



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

Ministère de la Sécurité sociale

Rapport d'activité 2017

Mars 2018

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	3
ORGANISATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	4
Programme gouvernemental (2013).....	5
MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....	10
Missions du Ministre	10
Organisation et personnel.....	14
Activités	15
INSPECTION GÉNÉRALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	23
Missions légales.....	23
Organisation et personnel.....	24
Contrôle des institutions de sécurité sociale	27
Gouvernance des institutions de sécurité sociale	28
Tutelle sur les institutions de sécurité sociale	29
Domaine juridique national.....	32
Domaine juridique international	34
Activités internationales.....	38
Domaine statistique	41
Informatique.....	45
Régimes complémentaires de pension	46
Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance	50
Cellule d'expertise médicale	58
Médiations entre Caisse nationale de santé et prestataires.....	60
Conseil scientifique.....	60
CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	62
Missions légales.....	62
Organisation et personnel.....	63
Activités	64
Autres activités de l'administration	70
JURIDICTIONS DE LA SECURITE SOCIALE	72
INSTITUTIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE (ISS) SOUS LA TUTELLE DU MSS.....	75
Missions.....	75
Organisation et personnel.....	75
Les ISS et l'économie nationale	77

INTRODUCTION

Suite à l'introduction de la gestion par objectifs par la réforme de la Fonction publique, le ministère de la Sécurité sociale a mis en place les différents éléments indispensables y relatifs, à savoir l'organigramme, la description de poste, le programme de travail, ou encore le plan de travail individuel. Ainsi le rapport d'activité 2017 a été adapté aux nouveaux outils disponibles en vue de présenter l'ensemble des activités des administrations gouvernementales sous la tutelle du ministère de la Sécurité sociale.

Dans une première partie le rapport d'activité présente l'organisation de la Sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg. Dans la suite sont présentées les activités du ministère de la Sécurité sociale, de l'Inspection générale de la sécurité sociale, du Contrôle médical de la sécurité sociale et des juridictions de la Sécurité sociale. Une dernière partie présente brièvement les institutions de sécurité sociale sous la tutelle du ministère de la Sécurité sociale.

ORGANISATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Suivant l'article 11, paragraphe 5 de la Constitution:

« La loi règle quant à ses principes la sécurité sociale, la protection de la santé, les droits des travailleurs, la lutte contre la pauvreté et l'intégration sociale des citoyens atteints d'un handicap. »

L'Etat a choisi de confier la gestion des prestations de sécurité sociale à des institutions spécialisées décentralisées dotées d'une certaine autonomie au lieu de les gérer lui-même. Ainsi les différentes branches de la Sécurité sociale sont gérées par dix établissements publics désignés par la loi comme « institutions de sécurité sociale » (ISS). L'article 108bis de la Constitution introduit en 2004 en donne l'autorisation:

« La loi peut créer des établissements publics, dotés de la personnalité civile, dont elle détermine l'organisation et l'objet. (...) »

Les missions et l'organisation des ISS sont définies au Code de la sécurité sociale (CSS). Ces institutions sont placées sous la tutelle du Gouvernement en vertu du même article de la Constitution qui limite leur autonomie :

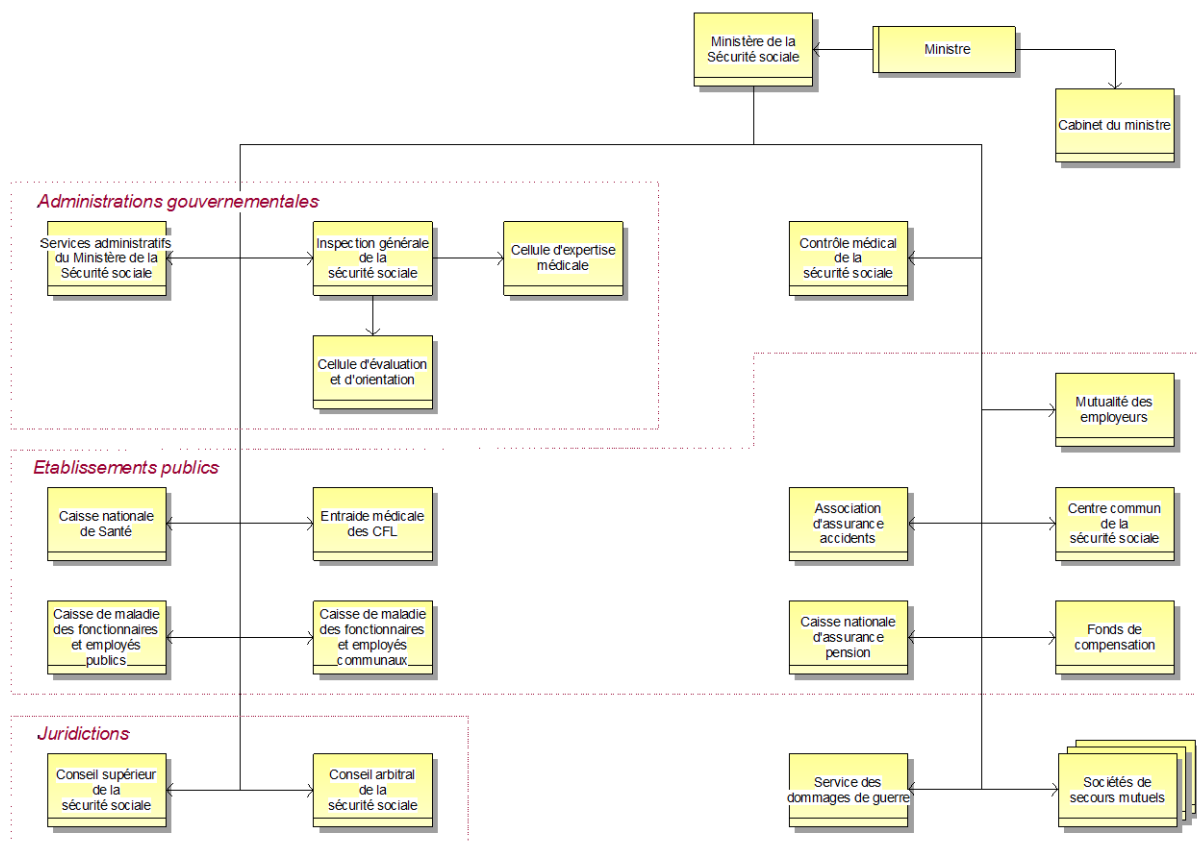
« (...) Dans la limite de leur spécialité le pouvoir de prendre des règlements peut leur être accordé par la loi qui peut en outre soumettre ces règlements à l'approbation de l'autorité de tutelle ou même en prévoir l'annulation ou la suspension en cas d'illégalité, sans préjudice des attributions des tribunaux judiciaires ou administratifs. »

L'arrêté grand-ducal du 23 décembre 2013 portant constitution des Ministères définit les compétences du Ministère de la Sécurité sociale:

Législation de la sécurité sociale - Inspection générale de la Sécurité sociale; Cellule d'évaluation et d'orientation en matière d'assurance-dépendance - Contrôle médical de la Sécurité sociale - Service des dommages de guerre corporels - Conseil arbitral et Conseil supérieur de la Sécurité sociale - Centre commun de la Sécurité sociale - Association d'assurance contre les accidents - Caisse nationale d'Assurance pension - Fonds de compensation - Caisse nationale de Santé - Caisses de Maladie du secteur public - Mutualité des Employeurs - Sociétés de Secours mutuels.

A noter que la Caisse pour l'avenir des enfants est également une institution de sécurité sociale, mais se trouve sous la tutelle du Ministère de la Famille.

Ci-dessous, l'organisation du département ministériel sous forme de graphique:



Programme gouvernemental (2013)

Le chapitre relatif à la Sécurité sociale a le contenu suivant :

Assurance maladie-maternité

Le Gouvernement s'engage à préserver un système de santé basé sur la solidarité nationale, l'équité et l'accessibilité ainsi que sur la qualité de l'offre.

Vu le contexte macro-économique actuel, il faut s'attendre à ce que l'assurance maladie-maternité se trouve au plus tard en 2015 dans une situation de déséquilibre. Le Gouvernement s'apprête dès lors à respecter une trajectoire des dépenses de l'assurance maladie-maternité en ligne avec la croissance économique du pays.

Le Gouvernement accorde une priorité à la maîtrise de l'évolution annuelle des dépenses de l'assurance maladie-maternité qui sera conditionnée par une approche coordonnée de tous les acteurs en recourant à des mesures législatives, réglementaires, conventionnelles et statutaires portant sur l'offre et la demande de soins, le périmètre de prise en charge et les conditions de rémunération et de tarification des prestataires de soins. Une hausse des cotisations sociales n'interviendra qu'en cas de nécessité avérée.

L'exploitation systématique des profils de prestataires de soins et patients permettra d'enrayer les abus. Dans ce contexte, le Gouvernement actualisera régulièrement le bilan du statut unique et suivra le phénomène l'absentéisme.

Une médecine de haut niveau basée sur des recommandations de bonne pratique médicales permettra d'éviter les dépenses non justifiées. L'application stricte de références médicales permettra de diminuer la fréquence de beaucoup d'exams, notamment d'imagerie médicale.

Le Gouvernement veillera à mutualiser, respectivement centraliser, les services hospitaliers tels que l'informatique, l'hygiène hospitalière, la stérilisation, le contrôle qualité, le laboratoire ainsi que la formation et à créer une centrale d'achat pour tous les hôpitaux. Les administrations hospitalières seront soumises à examen critique en vue de leur rationalisation. Un seul système informatique pour tous les hôpitaux sera mis en place sans délai.

La formation de personnel d'aide à la régulation médicale permettra de mieux cibler l'intervention du service d'appel d'urgence national, et partant de diminuer le nombre de patients adressés aux services d'urgence.

Le Gouvernement veillera à améliorer la prise en charge des patients par les services de réhabilitation, de convalescence et les maisons de soins afin d'abréger la durée de leur séjour en milieu hospitalier aigu. Le fonctionnement des réseaux de soins à domicile sera évalué. Le libre choix du patient concernant les soins à domicile est affirmé.

Un contrôle réel, efficace et ciblé de la part du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) et de la Caisse nationale de santé (CNS) permettra d'améliorer la qualité des services et de faire des économies substantielles. La modernisation de l'administration de la CNS permettra de dégager les moyens supplémentaires.

Il ne sera pas procédé à un élargissement notable du spectre des prestations à prendre en charge par l'assurance maladie-maternité. Le Comité Quadripartite aura comme mission, tout en tenant compte du développement global de la situation économique et d'éventuels autres imprévus, de suivre à un rythme semestriel l'évolution des dépenses et de proposer les mesures appropriées pour respecter le cadre financier arrêté.

Dans l'intérêt d'une simplification administrative et d'une meilleure utilisation des ressources, le Gouvernement entend discuter les avantages et les inconvénients éventuels d'une intégration de toutes les caisses de maladie dans la CNS.

La convention belgo-luxembourgeoise de 1994 sur la sécurité sociale des travailleurs frontaliers sera reconsidérée.

Il importe de mettre en place à court terme certains éléments de la réforme des soins de santé en vue de faire bénéficier l'assurance maladie des effets de ces éléments, y compris la maîtrise des coûts. Les différents référentiels de documentation de l'activité des prestataires de soins de santé seront à arrêter par règlement grand-ducal, sur proposition commune des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale, les principales parties prenantes demandées en leurs avis. Ces référentiels s'appliqueront tant à l'activité médicale hospitalière qu'aux activités des différentes professions de santé, et seront à la base de la tarification de l'activité correspondante.

Les nomenclatures afférentes à la tarification à l'activité extrahospitalière, en ce qui concerne la structure et les libellés, sont à fixer par règlement grand-ducal. Selon le degré de complexité, le Gouvernement fixera des délais raisonnables pour les négociations à prévoir entre les parties. Le Gouvernement prévoit la révision des nomenclatures endéans un délai d'un an. Le mécanisme de la fixation par lettre-clé, tel qu'adapté par la loi du 17 décembre 2010, sera maintenu, et complété par une procédure par règlement grand-ducal en cas d'absence

d'accord entre les parties. Par contre, le principe du vase communicant sera aboli. Jusqu'à la fin de la révision des différentes nomenclatures, les mesures d'économies introduites par la réforme de 2010 et portant sur des coefficients d'actes des médecins et des laboratoires d'analyses médicales et sur les lettres-clés et tarifs des prestataires de soins et autres fournisseurs de l'assurance maladie-maternité seront maintenues.

Pour les établissements hospitaliers une documentation opérationnelle sur l'activité médicale, une gestion hospitalière améliorée, une redéfinition du rôle et des responsabilités des acteurs au sein des hôpitaux et une amélioration de la facturation globale, y inclus les honoraires médicaux, sont à la base de l'introduction de la tarification à l'activité. L'enveloppe budgétaire globale introduite par la loi du 17 décembre 2010 sera maintenue jusqu'à la mise en place de la tarification à l'activité, y inclus l'intégration de l'activité médicale hospitalière. La tarification à l'activité sera progressivement introduite avant la fin de la période législative.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale

Le Gouvernement procédera à une réforme du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) permettant à celui-ci de mieux cibler ses activités de contrôle et de conseil. En outre, la lutte contre la fraude et les abus sera renforcée en agissant de façon concertée tant sur les pouvoirs et missions des principales instances impliquées, que sur leurs ressources. Afin que le CMSS puisse s'acquitter convenablement de toutes ces missions, les ressources du CMSS seront optimisées.

En vue de permettre dans des cas exceptionnels (pathologies spécifiques, comme par exemple les maladies rares) à la Caisse nationale de santé (CNS) de prendre en charge les prestations nécessaires, il sera dans l'intérêt des assurés d'introduire dans la législation une procédure de décision individuelle à prendre sur avis du CMSS, après réexamen de l'assuré concerné et sur requête du comité directeur d'une institution de sécurité sociale respectivement du ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions.

Lutte contre la fraude en matière de sécurité sociale

Dans le contexte de la réforme des juridictions actuellement en cours, une spécialisation dans le domaine de la lutte contre la fraude dans le cadre des prestations de sécurité sociale sera introduite au niveau des juridictions civiles et pénales. Le Gouvernement accordera plus d'importance à la définition d'une politique de prévention des abus et des pratiques non-conformes en vue d'assurer un suivi adéquat de tels dossiers. Dans le contexte des prestations de sécurité sociale transfrontalières, une collaboration plus étroite avec les institutions de sécurité sociale étrangères s'impose.

Assurance accident

En vue d'inciter les employeurs cotisant à l'assurance accident d'investir davantage dans la prévention des accidents ainsi que dans la sécurité et la santé au travail, la réforme de l'assurance accident de 2010 prévoit que le taux de cotisation unique applicable dans le cadre de l'assurance accident pourra être diminué ou augmenté, au maximum jusqu'à concurrence de cinquante pour cent.

Le Gouvernement introduira un système de bonus malus basé sur des classes de risques dans lesquelles les performances en matière de sécurité et de santé au travail d'une entreprise sont comparées à celles d'autres entreprises confrontées aux mêmes risques et faisant partant partie de branches similaires d'activités. La durée des arrêts de travail suite à un accident de travail sera soumise à une analyse critique.

L'assurance dépendance

Suite au rapport de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) de 2013 sur l'assurance dépendance une réforme structurelle de l'assurance dépendance permettant la maîtrise globale de l'évolution des dépenses et des prestations s'impose. Une hausse des cotisations de l'assurance dépendance n'interviendra qu'en cas de nécessité avérée. Le bilan fait apparaître que le financement de l'assurance dépendance atteindra ses limites. Le défi de la réforme de l'assurance dépendance consiste à assurer la viabilité à long terme de l'assurance dépendance. Il s'agira :

- d'assurer que l'assurance dépendance couvre 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, et
- d'organiser le financement de ces activités de telle façon que le résultat voulu soit atteint.

