 le cadre du personnel du Contrôle médical de la sécurité social comprenait en dehors du médecin-directeur et du médecin-directeur adjoint:

- 25 médecins à temps plein, dont un médecin détaché à la Cellule d'expertise médicale
- 1 pharmacien à temps plein
- 1 pharmacien à mi-temps
- 1 psychologue à temps plein
- 11 postes administratifs à temps plein et
- 2 postes administratifs à mi-temps

Outre la direction et le service " RH, budget et coordination " y rattaché, la structure organisationnelle de l'administration comprend les départements " Assurance accident ", " Assurance pension ", " Prestations en espèces et maladies professionnelles " et " Prestations en nature ". Ces quatre départements sont assistés dans l'exécution de leurs missions par le service " Expertises ", le service psychologique et le service administratif.

Les médecins de l'administration sont en règle générale affectés à plusieurs postes rattachés à des départements, respectivement services différents.

1. DÉPARTEMENT " ASSURANCE ACCIDENT "

Les missions de ce département couvrent :

- la constatation du préjudice physiologique et d'agrément et, le cas échéant, la fixation de son taux définitif,
- les avis et examens médicaux en vue de la détermination des douleurs physiques endurées et du préjudice esthétique et
- les avis et examens médicaux en relation avec la perte de salaire.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
premiers examens et réexamens	2 014	2 137	2 015	2 031	2 097	2 057	2 839	2 197

Ce département traite en outre les demandes introduites auprès de la Caisse nationale des prestations familiales en vue de l'attribution de l'allocation familiale spéciale supplémentaire pour enfants handicapés. En 2015, l'administration a ainsi examiné 676 dossiers.

2. DÉPARTEMENT " ASSURANCE PENSION "

2.1. Pensions d'invalidité

Les médecins 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.

				Avis rendus après premier examen		
	premiers examens	réexamens	total	invalidité permanente	incapacité de travail	pas d'invalidité
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
2010	3 083	1 292	4 375	1 526	574	983
2011	2 825	1 248	4 073	1 235	760	830
2012	3 077	1 287	4 364	1 528	680	869
2013	3 091	1 162	4 253	1 453	597	1 041
2014	3 708	1 096	4 804	1 833	749	1 126
2015	3 756	1 247	5 003	1 956	638	1 162

2.2. Assurance pension facultative

Dans le cadre des demandes d'assurance pension facultative, 151 dossiers ont été transmis pour avis à l'administration.

2.3. Statut de salarié handicapé

Un médecin de l'administration siège en tant que membre au sein de la commission des salariés handicapés instituée auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi.

3. DÉPARTEMENT " PRESTATIONS EN ESPÈCES ET MALADIES PROFESSIONNELLES "

3.1. Prestations en espèces

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

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Assurés convoqués	15 992	14 866	11 593	15 543	16 374	19 804
Assurés convoqués et examinés par le CMSS *)				13 110	13 796	16 466
Assurés déclarés aptes	1 838	374	148	2 000	1 791	2 209
Saisines de la Commission mixte	1 278	1 572	2 229	1 723	965	1 097
Rapports R4 envoyés aux assurés **)	23 735	21 430	26 088	26 669	27 244	6 677
Rapports R4 retournés et traités par le CMSS **)	20 909	20 197	22 786	23 529	23 814	n.d.
Nombre total d'avis émis par le CMSS ***)	38 408	36 829	33 916	40 842	42 361	31 720

*) Nombre de convocations diminué du nombre de non-présentations (p. ex. en cas d'une reprise de travail).
**) A partir du 26.03.2015, l'envoi automatique du formulaire R4 a été aboli.
***) Avis sur R4, avis sur dossier et avis après examen médical de l'assuré.

La réduction considérable du nombre total d'avis émis par les médecins s'explique par l'abolition de l'envoi automatique du formulaire R4. En contrepartie, le nombre d'assurés convoqués et examinés a pu être augmenté, rendant les contrôles ainsi effectués beaucoup plus efficaces.

3.2. Maladies professionnelles

Au cours de l'année 2015, l'administration a traité 135 dossiers se rapportant à des maladies professionnelles.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
examens pour maladie professionnelle	90	78	104	139	130	168	188	135

3.3. Revenu minimum garanti

Sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les bénéficiaires du revenu minimum garanti peuvent être dispensés de la participation à une ou plusieurs activités d'insertion professionnelle. Les dossiers afférents sont traités pour le compte du Service national d'action social.

3.4. Ouvriers de l'Etat

Depuis 1994, le contrat collectif des ouvriers de l'Etat prévoit que les arrêts de travail répétés, prolongés ou delà de la 26e semaine peuvent faire l'objet d'examen-médical de contrôle à réaliser par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

3.5. Indemnité de chômage

Dans ses relations avec l'Agence pour le développement de l'emploi, l'administration procède à l'examen

- des 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
- des personnes qui refusent les propositions de placement pour raison de santé
- des personnes se trouvant en période de chômage et présentant une incapacité de travail intercurrente pour cause de maladie.

3.6. Congé pour raisons familiales

Chaque parent a droit à 2 jours de congé pour raisons familiales par an et par enfant âgé de moins de 15 ans. La durée de ce congé put toutefois être prolongée en cas de maladie grave et ce sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.

4. Département " Prestations en nature "

4.1. Assurance maladie

4.1.1. Soins médicaux

Les prestations suivantes sont soumises pour autorisation au Contrôle médical de la sécurité sociale:

- 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 caisses de maladie ont en outre consulté les médecins 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.

4.1.2. Frais pharmaceutiques

Les pharmaciens-inspecteurs assument les fonctions suivantes:

- Elaboration des avis relatifs à l'inscription de médicaments à la liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance-maladie, en application de l'article 22 du Code de la sécurité sociale. Après approbation par le médecin-directeur, les conclusions de ces évaluations pharmaco-économiques sont transmises au président de la Caisse nationale de santé. En 2015, le Contrôle médical de la sécurité sociale a été appelé à rendre un avis sur l'inscription de 95 médicaments.

  De plus, l'administration a fourni 11 avis concernant une désinscription d'un médicament figurant sur la liste positive et 4 avis proposant des modifications statutaires en relation avec la prise en charge de produits pharmaceutiques.
- Traitement des demandes pour les fournitures pharmaceutiques (médicaments, dispositifs médicaux inscrits au fichier B1, produits d'alimentation médicale inscrits au fichier B5) dont la prise en charge est soumise à un accord préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale (APCM).
- Il s'agit notamment des médicaments figurant sur la liste positive et dont la prise en charge est soumise d'office à un APCM ainsi que des médicaments non enregistrés au Luxembourg.
- Les demandes sont avisées par les pharmaciens-inspecteurs et si nécessaire, transmises aux médecins pour avis et/ou décision.

Nombre de dossiers ainsi traités en 2015 :

Type de fourniture	Nombre
Médicament	16 036
Dispositif médical (fichier B1)	1 319
Produit d'alimentation médicale	627
Total	**17 982**

- assistance aux médecins dans l'analyse des profils de consommation médicamenteuse des assurés notamment en cas de suspicion d'abus
- participation à la réunion mensuelle de la commission de contrôle du fichier informatique des fournitures pharmaceutiques utilisé par les pharmacies ouvertes au public (CEFIP).
- fourniture de renseignements aux pharmaciens, assurés et médecins concernant les modalités de prise en charge des fournitures pharmaceutiques
- assistance aux caisses de maladie en cas de problèmes de tarification des prescriptions de produits pharmaceutiques.

En dehors du cadre de la sécurité sociale, les pharmaciens-inspecteurs de l'administration participent à la Commission d'experts chargée de donner son avis sur l'autorisation de mise sur le marché des médicaments (sous la tutelle du Ministère de la Santé). De plus, un pharmacien-inspecteur est actuellement membre effectif du Conseil scientifique du domaine de la santé.

4.1.3. Transferts à l'étranger

Toutes les demandes de transferts à l'étranger sont traitées au niveau de la Caisse nationale de santé qui les transmet au Contrôle médical pour avis. Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 1er juillet 2014 portant transposition de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, l'implication de l'administration quant aux dites demandes a sensiblement augmenté.