En ce qui concerne l'évaluation du degré de dépendance d'une personne, la procédure actuelle sera réformée, notamment en procédant à une standardisation permettant le regroupement et la forfaitisation des actes, ainsi que la flexibilisation des plans de prise en charge alloués par la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO), tout en assurant une différenciation adéquate entre les aides et soins à recevoir par les bénéficiaires, et tout en veillant à une simplification des procédures. Dans ce cadre, les pathologies spécifiques des personnes dépendantes seront

davantage prises en compte. Aussi, dans un but de transparence, l'information relative aux soins fournis sera améliorée et des échanges systématiques et structurés entre tous les intervenants seront introduits. Les gains d'efficacité engendrés par cette approche permettront à la CEO d'assurer un contrôle de la pertinence et de la qualité des prestations fournies.

L'instauration d'une communication standardisée électronique entre la CEO et tous les autres intervenants des milieux hospitalier et extrahospitalier s'avère indispensable. Ainsi le champ d'intervention de l'Agence e-Santé et du dossier de soins partagé sera étendu au domaine de l'assurance dépendance.

Le Gouvernement envisage d'étendre les statuts de la Caisse nationale de santé (CNS) au domaine de l'assurance dépendance et de revoir la méthodologie de détermination des valeurs monétaires, en considérant notamment de nouvelles modalités de facturation. A court terme le maintien des valeurs monétaires est à considérer.

En matière de prestations, il s'agira de préciser le champ d'intervention de l'assurance dépendance dans les activités de soutien. Une analyse critique des prestations relatives aux aides techniques et aux adaptations de logement sera entamée et la coordination entre le secteur hospitalier et extrahospitalier sera formalisée davantage. Le rôle de l'aidant informel sera redéfini et l'affectation des prestations en espèces spécifiée. Une révision du concept des prestations en espèces s'impose avec un renforcement du lien entre la prestation et le service couvert.

Une importance particulière sera apportée à l'interaction de l'assurance dépendance avec l'assurance maladie-maternité et les filières de prises en charge seront clarifiées. La coordination tant au niveau organisationnel qu'au niveau des référentiels et standards utilisés sera renforcée. Ceci devra s'appliquer tant au niveau des ministères de tutelle que des organismes de contrôle. Ainsi l'alignement renforcé des acteurs et des dispositions légales relevant du domaine de la dépendance, y inclus du domaine de la planification des structures et de l'agrément des activités, sera étudié. Une attention particulière sera apportée à l'instauration d'une filière de soins efficace, notamment en considérant des collaborations contractuelles entre les hôpitaux généraux, les établissements de soins continus et les réseaux d'aides et de soins, y inclus l'intégration de professionnels indépendants. Il sera procédé à la création de procédures permettant une prise en charge accélérée de personnes dépendantes en cas d'urgence pleinement justifiée.

L'assurance pension

Le Gouvernement confirme le principe du financement tripartite par répartition du régime d'assurance pension, basé sur l'universalité, la solidarité et des prestations adéquates.

En vue d'une consolidation renforcée de l'équilibre financier du régime d'assurance pension, la réforme de 2012 a instauré différents paramètres permettant des adaptations ponctuelles en vue d'une maîtrise des dépenses à moyen et à long terme.

La réforme prévoit que l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) vérifie tous les cinq ans, sur base d'une étude actuarielle, la concordance entre les hypothèses à la base de la réforme et la trajectoire financière actualisée du régime. En cas de dérapages sensibles de la trajectoire d'équilibre, plusieurs mesures d'alignement des dépenses sont prévues dans le cadre des nouvelles dispositions. Tant que les recettes annuelles en cotisations dépasseront les dépenses annuelles du régime il ne sera pas procédé à une augmentation du taux de cotisation.

Conscient qu'il importe de garantir à moyen et long terme l'équilibre financier du système de pension, le Gouvernement va poursuivre les efforts engagés par la réforme de 2012. Plus spécifiquement le Gouvernement va :

- évaluer l'opportunité d'adaptions au niveau des dispositions anti-cumul ;
- promouvoir les mécanismes permettant d'accéder progressivement à la retraite (activité professionnelle et pension de vieillesse) ;
- prendre des mesures d'incitation pour retarder l'âge de départ à la retraite ;
- après évaluation, discuter l'évolution future du complément de fin d'année.

Partant du principe de la reconnaissance de l'autonomie individuelle de chaque personne et la reconnaissance de son droit propre à la sécurité en dehors de toute relation de dépendance, le Gouvernement va élaborer une étude pour définir les pistes concrètes à développer pour instaurer un régime d'individualisation dans le système de sécurité sociale.

Le Gouvernement mettra en place un « Groupe des Pensions » spécifique qui aura comme mission de vérifier au milieu de la période législative, sur base d'un avis actuariel établi par l'IGSS, la concordance des dispositions nouvellement introduites, dont notamment le mécanisme du réajustement. Par ailleurs, le « Groupe des Pensions » procédera à une évaluation des procédures relatives à l'assurance volontaire introduite par la loi du 21 décembre 2012 en vue d'une affiliation obligatoire.

Conscient du fait que le marché du travail confronte les salariés à des conditions de travail pouvant varier fortement entre secteurs économiques, le Gouvernement s'engage à préserver l'employabilité des travailleurs âgés, en favorisant un réel marché de l'emploi pour travailleurs âgés, ceci en collaboration et dans l'intérêt des entreprises. En concertation avec les partenaires sociaux, il faudra définir les modalités d'un droit au travail à temps partiel pour travailleurs âgés dans le cadre d'un départ progressif en retraite. Le Gouvernement mettra un accent sur la prolongation de la vie active. Ainsi il s'agira d'inciter les travailleurs âgés à faire davantage recours aux nouvelles dispositions légales en matière de cumul de pension et de revenu professionnel.

Le Gouvernement procédera rapidement à la mise en vigueur du projet de loi sur la réforme du reclassement professionnel. Il s'agira dès lors d'améliorer la situation des salariés présentant des capacités de travail réduites ayant repris un travail, en leur attribuant un statut spécifique, et de favoriser le maintien dans l'emploi, tout en assurant que la compétitivité des entreprises concernées ne sera pas impactée.

Les régimes complémentaires de pension

Une révision de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension (RCP) s'impose à plusieurs niveaux ; ainsi le champ d'application matériel, temporel et, surtout, personnel de la loi RCP devra être élargi, des modifications d'ordre fiscal devront intervenir et la notion de droits acquis sera à préciser. D'autres adaptations de nature diverse s'imposent suite aux difficultés rencontrées durant plus de dix ans d'application de la législation sur les régimes complémentaires de pension.

L'extension des régimes complémentaires de pension aux professions libérales et indépendantes ainsi qu'à certaines catégories de salariés non affiliés à un régime d'entreprise s'avère nécessaire afin d'offrir à tous les citoyens la possibilité de bénéficier des mêmes avantages fiscaux que celles dont bénéficient les personnes affiliées à un régime complémentaire de pension d'entreprise dans le cadre de la loi RCP.

Le mécanisme à retenir devra assurer que les principes de base soient les mêmes pour les indépendants, les libéraux et pour les salariés concernés. Une possibilité consiste dans l'ouverture du système du régime dûment agréé aux contributions des indépendants et des salariés ne contribuant pas personnellement à un régime patronal. Ce mécanisme permettrait également à un regroupement professionnel d'agir comme initiateur en négociant des conditions avantageuses auprès d'un assureur ou d'un fonds de pension et en mettant en place un régime dûment agréé spécialement et exclusivement créé pour ses membres ou les professions qu'il représente.

Par ailleurs, se pose la question relative au maintien des avantages fiscaux existant actuellement en matière de cotisations personnelles, à savoir l'exemption des cotisations et l'exemption des prestations en vue d'une adaptation de ces avantages par l'introduction d'une imposition des prestations à l'instar de celle des prestations de prévoyance-vieillesse visées par l'article 111bis L.I.R..

Une future réforme devra de même clarifier la notion de droits acquis.

Sur le plan communautaire, deux directives n'ont été transposées que de façon incomplète par la loi RCP de sorte que la Commission européenne a invité le Gouvernement luxembourgeois à compléter sa législation nationale. Il s'agit en premier lieu de transposer intégralement l'article 2 de la directive 96/97 CE du Conseil du 20 décembre 1996 modifiant la directive 86/378/CEE relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes dans les régimes professionnels de sécurité sociale. En second lieu, il s'agit de transposer dans son intégralité la directive 2003/41 CE du Parlement européen et du Conseil du 3 juin 2003 concernant les activités et la surveillance des institutions de retraite professionnelle. Selon l'évolution du projet de directive « portabilité » les dispositions y relatives devront être transposées.

L'Inspection générale de la sécurité sociale

Depuis sa création en 1974, les missions de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) n'ont pas encore été reformulées pour tenir compte de l'évolution des politiques sociales et des activités de l'IGSS.

Le Gouvernement procédera à une reformulation des missions de l'IGSS pour inclure ses activités en relation avec l'audit interne des institutions de sécurité sociale, l'implémentation d'un centre de données de recherche et l'élaboration d'études socio-économiques et d'évaluations de réformes de politiques sociales.

Après plusieurs années de fonctionnement, la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO) se trouve dotée d'une structure interne solide et par conséquent son rattachement à l'IGSS n'est plus nécessaire.

Politique européenne et internationale

Le Gouvernement considère que l'Union européenne doit veiller à ce que les politiques favorisant la croissance économique, en renforçant la convergence et la compétitivité, soient compatibles avec les modèles sociaux opérant dans les Etats membres européens et ne remettent pas en cause les acquis sociaux et qu'à cet effet les différentes formations du Conseil soient considérées à parts entières. Plus particulièrement, l'accès à des emplois

durables, l'universalité des services de qualité et des prestations adéquates devront être assurés par les politiques économiques et sociales.

Dans le domaine international, le Gouvernement s'efforcera d'élargir le réseau des conventions bilatérales en matière de sécurité sociale, et ceci tant dans l'intérêt des entreprises établies à l'étranger que des personnes assurées.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Missions du Ministre

Dans les domaines relevant de ses compétences, les lois, règlements et les instruments internationaux attribuent au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale plus particulièrement les missions suivantes :

Assurance maladie-maternité

Le ministre approuve, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS), les décisions du comité directeur de la Caisse nationale de santé (CNS) portant sur :

- le budget annuel global ;
- la programmation pluriannuelle ;
- la refixation des taux de cotisation ;
- le décompte annuel global des recettes et dépenses ainsi que le bilan de fin d'exercice ;
- les statuts réglant, dans la limite des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles, tout ce qui concerne les prestations ;
- le règlement d'ordre intérieur ;
- les règles relatives à la mise en place d'un point de contact national fournissant, sur demande, des informations aux assurés affiliés au Luxembourg ainsi qu'aux prestataires de soins, notamment relatives aux prestations de soins de santé transfrontaliers dispensés ou prescrits dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen (art. 45, al. 3 CSS).

En ce qui concerne les trois caisses de maladie du secteur public le ministre approuve, sur avis de l'IGSS, les décisions du comité directeur portant sur :

- le budget des frais administratifs de la caisse ;
- le règlement d'ordre intérieur (art. 48 CSS).

Par ailleurs, il est appelé à

- arrêter le taux de cotisation, si le comité directeur de la CNS n'y a pas procédé au 1^{er} décembre d'après les règles légales applicables (art. 30, al.2 CSS) ;
- agréer les établissements de crédit auprès desquels la CNS peut placer sa réserve à court terme (art. 41, al. 1 CSS) ;
- autoriser la CNS de contracter des emprunts ou de bénéficier de lignes de crédit de moins d'une année pour faire face à des difficultés de trésorerie momentanées (art. 41, al. 2 CSS) ;
- proroger la dispense d'assurance au-delà de la période maximale de deux années pour les personnes exerçant une activité professionnelle au Luxembourg et affiliées à un régime d'assurance maladie étranger qui en ont fait la demande (article 6 du CSS) ;
- arrêter des dispositions tenant lieu de convention en l'absence de groupement professionnel représentatif ou de négociateurs, sur avis de l'IGSS (art. 62, al. 3 CSS) ;
- saisir le Conseil supérieur de la sécurité sociale aux fins de rendre une sentence arbitrale, s'il estime qu'une convention ou un avenant à une convention lui notifié est contraire aux lois et règlements (art. 68 CSS) ;
- établir la liste des personnes ayant accepté la mission de médiation prévue à l'art. 69 CSS à défaut d'une telle liste établie par la CNS et les groupements professionnels représentant les prestataires de soins (art. 69, al. 3 CSS) ;
- nommer, par arrêté conjoint avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé, le président et un deuxième membre de la Commission de nomenclature ainsi que deux membres appelés à compléter la Commission lorsqu'elle statue en matière d'actes et services relevant de la nomenclature des médecins et dispensés en milieu hospitalier ou de la nomenclature des laboratoires d'analyses de biologie médicale ; pour chaque membre effectif, un membre suppléant est désigné (art. 65, al. 1 et 2 CSS),
- nommer, par arrêté conjoint avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé, les membres effectifs et suppléants du Conseil scientifique institué par l'article 65bis, paragraphe 2 CSS (art. 65bis, par. 2, al. 4 CSS),
- nommer le président et le vice-président de la Commission de surveillance et, à défaut de listes présentées par le comité directeur de la CNS, le Collège médical, le groupement représentatif des médecins et des médecins dentistes, le Conseil supérieur des professions de santé ou les groupements professionnels

signataires d'une convention avec la CNS, établir la liste respective sur laquelle le président de la Commission de surveillance choisira les délégués pour les différentes affaires concernant l'assurance maladie-maternité (art. 72, al. 1 et 3 CSS) ;

- saisir le Conseil supérieur des assurances sociales des conventions et avenants jugés contraires aux lois et règlements aux fins de prononcer une sentence arbitrale (art. 68 CSS) ;
- convoquer annuellement un comité quadripartite qui réunit les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale, la Santé et les Finances, les représentants des organisations professionnelles les plus représentatives des salariés et des employeurs, ainsi que ceux des groupements professionnels signataires des conventions avec la CNS ; sur base d'un rapport établi par des experts, le comité quadripartite examine l'évolution des recettes et des dépenses en matière de santé et propose des mesures à prendre sur le plan légal, réglementaire, conventionnel ou statutaire en matière d'assurance maladie ainsi que toutes autres mesures destinées à améliorer l'efficacité du système de santé en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des techniques médicales et des ressources dont dispose le pays ; si la croissance des dépenses entraîne un relèvement important du taux de cotisation, le comité quadripartite doit se concerter pour proposer des économies à réaliser au niveau des prestataires de soins et une augmentation des participations des assurés ; par ailleurs, si l'évolution du volume des actes et services des médecins et médecins-dentistes diffère considérablement des besoins réels de la population protégée et des exigences d'une médecine de qualité, le comité quadripartite recommande l'introduction des mécanismes régulateurs prévus par le CSS (art. 80 CSS).
- conclure des conventions de partenariat organisant des mesures de médecine préventive en collaboration avec la Direction de la santé (art. 17, al. 3 CSS); ces conventions sont conclues entre les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale, la CNS et, le cas échéant, des services spécialisés.

Mutualité des employeurs

Le ministre approuve, sur avis de l'IGSS, les décisions du conseil d'administration de la Mutualité des employeurs (MDE) concernant :

- les statuts réglant les remboursements ;
- le budget annuel ;
- la fixation des taux de cotisation ;
- le décompte annuel des recettes et des dépenses ainsi que le bilan;
- le règlement d'ordre intérieur (art. 58 CSS).

En outre, il désigne le représentant des professions libérales au conseil d'administration de la MDE et son suppléant sur proposition des organisations représentatives (article 57, al. 1 et 2).

Enfin, il peut autoriser, sur avis de l'IGSS, l'engagement moyennant contrat de travail d'experts en vue de la réalisation de missions spécifiques en dehors du personnel mis à disposition respectivement par la CNS et le Centre commun de la sécurité sociale (art. 58, al. 4 CSS).

Assurance accidents

Le ministre approuve, sur avis de l'IGSS, les décisions du comité directeur de l'Association d'assurance accident (AA) ayant pour objet :

- le budget annuel;
- de fixer le taux de cotisation unique ;
- le décompte annuel global des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan de l'assurance accident ;
- les statuts (art. 141 CSS).

Par ailleurs, il est appelé à

- proroger la dispense d'assurance au-delà de la période maximale de deux années pour les personnes exerçant une activité professionnelle au Luxembourg et affiliées à un régime d'assurance accident étranger qui en ont fait la demande (art. 86, al. 1 CSS) ;
- agréer, conjointement avec les ministres ayant dans leurs attributions les Finances et le Trésor, l'Education nationale, la Formation professionnelle et les Sports, la Famille et l'Intégration, la Culture, l'Enseignement supérieur et la Recherche ainsi que l'Egalité des chances, les organismes habilités à organiser des activités périscolaires, périscolaires et périuniversitaires au sens de l'article 91 sous 1) du Code de la sécurité sociale précisé par l'art.2 du règlement grand-ducal du 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire) ;

- nommer par un arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale sept des neuf membres de la Commission supérieure des maladies professionnelles et leurs suppléants (art. 95 CSS et art. 1^{er} RGD 26.12.2012).

Assurance pension

En matière d'assurance pension le ministre approuve, sur avis de l'IGSS, les décisions du comité directeur de la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP) portant sur :

- le budget annuel ;
- le décompte annuel des recettes et des dépenses ainsi que le bilan ;
- le règlement d'ordre intérieur (art. 251 CSS)

Par ailleurs, il est appelé à

- proroger la dispense d'assurance au-delà de la période maximale de deux années pour les personnes exerçant une activité professionnelle au Luxembourg et affiliées à un régime d'assurance pension étranger qui en ont fait la demande (art. 181 CSS) ;
- accorder une dispense de la condition que l'enfant ouvrant droit à des périodes d'éducation prises en compte pour parfaire le stage requis pour la pension de vieillesse anticipée et la pension minimum ainsi que pour le calcul des majorations forfaitaires soit élevé au Luxembourg (art. 172, al. 1 sous 4) CSS).

En matière de gestion de la réserve de compensation, le ministre approuve, sur avis de l'IGSS, les décisions du conseil d'administration du Fonds de compensation commun au régime général de pension ayant pour objet :

- les statuts (règlement d'ordre intérieur) ;
- les directives concernant les principes et règles de gestion du patrimoine ;
- le budget annuel ;
- le décompte annuel des recettes et dépenses ainsi que le bilan (art. 261 CSS).

Par ailleurs, le ministre :

- propose, en vue de la désignation par le Gouvernement en Conseil, trois membres et autant de membres suppléants du conseil d'administration du FDC (art. 262, alinéa 1 CSS) ;
- peut autoriser, sur avis de l'IGSS, l'engagement moyennant contrat de travail d'experts en vue de la réalisation de missions spécifiques en dehors du personnel mis à sa disposition par la CNAP (art. 265, al. 2) ;
- peut autoriser, sur avis de l'IGSS, des investissements en prêts aux communes et aux entreprises, en acquisitions immobilières et en acquisitions de valeurs mobilières en dehors des placements par l'intermédiaire des OPC (art. 266, al. 3 CSS).

Assurance dépendance

Le ministre approuve, sur avis de l'IGSS, les décisions du comité directeur de la CNS siégeant en matière d'assurance dépendance portant sur :

- le budget annuel ;
- le décompte annuel des recettes et des dépenses (art. 381, al. 1).

Par ailleurs, le ministre est appelé :

- à agréer les établissements de crédit auprès desquels la réserve peut-être placée (art. 379, al.1 CSS) ;
- à autoriser la CNS de contracter des emprunts ou de bénéficier de lignes de crédit de moins d'une année pour faire face à des difficultés de trésorerie (art. 379, al. 2 CSS) ;
- de désigner le président de la commission consultative prévue à l'article 387 CSS et son suppléant (art. 387, al. 1 à 3 CSS) ;
- à convoquer périodiquement un comité qui réunit les ministres ayant dans leurs attributions le Budget, la Famille et la Santé, les organisations œuvrant dans le domaine de l'action médicale, sociale et familiale et les associations représentant les ayants droit ; ce comité a pour mission d'examiner le fonctionnement de l'assurance dépendance, des réseaux d'aides et de soins et des établissements d'aides et de soins hébergeant des personnes dépendantes et de faire des propositions à l'effet d'améliorer la prise en charge des personnes dépendantes (art. 388 CSS).
- à défaut de liste présentée par le comité directeur de la CNS dans sa composition assurance dépendance ou par les groupements signataires d'une convention-cadre avec la CNS, à établir la liste respective sur laquelle

le président de la Commission de surveillance choisira les délégués pour les différentes affaires concernant l'assurance dépendance (art. 393, par. (3), al. 2 CSS).

Centre commun de la sécurité sociale

Le ministre approuve, sur avis de l'IGSS, les décisions du comité directeur du Centre commun de la sécurité sociale (CCSS) portant sur :

- le budget annuel ;
- le bilan annuel ;
- le règlement d'ordre intérieur (art. 58 CSS).
- le schéma directeur informatique du Centre (art. 415 CSS).

Missions concernant toutes les institutions de sécurité sociale (ISS) sous la tutelle du MSS

Si une ISS refuse de remplir les obligations lui imposées par les lois, règlements, statuts ou conventions, le Code confère au ministre un droit de substitution quasiment général: dans ce cas, il peut, après avoir adressé deux avertissements consécutifs à l'institution, charger l'IGSS de mettre à exécution les mesures prescrites aux frais de l'ISS (art. 410, al. 3).

Si l'exécution d'une décision d'un organe directeur d'une ISS a été suspendue par l'IGSS pour le motif qu'elle est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts, le ministre de tutelle est saisi par l'autorité de surveillance aux fins d'annuler la décision litigieuse (art. 410, al. 1 et 2 CSS).

Par ailleurs, le ministre est appelé à

- relever, sur proposition de l'IGSS, un mandataire d'un organe directeur de ses fonctions s'il a manqué gravement à ses devoirs (art. 400, al. 5 CSS) ;
- ordonnancer, sur avis positif de l'IGSS, les déclarations concernant l'exécution du budget de l'Etat ;
- autoriser, sur avis de l'IGSS, le dépassement de crédits limitatifs, le cas échéant en demandant des économies sur d'autres crédits (art. 405, al. 4 CSS) ;
- à autoriser, sur avis de l'IGSS, l'acquisition de droits immobiliers (art. 396, al. 3 CSS) ;
- approuver le programme de travail et l'organigramme de chaque institution (art. 4, al. 3 de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat).

International

Le MSS est l'autorité compétente luxembourgeoise pour les dérogations par rapport aux règles générales en matière de détermination de la législation applicable (article 16 du règlement (CE) No 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale).

Fixation des prix des médicaments à usage humain

Suivant l'article 22ter du Code de la sécurité sociale, les décisions relatives à la fixation des prix des médicaments à usage humain sont prises par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale. La gestion est assurée par les services administratifs du Ministère.

Commission de surveillance

L'article 72 CSS prévoit l'institution d'une Commission de surveillance composée d'un président et de quatre délégués. Elle est appelée à intervenir en vertu de l'article 72bis dans les litiges lui déférés par les prestataires de soins les opposant à la CNS ou à l'AA ou par les assurés les opposant aux prestataires. En vertu de l'article 73, elle examine en outre les rapports d'activité des médecins et médecins-dentistes et les faits lui signalés par la CNS ou une caisse de maladie susceptibles de constituer une violation des règles applicables par un prestataire de soins. Suivant l'article 393 CSS, la Commission est également compétente pour connaître des litiges lui déférés par la CNS ou par un prestataire et pour instruire les affaires portées devant elle par la CNS sur base des faits signalés par le chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Le président et le vice-président sont désignés par le ministre, le secrétariat est assuré par les services administratifs du Ministère.

Dommages de guerre corporels

La gestion des prestations d'assurance maladie et des rentes est déléguée par le ministre aux agents du Ministère collaborateurs du Service des dommages de guerre corporels. Créé par la loi modifiée du 25 février 1950

Sociétés de secours mutuels et Conseil supérieur de la Mutualité

- reconnaître les sociétés de secours mutuels remplissant les conditions prévues par la loi (art. 1^{er}) ;
- approuver leurs statuts (art. 2) sur avis de la commission supérieure d'encouragement des sociétés de secours mutuels dénommée aujourd'hui « Conseil supérieur de la mutualité » (arrêté ministériel du 27 août 1982) et les publier au Journal officiel;
- homologuer les décisions de l'assemblée générale ;
- autoriser l'acquisition de droits immobiliers (art. 5, al. 3) ;
- autoriser le placement de la moitié du patrimoine au maximum (art. 6, al. 2) ;
- approuver ou, le Conseil supérieur entendu, décréter la dissolution et désigner un commissaire assistant à la liquidation par le Conseil supérieur (art. 9, al. 2 et 3) ;
- recevoir tous les ans le compte-rendu de leur situation sur base du modèle qu'il a arrêté (art. 12).

Sur base de la loi, la commission supérieure d'encouragement des sociétés de secours mutuels avait été instituée par un règlement grand-ducal du 19 juillet 1961. Les sept membres sont nommés par le Grand-Duc sur proposition du ministre. C'est ce dernier qui préside la commission lorsqu'il assiste à une séance. La commission partage son droit de contrôle avec le ministre et adresse au ministre un rapport annuel sur ses travaux.

Organisation et personnel

Ministre de la Santé

Secrétaire parlementaire du ministre

Contrôle des affaires sociales

Affaires de la réglementation pharmaceutique

Division d'administration, d'inspection et de la sécurité sociale

Agence d'inspection de la sécurité sociale

Secrétariat général

Gestion des ressources humaines et financières

Affaires internationales

Relations avec le Parlement

Fixation des prix des médicaments

Dommages de guerre corporels

Relations administratives avec les établissements publics

14

Cadre du personnel au 31 décembre 2017

Fonctionnaires de l'Etat			
Groupe de traitement	Sous-groupe de traitement	Fonction	Effectif en place
A1	à attributions particulières	Conseiller de Gouvernement	1
B1	administratif	Rédacteur	6
Employés de l'Etat			5

Activités

Relations avec le Parlement

En 2017, le Ministère de la Sécurité sociale a répondu à 44 questions parlementaires et il a été saisi de deux pétitions de la part de la Chambre des Députés.

Assurance maladie-maternité

Procédure législative et réglementaire, modifications statutaires

En date du 15 décembre 2017, la loi modifiant certaines dispositions du Code de la sécurité sociale a été publiée au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg. Elle contient, en dehors de modifications purement techniques, notamment des précisions quant aux missions de l'Agence e-Santé (JO A1063).

En outre, le projet de règlement grand-ducal précisant les modalités et conditions de mise en place du dossier de soins partagé a été introduit dans la procédure législative.

Modifications relatives aux nomenclatures des actes et services des différents prestataires de santé pris en charge par l'assurance maladie :

- Règlement grand-ducal du 22 mars 2017 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 (JO A348)
- Règlement grand-ducal du 24 avril 2017 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 - PET-CT (JO A470)
- Règlement grand-ducal 30 novembre 2017 arrêtant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie (JO A1010)
- Règlement grand-ducal du 1^{er} décembre 2017 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 - arthroscopie (JO A1031)
- Règlement grand-ducal du 6 décembre 2017 modifiant les règlements grand-ducaux modifiés du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins et des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie – actes périnataux (JO A1033)
- Règlement grand-ducal du 6 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des infirmiers pris en charge par l'assurance maladie (JO 1034)

Approbation et publication des modifications des statuts de la Caisse nationale de santé :

Date de la décision du comité directeur	Objet	Date de mise en vigueur	N° JO
15 février 2017	Annexes A et D, demandes de prise en charge Brilique 60 mg, Efuient et Brilique 90 mg	01/05/2017	A429
15 mars 2017	Annexe A, fichiers B1 et B7	01/05/2017	A441
15 mars 2017	Articles 11, 42, alinéa 1, 143 <i>bis</i> , et 165, Annexe J	01/06/2017	A525
5 avril 2017	Annexe A, fichiers B1 et B5	01/06/2017	A526
26 avril 2017	Annexe A, fichiers B1 et B4	01/07/2017	A595
14 juin 2017	Articles 27, 28 et 165, Annexe J, Annexe L	01/07/2017	A598 et A624
17 mai 2017	Articles 3 et 152, Annexe A, fichiers B1, B3 et B4	01/08/2017	A658
12 juillet 2017	Annexe A, fichiers B1 et B5	01/10/2017	A692
26 juillet 2017	Fichier B1, Annexe B	01/10/2017, 01/03/2018	A806 et A938
13 septembre 2017	Annexes A et D, Fichiers B1 et B7	01/12/2017	A948
11 et 25 octobre 2017	Annexe A, Fichiers B1, B5	01/01/2018	A980
15 novembre 2017	Articles 35, 48, 55, 57, 59, 67, 114 et 190	01/01/2018 (01/02/2018)	A1096
15 novembre et 13 décembre 2017	Articles 42, 51, 58,72, 114, 91 <i>quater</i> , Annexes C et K, Fichiers B1 et B3	01/01/2018 (01/03/2018)	A1129

Activités dans le cadre de la tutelle administrative (approbation de décisions des ISS, modifications des ROI, publication de conventions des institutions de sécurité sociale etc.)

Protocoles d'accord et amendements aux conventions liant la CNS aux prestataires de soins et protocoles d'accord y relatifs :

- Protocole d'accord signé en exécution de l'article 68 de la convention du 13 décembre 1993, conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé, portant fixation de la valeur lettre-clé pour les exercices 2017 et 2018 pour les actes et services professionnels des médecins (JO A442)
- Amendement de la convention conclue le 23 novembre 2016 entre la Caisse nationale de santé et l'Association luxembourgeoise des kinésithérapeutes, en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale (JO A555)
- Amendement à la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et l'ASBL Luxembourg Air Rescue en exécution des articles 61 et suivants du Code de la sécurité sociale (JO A802)
- Protocole d'accord signé en exécution de l'article 36 de la convention du 10 juin 2015, conclue entre la Fédération des Laboratoires d'Analyses Médicales et la Caisse nationale de santé, portant fixation de la valeur de la lettre-clé pour l'exercice 2018 pour les actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique (JO A1106)
- Protocole d'accord signé en exécution de l'article 13 de la convention du 24 octobre 2007, conclue entre l'Entente des gestionnaires des structures complémentaires et extrahospitalières en psychiatrie a.s.b.l. et l'Union des caisses de maladie (conformément à l'article 15 de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique, la Caisse nationale de santé est substituée de plein droit dans les droits et obligations de l'Union des caisses de maladie), portant sur les tarifs des actes et services prévus

dans la nomenclature des actes et services prestés dans le domaine de la psychiatrie extrahospitalière pris en charge par l'assurance maladie (JO A1111)

- Convention entre la Caisse nationale de santé et le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale (JO A91 du 29 janvier 2018)
- Cahier des charges relatif aux documents et formules standardisés ainsi qu'aux moyens de transmission des données entre le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains, les personnes protégées, la Caisse nationale de santé, les caisses de maladie, l'Association d'assurance accident et le Contrôle médical de la sécurité sociale, pris en exécution de l'article 13 de la convention conclue entre le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains et la Caisse nationale de santé (JO A92 du 29 janvier 2018)

Conventions de prévention liant la CNS à l'Etat luxembourgeois

- Amendements apportés à la convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant institution d'un programme de médecine préventive pour la vaccination contre Human papilloma virus (JO A487)

Approbation et publication des modifications des statuts de la Mutualité des employeurs :

Arrêté ministériel du 26 octobre 2017 (JO A947)

Affaires individuelles

Au cours de l'exercice 2017, le Ministère de la Sécurité sociale a été saisi 93 fois d'assurés pour des questions individuelles concernant le fonctionnement, les conditions du remboursement des prestations de la CNS, les transferts à l'étranger, le paiement des indemnités pécuniaires etc. La Patientevertriebung est intervenue à plusieurs reprises concernant les sujets suivants : prix appliqués par les entreprises d'ambulances et de taxis, prise en charge des prestations en relation avec le lipoedème, prolongation du traitement des patients au Rehazenter. En outre, 8 prestataires ont contacté soit de façon individuelle, soit en groupe le Ministère de la Sécurité sociale pour lui soumettre des doléances spécifiques à leur domaine.