A partir du 30 mars 2015, et jusqu'au 31 décembre 2015, l'administration a été saisie de 10 565 demandes de transferts à l'étranger.

4.1.4. Cures de convalescence et cures thermales

Les cures de convalescence à Colpach sont à charge de l'assurance maladie après avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale. De même, et jusqu'au 31 décembre 2015, la prise en charge des cures thermales à Mondorf-les-Bains nécessitaient l'avis favorable de l'administration.

4.1.5. Prestations des autres professions de santé

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

4.1.6. Prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses

Toutes les prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses sont soumises à un accord préalable du Contrôle médical. Les demandes afférentes, soit plus de 1.600 dossiers par mois, sont traitées par un médecin de l'administration, assisté en cas de besoin par un expert externe.

4.1.7. 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.

4.1.8. 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 sont soumis pour avis au Contrôle médical.

4.1.9. Chirurgie plastique

La prise en charge des interventions de chirurgie plastique est soumise à un accord préalable du Contrôle médical. Depuis des années, le nombre de dossiers ainsi traités n'a cessé d'augmenter.

4.2. Soins médico-dentaires

Un médecin spécialiste en médecine dentaire est chargé des contrôles prévus dans le cadre de la prise en charge des prothèses dentaires et des traitements orthodontiques. Les avis afférents se font tant sur dossier qu'après examen clinique des assurés concernés.

4.3. Cartes d'invalidité

Après avoir été saisi par le Ministère de l'Intérieur d'une demande en obtention d'une carte d'invalidité, l'administration 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 2015, 2 431 dossiers ont ainsi été traités.

	demandes transmises	certificats non retournés		décisions prises	refus	A	B	C	n. d. *)
2008	2 055	276	13.43%	1 779	2.30%	82.29%	7.14%	3.04%	5.23%
2009	3 134	559	17.84%	2 575	2.56%	60.62%	23.03%	7.65%	6.14%
2010	3 464	454	13.11%	3 010	0.17%	44.39%	44.58%	10.86%	
2011	3 173	434	13.68%	2 739	0.04%	41.66%	47.43%	10.59%	0.29%
2012	3 806	545	14.32%	3 261	4.85%	42.23%	45.94%	6.32%	0.67%
2013	4 288	578	13.48%	3 710	7.15%	39.22%	48.01%	5.62%	
2014	4 543	390	8.58%	3 928	9.50%	36.63%	51.17%	2.70%	
2015	2 431	321	13.20%	2 031	4.11%	27.64%	47.35%	4.44%	

*) information non disponible: décision prise par le médecin, mais non enregistrée dans la banque de donnée

L'augmentation fulgurante et constante du nombre de demandes entre 2009 et 2014 s'explique par l'introduction du service " Novabus ", accessible aux détenteurs d'une carte d'invalidité. A partir de janvier 2011, ce service a été limité aux seuls détenteurs d'une carte de type B ou C. La croissance du taux de refus entre 2012 et 2014 est due au nombre croissant de demandes en obtention d'une carte B ou C, provenant de la part de personnes bénéficiant d'une carte A et désirant profiter du service " Novabus ", sans pour autant remplir les conditions afférentes.

Avec l'introduction au 1er mars 2015 du service " Adapto " la situation s'est de nouveau normalisée.

Toutefois, et dans un souci de limiter le champ d'intervention de l'administration aux seules prestations de sécurité sociale, les examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité ne devraient plus figurer parmi les missions du Contrôle médical de la sécurité sociale.

En effet, la charge de travail se rapportant au traitement des demandes transmises annuellement à l'administration n'est guère en relation avec le résultat escompté. Il en est de même en ce qui concerne les frais ainsi générés (frais de personnel tant médical qu'administratif, d'affranchissement ou encore d'impression).

5. SERVICE " EXPERTISES "

Tous les médecins de l'administration sont affectés au service " Expertises " à raison d'une ou de plusieurs plages d'une demi-journée hebdomadaires en vue de la réalisation d'expertises médicales sur demande soit d'une institution de sécurité sociale, soit d'un autre médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire lorsque le dossier l'exige.

En 2015, les spécialités représentées au sein de l'administration étaient les suivantes : Anesthésie/Réanimation, Cardiologie, Chirurgie générale/Traumatologie, Médecine dentaire, Médecine du travail, Médecine générale, Médecine interne/Néphrologie, Neurologie, Orthopédie/Traumatologie et Urologie.

6. SERVICE PSYCHOLOGIQUE

Depuis le 1er novembre 2015, l'administration dispose d'un psychologue chargé de la mise en place d'un service psychologique. Les missions de ce nouveau service qui sera par ailleurs renforcé en 2016 par le recrutement de 2 psychologues supplémentaires, se résument comme suit :

- évaluation des assurés présentant des troubles psychiques,
- entretiens psychothérapeutiques,
- élaboration et réalisation de méthodes d'interventions auprès des assurés.

7. SERVICE ADMINISTRATIF

Ce service regroupe le personnel administratif chargé entre autres

- de la gestion administrative,
- du secrétariat médical,
- de la gestion électronique des documents et
- du guichet du Contrôle médical de la sécurité sociale.

8. AUTRES ACTIVITÉS DE L'ADMINISTRATION

En 2015, la direction a participé activement à la rédaction de nombreux textes visant une modification des statuts de la Caisse nationale de santé. Le médecin-directeur exerce par ailleurs une fonction d'expert auprès du comité-directeur et assiste aux réunions dudit comité avec voix consultative.

Dans le cadre de la lutte " abus et fraude ", l'administration a assisté activement la Caisse nationale de santé en fournissant une analyse médicale détaillée de l'activité des prestataires de soins visés. Il est à noter que l'envergure de cette assistance se développe parallèlement au nombre d'affaires poursuivies par la Caisse nationale de santé.

Chaque fois qu'une opposition est introduite contre une décision de la Caisse nationale de santé et que ladite décision s'appuie sur un avis du Contrôle médical, le médecin en charge du dossier fournit une prise de position médicale détaillée.

Plusieurs réunions de coordination ont eu lieu avec les médecins de différents services de santé au travail.

Finalement, l'administration a participé aux travaux de diverses commissions :

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 dommages de guerre

La présidence de la Commission médicale des dommages de guerre est assurée par un médecin.

Commission médicale de l'Agence pour le développement de l'emploi

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 professionnelle, des mesures d'initiation ou des stages d'adaptation ou de réadaptation au travail.

Sous-commission des pensions CNAP

Conseil supérieur de la santé et de la sécurité au travail

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

Commission supérieure des maladies professionnelles

Commission de nomenclature

Au sein de la commission de nomenclature, trois médecins, dont le médecin-directeur et le médecin-directeur adjoint, siègent en tant que membres effectifs et suppléants représentant les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé. La présidence de la commission est assurée par le médecin-directeur du Contrôle médical, remplacé en cas d'absence par le médecin-directeur adjoint.

Commission permanente pour le secteur hospitalier

Plateforme nationale cancer et groupes de travail afférents

ANNEXE

Données statistiques CMSS - 2015

Contrôle médical de la sécurité sociale

Assurance pension

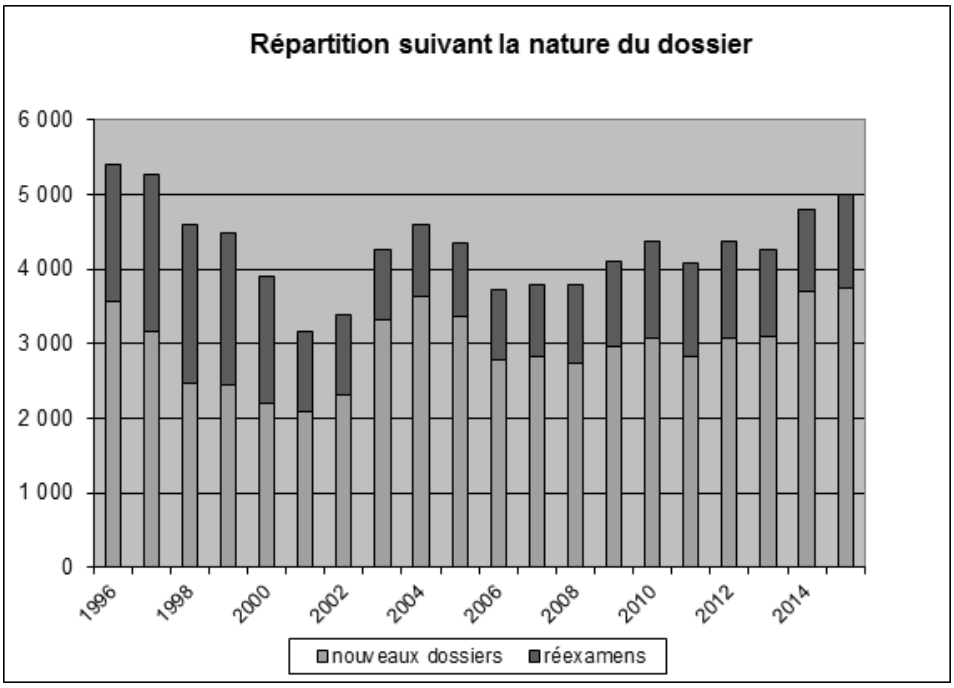
Exercice 2015

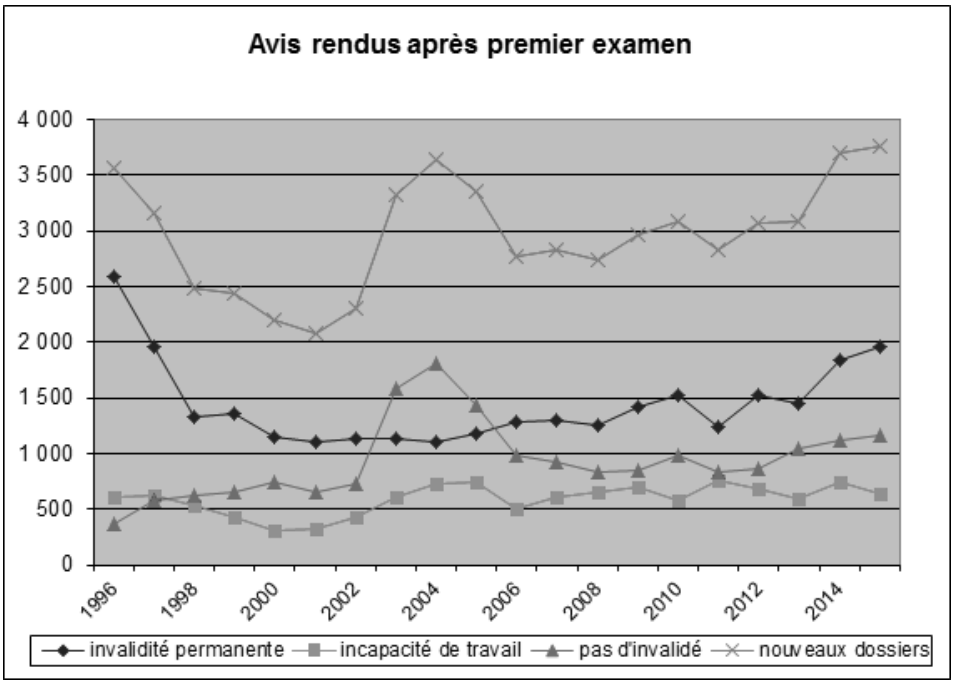
	Femmes				Hommes				
Tranches d'âge :	**Invalidité permanente**	**Incapacité de travail**	**pas invalide**	**total**	**Invalidité permanente**	**Incapacité de travail**	**pas invalide**	**total**	**totaux:**
1950 - 1954	114	2	16	132	193	6	40	239	371
1955 - 1959	320	14	107	441	494	34	127	655	1 096
1960 - 1964	174	66	135	375	343	96	173	612	987
1965 - 1969	77	77	120	274	115	79	138	332	606
1970 - 1974	38	60	76	174	30	63	74	167	341
1975 - 1979	13	35	36	84	20	40	47	107	191
1980 - 1984	3	22	15	40	8	18	36	62	102
1985 - 1989	3	8	4	15	4	12	13	29	44
1990 - 1994	3	1	1	5	4	5	4	13	18
Totaux :	**745**	**285**	**510**	**1 540**	**1 211**	**353**	**652**	**2 216**	**3 756**

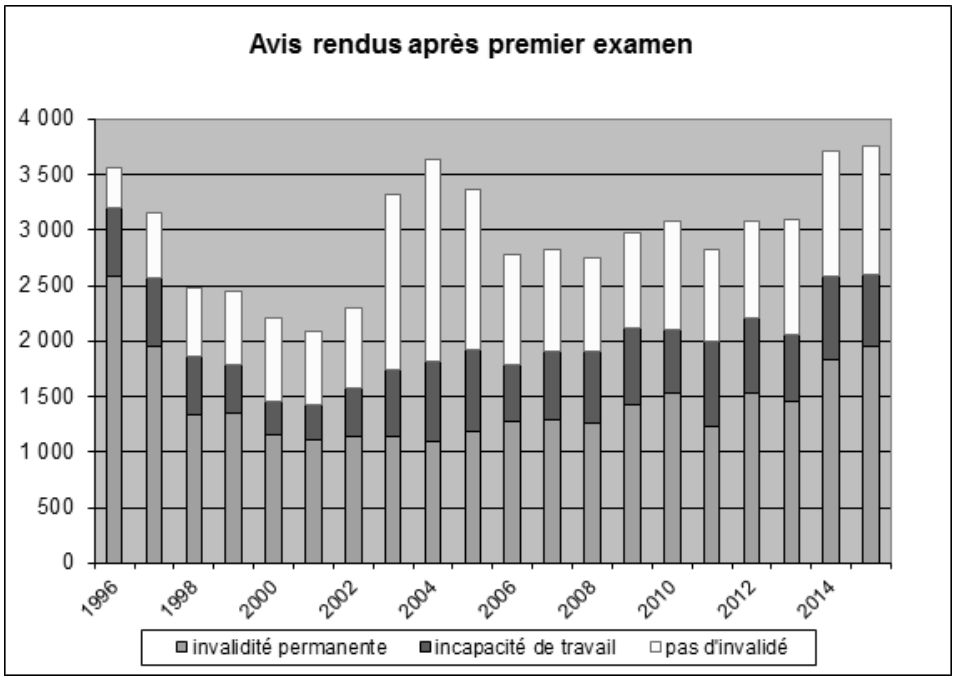
Examens et réexamens	3 240			
Dossiers traités sur le vu des pièces	1 763			
Total des cas traités:	**5 003**	dont	3 756	cas nouveaux
			1 247	réexamens

Evolution 1996 - 2015

							Avis rendus après premier examen		
année	**nouveaux dossiers**	**réexamens**	**total**	**invalidité permanente**	**incapacité de travail**	**pas d'invalidité**	**invalidité permanente**	**incapacité de travail**	**pas d'invalidité**
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%
2010	3 083	1 292	4 375	1 526	574	983	49,50%	18,62%	31,88%
2011	2 825	1 248	4 073	1 235	760	830	43,72%	26,90%	29,38%
2012	3 077	1 287	4 364	1 528	680	869	49,66%	22,10%	28,24%
2013	3 091	1 162	4 253	1 453	597	1 041	47,01%	19,31%	33,68%
2014	3 708	1 096	4 804	1 833	749	1 126	49,43%	20,20%	30,37%
2015	3 756	1 247	5 003	1 956	638	1 162	52,08%	16,99%	30,94%


Répartition suivant la nature du dossier
6 000
5 000
4 000
3 000
2 000
1 000
0
1996
1998
2000
2002
2004
2006
2008
2010
2012
2014
nouveaux dossiers
réexamens