En même temps, le Ministère de la Sécurité sociale a traité les réclamations de 18 assurés qui concernaient plus spécifiquement le fonctionnement et les décisions du Contrôle médical de la sécurité sociale et les demandes de 7 personnes individuelles ou entreprises qui prenaient des renseignements sur l'affiliation alors qu'autant de personnes ou entreprises voulaient avoir des informations quant au paiement des cotisations, à l'assiette de cotisation ou bien quant à des délais de paiement à leur accorder par le Centre commun de la sécurité sociale.

Participation à des commissions et groupes de travail thématiques

Le bureau ministériel a eu lieu à un rythme hebdomadaire pour coordonner les travaux en interne. A un rythme mensuel ont eu lieu des réunions avec les chefs d'administration respectivement les présidents des institutions de sécurité sociale du département. Par ailleurs, la plateforme de préparation des réunions des ministres de la Santé et de la Sécurité sociale s'est réunie à un rythme mensuel, les réunions des ministres ont eu lieu suivant besoin.

A un rythme soutenu ont eu lieu les réunions de la commission permanente du secteur hospitalier qui donne son avis par rapport aux demandes de construction, d'agrandissement ou de rénovation et mise à niveau de certaines parties des établissements hospitaliers.

Budgets internes

En 2017, le Ministère de la Sécurité sociale a approuvé les décomptes des budgets 2016 de la CNS, du Centre commun de la sécurité sociale et de la Mutualité des employeurs et il a approuvé les budgets prévisionnels des mêmes institutions pour 2018.

Il a en outre approuvé sept dépassements de crédit au profit de la Caisse nationale de santé, six au profit de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et un au profit de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics respectivement du Centre commun de la sécurité sociale.

Assurance dépendance

La loi du 29 août 2017 portant modification 1. du Code de la sécurité sociale ; 2. de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale ; 3. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État, vient d'entrer en vigueur avec effet au 1er janvier 2018.

A part la pérennisation financière du système, la réforme structurelle de la loi modifiée du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance vise à consolider les principes de base de l'assurance dépendance et à moderniser le cinquième pilier de la protection sociale.

Elle ne met pas en question ni les différentes priorités sur lesquelles se base le système ni le système de financement par répartition.

Le déploiement de la démarche qualité, empruntée dès 1999 et intensifiée en 2005, sera poursuivi de façon dynamique et en toute transparence.

La réforme transpose la valorisation de la qualité moyennant une formalisation par deux règlements grand-ducaux et une optimisation de tous les facteurs et outils afférents, dont les normes concernant la dotation et la qualification du personnel, les coefficients d'encadrement du groupe, la documentation de la prise en charge et les indicateurs de qualité. Une politique opérationnelle de qualité est mise en place. La qualité de la prise en charge sera appréciée par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance sur base d'indicateurs de qualité.

Le déploiement d'un système forfaitaire de prise en charge tend à renforcer l'individualisation de l'offre.

Il constitue ensemble avec le déploiement d'une politique opérationnelle de qualité les vecteurs angulaires de la modernisation de la gestion dépendance.

La personnalisation de la prise en charge des personnes dépendantes pourra être renforcée. Une réponse plus pertinente, directe et efficiente à leurs besoins quotidiens changeants et à leurs choix et attentes variables pourra être apportée aux bénéficiaires par les prestataires et toutes les personnes engagés dans leur prise en charge.

Le déploiement d'un système de prise en charge moderne et flexible, attribuant aux différents intervenants la latitude nécessaire pour pouvoir intervenir de façon plus directe et ciblée, remplace une prise en charge « minutée » et rigide telle qu'organisée avant la réforme.

Les réévaluations systématiques et régulières des bénéficiaires assureront que les prestations leur accordées correspondent de façon continue à leurs besoins requis personnalisés.

L'outil d'évaluation de la dépendance et de détermination des prestations renouvelé évoluera en fonction des progrès réalisés en rapport avec les techniques scientifiques d'évaluation et les innovations informatiques.

La nouvelle Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance contrôlera l'exécution par les prestataires et aidants des aides et soins prestés et assurera le contrôle-qualité de ces derniers.

Le rôle de l'aidant est redéfini.

A présent, l'aidant est plus clairement identifié et bénéficie d'un meilleur encadrement et d'un suivi plus rapproché par l'Administration. L'aidant peut profiter de mesures de formation, afin d'assurer qu'il exécute ses services dans les règles de l'art et en toute sécurité.

A part un recentrage des prestations autour des actes essentiels de la vie, la réforme redéfinit les activités de soutien et de conseil moyennant le regroupement et la reformulation de certaines activités dans le cadre des nouvelles activités d'appui à l'indépendance, respectivement activités du maintien à domicile et activités d'accompagnement prévues pour le milieu stationnaire.

L'évolution de l'assurance dépendance sera suivie de façon plus rapprochée, prospective et systématique. L'Administration d'évaluation et de contrôle établira un rapport biennal sur les contrôles effectués. L'Inspection générale de la sécurité sociale procédera à une analyse biennale du fonctionnement de l'assurance dépendance dans le contexte d'un rapport d'analyse prévisionnel prenant en compte un certain nombre de facteurs concernant le pilotage du système.

Une transition fluide vers le nouveau système est envisagée pour assurer que les prestataires soient habilités d'intégrer rapidement et efficacement les nouvelles mesures prévues par la loi réforme dans leurs structures et organisations tout en continuant à garantir la continuité de leurs services en toute sécurité.

Un certain nombre de règlements grand-ducaux ont été pris dans le cadre de la réforme, à savoir :

- le règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant : 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ; 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance ; 3. les produits nécessaires aux aides et soins ;
- le règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 1) modifiant le règlement grand-ducal modifié du 25 juin 1998 relatif au fonctionnement de la commission consultative prévue à l'article 387, alinéa 4 du Code des assurances sociales ; 2) abrogeant le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant le fonctionnement de la commission de qualité des prestations prévue à l'article 387bis du Code des assurances sociales et 3) abrogeant le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant les conditions, limites et modalités du dépassement du plan de prise en charge en cas de fluctuations imprévisibles dans l'état de dépendance ;
- le règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 précisant les agréments requis au titre de la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique pour les prestataires d'aides et de soins ;
- le règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance ;
- le règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant ;
- le règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 fixant le contenu de la documentation de la prise en charge et les indicateurs de qualité de la prise en charge ;
- le règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 déterminant 1. les normes concernant la dotation et la qualification du personnel ; 2. les coefficients d'encadrement du groupe.

Les protocoles d'accord signés en date du 15 décembre 2017 entre la Caisse nationale de santé, organisme gestionnaire, et la COPAS, groupement professionnel représentatif de prestataires, fixent les valeurs monétaires applicables pour 2018 pour les réseaux d'aides et de soins, les centres semi-stationnaires, les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent et les établissements d'aides et de soins à séjour continu.

Une nouvelle convention-cadre ayant pour objet de définir dans le cadre de la législation relative à l'assurance dépendance les rapports entre la Caisse nationale de santé et les prestataires d'aides et de soins vient d'être signée à la date du 15 décembre 2017.

La commission consultative de l'assurance dépendance regroupe les membres suivants :

- un délégué du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale ;
- deux membres représentant l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ;
- deux membres désignés respectivement par les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Famille ;
- le président de la Caisse nationale de santé ou son délégué ;
- deux membres désignés par et parmi les délégués visés à l'article 46, alinéa 1, points 1 à 4 ;
- deux membres représentant le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires ;
- deux membres désignés respectivement par le conseil supérieur des personnes handicapées et celui des personnes âgées.

Au cours de l'exercice 2017, elle s'est réunie 6 fois et a émis avis au sujet de différents règlements grand-ducaux en rapport avec la législation relative à l'assurance dépendance.

Assurance pension

L'évolution législative et réglementaire

- Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 fixant la prime de répartition pure, prévue à l'article 225bis, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale, pour l'année 2016.
- Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 fixant le facteur de revalorisation, prévu à l'article 220 du Code de la sécurité sociale, de l'année 2016.
- Convention en matière de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et le Japon, signée à Tokyo, le 10 octobre 2014 - Entrée en vigueur au 01.08.2017

- Suivi du Projet de loi instituant le juge aux affaires familiales, portant réforme du divorce et de l'autorité parentale et portant modification :
 1. du Nouveau Code de procédure civile ;
 2. du Code civil ;
 3. du Code pénal ;
 4. du Code de la Sécurité sociale ;
 5. du Code du travail ;
 6. de la loi modifiée du 11 novembre 1970 sur les cessions et saisies des rémunérations de travail ainsi que les pensions et rentes ;
 7. de la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire ;
 8. de la loi modifiée du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse ;
 9. de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance ;
 10. de la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats ;
 11. de la loi du 27 juin arrêtant un programme pluriannuel de recrutement dans la magistrature et portant modification de la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire

(6996) déposé le 27 juin 2016 par le Ministre de la Justice, avisé le 7 décembre 2016 par le Conseil d'Etat et amendé le 26 septembre 2017.

Tutelle administrative

Le Ministère de la sécurité sociale a approuvé les décomptes et bilans de 2016 et les budgets prévisionnels de 2018 de la Caisse nationale d'assurance pension et du Fonds de compensation. Au cours de l'exercice 2017 il a en outre approuvé le dépassement d'un article budgétaire pour chacune des deux institutions.

National

Conformément à l'article 181 du Code de la sécurité sociale le MSS est compétent pour accorder une dispense de l'assurance pension aux personnes exerçant pendant une durée dépassant 24 mois une activité professionnelle au Luxembourg et affiliées à un régime de pension à l'étranger. 90 arrêtés ministériels accordant cette dispense de l'assurance pension ont été pris en 2017.

Au cours de l'exercice 2017, le Ministère de la Sécurité sociale a été saisi 28 fois par lettre d'assurés concernant des réclamations contre des décisions de la Caisse nationale d'assurance pension, la plupart pour des cas de refus d'une pension d'invalidité, de vieillesse anticipée ou de survie ainsi que le retrait de l'indemnité d'attente. En outre une centaine de demandes d'informations sont parvenues au MSS par courriel.

La déclaration gouvernementale de 2013 avait prévu un premier bilan de la réforme de l'assurance pension de 2012 pour 2016. Lors du Conseil de Gouvernement du 22 avril 2016 un 'Groupe de travail Pensions' avait été instauré afin de discuter de la soutenabilité financière du régime. Ce groupe de travail s'est réuni 4 fois en 2017 et conclura son travail en 2018.

International

Sur le plan international le MSS est l'autorité compétente luxembourgeoise pour les dérogations par rapport aux règles générales en matière de détermination de la législation applicable suivant l'article 16 du règlement (CE) No 883/2004. Il en est de même pour les conventions bi- et multilatérales de sécurité sociale qui prévoient également de telles dérogations (détachements). Dans ce contexte le MSS a adressé 132 demandes de dérogation aux autorités compétentes étrangères en 2017. 198 accords ont été émis suite à des demandes d'organismes étrangers, dans 5 cas l'accord a été refusé. En outre quelques 150 demandes d'information au sujet de détachements sont parvenues au MSS par courriel.

Fixation des prix des médicaments

Le service pour la fixation des prix des médicaments à usage humain a été placé sous la compétence du Ministère de la Sécurité sociale à partir du 1er septembre 2011.

Le titulaire ou mandataire est tenu à signaler au service, au moyen du formulaire de demande, toute modification des prix d'une présentation dans le pays de provenance. Cette communication se fait dans un délai d'un mois suivant la modification.

Lorsque le titulaire ou mandataire demande pour une présentation un prix inférieur à celui approuvé par l'autorité compétente du pays de provenance, le prix ex-usine et, le cas échéant, le prix d'achat du pharmacien et le prix au public sont réduits dans la même proportion. Le pourcentage de réduction le plus élevé appliqué par le titulaire ou mandataire dans sa demande à l'une des composantes du prix de la présentation étant d'office appliqué aux autres composantes du prix.

Après vérification de la Commission de contrôle (Ministère de la Sécurité sociale, Ministère de la Santé, la Caisse nationale de santé, Contrôle Médicale de la Sécurité sociale, Syndicat des pharmaciens) qui se réunit chaque mois, le service établit pour chaque présentation avec les prix approuvés, une décision d'approbation, qui prend effet le premier jour du mois qui suit la date de la décision.

Les prix des médicaments approuvés sont publiés au Journal officiel chaque année au mois de janvier sur la liste des prix des médicaments commercialisés. Les modifications apportées aux prix au cours de l'année sont publiées mensuellement au Journal officiel.

Le service reçoit chaque mois de la Caisse nationale de santé un relevé concernant les discordances des médicaments remboursés entre le Luxembourg et la Belgique. Suivant ce relevé le service établit des rappels et contrôle les suivis.

Le service a pris l'initiative de contrôler les médicaments qui depuis 2012 n'ont subi aucun changement de prix. Par cet effet 466 numéros du Code national de pays de provenance (pour la Belgique « CNK », pour l'Allemagne « PZN ») ont été complétés, et 123 médicaments ont été signalés pour suppression au Ministère de la Santé, qui est compétent pour la base de données des médicaments.

Pendant l'année 2017 le Service a fixé les prix suivants:

375 pour nouveaux médicaments,

2.062 pour médicaments accusant une hausse,

695 pour médicaments accusant une baisse,

9 médicaments pour un retrait des prix,

Pour chaque fixation ou modification de prix une décision d'approbation est établie.

Commissions et groupes de travail

Comité quadripartite, Commission consultative AD, Action concertée AD, Commission supérieure des maladies professionnelles, Conseil supérieur de la protection nationale, Plateforme interministérielle de réforme et de simplification administrative, Digital Lëtzebuerg, eLëtzebuerg, Comité interministériel pour la coopération au développement, Comité interministériel des droits de l'homme, Comité interministériel à l'action sociale, Conseil supérieur à l'action sociale, Groupe interministériel « Plan d'action national pour l'inclusion sociale », Groupe de travail interministériel sur le RMG, Conseil national pour étrangers, Groupe de travail interministériel sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre, Comité interministériel égalité entre hommes et femmes, Comité du travail féminin, Commission de coordination de l'INAP, Comité de prévision, Comité interministériel de coordination de la politique européenne, Comité interministériel de coordination de la coopération transfrontalière au sein de la Grande Région, Commission permanente pour le secteur hospitalier, Commission consultative documentation hospitalière, Commission consultative des laboratoires, etc.

Commission de surveillance

L'article 72 CSS prévoit l'institution d'une Commission de surveillance composée d'un président et de quatre délégués. Cette Commission est appelée à intervenir en vertu de l'article 72 bis dans les litiges lui déférés par les prestataires de soins ou par un assuré les opposant à la CNS. En vertu de l'article 73 elle examine en outre les rapports d'activité des médecins et médecins-dentistes lui soumis par le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale et les faits lui signalés par la CNS ou une caisse de maladie susceptibles de constituer une violation

des règles applicables par un prestataire de soins. En vertu de l'article 393 la Commission est également compétente pour connaître des litiges lui déférés par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance et pour instruire les affaires qui sont portées devant elle par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance sur base des faits signalés par le chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation. Le président et le vice-président sont désignés par le ministre, le secrétariat est assuré par les services administratifs du Ministère.

Année	Nombre d'affaires introduites	Nombre de réunions	Nombre de décisions
2009	1	7	4
2010	3	8	3
2011	3	10	4
2012	4	7	4
2013	2	5	3
2014	1	5	2
2015	7 (de nov. à déc. 2015)	5	2
2016	19	20	12
2017	33	21	14

Service des dommages de guerre corporels

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

Ledit service a été créé par la loi modifiée du 25 février 1950 concernant l'indemnisation des dommages de guerre corporels. Il assure la gestion courante des dossiers des bénéficiaires de cette loi.

Il assure le paiement des rentes allouées aux victimes de guerre, le remboursement 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.