Avis rendus après premier examen
4 000
3 500
3 000
2 500
2 000
1 500
1 000
500
0
1996
1998
2000
2002
2004
2006
2008
2010
2012
2014
invalidité permanente
incapacité de travail
pas d'invalidé
nouveaux dossiers



Cartes d'invalidité

Exercice 2015

Dossiers transmis au CMSS :	2 431			
Dossiers traités :	2 031	dont	2 030	sur base d'un certificat médical et
			1	après convocation de l'intéressé.
Dossiers sans suite :	321			
(expiration du délai de 40 jours)				
Dossiers en suspens :	79			

Cartes d'invalidité attribuées en 2015

Carte A	672	(dont 147 avec carte de priorité)
Carte B	1 151	
Carte C	108	(dont 95 avec carte de priorité)
Refus	100	
	2 031	

Tranches	Carte A	Carte B	Carte C	Refus	Total	%	Carte de priorité
1910 - 1914	0	1	0	0	1	0.0%	0
1920 - 1924	1	19	1	0	21	1.0%	0
1925 - 1929	5	91	8	2	106	5.2%	10
1930 - 1934	22	167	14	7	210	10.3%	22
1935 - 1939	35	175	6	2	218	10.7%	18
1940 - 1944	51	131	5	8	195	9.6%	27
1945 - 1949	89	77	1	11	178	8.8%	20
1950 - 1954	83	92	6	11	192	9.5%	20
1955 - 1959	127	118	8	28	281	13.8%	32
1960 - 1964	91	111	4	11	217	10.7%	20
1965 - 1969	68	60	5	12	145	7.1%	14
1970 - 1974	33	35	2	5	75	3.7%	5
1975 - 1979	18	26	2	1	47	2.3%	3
1980 - 1984	14	12	1	0	27	1.3%	5
1985 - 1989	19	7	1	0	27	1.3%	3
1990 - 1994	9	13	7	1	30	1.5%	6
1995 - 1999	6	9	6	0	21	1.0%	6
2000 - 2004	0	5	18	0	23	1.1%	17
2005 - 2009	1	0	7	1	9	0.4%	8
2010 - 2014	0	2	6	0	8	0.4%	6
	672	**1 151**	**108**	**100**	**2 031**	**100.0%**	**242**

LA CELLULE D'EXPERTISE MEDICALE (CEM)

Par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé, il a été créé une Cellule d'expertise médicale (CEM), rattachée administrativement à l'Inspection générale de la sécurité sociale et composée de façon pluridisciplinaire par des agents détachés par le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Direction de la santé ou affectés par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Missions et composition de l'équipe

Ses missions sont précisées dans l'article 65bis (1) du Code de la sécurité sociale. Elles recouvrent trois thématiques principales :

- le soutien technique et scientifique pour le développement des nomenclatures des actes et services des prestataires de soins de santé,
- l'évaluation scientifique des technologies de la santé dont les dispositifs médicaux et des résultats attendus des interventions en santé,
- la collaboration à l'élaboration et à l'établissement de bonnes pratiques médicales basées sur les connaissances médicales actuelles comme outils pour le médecin.

De plus, la CEM est en charge de secrétariats et de missions d'appui technique.

L'équipe pluridisciplinaire, comprenant 6 collaborateurs, a été renforcée en 2015 par un second médecin de santé publique et une secrétaire. L'équipe est composée comme suit : 2 docteurs en médecine spécialistes en santé publique et médecine sociale, 1 chargé d'étude docteur en promotion et prévention en santé, 2 rédacteurs et 1 secrétaire.

A noter qu'un collaborateur, économiste de la santé, a été détaché auprès de la Commission européenne.

Travaux réalisés en 2015

- Saisines pour la création, la modification ou la suppression d'actes et services de santé dans les nomenclatures

Ce domaine est actuellement le domaine de travail prioritaire pour la CEM afin de permettre la mise à jour des nomenclatures utilisées par les professionnels de santé. En 2015, la CEM a répondu à 11 saisines de la Commission de nomenclature. Les avis rendus portaient sur les sujets suivants :

Pour la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par la sécurité sociale :

- adaptation de la nomenclature pour les actes de gériatrie
- révision de la partie de la nomenclature relative à la médecine physique et de réadaptation
- demande d'introduction d'actes médicaux en lien avec la prise en charge de la douleur
- introduction d'actes relatifs à la médecine génétique
- introduction d'actes d'arthroscopie
- modification et création d'actes de pédiatrie hospitalière
- modification des actes en lien avec le dispositif médecin référent (actes MR01, MR02, décision sur la fin de période de validation pour les actes E8 à E13, E18 et E19)
- demande de maintien de l'acte E60
- suppression de l'acte E1 " examen médical avant mariage avec établissement d'un certificat ".

Pour la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique :

- 3 saisines ont été introduites concernant des modifications (suppressions, ajouts et modifications d'actes) et une révision complète de tous les chapitres de la nomenclature. Les trois saisines ont été regroupées par la CEM, l'objectif visé étant similaire. L'analyse réalisée sur base des propositions des demandeurs a donné lieu à la rédaction par la CEM d'une note d'orientation méthodologique adressée à Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale. Etant donné la complexité méthodologique et la nécessité d'un cadrage juridique du projet, le Ministre a souhaité la mise en place d'un comité de pilotage et d'un groupe de travail associant les prestataires de service, la CNS et la CEM pour permettre l'avancement du projet de révision de cette nomenclature.

Pour d'autres nomenclatures :

- nomenclature des orthopédistes cordonniers bandagistes et des cordonniers réparateurs: demande de transfert d'actes entre les chapitres de la nomenclature.

Pour rappel, les avis rédigés par la CEM en réponse aux saisines ne sont pas publiés. Ils peuvent être adressés sur demande et après avis des instances de tutelle.

- Evaluation des technologies de santé

Dans le cadre du réseau EUnetHTA (EUropean network for Health Technology Assessment): la CEM a poursuivi les travaux menés dans le cadre du groupe de travail (GT) portant sur la production de rapports d'HTA en partenariat avec plusieurs agences du réseau. L'objectif de ce GT est de tester les méthodologies facilitant les travaux impliquant plusieurs agences. La CEM a participé comme investigateur du domaine " Health Problem and Current Use of the Technology " et comme réviseur du domaine économique pour une évaluation portant sur les services de télésurveillance à domicile pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique. Ce document sera disponible prochainement sur le site du réseau (https://eunethta.fedimbo.belgium.be/).

Concernant la participation de la CEM au futur " Joint Action 3 " financé par la Commission Européenne et après discussion avec sa hiérarchie, il a été retenu que les ressources actuellement présentes et les priorités nationales ne permettaient pas à la CEM de s'engager comme " associated partner " pour la période de 2015-2018.

Dans le cadre du groupe HTA Network de la Commission européenne : la CEM a participé aux trois réunions organisées à Bruxelles les 23 mars et 12 juin et à Paris le 29 octobre 2015. Ces réunions ont permis de faire avancer la proposition de contenu pour la mise en place du " Joint Action 3 " de l'EUnetHTA.

Dans le cadre des réseaux internationaux: la CEM était présente du 15 au 17 juin 2015 au congrès annuel HTAi (Health Technology Assessment International) qui s'est déroulé à Oslo et dont la thématique était: "Global Efforts in Knowledge Transfer: HTA to Health Policy and Practice". Elle était aussi présente à l'assemblée du réseau INAHTA (International Network of Agencies for Health Technology Assessment). Elle participe aux webinaires portant sur des points méthodologiques ou des best-practices proposés par ce réseau à ses membres.

- Promotion des bonnes pratiques médicales - Conseil scientifique du domaine de la santé (CS)

La CEM assure le secrétariat du Conseil scientifique du domaine de la santé (CS). Cet appui est non seulement administratif mais aussi logistique et technique que ce soit pour les 8 membres nommés au CS ou pour les différents groupes de travail.

Le CS a sollicité la CEM afin de bénéficier d'un soutien méthodologique et d'expertise régulière, ce type de collaboration étant prévu par le Code de la Sécurité sociale dans l'article 65bis (2) alinéa 3. Un collaborateur de la CEM partage aussi son expertise avec les autres membres du CS et des groupes de travail.

En 2015, le CS s'est réuni 4 fois en réunion plénière. Comme prévu par la loi, une entrevue avec les Ministres de la Santé et de la Sécurité sociale a eu lieu en juillet. Huit groupes de travail se sont réunis régulièrement. Deux nouveaux groupes de travail ont été créés. Le premier, le GT " Info patients " a eu la mission d'élaborer une recommandation concernant les modalités de la délivrance des informations au patient par son médecin, dans le cadre de l'article 8 de la loi du 24 juillet 2014 dite loi sur les droits et obligations du patient. C'est la première fois que le CS a invité un représentant des patients à faire partie de l'un de ses groupes de travail. Sur demande de Madame la Ministre de la Santé, un deuxième groupe de travail dédié à la prise en charge du diabète s'est également constitué. Il travaille étroitement avec la Société Luxembourgeoise de Diabétologie (SLD). Quatre recommandations ont été publiées au cours de l'année. Ces publications ainsi que le rapport d'activité sont accessibles sur le site internet du CS (www.conseil-scientifique.lu).

Dans le cadre du réseau G-I-N (Guidelines international network) dont elle est membre, la CEM a participé à deux études concernant les méthodologies à suivre pour la mise à jour de guidelines. Deux collaborateurs de la CEM ont participé au congrès annuel qui s'est tenu du 7 au 10 octobre 2015 à Amsterdam.

- Expertise en santé publique et analyse des données de santé

Les collaborateurs de la CEM participent actuellement aux groupes et projets suivants :

- mise en place d'une documentation hospitalière en partenariat avec la direction de la santé, la CNS et le CMSS. La CEM est membre de la Commission consultative de la documentation hospitalière ;
- groupe de travail pour la mise en place d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans le cadre du Plan cancer ;
- commission de suivi de l'implantation du système médecin référent ;
- groupe de travail pour la réforme de la nomenclature des laboratoires biologiques ;

- GT national visant à mettre en place des recommandations de prescriptions en imagerie médicale suite aux recommandations du Conseil scientifique : participation au Comité de pilotage ;
- membre suppléant pour le Ministère de la Sécurité sociale dans le groupe de travail interministériel portant sur les questions relatives à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre ;
- aide méthodologique à la construction d'indicateurs en santé pour des projets internationaux (OCDE, EuroStat).

- Les activités de recherche

La CEM a accueilli un stagiaire en Master " Health Policy, Innovation and Management " de l'Université de Maastricht d'avril à juillet 2015. Le travail de recherche a porté sur les possibilités d'adaptation aux besoins du Grand-Duché de Luxembourg des méthodologies de Health technology assessment (HTA) développées au niveau européen par EUnetHTA. Un article scientifique tiré de ce travail est en cours de rédaction.

- Médiation (domaine d'expertise rattachée à la direction de l'IGSS)

Un collaborateur de la CEM assure la mission de secrétaire du médiateur. Cette mission, définie par l'article 69 alinéa 4 du Code de la Sécurité sociale, n'est pas dans le périmètre de la CEM mais est rattachée à la direction de l'IGSS.

La médiation de 2015, dans le cadre de la négociation de la convention entre la CNS et l'AMMD, s'est soldée par un échec. Les parties n'ont entre autre pas pu trouver un accord sur le supplément de la première classe et les convenances personnelles. Le procès-verbal de non-conciliation du médiateur a été transmis à Monsieur le ministre de la Sécurité sociale en date du 15 janvier 2015.

Le collaborateur de la CEM en charge du secrétariat de la médiation pour la direction de l'IGSS a assuré le suivi de ce dossier et du dossier de la médiation CNS-AMMD 2013 dans lequel l'AMMD a fait un recours contre la sentence arbitrale du Conseil supérieur de la sécurité sociale.

En date du 23 novembre 2015, la CNS a informé le Directeur de l'IGSS que les négociations entre la CNS et le Centre de Convalescence de Colpach au sujet de l'adaptation tarifaire pour les cures de convalescence se sont soldées par un échec. De ce fait la CNS a demandé l'engagement de la procédure de médiation en vue de la nomination d'un médiateur. En date du 8 décembre 2015, un médiateur a été nommé. La médiation est en cours.

En date du 11 décembre 2015, la CNS a informé le Directeur de l'IGSS que les négociations entre la CNS et l'Entente des gestionnaires des structures complémentaires et extrahospitalières au sujet de l'adaptation des tarifs prévus dans la nomenclature des actes et services prestés dans le domaine de psychiatrie extrahospitalière se sont soldées par un échec. De ce fait la CNS a demandé l'engagement de la procédure de médiation en vue de la nomination d'un médiateur. En date du 3 février 2016, un médiateur a été nommé dans ce conflit. La médiation est en cours.

Congrès et journées scientifiques

La CEM était présente aux événements suivants :

Congrès ADELF-EMOIS, Nancy, France, les 26 et 27 mars 2015

Conférence annuelle HTAi " Global Efforts in Knowledge Transfer: HTA to Health Policy and Practice ", Oslo, Norvège, 15-17 juin 2015

Conférence annuelle INAHTA " The INAHTA Family: Building Trust & Strengthening Connections ", Oslo, Norvège, 15-18 juin 2015

High-level Conférence (dans le cadre de la présidence luxembourgeoise) " Making access to personalised medicine a reality for patients ", Luxembourg, le 08 juillet 2015

Conférence annuelle EHPS (European Health Psychology Society) " 29th Conference of the EHPS: Principles of Behaviour Change in Health and Illness ", Limassol, Cyprus, le 1-5 septembre 2015, Limassol, Cyprus, le 1-5 septembre 2015 (présentation orale " the increasing role of HTA in behavior change interventions : what have we learned ")

Congrès G-I-N : " Engaging all stakeholders. Guidelines from a societal perspective ", Amsterdam, Pays-Bas, 8-10 octobre 2015

Forum HAS " Health Technology Assessment sans frontière ", Paris, France, le 30 octobre 2015

Journée de la recherche médicale, Luxembourg le 28 octobre 2015

Conférence finale INTEGRATE-HTA : présentation et discussion sur les résultats du projet européen INTEGRATE-HTA financé par la Commission Européenne, Amsterdam, Pays-Bas, le 12-13 novembre 2015.

LA SECURITE SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL

Au cours de l'exercice 2015, 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 internationales d'autre part.

LES INSTRUMENTS MULTILATERAUX

1. UNION EUROPEENE

a) Coordination européenne des systèmes de sécurité sociale

i) Application du règlement (CE) 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale

Dans le contexte du paquet mobilité (Labour Mobility Package), une initiative de la Commission européenne qui vise à renforcer la mobilité des travailleurs et à lutter contre les abus par une meilleure coordination des systèmes de sécurité sociale, une révision de certaines dispositions des règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 est prévue, notamment en matière de prestations de chômage, prestations familiales, prestations spéciales en espèces à caractère non contributif et prestations de dépendance. La proposition de texte n'a cependant pas pu être présentée par la Commission européenne en 2015 comme annoncé dans son programme annuel. Aucun amendement législatif des règles de coordination n'est intervenu en 2015.

ii) Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale et autres sous-groupes

L'objectif prioritaire des travaux de la Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale (CA-CSSS) est la mise en œuvre des moyens nécessaires pour permettre une bonne application du règlement (CE) 883/2004 concernant la coordination des systèmes de sécurité sociale en Europe. Les représentants du Ministère de la Sécurité sociale ont assisté à toutes les réunions de la Commission administrative, de la Commission des comptes et de la Commission technique, ainsi que du comité consultatif qui réunit également les partenaires sociaux.

Au cours du deuxième semestre, les réunions ont eu lieu sous l'égide de la Présidence luxembourgeoise du Conseil de l'Union européenne. Ainsi le représentant du Luxembourg a présidé les réunions de la Commission administrative, des groupes de travail et des Forums de réflexion. Dans sa fonction de Président, il a participé activement à la préparation des réunions et au choix des sujets à l'ordre du jour des réunions, en dehors des affaires courantes et des questions abordées par la Commission européenne.