L'évolution législative et réglementaire

Le règlement grand-ducal du 6 décembre 2017 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 de guerre corporels, aux rémunérations payées depuis le 1er octobre 1944 a fixé les coefficients pour l'exercice 2018.

Activités

Pendant l'année 2017 le service a versé 192 rentes, dont 126 rentes personnelles et 66 rentes de survie. Par contre 27 rentes se sont éteintes.

Pour l'année 2017 des prestations de l'ordre de 1.504.708 € ont été payées par le service, dont 1.466.749 € pour les rentes et 37.959 € pour frais médicaux.

INSPECTION GÉNÉRALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Missions légales

L'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS), qui a été instituée au sein de l'administration gouvernementale par la loi du 25 avril 1974, est placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

L'Inspection générale a pour mission (art. 423 CSS) :

- 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.

L'Inspection générale peut être chargée de l'examen de toutes autres questions que le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale ou un autre membre du Gouvernement ayant dans ses attributions une branche ou un régime de sécurité sociale juge utile de lui soumettre. Elle peut faire au Gouvernement toute suggestion susceptible d'améliorer la législation de sécurité sociale ou l'organisation des institutions de sécurité sociale. (art. 424 CSS).

En tant qu'autorité de surveillance des institutions de sécurité sociale (ISS), elle 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 (art. 409, al. 1 à 3 CSS). Le législateur a donc confié à l'IGSS le rôle d'auditeur pour le compte du Gouvernement des ISS dont fait partie également la Caisse pour l'avenir des enfants (CAE) qui tombe sous la tutelle du ministre ayant dans ses attributions la Famille.

En outre, l'Inspection générale participe à l'exercice du pouvoir tutélaire des deux ministres de tutelle des ISS dans de nombreux domaines spécifiés par le Code de la sécurité sociale. En particulier, si une décision d'un organe d'une ISS est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts, l'IGSS peut en suspendre l'exécution par décision motivée jusqu'à décision du ministre de tutelle qu'elle saisit aux fins d'annulation. En plus, au cas où une institution refuse de remplir les obligations lui imposées par les lois, règlements, statuts ou conventions, le ministre de tutelle peut après deux avertissements consécutifs, charger l'Inspection générale de la sécurité sociale de mettre à exécution les mesures prescrites par les lois, règlements, statuts et conventions aux frais de l'institution (art. 410 CSS).

Des missions spécifiques sont encore attribuées à l'IGSS dans le cadre de différentes lois et instruments internationaux en matière de sécurité sociale.

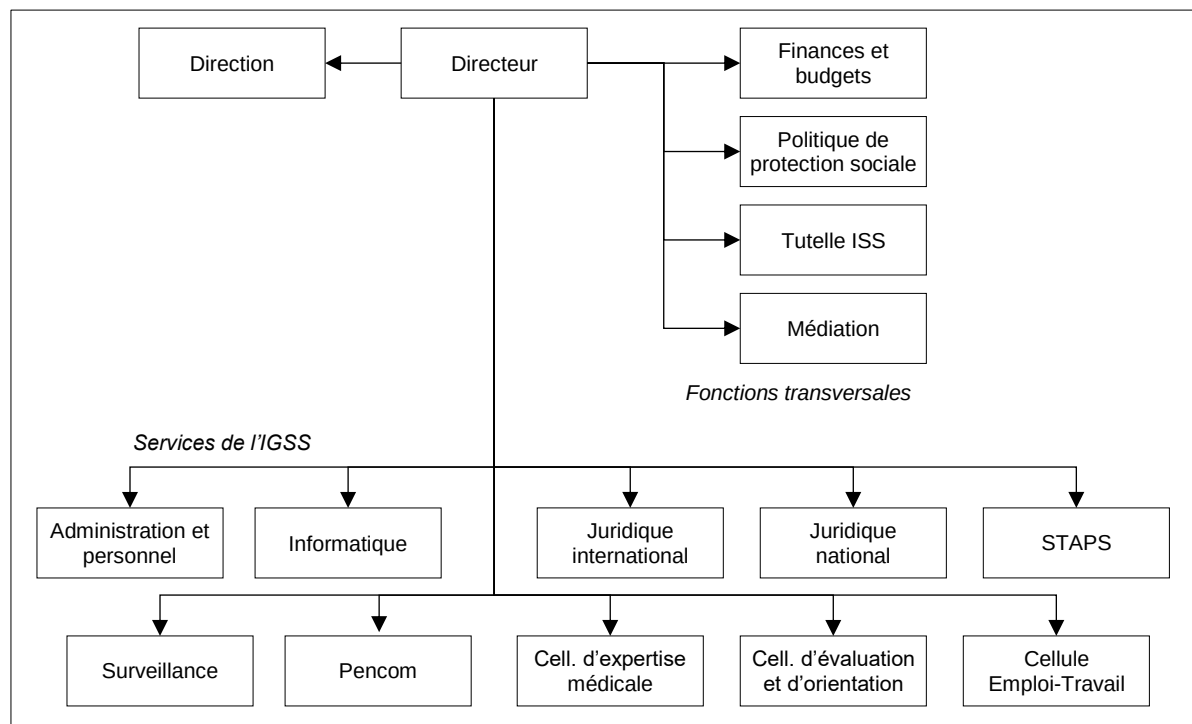
Une redéfinition de la mission de l'Inspection générale et de ses relations avec les ISS est prévue par le projet de loi 7004 déposé en 2016.

La Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO), créée par la loi du 19 juillet 1998 portant création d'une assurance dépendance est rattachée à l'IGSS. Au 1^{er} janvier 2018, elle est devenue autonome en changeant de dénomination en « Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance », placée directement sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale (loi du 29 août 2017 portant modification 1. du Code de la sécurité sociale ; 2. de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale ; 3. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État).

En application de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pensions, l'IGSS exerce également les attributions de l'autorité compétente en matière de pensions complémentaires.

Organisation et personnel

Organigramme de l'IGSS au 31 décembre 2017



Cadre du personnel au 31 décembre 2017 (sans CEO)

Groupe de traitement / d'indemnité	Sous-groupe de traitement / d'indemnité	Fonction	Effectif en place
Fonctionnaires de l'Etat			
A1	à attributions particulières	Directeur	1
A1	à attributions particulières	Premier inspecteur de la sécurité sociale	8
A1	administratif	Conseiller / attaché	15
A1	à attributions particulières	Médecin dirigeant / médecin	1*
A2	administratif	Gestionnaire dirigeant / gestionnaire	2
B1	administratif	Inspecteur / rédacteur	26
C1	administratif	Expéditionnaire dirigeant / expéditionnaire	1
Employés de l'Etat			
A1	administratif	Employé	11
B1	administratif	Employé	6
C1	administratif	Employé	4
D1	administratif	Employé	1
Salariés de l'Etat			
A	Aide-salarié	Aide-salarié	6

* détaché à l'IGSS

Crédits de l'IGSS au budget de l'Etat 2017

Libellé	Crédit voté
Traitements des fonctionnaires	2 904 147
Indemnités des employés	1 969 279
Salaires des salariés	183 586
Participation aux frais du Centre commun de la sécurité sociale	503 245
Frais d'experts et d'études	996 000
Frais de publication	37 000
Frais généraux de fonctionnement	136 950
Cotisations à des organismes internationaux	8 000
Acquisition d'équipements informatiques	25 000
Acquisition de logiciels, brevets et autres biens incorporels	135 000
Acquisition de mobilier de bureau	1 000
Total	6 899 207

Gestion par objectifs

La gestion par objectifs a été introduite dans l'administration publique par l'adaptation de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat par la loi du 25 mars 2015 entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2015. Le nouveau système est mis en œuvre par cycles de trois années, dénommés « périodes de référence », sur base des éléments suivants:

- le programme de travail de l'administration et, s'il y a lieu, de ses différentes unités organisationnelles,
- l'organigramme,
- la description de poste,
- l'entretien individuel du fonctionnaire avec son supérieur hiérarchique,
- le plan de travail individuel pour chaque fonctionnaire.

La première période de référence a commencé le 1^{er} octobre 2015 et prendra fin le 31 décembre 2018.

Le programme de travail et l'organigramme doivent être validés par le ministre de tutelle. Le programme de travail a été approuvé par le Ministre de la Sécurité sociale en date du 24 mai 2016, l'organigramme a été validé par arrêté ministériel du 6 septembre 2017.

Charte des valeurs

Dès la rentrée de septembre 2016, l'IGSS avait commencé à élaborer ensemble avec les services du Ministère et dans une approche participative impliquant tous ses agents une nouvelle charte des valeurs appelée à remplacer la charte élaborée dans le cadre du projet CAF lancé en 2006. L'expression graphique de la nouvelle charte présentée le 8 décembre 2017 est reproduite ci-contre.

Suivant la nouvelle charte des valeurs :

« En tant que fonctionnaires et employés du Ministère de la Sécurité sociale et de l'Inspection générale de la sécurité sociale, nous accomplissons une mission d'intérêt public pour notre pays.

Dans l'exercice de notre travail, nous adhérons aux principes de la Déclaration universelle des droits de l'homme, nous respectons pleinement les droits et devoirs du statut des fonctionnaires et nous agissons dans le cadre des attributions qui nous sont conférées par les lois et règlements.



Nous honorons nos conditions de travail et perspectives d'avancement attrayantes, les ressources mises à notre disposition de même que le cadre performant facilitant notre développement professionnel.

Les huit valeurs fondamentales que nous avons retenues nous guident dans l'exécution de nos missions ainsi que dans nos interactions personnelles et professionnelles. »

RESPECT

Le respect, notre valeur primaire, signifie pour nous l'égard et la considération envers tout individu ou toute opinion ainsi que la valorisation du rôle et du travail de chaque collègue et partenaire.

Dans notre travail quotidien, nous faisons preuve d'ouverture d'esprit, de courtoisie et de tolérance, de loyauté, d'équité et d'objectivité.

COMMUNICATION

Notre communication, sous toutes ses formes et à travers tous les niveaux, est basée sur l'échange ouvert, l'écoute et la discrétion.

Elle nous permet le partage des connaissances et du savoir pour la réalisation d'un travail efficace, tout en respectant le secret professionnel et les règles de la protection des données.

ESPRIT D'ÉQUIPE

En partageant nos compétences de façon engagée et solidaire, nous perpétons notre esprit d'équipe dans un climat de confiance afin de remplir nos missions et d'atteindre nos objectifs.

COLLÉGIALITÉ

La collégialité, pour nous synonyme de bonnes relations interpersonnelles, se fonde sur l'honnêteté, l'entraide et la bienveillance dans les rapports avec nos collègues.

Elle contribue à une ambiance de travail agréable, propice à la motivation et à l'efficacité de tous.

QUALITÉ

Nous nous engageons à fournir un travail de qualité en déployant de façon optimisée nos compétences et nos ressources. Nous effectuons nos tâches avec motivation, de manière exacte et consciencieuse.

Nous promovons le développement professionnel et l'esprit d'innovation conformément à notre démarche d'excellence.

RESPONSABILITÉ

Conscients de nos rôles et missions, nous répondons de notre travail en l'accomplissant avec intégrité et objectivité.

Dans notre organisation, nous assumons tous nos responsabilités individuelles, collectives et hiérarchiques envers nos collègues et partenaires.

COMPÉTENCE

Dotés d'une formation de base solide, nous exécutons nos tâches avec savoir-faire et professionnalisme.

Ouverts à toute mesure de perfectionnement et au relèvement de nouveaux défis, nous progressons dans une approche de bonnes pratiques.

TRANSPARENCE

Nous élaborons des procédures, prenons des décisions et communiquons de façon transparente, compréhensible et traçable.

Dans cette optique, nous veillons à ce que toute information soit fondée et transmise aux parties prenantes concernées.

Gestion des risques

Avec la création en 2015 de l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI) rattachée au Haut-Commissariat à la Protection nationale, le Gouvernement luxembourgeois a souligné le caractère prioritaire incombant à la protection des informations.

Ainsi, dans une démarche d'amélioration continue et selon les principes de bonne gouvernance, l'IGSS a entamé en 2017 le projet de la mise en œuvre d'une gestion des risques, en mettant l'accent, dans une première étape, sur le volet de la sécurité de l'information, en utilisant l'outil de gestion des risques MONARC - Méthode optimisée d'analyse des risques. L'outil a été développé par l'initiative CASES (Cyberworld Awareness and Security Enhancement Services) qui fait partie des activités du groupement d'intérêt économique « security made in Letzebuerg » (SMILE) réunissant l'Etat, le SIGI et le SYVICOL et est en ligne avec la politique de sécurité de l'information de l'Etat luxembourgeois élaborée par l'ANSSI et approuvée par le Conseil de gouvernement.

Sur mandat du ministre de la Sécurité sociale, ce projet a été étendu à toutes les administrations relevant de la compétence du ministère de la Sécurité sociale ainsi qu'aux institutions de sécurité sociale, traitant des données très sensibles, en désignant l'IGSS en tant que coordinateur du projet. Ainsi, l'identification des risques liés à la sécurité de l'information a eu lieu au cours de l'année 2017, afin d'entamer en 2018 l'évaluation des risques identifiés. C'est la cellule « Gouvernance » du service Surveillance qui est chargée de la coordination des travaux.

Il reste à préciser que la gestion des risques liés à la sécurité de l'information évoluera dans le temps et sera élargie, dans une deuxième étape, aux autres dimensions de la gestion des risques.

Administration

La gestion des ressources et les autres charges administratives sont confiées de façon centralisée au service Administration et personnel. Dans le cadre des dispositions légales, réglementaires et statutaires, celui-ci a pour mission d'assurer pour l'ensemble des services de l'IGSS :

- la gestion des ressources humaines de l'IGSS (recrutement, formation, suivi des carrières, dossiers personnels, horaire mobile et congés, accompagnement des entretiens de développement professionnel, implémentation des procédures prévues par les réformes de la Fonction publique de 2015) ;
- la gestion des ressources financières de l'IGSS (budget et comptabilité de l'Etat, marchés publics) ;
- la gestion des ressources matérielles et logistiques de l'IGSS (budget mobilier, aménagement des bureaux IGSS, voiture de Direction, matériel de bureau, etc.) ;
- la documentation et l'amélioration des procédures liées au fonctionnement interne ainsi qu'à la gestion des ressources IGSS comprenant les mises à jour du référentiel organisation et procédures (ROP) qui inclut l'organigramme de l'IGSS ;
- l'établissement, la mise en œuvre, et le suivi du plan de formation des agents ;
- la coordination administrative de l'IGSS comprenant l'organisation de l'accueil, du courrier, des archives, du centre de documentation, des déplacements à réaliser avec la voiture de Direction, de la gestion logistique, de l'équipe assurant les travaux de nettoyage et d'entretien ;
- la communication interne des informations liées aux missions du service.

Contrôle des institutions de sécurité sociale

Le contrôle des ISS est confié au service Surveillance.

Mission légale

Le service Surveillance assure le contrôle des institutions de sécurité sociale (ISS) qui en vertu des lois et règlements est exercé par le Gouvernement ou un membre du Gouvernement (art. 423, 2 CSS), en veillant à l'observation des prescriptions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ainsi qu'à la régularité des opérations financières (art. 409, al. 2 CSS).

Il réalise cette mission de contrôle auprès de toutes les ISS définies à l'article 396 CSS, à savoir, d'une part, pour le compte du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale :

- la Caisse nationale de santé (CNS),
- les trois caisses de maladie du secteur public (CMFEC, CMFEP, EMCFL),
- la Mutualité des employeurs (MDE),
- l'Association d'assurance accident (AAA),
- la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP),
- le Fonds de compensation (FDC),
- le Centre commun de la sécurité sociale (CCSS) et,

d'autre part, pour le compte du ministre ayant dans ses attributions la Famille :

- la Caisse pour l'avenir des enfants (CAE).

Suivant un arrangement administratif avec ce dernier ministre, il assure également le contrôle de la légalité des décisions du Fonds national de solidarité (FNS) et le contrôle de la régularité des opérations comptables de ce dernier.

Au sein du service, une équipe indépendante est chargée de la mission d'audit et de surveillance générale.