Le Forum de réflexion est un instrument destiné à faciliter les débats au sein de la Commission administrative et les résultats de la réflexion peuvent aboutir à des décisions, recommandations ou lignes directrices adoptées par la Commission administrative ou même à des propositions de modification des règlements préparées par la Commission européenne. La Commission administrative s'est réunie pour quatre Forums de réflexion, dont deux ont eu lieu sous la Présidence de la Lettonie. Celui du 10 mars 2015 concernait l'interaction de la directive relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres (2004/38/EC) et du règlement (CE) 883/2004, plus particulièrement en ce qui concerne les prestations en espèces à caractère non contributif. Le Forum du 23 juin 2015 a traité des prestations familiales et s'inscrivait dans le contexte du train de mesures sur la mobilité des travailleurs (Labour Mobility Package) annoncé dans le programme de travail 2015 de la Commission européenne. Le Forum a permis à la Commission d'évaluer les incidences que pourraient avoir les diverses options envisagées sur la réglementation relative aux prestations familiales.

Le Forum de réflexion organisé le 15 décembre 2015 sous présidence luxembourgeoise concernait également les prestations familiales et a servi à approfondir certaines questions pratiques d'une importance particulière au vu de la jurisprudence récente de la Cour de justice.

Le Forum sur la dimension internationale de la coordination de la sécurité sociale, organisé annuellement, a eu lieu le 8 octobre 2015, également sous présidence luxembourgeoise. Lors de cette réunion, les délégations ont échangé leurs expériences en matière de négociation de conventions bilatérales avec des pays tiers. En outre, elles ont abordé plusieurs sujets, tels que les obligations d'égalité de traitement dans les instruments de l'Union européenne pour les ressortissants de pays tiers, le contenu des dispositions de sécurité sociale dans les accords d'association, les liens entre le règlement de coordination de l'Union européenne et la convention multilatérale ibéro-américaine de sécurité sociale, l'agenda européen sur la migration ainsi que l'impact des changements climatiques sur la sécurité sociale (en collaboration avec l'AISS).

Quant aux projets à long terme, les travaux ont continué en vue de mettre en place le système d'échange électronique des données et documents entre les Etats membres (EESSI - Electronic Exchange of Social Security Information). Des représentants du Ministère de la Sécurité sociale ont activement participé aux groupes de travail mis en place et le représentant luxembourgeois à la commission technique a présidé les réunions de ce groupe en septembre et en décembre 2015. Un workshop organisé le 23 septembre a permis aux délégations de convenir d'un plan commun de mise en œuvre du système EESSI au niveau national.

La Commission administrative a adopté trois décisions, la première (no F2) vise à améliorer et accélérer l'échange d'informations entre institutions compétentes en matière de prestations familiales. La seconde décision (no H3) concerne l'application de procédures communes pour la conversion des monnaies dans les cas relevant des anciens règlements (CEE) 1408/71 et 574/72 et des règlements (CE) 883/2004 et 987/2009. Une troisième décision (no H2), concernant le mode de fonctionnement et la composition de la commission technique, a été adoptée sous présidence luxembourgeoise.

Un travail non négligeable a été investi dans le traitement de questionnaires élaborés par la Commission. Ainsi le Luxembourg a fourni des données sur la carte européenne d'assurance maladie, les documents portables S2 (traitements médicaux autorisés) et U2 (prestations de chômage), le remboursement des frais de soins de santé entre institutions, l'exportation de prestations familiales, la totalisation des périodes de travail pour l'octroi de prestations de chômage, le document portable A1 concernant le détachement et les procédures de recouvrement entre institutions.

Dans le cadre de la décision H5 concernant la coopération en matière de lutte contre les fraudes et les erreurs dans le domaine de la coordination des systèmes de sécurité sociale, un nouveau comité directeur a été mis en place pour la plateforme H5NCP (National Contact Points) installée sur le serveur hôte de la Commission européenne. Cette plateforme permet aux institutions de sécurité sociale d'échanger sur les bonnes pratiques et leurs expériences pour lutter contre la fraude et les erreurs.

b) Politique sociale européenne

La question de la dimension sociale de l'Union européenne a occupé une place considérable dans les discussions au Conseil EPSCO au cours des derniers mois.

Le Luxembourg a toujours défendu la nécessité de maintenir les questions sociales au cœur de la politique européenne. Il est en effet essentiel d'intégrer la dimension sociale dans toutes les politiques de l'Union européenne, y compris dans la procédure de surveillance macro-économique et budgétaire et de mieux saisir les liens entre les préoccupations sociales et les défis macroéconomiques.

Au cours de la Présidence du Conseil des Ministres de l'Union européenne qu'il a exercée au cours du second semestre 2015, le Luxembourg a, en conséquence, placé l'approfondissement de la dimension sociale parmi ses priorités, notamment en soutenant les plans de la Commission européenne visant à établir une Europe " triple A social ", en relançant le dialogue social et en mettant l'accent sur l'investissement social et le capital humain.

De nombreux échanges portant sur la dimension sociale ont eu lieu au sein du Conseil EPSCO pendant la Présidence luxembourgeoise. Le " triple A social " a également été thématisé dans le contexte de plusieurs conférences, ainsi que lors du sommet social tripartite en octobre. Par ailleurs, la Présidence luxembourgeoise a mis l'accent sur le renforcement de la dimension sociale dans la gouvernance économique de l'Union et plus particulièrement de la zone euro. Ainsi, les ministres ont eu en octobre un débat d'orientation sur la gouvernance sociale dans l'UE sur base du rapport des cinq présidents sur l'Union économique et monétaire (UEM). La Présidence luxembourgeoise a également organisé pour la première fois une réunion informelle des 19 ministres de l'Emploi et des Affaires sociales des pays membres de la zone euro. La réunion a permis des échanges sur le renforcement de la dimension sociale dans la gouvernance de l'UEM, confrontée à des divergences sociales importantes.

A l'initiative de la Présidence luxembourgeoise, les discussions ont permis l'adoption par le Conseil EPSCO, en décembre, des conclusions sur une gouvernance sociale pour une Europe inclusive visant à renforcer la dimension sociale du Semestre européen afin de mener de façon équilibrée vers une croissance durable et inclusive.

En outre, suite à la proposition du semestre européen révisé dans le rapport des cinq Présidents, notamment la publication avancée par la Commission du projet de recommandation adressée aux Etats membres de la zone euro, le Conseil EPSCO a approuvé en décembre sous impulsion de la Présidence luxembourgeoise et de façon inédite les aspects relatifs à l'emploi et aux affaires sociales de cette recommandation, relevant de la compétence des ministres concernés.

Par ailleurs, à l'initiative de la Présidence luxembourgeoise et sur la base du rapport 2015 sur l'adéquation des retraites, le Conseil EPSCO a adopté en octobre des conclusions visant à garantir aux retraités des revenus adéquats dans une société vieillissante.

c) Le Comité de la protection sociale

Dans l'élan du renforcement de la dimension sociale de l'Union économique et monétaire, et sous l'impulsion de la présidence du comité et du soutien d'une vaste majorité des Etats membres, le Comité de la protection sociale (CPS) a connu certaines évolutions positives en conformité avec le mandat qui lui est conféré par le Traité (article 160 du TFUE). Ses statuts ont été amendés pour refléter sa contribution croissante au processus de gouvernance sociale (décision (UE) 2015/773 du Conseil du 11/05/2015). Son fonctionnement interne a été modifié pour plus d'efficacité et de continuité dans le cycle du semestre européen et pour un alignement sur le fonctionnement interne des autres comités impliqués dans le processus du semestre.