Le service Surveillance collabore d'ailleurs avec les services STAPS et Juridique national afin de garantir la réalisation conforme et efficiente de ses missions.

Afin de garantir son indépendance et le professionnalisme de sa démarche, le service s'est donné une Charte d'audit. En outre, le service Surveillance intègre dans son activité de contrôle l'appui et le conseil des ISS.

Contrôle de la régularité des opérations financières

Une des missions principales du service Surveillance a trait aux domaines comptable et financier des ISS. Le contrôle de la régularité des opérations financières donne lieu pour chaque ISS à la production annuelle par l'IGSS d'un avis à l'attention du ministre de tutelle de l'ISS concernée.

La base légale du contrôle financier des ISS (voir sous « Missions légales ») est complétée par les articles 405 à 408 du CSS concernant les budgets internes, les comptes annuels et la tenue de la comptabilité, précisés par le règlement grand-ducal modifié du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des ISS.

La mission du contrôle financier porte sur la tenue de la comptabilité, les comptes annuels, l'exécution du budget interne des frais d'administration et l'exécution du budget de l'État.

Mission générale de surveillance

Dans le cadre de la mission générale de surveillance, c'est essentiellement la légalité des décisions prises par les organes des ISS qui est contrôlée. Les procès-verbaux des délibérations des organes des ISS sont communiqués à l'IGSS et constituent la base pour le contrôle par le service Surveillance et le service Juridique national.

Cette surveillance ne s'étend pas seulement sur l'application correcte des dispositions du Code de la sécurité sociale, mais également sur l'observation des règles prescrites par les autres textes applicables aux établissements publics comme par exemple la législation concernant les fonctionnaires et employés de l'Etat ou celle relative aux marchés publics.

Opérations d'audit spéciales

Les missions d'audit opérationnel de la gestion des ISS donnent lieu pour chaque ISS à la rédaction annuelle d'un rapport de mission de contrôle dont le contenu couvre l'objectif des audits ainsi que les constatations et recommandations. Le service Surveillance établit annuellement un plan d'audit en tenant compte de l'évolution de la législation, des activités des ISS, des résultats des différents contrôles de l'exercice en cours, des rapports des exercices antérieurs ainsi que des ressources internes disponibles. A la demande du ministre de tutelle d'une institution ou du Directeur de l'IGSS, des missions d'audit spécifiques supplémentaires peuvent être programmées.

Echanges annuels

Dans une réunion contradictoire annuelle, le rapport de mission de contrôle est discuté et validé avec les responsables respectifs des ISS. En outre, le programme d'audit pour l'exercice suivant est validé.

Gouvernance des institutions de sécurité sociale

Le service Surveillance assiste les ISS dans la mise en œuvre de la bonne gouvernance basée sur la gestion des processus, des risques et de l'assurance qualité. Sous les projets sont renseignées également les interventions d'autres services de l'IGSS ayant des répercussions sur les aspects de gouvernance du système de la Sécurité sociale.

Mission légale

La loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique a confié à l'Inspection générale un certain nombre de nouvelles missions de tutelle censées répondre aux exigences de modernisation de l'administration publique reflétées par la promotion au niveau national et international de standards de bonne gouvernance :

- elle détermine un cadre méthodologique commun sur la base duquel les institutions de sécurité sociale sont tenues d'élaborer et de décrire leurs processus et procédures administratifs (art. 423, sous 7) CSS ;
- elle assiste les ISS dans l'élaboration de leurs processus et procédures administratifs (art. 423, sous 7) CSS ;
- elle assure, en cas de besoin, les arbitrages nécessaires pour l'implémentation de ces processus et procédures (art. 423, sous 7) CSS ;
- elle prescrit les critères suivant lesquels les ISS sont tenues de mettre en œuvre une gestion des risques et une assurance qualité appropriée (art. 409, al. 3 CSS) ;

- elle produit au ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale son avis concernant le schéma directeur informatique du Centre informatique de la sécurité sociale (CISS ; art. 415, alinéas 2 et 3 CSS) ; cette mission demande une étroite collaboration entre service Surveillance et service Informatique.

Activités

Annuellement le schéma directeur informatique du Centre commun de la sécurité sociale approuvé par le comité directeur est soumis pour avis au service Surveillance en vue de son approbation ministérielle.

Projets

Dans le cadre du projet de loi n°7004 modifiant le Code de la sécurité sociale, le service Surveillance a participé aux travaux parlementaires en ce qui concerne la partie du projet introduisant le concept de la bonne gouvernance dans la gestion des institutions de sécurité sociale.

Pour le secteur hospitalier, une documentation hospitalière exhaustive et le renseignement de la pathologie par codage sont les prérequis sur lesquels doit s'appuyer toute réflexion concernant la démarche à suivre en vue de l'établissement du futur modèle de financement des hôpitaux. Aussi, l'IGSS a appuyé et organisé l'implémentation du logiciel 3M dans les établissements hospitaliers et la décision de codage des diagnostics et interventions et examens médicaux suivant les classifications ICD-10-CM et ICD-10-PCS.

Plateforme gestion des risques

La coordination du projet « Gestion des risques » (voir section « Organisation et personnel ») a été assurée tout au long de l'exercice par le service Surveillance. La première phase du projet, à savoir l'identification des risques liés à la sécurité de l'information, débutée en avril 2017, a été clôturée en juillet 2017 avec une formation portant sur l'outil MONARC.

La deuxième phase du projet, portant sur l'évaluation des risques identifiés à la sécurité de l'information, a commencé au cours du 3^e trimestre 2017 et sera finalisée au cours du 1^{er} semestre 2019.

Tutelle sur les institutions de sécurité sociale

A côté de la mission générale de surveillance ou d'audit, le Code de la sécurité sociale confie à l'IGSS toute une série de tâches ponctuelles tombant dans le domaine du contrôle tutélaire qui la font intervenir de façon plus ou moins directe dans les processus gérés par les ISS, souvent à l'amont d'une intervention du ministre de tutelle, parfois à l'aval des travaux de la cellule d'audit.

La fonction de tutelle est répartie sur plusieurs services suivant les domaines concernés : les cellules « Tutelle » et « Audit » du service Surveillance, « Finances et budgets » du service STAPS et le service Juridique national. Un « coordinateur Tutelle des institutions » initie et coordonne les actions de tutelle en s'accordant avec la Direction et veille à la bonne exécution des missions de tutelle de l'IGSS.

Mission légale

Le champ d'application du contrôle tutélaire est délimité par le CSS et les règlements grand-ducaux d'exécution. Il s'étend essentiellement sur cinq grands domaines :

- sur les personnes, c'est-à-dire sur les mandataires membres de l'organe directeur, sur le président et sur les premiers conseillers de direction;
- sur les actes posés par les institutions;
- sur le plan budgétaire;
- sur le plan comptable et financier.

Activités de tutelle en 2017

Le tableau ci-après énumère les actions dans le cadre des différentes missions de tutelle que la loi confie à l'IGSS dans ces domaines.

Description	Base légale	Origine / déclenchement ¹	Nombre d'actions par ISS ²									Action IGSS	
			CNS-MM	CNS-AD	CMSP	MDE	AA	CNAP	FDC	CAE	CCSS		
1. Tutelle sur les personnes : pas d'action en 2017													
2. Tutelle sur les actes													
2.1. Approbation ministérielle sur avis de l'IGSS (le ministre compétent peut toujours choisir de refuser l'approbation d'un acte moyennant une lettre de réponse motivée à l'ISS)													
Approbation du budget annuel (global)	art. 45 al. 3, 58 al. 1, 141 al. 2, 251 al. 3, 261 al. 2, 331 al. 3, 381 al. 1, 415 al. 2 CSS	Vote organe directeur	1	1		1	1	1	1	1	1	Avis IGSS	
Approbation du budget annuel des frais d'administration et de gestion du patrimoine immobilier	art. 49 al. 3 CSS	Vote organe directeur			3							Avis IGSS	
Approbation d'une refixation des taux de cotisation	art. 45 al. 3, 58 al. 1, 141 al. 2 CSS	Vote organe directeur Demande d'approbation	-			1	1					Avis IGSS	
Approbation du décompte annuel des recettes et dépenses (sauf CCSS) ainsi que du bilan	art. 45 al. 3, 58 al. 1, 141 al. 2, 251 al. 3, 261 al. 2, 331 al. 3, 381 al. 1, 415 al. 2 CSS	Vote organe directeur Demande d'approbation	1	1		1	1	1	1	1	1	Avis IGSS	
Approbation d'une modification du ROI, des statuts (MDE & FDC) ou des règles relatives au point de contact national pour questions relatives aux soins de santé transfrontaliers	art. 45 al. 3, 49 al. 3, 58 al. 1, 141 al. 2, 251 al. 3, 261 al. 2, 331 al. 3, 381 al. 1, 415 al. 2 CSS	Texte modification	-		-	1	-	-	-		-	Avis juridique	
Approbation d'une modification des statuts (CNS & AA)	art. 45 al. 3, 141 al. 2 CSS	Texte modification	13				-					Avis juridique	
Approbation d'une modification des directives concernant les principes et règles de gestion du patrimoine	art. 261 al. 2 CSS	Texte modification voté							-			Avis IGSS	
Autorisation d'un dépassement d'un crédit limitatif	art. 405 al. 4 CSS, art. 21 R. 19.12.08	Demande de dépassement de l'ORDIR ou Demande de dépassement du président	7 -	 -	4 -	- -	- -	1 -	- -	- -	1 -	Avis IGSS Recommandation d'économies s. autres crédits	
Autorisation d'acquisition de droits immobiliers	art. 396 al. 3 CSS	Demande d'acquisition de l'ORDIR	-		-	-	-	-	1	-	-	Avis IGSS	
Autorisation d'investissements spécifiques en dehors des OPC	art. 266, al. 3 CSS	Demande d'investissement							1			Avis IGSS	
2.2. Droit de substitution : pas d'action en 2017													
2.3. Suspension / annulation d'une décision illégale de l'organe directeur (la demande peut émaner également du président de l'ISS)													
Décision « illégale » concernant le personnel	art. 409 al. 6, 410 CSS	Avis interne IGSS « Décision « illégale » d'un ORDIR »	2		-	-	-	-		-	-	Suspension IGSS	

¹ ORDIR=organe directeur, PDT=président.

² CNS-MM=maladie-maternité, CNS-AD=assurance dépendance, CMSP=caisses de maladie du secteur public.

Description	Base légale	Origine / déclenchement ¹	Nombre d'actions par ISS ²									Action IGSS
			CNS-MM	CNS-AD	CMSP	MDE	AA	CNAP	FDC	CAE	CCSS	
Décision « illégale » vidant l'opposition d'un assuré ou d'un employeur	art. 409 al. 6, 410 CSS	Avis interne IGSS « Décision « illégale » d'un ORDIR »	2	-	-	-	-	-		-	-	Suspension IGSS
2.4. Tutelle en matière de conventions de l'assurance maladie : pas d'action en 2017												
3. Tutelle sur le plan budgétaire												
3.1. Budgets internes des ISS												
Emission d'une circulaire budgétaire à l'attention des ISS	art. 405 & 407 CSS, art. 13 & 14 R. 19.12.08	Réception circulaire budgétaire IGF	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Circulaire budgétaire IGSS unique
Désignation de l'ISS compétente pour les frais administratifs communs à plusieurs ISS	art. 407 CSS, art. 26 al.1 R. 19.12.08	Rédaction circulaire budgétaire IGSS	2			1	2	1		1	2	Circulaire budgétaire IGSS unique
Contrôle des crédits budgétaires des ISS	art. 405 al. 3 & 407 CSS, art. 24 R. 19.12.08	Réception propositions budgétaires des ISS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Avis IGSS budget interne
Contrôle et communication aux ISS de la répartition des frais communs entre ISS	art. 407 CSS, art. 26 al.2 & 27 R. 19.12.08	Réception propositions budgétaires des ISS	2			1	2	1		1	2	Crédits à inscrire au budget par les ISS
Arrêter la structure des tableaux budgétaires et des annexes au budget des ISS	art. 405 CSS, art. 13 R. 19.12.08	Modification plan des comptes	1		1	1	1	1	1	1	1	Nouveau tableau budgétaire
3.2. Participations du budget de l'Etat au financement des ISS												
Intermédiaire dans l'élaboration du budget de l'Etat	art. 14 R. 19.12.08	Propositions budgétaires des ISS	1	1		-	1	-		1		Demande d'adapter les crédits
		Propositions définitives ISS	1	1		1	1	1		1	1	Envoi propositions définitives ISS
Fixation des avances mensuelles sur la part de l'Etat	art. 31 al. 2, 56, 160 al. 2, 239 al. 2, 319, 375 al. 3 CSS	Vote de la loi budgétaire	1	1		1	1	1		1	1	Echéancier des avances mensuelles
Liquidation de la douzième avance ou d'une avance supplémentaire		Déclaration ISS	1	1		1	1	1		1	1	Visa IGSS ou refus visa IGSS
Contrôle de l'exécution du budget de l'Etat		Déclaration ISS Demande de dépassement Demande d'inscription restant d'exercice	14	4		1	1	1		38 6	10 2	Visa IGSS ou refus visa IGSS
4. Tutelle sur le plan comptable et financier												
Arrêter le plan comptable uniforme et ses annexes : modifications	art. 407 CSS, art. 3 R. 19.12.08	Divers	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Information IGSS et ISS
Ouverture d'un compte	art. 407 CSS, art. 3 R. 19.12.08	Demande ISS	10	5	-	2	2	3	1	2	2	Autorisation IGSS
Autorisation écriture comptable après délai	art. 407 CSS, art. 5 R. 19.12.08	Demande ISS	-	-		-	-	-	-	-	-	Autorisation IGSS
Autorisation report de la clôture des comptes	art. 407 CSS, art. 6 R. 19.12.08	Demande ISS	1	1		-	1	-	1	-	-	Autorisation IGSS
Autorisation de provisions	art. 407 CSS, art. 8 R. 19.12.08	Demande ISS	1	1		-	-	-	-	-	-	Autorisation IGSS

Domaine juridique national

Plusieurs services collaborent pour permettre à l'IGSS de répondre à la mission lui confiée par la loi dans le domaine juridique au niveau national.

Mission légale

Suivant le point 1) de l'article 423 CSS, l'Inspection générale a pour mission de contribuer à l'élaboration des mesures législatives et réglementaires en matière de sécurité sociale.

Cette mission est remplie essentiellement par le service Juridique national et pour la réglementation purement technique par le service Statistiques, actuariat et programmation sociale (STAPS).

En outre, le service Juridique national a pour missions de :

- aviser juridiquement les mesures statutaires et conventionnelles des ISS ;
- étudier les projets de textes législatifs et réglementaires susceptibles d'avoir des effets sur le droit de la sécurité sociale ;
- suivre toutes les questions à caractère juridique et contribuer à veiller à l'observation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles en matière de sécurité sociale ;
- assurer une mission de conseil, d'expertise et de veille juridique pour l'IGSS, la Cellule d'expertise médicale, le Ministère de la Sécurité sociale et pour les institutions de sécurité sociale ;
- réaliser des études permettant d'identifier des problématiques juridiques et formuler des avis à caractère juridique ;
- instruire et suivre les plaintes et affaires contentieuses ;
- analyser les affaires individuelles ;
- accompagner les travaux interministériels ;
- mettre à jour le Code de la sécurité sociale et le Précis du Code de la sécurité sociale ;
- élaborer l'ouvrage « Droit de la sécurité sociale ».

Le service Juridique national collabore également étroitement avec le service administratif du Ministère de la Sécurité sociale afin de mettre en œuvre et de surveiller la procédure législative et réglementaire relative aux projets de lois et de règlements grand-ducaux relevant du domaine de la Sécurité sociale.

Travaux législatifs

Les travaux suivis en 2017 par le **service Juridique national** ont concerné les dossiers suivants :

Avant-projets et projets de loi

PL 7061 Citybus I
PL 7014 Assurance dépendance
PL7004 Gouvernance
PL 7056 Plan hospitalier
PL 7060 Congé familial, congé pour raisons sociales
Loi budgétaire 2018
PL 6382/7042 Reforme administration pénitentiaire
PL 7113 Revis
Mi-temps thérapeutique
Reclassement professionnel

Règlements-grand-ducaux

RGD RAD Détermination de la dépendance
RGD RAD Normes de qualité
RGD RAD Correspondance agrément
RGD RAD Aides techniques
RGD RAD Détermination de la dépendance chez l'enfant
RGD RAD Documentation
RGD RAD Aidant
RGD RAD Procédure de négociation VM
RGD Fonctionnement Commission de nomenclature
RDG Modalités recours CNAP
RGD Facteurs de capitalisation AA
RGD Fixation indemnités
APRGD DSP
APRGD pris en exécution de l'article 326-12 du Code du travail

APRGD modifiant RGD fixation prix des médicaments

APRGD Postes à risques

APRGD Profession d'ostéopathe

APRGD annuaires de référentiels

Les travaux suivis en 2017 par d'autres services de l'IGSS ont concerné la réforme du divorce et des règlements techniques dans le domaine de l'assurance pension.

Dans le cadre de la préparation du projet de loi n°6996 instituant le juge aux affaires familiales et portant **réforme du divorce** et de l'autorité parentale, il s'agissait d'établir une méthodologie fiable et cohérente afin de permettre, dans le cadre d'un divorce, à un conjoint ayant abandonné ou réduit son activité professionnelle la possibilité d'un achat rétroactif de périodes d'assurance au sens de l'article 174 du Code de la sécurité sociale. La démarche suivie par la Direction et le Service STAPS de l'IGSS inclut notamment l'établissement d'une formule de calcul, des modalités procédurales et d'une estimation de l'impact financier du nouveau dispositif.

En outre, le service STAPS a préparé deux règlements grand-ducaux applicables au régime général d'assurance pension :

- le règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 fixant le **facteur de revalorisation**, prévu à l'article 220 du Code de la sécurité sociale, de l'année 2016 qui refixe tous les ans le facteur applicable aux salaires, traitements ou revenus cotisables de l'année précédente en matière d'assurance pension (art. 220, alinéa 7 du CSS) et
- le règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 fixant la **prime de répartition pure**, prévue à l'article 225bis, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale, pour l'année 2016.

Analyses et avis juridiques

Les travaux du service Juridique national ont concerné les domaines suivants :

Questions directement liées au CSS

DSP et réforme assurance dépendance
PL 6861 Gratuité médicale CGDIS

Proposition CNAP modifications loi de coordination
Clarifications dans l'application de la législation sur le reclassement
Cadre légal pour convention transport des malades

Remboursement de l'utilisation hors AMM de certains médicaments
Analyse CEO RAD: applicabilité dans le temps
Analyse CEO RAD: RGD aides techniques
Avis juridiques CEO
APCM transfert à l'étranger-Suspens par le CMSS
Analyse proposition CNS sur le mi-temps thérapeutique
Modification statuts CNS: transfert à l'étranger
RAD analyse convention COPAS
Rédaction d'avis modifications status CODI
Avis modifications statuts MDE
Avis saisines Commission de Nomenclature

Questions diverses

Directive SST suivi au niveau national et européen
Recherche juridique relative aux droit de la concurrence (UE et Luxembourg) respect par le médecin libéral
Impact GDPR 2016/679 sur la législation nationale
Accord échange de données entre le ministère d'agriculture et le CCSS
Production de données documentant la situation "reclassement"
Avis CE nouvelle Constitution
Analyse d'avis sur le secret médical
Utilisation du cannabis à des fins médicales
Recherche modification de la Constitution
Avis CE nouvelle Constitution
Avis projet de budget RAD
Accès au régime de pension pour partenaires des agents diplomatiques
Avis contrat d'utilisateurs du système d'accès à distance microdonnées
Analyse CNPD RAD
Volet personnel CEO et AECPAD
Recherche opposabilité; publication; entrée en vigueur

Avis saisine Commission mixte	Note procédure protocoles d'accord
Lettre de l'USF concernant les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers	GT non-respect documentation hospitalière
Lettre CMSS concernant l'applicabilité de la loi du 24 juillet 2014 droits des patients	Cadre du personnel CAE
Jugement Mockel procédure de reclassement	Relecture RGD Transport des malades
Recours en annulation kinésithérapeutes	Avis APL Loi modifiée du 23 décembre 2017 missions BCL
RAD Art.387 bis Consultation documentation	Analyse légistique APRGD vente de médicaments sur internet/blistérisation
	Analyse Arrêt Cour Constitutionnelle (pension d'invalidité)
	Flux informations affaires individuelles
	Pourvoi en cassation
	Recours Laboratoires Réunis

Juridictions

Le service Juridique national a mis à jour ses fichiers de jurisprudence du Conseil arbitral et du Conseil supérieur de la sécurité sociale et a poursuivi ses analyses de décisions jurisprudentielles relatives à la sécurité sociale.

Publications

- Code de la sécurité sociale : la version 2017 sera publiée début 2018.
- Précis du Code de la sécurité sociale : la version 2017 sera publiée début 2018.
- Droit de la sécurité sociale : pas de publication faite pour 2017.

Ces livres peuvent également être téléchargés sur les sites internet du Ministère de la Sécurité sociale et de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Domaine juridique international

Le service Juridique international regroupe les ressources permettant à l'IGSS de répondre à la mission lui confiée par la loi dans le domaine juridique au niveau international.

Mission légale

Le service Juridique international a pour missions :

- de contribuer, sur le plan international, à tout travail d'élaboration en rapport avec les instruments européens et les conventions multi- ou bilatérales en matière de sécurité sociale ;
- de surveiller l'exécution dans le pays des normes internationales acceptées par le Luxembourg.

Sur le plan de l'Union européenne, le service assure les relations avec les instances du Conseil EPSCO en liaison avec la Représentation permanente auprès de l'Union européenne et participe aux travaux de la Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale, du Comité consultatif pour la coordination des systèmes de sécurité sociale, de la Commission des comptes et, avec l'appui du service Informatique de l'IGSS, de la Commission technique.

Il suit les travaux au sein d'autres instances internationales, notamment du Conseil de l'Europe et de l'Organisation internationale du travail.

Dans le cadre des relations bilatérales, le service négocie les conventions en matière de sécurité sociale. Il exerce les missions d'organisme de liaison, attribuées à l'IGSS en application du règlement CE 883/2004 et des conventions bilatérales en matière de sécurité sociale.

Le service participe aussi aux activités que le Benelux lance dans le domaine de la protection sociale.

Enfin, le service assure un rôle d'appui et de veille juridique au profit des autres services de l'IGSS et des institutions de sécurité sociale.

Il collabore d'ailleurs étroitement avec le service administratif du Ministère de la Sécurité sociale afin de mettre en œuvre et de surveiller la procédure législative et réglementaire relative aux projets de lois et de règlements grand-ducaux relevant du domaine de la Sécurité sociale.

Le service assure par ailleurs :

- la codification des instruments juridiques internationaux ;
- les travaux rédactionnels du Droit de la sécurité sociale dans les parties internationales ;
- les relations avec l'Association luxembourgeoise des organismes de sécurité sociale ;
- la participation au niveau luxembourgeois à des comités interministériels où des aspects de droit international de protection sociale sont analysés.

Instruments multilatéraux

Le **règlement (CE) n°883/2004 relatif à la coordination des systèmes de sécurité sociale** et son **règlement d'application (CE) n°987/2009** ont pour objectif de coordonner les systèmes de sécurité sociale des Etats membres afin de permettre aux personnes d'utiliser leur droit de libre circulation dans l'Union européenne sans perdre leurs droits de sécurité sociale.

Le 13 décembre 2016, la Commission européenne a présenté une proposition pour modifier les règles communautaires en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale. La proposition de la Commission porte essentiellement sur la législation applicable, les personnes économiquement non actives, les prestations pour soins de longue durée (dépendance), les prestations familiales et les prestations de chômage.

Les présidences successives maltaise et estonienne du Conseil de l'Union européenne ont entamé l'examen de ce dossier dès janvier 2017. Les travaux ont porté au cours de cette année sur les dispositions relatives à la législation applicable, aux personnes économiquement non actives, aux prestations pour soins de longue durée (dépendance) et aux prestations familiales. Les propositions ont été examinées au cours de nombreuses réunions du groupe des questions sociales, instance préparatoire du Conseil EPSCO. Des accords politiques partiels ont été adoptés par le Conseil sur ces dispositions.

Les travaux continueront en 2018 sous présidence bulgare avec l'examen des dispositions relatives au chômage et autres dispositions diverses restantes.

Le **Code européen de sécurité sociale** 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, Slovaquie, Suède, Suisse, Tchéquie, Turquie, Roumanie et Royaume-Uni.

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

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 Bureau International du Travail (BIT) à Genève) d'apprécier si le Luxembourg remplit toujours ses obligations issues de la ratification du Code. Les conclusions rendues en 2017 par la commission d'experts de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sur l'application du Code et de son Protocole ont été examinées avec soin par les responsables du service Juridique international de l'IGSS. 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.

L'**Accord concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans** et son arrangement administratif sont des instruments de coordination de la sécurité sociale s'appliquant à un groupe spécifique de travailleurs itinérants, les bateliers rhénans. Les Parties Contractantes à l'Accord sont les Etats membres de la Commission Centrale pour la navigation du Rhin, c'est-à-dire actuellement l'Allemagne, la Belgique, la France, les Pays Bas et la Suisse ainsi que le Luxembourg.

Depuis l'application du règlement (CE) n° 883/2004 relatif à la coordination des systèmes de sécurité sociale, l'Accord rhénan n'est plus applicable entre les Etats signataires qui sont également membres de l'Union européenne pour ce qui concerne les bateliers rhénans résidant sur le territoire de l'Union européenne. Compte tenu de la longue tradition et du caractère particulier de la navigation rhénane, les Etats signataires de l'Accord rhénan qui sont également membres de l'Union européenne ont toutefois conclu un Accord relatif à la détermination de la législation applicable aux bateliers rhénans, conclu sur la base de l'article 16 § 1 du règlement (CE) n° 883/2004 (Accord dérogatoire relatif à la législation applicable aux bateliers rhénans).

Le Centre administratif de la Sécurité sociale pour les bateliers rhénans (CASS) est un organe issu de l'Accord concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans. C'est une institution tripartite où délégués gouvernementaux et partenaires sociaux ont la possibilité de discuter des 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. Il 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 2017, les travaux ont continué pour mieux fixer des critères servant à déterminer la législation applicable au personnel navigant. Ils ont également porté sur la demande du Lichtenstein à adhérer à l'Accord dérogatoire relatif à la législation applicable aux bateliers rhénans.

Instruments bilatéraux

1. Luxembourg - Albanie

La convention signée le 27 octobre 2014 à Luxembourg est en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2016.

L'arrangement administratif a été signé le 30 mars 2017 à Luxembourg et a été publié le 27 avril 2017.

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

2. Luxembourg - Argentine

La convention bilatérale entre le Luxembourg et l'Argentine, signée le 13 mai 2010 à Alcalá de Henares, est en vigueur dans les deux pays depuis le 1^{er} décembre 2014 suite à la clôture des procédures de ratification dans les deux pays.

L'arrangement administratif a été signé le 17 janvier 2017 à Buenos Aires.

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

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 et ratifiée par le Brésil le 23 juin 2017.

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

Les formulaires nécessaires à l'application de la convention ont été arrêtés en décembre 2017 à Brasília.

La convention et l'arrangement administratif entreront en vigueur le premier avril 2018.

4. Luxembourg - Chine

La Chine a introduit avec effet au 1^{er} 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.

Le texte de la convention entre le Luxembourg et la Chine a été arrêté en novembre 2016 à Luxembourg. Le texte de l'arrangement administratif a été discuté et arrêté en juin 2017 à Pékin. Les deux textes ont été signés le 27 novembre 2017 à Pékin.

La procédure de ratification est engagée dans les deux pays.

5. Luxembourg - Corée du Sud

Le texte de l'une convention entre la Corée du Sud et le Luxembourg a été arrêté en une ronde de négociations en juin 2016 à Luxembourg.

Une deuxième ronde de négociations à Séoul en juillet 2017 a permis de parapher le texte de l'arrangement administratif.

Les deux textes devraient être signés début 2018.

Une troisième ronde de négociations sera organisée à Luxembourg en 2018 afin d'établir les formulaires nécessaires à l'application de la convention.

6. 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. L'arrangement administratif pour l'application de cette convention a été signé le 24 avril 2017 à Tokyo. Les deux textes sont entrés en vigueur le 1^{er} août 2017.

7. Luxembourg - Maroc

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

En vue d'aplanir ces difficultés une ronde de négociations a été organisée à Luxembourg en 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.

L'arrangement administratif a été signé le 17 octobre 2017 à Luxembourg.

8. Luxembourg - Montenegro

Une convention de sécurité sociale entre le Luxembourg et le Monténégro est en vigueur depuis le 1^{er} mai 2009.

Un accord a été conclu le 19 mai 2017 à Podgorica afin de permettre l'utilisation de la carte européenne d'assurance maladie pour bénéficier de soins médicaux immédiatement nécessaires lors d'un séjour temporaire au Monténégro.

9. 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 approuvée par la loi du 29 novembre 2016. La procédure de ratification parlementaire est toujours en cours aux Philippines.

Le texte de l'arrangement administratif a été arrêté lors de la seconde ronde de négociations en juillet 2016 et sera signé en janvier 2018 à Manille.

Une ronde de négociations est planifiée à Manille en janvier 2018 pour arrêter les formulaires nécessaires à l'application de la convention.

10. Luxembourg - Russie

Une première ronde de négociations a eu lieu du 13 au 17 novembre 2017 à Moscou afin de discuter les principes d'une convention de sécurité sociale entre les deux pays.

Il est prévu de continuer les négociations au cours d'une seconde ronde de négociations en 2018 à Luxembourg.

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 et une troisième ronde de négociations respectivement du 17 au 20 mars 2015 à Bangkok et du 14 au 15 juillet 2016 à Luxembourg ont 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.

12. 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 ont débuté en décembre 2016 et ont permis de trouver un accord sur les principes et de préparer un projet de convention à discuter lors de la prochaine ronde de négociation qui devrait avoir lieu en 2018.

13. Luxembourg - Uruguay

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

L'arrangement administratif a été signé le 18 janvier 2017 à Montevideo.

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

Projets

Dans le cadre du **Brexit**, le service juridique international a apporté son appui juridique et technique dans les discussions menées dans les groupes de travail mis en place par la Commission européenne sur la protection des droits des citoyens, et plus spécifiquement de leurs droits de sécurité sociale, en cas de retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne.

Publications

Trois volumes compilant la réglementation internationale relative à la sécurité sociale sont publiés par l'Inspection générale de la sécurité sociale et peuvent également être téléchargés sur les sites internet du Ministère de la Sécurité sociale et de l'Inspection générale de la sécurité sociale :

- Volume 1 concernant la réglementation relative à l'Union européenne, l'Espace économique européen et la Suisse ;
- Volume 2 concernant les instruments bilatéraux avec des pays non membres de l'Union Européenne ;
- Volume 3 concernant les instruments multilatéraux.

Au cours de l'année 2017, le service Juridique international a mis à jour le volume 2 relatif aux instruments bilatéraux avec des pays non membres de l'Union Européenne.

Activités internationales

Si la contribution à l'élaboration des conventions multi- ou bilatérales et des autres instruments juridiques internationaux et la surveillance de leur exécution au Luxembourg est réservée au service Juridique international, la participation aux réunions et la collaboration avec d'autres organisations et plateformes internationales du domaine de la protection sociale sont assurées également par des agents d'autres services de l'IGSS. Les activités de la Cellule d'expertise médicale sont renseignées sous cette entité.