Le Ministère de la sécurité sociale a contribué activement aux travaux du comité-mère (CPS), ainsi que des sous-groupes des indicateurs, et celui qui traite de la problématique du vieillissement de la population en matière de protection sociale. Il convient de rappeler que le CPS se base dans ses travaux sur la méthode ouverte de coordination (MOC), qui représente un ensemble d'échange de bonnes pratiques entre les Etats Membres, respectant le principe de subsidiarité. Cette méthode " soft law " confère la compétence nationale aux Etats membres de gérer leur système de protection sociale. Ces Etats membres se livrent donc à une collaboration non-contraignante dans la coordination de leurs politiques sociales. De nombreuses approches sont utilisées telles que les échanges par les paires (Peer-Review) et des échanges thématiques approfondis (Thematic in-depth review). Des outils de monitoring social sont également appliqués à cette fin. Notons à ce titre que suite aux conclusions du Conseil Européen du 19/20 décembre 2013, le tableau de bord pour les indicateurs clés sociaux et d'emploi a été utilisé pour la première fois dans le semestre européen de 2014. De surcroît, le CPS a recours à d'autres outils analytiques tels que le SPPM (Social Protection Performance Monitor) pour détecter les tendances sociales, ou le cadre d'évaluation conjoint JAF (Joint Assessment Framework). Dans ce contexte, l'utilisation de ces outils dans le comité-mère et les sous-groupes est faite en étroite collaboration avec le Ministère de la Famille, le Ministère de la Santé et le Centre de Recherche public CEPS/INSTEAD pour le sous-groupe indicateur.

En 2015, et en ligne avec son mandat du Traité et le règlement 1175/2011, le CPS a participé aux discussions sur les recommandations spécifiques par pays dans les thématiques de l'inclusion sociale, des pensions et des soins de longue durée et a délivré un rapport au Conseil EPSCO.

Le CPS a établi son rapport annuel sur la situation sociale dans l'UE intitulé " Europe sociale: Viser une croissance inclusive " ainsi qu'un rapport intitulé " Régimes de financement et affectation des ressources efficace et efficiente ". Les messages clés de ces rapports ont été adoptés par le Conseil EPSCO en mars.

Le CPS a également contribué aux messages clés relatifs au Rapport conjoint sur l'emploi, en particulier sur la section relative à la modernisation des systèmes de protection sociale.

Il a en outre élaboré un rapport sur l'adéquation des retraites dont les messages clés ont été adoptés par le Conseil EPSCO en octobre. Ce rapport a servi de base aux conclusions visant à garantir aux retraités des revenus adéquats dans une société vieillissante, adoptées également par le Conseil EPSCO d'octobre.

Le CPS a de sa propre initiative adressée à la Commission européenne son avis sur le suivi des évolutions sociales. Il a également tenu des discussions sur l'impact de la crise des réfugiés sur les systèmes de protection sociale.

Lors de la réunion informelle du Comité organisée en septembre dans le cadre de la Présidence luxembourgeoise du Conseil des ministres de l'UE, une discussion en présence des représentants de la société civile (Plateforme sociale) a été menée sur le thème du renforcement de la dimension sociale dans le cadre de gouvernance de l'UE de ses implications sur le travail du Comité.

Le mandat du Président du Comité de la protection sociale, fonctionnaire du Ministère de la sécurité sociale, a été prolongé en 2015.

d) Présidence du Conseil des Ministres de l'Union européenne

Dans le cadre de la Présidence du Conseil des Ministres de l'Union européenne exercée par le Luxembourg au cours du second semestre 2015, le Ministère de la sécurité sociale a organisé plusieurs réunions à Luxembourg :

- réunion informelle des Ministres de l'emploi et des affaires sociales organisée en collaboration avec le Ministère du travail : la réunion a notamment donné l'occasion aux ministres de débattre sur le thème de l'approfondissement de la gouvernance sociale dans l'Union européenne ;
- réunion informelle du Comité de la protection sociale : la réunion était essentiellement consacrée à une discussion sur le renforcement de la dimension sociale dans le cadre de la gouvernance de l'Union européenne et ses implications sur le travail du Comité ;
- réunion des correspondants du Système d'Information Mutuelle sur la Protection Sociale (MISSOC) ;
- réunion de la Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale et Forum de réflexion sur le thème de la coordination des prestations familiales.

2. CONSEIL DE L'EUROPE

a) Cohésion sociale

Le Comité européen pour la cohésion sociale, la dignité humaine et l'égalité (CDDECS) a maintenu en 2015 ses activités notamment dans le domaine de la cohésion sociale, domaine où, de toute évidence, la sécurité sociale a un rôle important à jouer.

A noter aussi que le CDDECS 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'autres instruments juridiques et de recommandations en matière de cohésion sociale.

Les fonctionnaires du Ministère de la Sécurité sociale ont joué une part active dans l'activité de ces comités.

b) Code européen de sécurité sociale et son protocole

Le contrôle de l'application du Code européen de sécurité sociale revient au Comité gouvernemental de la Charte sociale et du Code européen de sécurité sociale.

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 et la durée du service des prestations.

Les pays suivants ont ratifié le Code: Belgique, Chypre, Danemark, Estonie, France, Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Espagne, Slovénie, Suède, Suisse, Tchéquie, Turquie, Roumanie et Royaume-Uni.

Chaque année le Ministère de la Sécurité sociale est appelé à établir un rapport sur l'état et l'évolution de la législation sociale permettant aux instances de contrôle (à savoir le BIT à Genève) d'apprécier si le Luxembourg remplit toujours ses obligations issues de la ratification du Code. Les conclusions pour 2015 de la commission d'experts de l'OIT sur l'application du Code et de son Protocole ont été examinées avec soin par les responsables du Ministère de la Sécurité sociale. Ils 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. Certaines questions sur l'application de la loi nationale ont de nouveau été posées par la commission d'experts, questions auxquelles le Gouvernement répondra.

3. LE CENTRE ADMINISTRATIF DE LA SECURITE SOCIALE POUR LES BATELIERS RHENANS

Le Centre administratif de la Sécurité sociale pour les bateliers rhénans (CASS) est un organe issu de l'Accord du 30 novembre 1979 concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans.

Le CASS est une institution tripartite où délégués gouvernementaux et partenaires sociaux ont la possibilité d'échanger sur les règles de protection sociale appliquées à un secteur souvent délaissé au sein d'instances à vocation plus générale. Le CASS constitue une instance de réflexion utile permettant de dégager des solutions adaptées à un secteur d'activité souvent méconnu malgré son importance pour la croissance économique européenne. Le CASS se réunit régulièrement à Strasbourg et son activité la plus importante actuellement est d'affiner les règles de détermination de la législation applicable aux bateliers rhénans, et d'en évaluer la bonne application dans un contexte européen.

En 2015, les travaux ont continué pour mieux fixer des critères servant à déterminer l'exploitant du bateau et, par voie de conséquence, la législation applicable. Le CASS s'est prononcé en faveur d'une extension au niveau européen de la règle rhénane d'affiliation des personnels de la navigation intérieure à la sécurité sociale qui retient comme critère le siège effectif et réel de l'exploitant de bateau. Une proposition en ce sens pourra être faite sous peu aux instances de l'Union européenne.

4. ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE 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).

En 2015 les activités phares de l'AISS ont concerné l'établissement de lignes directrices dans différents domaines de la sécurité sociale, ainsi que la création et le bon fonctionnement d'un centre pour l'excellence qui est à disposition des institutions membres.

LES INSTRUMENTS BILATERAUX

En application du programme gouvernemental, le Ministère de la sécurité sociale s'est efforcé d'étoffer encore plus le réseau de ses conventions bilatérales. Ces conventions bilatérales présentent un double avantage, car elles permettent à des assurés de réaliser leurs droits en matière de sécurité sociale quand ils sont couverts par les systèmes de protection sociale des deux pays en cause. Par ailleurs ces conventions bilatérales permettent aux entreprises d'opérer dans un contexte juridique sécurisé du fait que le régime du détachement est prévu.

En 2015 les activités suivantes dans le contexte bilatéral sont à relever.

1. Luxembourg - Maroc

Une convention bilatérale regroupant l'ensemble des branches de la sécurité sociale est en vigueur depuis le 1er février 2013, mais son application concrète est problématique.

En vue d'aplanir ces difficultés une ronde de négociations a été organisée à Luxembourg du 10 au 12 février 2015 et a permis de réviser et de parapher un projet d'arrangement administratif.

Cette même ronde de négociations a permis de revoir aussi les formulaires à utiliser et trois formulaires ont été modifiés par la procédure écrite.

Cependant il est regrettable que par note verbale du 22 avril 2015 l'Ambassade du Maroc nous ait informés que l'arrangement administratif paraphé n'est pas accepté si des frais de gestion ne sont pas inclus.

Le dossier reste dès lors en suspens.

2. Luxembourg - Japon

Après de longues discussions, la signature d'une convention bilatérale de sécurité sociale entre le Luxembourg et le Japon a pu avoir lieu le 10 octobre 2014 à Tokyo et la procédure de ratification parlementaire a été engagée dans les deux pays.

Lors d'une 6e ronde de négociations du 16 au 20 novembre 2015 à Luxembourg, le texte de l'arrangement administratif a pu être analysé une première fois ; il subsiste des différences qu'il faudra clarifier lors d'une rencontre supplémentaire prévue en 2016 à Tokyo. La partie japonaise a proposé des projets de formulaires qui seront analysés à un stade ultérieur.

3. Luxembourg - Brésil

Au niveau politique, il a été décidé de remplacer la convention entre le 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.

Après deux rondes de négociations, une nouvelle convention bilatérale de sécurité sociale a été signée le 22 juin 2012 à Luxembourg. Elle a été ratifiée par le Parlement luxembourgeois par une loi du 30 juillet 2013 ; il est quelque peu regrettable que la procédure de ratification parlementaire n'ait toujours pas pu être clôturée au Brésil.

La signature de l'arrangement administratif a eu lieu le 18 février 2015 à Luxembourg.

Les formulaires nécessaires à l'application devront encore être arrêtés.

4. Luxembourg - Argentine

La convention bilatérale entre le Luxembourg et l'Argentine, signée le 13 mai 2010 à Alcala de Henares, est en vigueur dans les deux pays suite à la clôture des procédures de ratification dans les deux pays.

L'arrangement administratif est prêt et paraphé, mais il devra encore être signé. Des initiatives en ce sens seront prises en 2016.

Les formulaires nécessaires à l'application de la convention sont disponibles.

5. Luxembourg - Serbie

La nouvelle convention bilatérale avec la Serbie signée le 7 juin 2013 à Luxembourg, est en vigueur depuis le 1er novembre 2014.

Une ronde de négociations qui a eu lieu les 28 et 29 avril 2015 à Luxembourg a permis de trouver un accord afin de permettre l'utilisation de la carte européenne d'assurance maladie (EHIC) pour les assurés du régime luxembourgeois lorsqu'ils ont besoin de soins lors d'un séjour en Serbie.

6. Luxembourg - Uruguay

La convention de sécurité sociale signée à Luxembourg le 24 septembre 2012 est en vigueur depuis le 1er septembre 2014.

L'arrangement administratif est prêt et paraphé, mais il devra encore être signé. Des initiatives en ce sens seront prises en 2016.

Les formulaires nécessaires à l'application de la convention sont disponibles.

7. Luxembourg - Albanie

La procédure pour la ratfication de la convention signée le 27 octobre 2014 à Luxembourg est clôturée en Albanie et la procédure est actuellement en cours devant la Chambre des députés luxembourgeoise.

La dernière ronde de négociations qui s'est tenue à Luxembourg du 27 au 30 octobre 2015 a permis de se mettre d'accord sur les formulaires à utiliser.

Le texte de l'arrangement administratif qui a été paraphé doit encore être signé.

8. Luxembourg - Belgique

Une convention d'entraide administrative et de lutte contre la fraude sociale avec la Belgique a été signée le 5 février 2015 à Bruxelles.

A l'instar de l'instrument que nous avons avec la France, il s'agit d'intensifier la coopération administrative dans certains domaines de la sécurité sociale, de réaliser un meilleur échange des informations, de régler les procédures de contrôle notamment en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La procédure de ratification est engagée et on prévoit la clôture au Luxembourg pour début de l'année 2016.

9. Luxembourg - Ukraine

Il y a eu un accord politique de régulariser nos relations de sécurité sociale avec l'Ukraine par le moyen d'une convention bilatérale entre les deux pays.

Les travaux de négociations, planifiés pour 2013, ont dû être reportés à une date ultérieure.

10. Luxembourg - Algérie

Il est projeté de négocier une convention bilatérale en matière de sécurité sociale entre l'Algérie et le Luxembourg, dont la nécessité a été reconnue réciproquement à plusieurs reprises. Cependant les négociations n'ont pas encore pu commencer.

11. Luxembourg - Thaïlande

Des contacts ont eu lieu au niveau des Ministres des Affaires étrangères qui ont exprimé le souhait que les relations en matière de sécurité sociale entre les deux pays soient réglées.

Une première ronde de négociations a permis de trouver un accord sur les principes de base à retenir dans une convention bilatérale.

Une deuxième ronde de négociations qui a eu lieu du 17 au 20 mars 2015 à Bangkok a porté sur un projet de texte et un large consensus a été trouvé. Le texte est actuellement dans une procédure de consultation interne en Thaïlande. Il est probable que les pourparlers seront continués en 2016.

12. Luxembourg - Chine

La Chine a introduit avec effet au 1er janvier 2012 un régime général de sécurité sociale avec des charges sociales d'un ordre de grandeur de 40%. Un certain nombre de pays européens ont réagi à cette nouvelle donne et conclu des conventions bilatérales prévoyant notamment la matière du détachement.

Par décision du Ministère des affaires étrangères du 4 octobre 2013 il a été demandé à notre Ambassade en Chine de requérir l'ouverture de négociations.

Une première ronde de négociations a pu avoir lieu le 23 et 24 juillet 2015 à Beijing. Elle a permis de conclure qu'il y a une bonne entente pour conclure une convention bilatérale. Une deuxième ronde de négociations sera organisée en 2016 si le programme de travail des autorités chinoises le permet.

13. Luxembourg - Israël

Il est projeté de conclure une convention bilatérale permettant une application aisée de l'accord d'association UE-Israël qui prévoit uniquement des principes généraux applicables.

Des efforts seront déployés pour organiser une première ronde de négociations en 2016.

14. Luxembourg - Monaco

Etant donné que le règlement 883/2004 de l'UE sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ne peut pas être appliqué avec Monaco, des solutions devront être trouvées aux problèmes signalés régulièrement en matière de totalisation des périodes d'assurance et de détachement.

Des avancées concrètes n'ont pas encore pu être réalisées.

15. Luxembourg - Philippines

Il a suffi d'une ronde de négociations pour permettre aux négociateurs des deux pays de se mettre d'accord sur un texte de convention bilatérale de sécurité sociale et de le parapher.

La convention a été signée le 15 mai 2015 à Luxembourg et la procédure de ratification parlementaire est engagée dans les deux pays.

Pour 2016 une ronde de négociations est planifiée à Manille pour discuter de l'arrangement administratif.

16. Luxemburg - Cap Vert

Une rencontre entre une délégation luxembourgeoise et une délégation cap-verdienne a eu lieu du 23 au 27 novembre 2015 à Praia en vue d'aplanir certaines difficultés en relation avec le remboursement des créances en matière de soins de santé.

A cette occasion il a été envisagé de renégocier l'actuelle convention bilatérale qui date du 24 mai 1989 par un instrument de coordination plus moderne et plus adéquat.

La réflexion sera poursuivie en 2016.

17. Luxembourg - Corée du Sud

Il est envisagé de conclure une convention avec la Corée du Sud, à l'instar d'autres pays européens qui l'ont déjà fait.

Des contacts au niveau politique ont été établis et l'idée a été positivement accueillie par les responsables des deux pays.

Il n'est pas exclu que les négociations puissent débuter en 2016.

18. Luxembourg - Kosovo

Un certain nombre de difficultés et des situations de non-droit ont été signalés ; le Kosovo est le seul pays de la région des Balkans avec lequel nos relations de sécurité sociale ne sont pas régularisées.

Des initiatives pour remédier à cette situation seront, le cas échéant, prises en 2016.