Conseil des ministres de l'Union européenne

L'IGSS représente le Luxembourg au sein du **Comité européen de la protection sociale** (SPC) qui soutient le Conseil européen des Ministres des Affaires sociales. En octobre, le SPC a soumis son rapport annuel 2017 au Conseil. Sur la base d'un ensemble d'indicateurs clés convenus de commun accord (le Social Protection Performance Monitor) des tendances sociales sont identifiées dans les États membres et au niveau de l'UE, et la mesure dans laquelle des progrès ont été réalisés en ce qui concerne l'objectif européen en matière de pauvreté et d'exclusion sociale est examinée. La Direction s'est en outre chargée de la coordination des travaux au niveau national entre les départements ministériels concernés par la proposition de règlement portant **révision du règlement 883**.

Le **service Statistiques, actuariat et programmation sociale** (STAPS) a participé aux activités suivantes :

- Groupe de travail « Vieillesse » du Comité de politique économique (EPC, AWG) : 13 jours de réunion en 2017 ;
- Groupe de travail « Age » du Comité de la protection sociale (SPC, WG Age) : 10 jours de réunion ;
- Sous-groupe « Indicateurs » du Comité de la protection sociale (SPC, ISG) : 13 jours de réunion ;
- Conférence annuelle sur la convention pour la croissance inclusive ;
- Conférence « Better science infrastructure for evidence-based policies on inclusive growth in Europe ».

Commission de l'Union européenne

La **Direction** a élaboré la position du Grand-Duché de Luxembourg relative à la consultation publique sur le Socle européen des droits sociaux.

Les représentants du **service Juridique international de l'IGSS** ont assisté aux réunions de la commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale, du Comité consultatif pour la coordination des systèmes de sécurité sociale et du réseau MISSOC, ceux du service Informatique aux réunions de la Commission technique pour le traitement de l'information. La Commission des comptes a été couverte par la CNS.

La **Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale** (CACSSS) est compétente pour traiter de toutes les questions administratives ou d'interprétation qui se présentent dans le cadre des règlements (CE) 883/2004 et (CE) 987/2009 relatifs à la coordination des systèmes de sécurité sociale. Elle est chargée de faciliter une application uniforme du droit communautaire en promouvant l'échange d'expériences et de bonnes pratiques et la collaboration entre États membres et leurs institutions.

Le projet EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information) qui vise à permettre l'échange électronique des données et documents entre les Etats membres, a occupé une place importante dans les discussions au sein de la Commission administrative. Elle a adopté les procédures et documents standards à utiliser pour EESSI ainsi que la décision E5 établissant les modalités pratiques concernant la période transitoire aux fins de l'échange de données par voie électronique. Lors de sa réunion de juin 2017, la CACSSS a reconnu le système EESSI prêt pour une mise en œuvre dans les Etats membres à dater du 3 juillet 2017. A partir de cette date, les Etats membres ont une période de deux ans pour mettre en œuvre EESSI au niveau national et pour connecter leurs institutions de sécurité sociale aux échanges électroniques transfrontaliers. La Commission administrative continue à suivre les progrès des Etats membres pour la mise en œuvre de EESSI au niveau national.

Au niveau luxembourgeois, un comité mis en place par le représentant luxembourgeois à la commission technique pour le traitement de l'information, composé de représentants des différentes institutions de sécurité sociale, suit de près l'évolution du projet et gère la mise en œuvre technique du système EESSI sur le plan national.

Les dispositions concernant la détermination de la législation applicable ont également attiré toute l'attention de la Commission administrative. Le comité de dialogue et de conciliation qui fonctionne auprès de la Commission administrative a été appelé à donner son avis dans plusieurs litiges entre Etats membres qui avaient des vues divergentes sur le bien-fondé d'attestations de la législation applicable (A1) délivrées par l'institution de l'un des Etats à des travailleurs détachés sur le territoire de l'autre Etat.

D'autre part, la Commission administrative s'est réunie en groupe de travail en mars 2017 afin de poursuivre les discussions sur la mise en œuvre des recommandations rendues en 2016 par le groupe ad hoc qui avait été instauré afin d'analyser le dispositif réglementaire en matière de détachements et de proposer des modifications pour améliorer son application afin d'éviter des abus. Il s'agissait de poursuivre les discussions notamment sur les décisions A1 (procédure de dialogue et de conciliation relative à la validité des documents et à la détermination de la législation applicable) et A2 (interprétation du « détachement » de travailleurs), ainsi que sur une nouvelle recommandation A1 relative à la délivrance du document portable A1 et en particulier sur les procédures d'authentification en vue de prévenir la fraude. Suite à ces discussions, la Commission administrative a adopté la nouvelle recommandation A1. Les discussions sur les autres points sont toujours en cours.

Les délégations ont été invitées à répondre aux questionnaires statistiques annuels élaborés par la Commission, notamment sur le document portable A1 concernant le détachement, la carte européenne d'assurance maladie, le document portable S2 concernant les traitements médicaux autorisés, le document S1 attestant le droit aux soins de santé dans l'Etat de résidence, le remboursement des frais de soins de santé entre institutions, l'exportation des pensions, l'exportation de prestations familiales, le document U1 concernant la totalisation des périodes de travail pour l'octroi de prestations de chômage et le document U2 concernant la portabilité des prestations de chômage.

Sur initiative de la Présidence estonienne, la commission administrative s'est également réunie pour un Forum de réflexion, enceinte destinée à discuter de l'avenir de la coordination des systèmes de sécurité sociale à plus long terme. La discussion au cours de ce Forum a porté sur les soins de santé transfrontaliers.

Lors du Forum organisé annuellement sur la dimension internationale de la coordination de la sécurité sociale, les délégations ont échangé leurs expériences en matière de négociation de conventions bilatérales avec des pays tiers et notamment avec la Chine, la Fédération de Russie et l'Ukraine. Une discussion a été initiée sur l'application des règles de protection des données personnelles dans les conventions bilatérales de sécurité sociale des Etats membres avec des Etats tiers.

Les réunions de la **Commission technique pour le traitement de l'information** sont couvertes par le service Informatique de l'IGSS. En 2017, le projet EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information) était en phase cruciale, ce qui a nécessité une présence plus importante. Aux 12 jours de réunion de la Commission technique sont venus s'ajouter 9 jours pour des workshops spécifiques pour le projet EESSI.

Le **Comité consultatif pour la coordination des systèmes de sécurité sociale** est composé de représentants des Etats membres et des partenaires sociaux. Il est chargé d'examiner les questions générales ou de principe et les problèmes que soulève l'application de la coordination des systèmes de sécurité sociale et de fournir éventuellement des avis et proposition en la matière. Le Gouvernement y est représenté par des agents du Ministère de la Sécurité sociale et de l'IGSS. Le Comité s'est réuni deux fois en 2017. Les discussions ont notamment porté sur les travaux au Conseil sur la réforme du règlement (CE) n°883/2004 relatif à la coordination des systèmes de sécurité sociale.

MISSOC (Système d'Information Mutuelle sur la Protection Sociale) a pour objectif de promouvoir un échange continu d'informations sur la protection sociale au sein des Etats membres de l'UE. Le système comprend désormais des informations relatives à la protection sociale dans les 28 Etats membres de l'Union européenne, dans les trois pays de l'Espace Économique Européen - Islande, Liechtenstein et Norvège - ainsi qu'en Suisse.

Le réseau est composé de correspondants des Etats membres. Le Luxembourg y est représenté par des membres du service Juridique international de l'IGSS. Au cours de l'année 2017, les correspondants du MISSOC ont mis à jour les informations nationales relatives à la protection sociale selon les directives décidées au cours de réunions rassemblant les correspondants deux fois par an et ont répondu aux enquêtes lancées par membres du réseau.

Le **service Statistiques, actuariat et programmation sociale** (STAPS) a participé aux activités suivantes d'**EUROSTAT**, l'office de statistique de l'Union européenne :

- Groupe de travail sur la protection sociale (SESPROS, Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale) : 2 jours de réunion ;
- Groupe de travail « Pensions fonctionnaires CE » : 1 jour de réunion ;
- Technical group on health care expenditure statistics : 1 jour de réunion.

Le même service a également couvert 2 jours de réunion du Groupe de travail des experts en matière des pensions d'**EUROSTAT** et du BIT (Bureau International du Travail).

Conseil de l'Europe

Dans les domaines relevant du Conseil de l'Europe, le service Juridique international a participé aux activités de deux instances.

La **Plateforme européenne de cohésion sociale** a été mise en place en 2016. Elle se réunit une fois par an et est ouverte à tous les États membres, organes et institutions du Conseil de l'Europe et à toutes les organisations internationales et aux autres acteurs concernés.

Selon son mandat pour 2016-2017, la Plateforme européenne de cohésion sociale vise à garantir l'intégration de la cohésion sociale dans toutes les activités du Conseil de l'Europe, en veillant en particulier à ce que chacun ait accès à ses droits sociaux, tels que garantis par la Charte sociale européenne et les autres instruments pertinents.

Lors de sa deuxième réunion qui s'est tenue les 19 et 20 septembre 2017 à Strasbourg, la Plateforme a tenu un échange de vues sur les faits récents intervenus dans les Etats membres et pris note des travaux en cours relatifs à la cohésion sociale au sein du Conseil de l'Europe et de la part de partenaires extérieurs.

Elle a fait le point sur son programme de travail 2016-2017 et a débattu sur les rapports présentés par les rapporteurs de ses trois groupes de travail : « Intégrations de la question de la cohésion sociale dans toutes les activités du Conseil de l'Europe », « Echanges de bonnes pratiques et approches innovantes » et « Nouvelles tendances et nouveaux défis ». En outre, dans l'optique de l'exécution de la partie prospective de son mandat, la Plateforme a mandaté un consultant pour la réalisation d'une étude faisant la synthèse des travaux menés par la Plateforme durant son premier exercice.

Le **Comité gouvernemental de la Charte sociale européenne et du Code européen de sécurité sociale** est composé de représentants des Etats parties de la Charte et assisté d'observateurs qui représentent les partenaires sociaux européens. Elle est chargée notamment d'examiner les décisions de non-conformité envers les Etats qui ne respecteraient pas leurs engagements découlant de la Charte sociale ou du Code européen de sécurité sociale.

Lors de sa réunion des 15 et 16 mai 2017, le Comité a examiné les conclusions des experts chargés de l'examen des rapports des Etats membres sur l'application du Code européen de sécurité sociale et entendus les Etats concernés sur les observations qui leur ont été faites.

Benelux

Au sein du Benelux, le groupe de travail sécurité sociale et travailleurs frontaliers réunit des représentants des Etats membres Benelux afin d'examiner des problématiques relatives à la sécurité sociale des travailleurs frontaliers. Lors de sa réunion du 17 mars 2017, les membres du groupe ont exposé les nouveaux développements en matière de sécurité sociale dans les trois pays et l'impact de ceux-ci sur les travailleurs frontaliers, la mobilité transfrontalière des travailleurs au sein du Benelux a été évoquée et la question de la réglementation sociale et de la lutte contre la fraude au sein du Benelux a été débattue.

OCDE

Le service Statistiques, actuariat et programmation sociale (STAPS) a participé aux activités suivantes de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques :

- Health Committee : 4 jours de réunion ;
 - Health Accounts Experts Group : 2 jours de réunion ;
 - Health Data National Correspondents Expert Group : 1 jour de réunion ;

- Expert group on the economics of public health : 2 jours de réunion ;
- Working Party on Social Policy : 2 jours de réunion ;
- Policy Forum on the Future of Health : 2 jours de réunion.

Autres institutions internationales.

Le service STAPS était représenté à la Conférence des ministres sur le vieillissement organisée par l'United Nations Economic Commission for Europe (UNECE).

Rapports, questionnaires et statistiques

D'une part, ses activités concernant le **Conseil des ministres de l'UE** ont amené le service Statistiques, actuariat et programmation sociale (STAPS) à fournir dans le cadre du Ageing Report 2018 pour le Comité de politique économique d'un côté les données sur les soins de santé et de longue durée et de l'autre côté a réalisé les projections à l'horizon 2070 des dépenses de l'assurance pension. S'y ajoute une actualisation de la « country fiche ».

En vue de la publication du Pension Adequacy Report en 2018 pour le Comité de la protection sociale le service STAPS a fourni les informations demandées sur le taux de remplacement théorique des pensions et le nombre de pensions minimales.

D'autre part, le service a répondu à 4 questionnaires envoyés par **EUROSTAT** sur la protection sociale en général et les pensions plus spécifiquement.

En outre, il a rempli 4 autres questionnaires conjoints d'**EUROSTAT**, de l'**OCDE** et de l'**OMS** (Organisation mondiale de la Santé) relatifs aux indicateurs de santé non-monétaires et les dépenses de soins de santé (JHAQ - Joint OECD, EUROSTAT and WHO Health Accounts Questionnaires).

Pour l'**OCDE**, le service STAPS a répondu à 12 questionnaires annuels qui relèvent des domaines de la santé (hôpitaux, indicateurs de santé, etc.), des impôts, du chômage, des pensions et de l'inclusion sociale.

Il a été sollicité dans le cadre des publications récurrentes de l'OCDE, notamment :

- Etude économique du Luxembourg 2017,
- Panorama de la santé 2017 (Health at a Glance 2017),
- Panorama des pensions 2017 (Pensions at a Glance 2017).

Enfin, le service est sollicité dans le cadre de la consultation annuelle « Article IV consultation » du **Fonds Monétaire International** (FMI).

Domaine statistique

Les travaux couvrant le domaine statistique sont confiés aux services Statistiques, actuariat et programmation sociale (STAPS) et Informatique ainsi qu'à la Cellule Emploi-Travail (CET) pour ce domaine spécifique qui relève aussi bien du Ministère de la Sécurité sociale que du Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Economie sociale et solidaire (MTEESS). Les trois entités collaborent pour améliorer la qualité des données stockées dans le DataWareHouse. Les projections et études ainsi que les questions d'actuariat sont des domaines essentiellement couverts par le service STAPS, ceci également dans le cadre des travaux législatifs. Enfin, cette entité répond aussi aux demandes spécifiques du Gouvernement et celles ponctuelles de la Cellule d'expertise médicale.

Mission légale

Dans le domaine statistique et actuariel, l'Inspection générale de la sécurité sociale a comme missions (art. 423 points 4), 5) et 3) CSS) :

- 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 ;
- d'établir, pour les besoins du Gouvernement, le bilan actuariel des régimes de pension en étroite collaboration avec les organismes concernés.

Plus spécifiquement, le service STAPS établit un rapport d'analyse prévisionnel sur base duquel le Gouvernement fixe dans les années paires, au 1^{er} octobre au plus tard, l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir, la Caisse nationale de santé et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandées en leur avis (art. 74, alinéa 1 CSS).

Dans le domaine statistique, l'IGSS respecte les principes du code de bonnes pratiques de la statistique européenne. Ses activités couvrent au niveau national la fourniture de données, des projets et des études et dans le domaine international la participation à des groupes de travail instaurés par des organisations internationales (Commission européenne avec EUROSTAT, OCDE, etc.) et le travail qui en découle (voir la section « Activités internationales »).

Demandes de statistiques et d'extraction de données

La fourniture de données à des tiers est souvent le fruit de la collaboration des services Informatique et STAPS ainsi que de la Cellule Emploi-Travail. Les procédures ont été fixées de commun accord avec la Commission nationale pour la protection des données (CNPD). Le traitement de chaque demande comprend l'analyse des besoins, les considérations et procédures autour de la protection des données, le tirage et la livraison des données requises. En 2017, les trois services de l'IGSS ont traité

- 109 demandes de données agrégées pour des instances nationales,
- 27 demandes de données agrégées pour des organismes internationaux,
- 20 demandes de micro-données pour des instances nationales.

Projections, études et autres travaux réguliers

Tous les ans, le **service STAPS** détermine pour le MSS le **coefficient** de base pour le calcul des indemnités pour **dommages de guerre** corporels.

En collaboration avec le service Informatique, il développe, met à jour et exploite **SPAFIL** (Social Policy Analysis File for Luxembourg), une base de données pseudonymisées sur les revenus annuels élaborée à partir de données administratives de la protection sociale et mise à jour tous les ans depuis 2001. Les données couvrent l'ensemble des individus liés au système national de protection sociale (résidents et non-résidents) qui peuvent être regroupés au sein d'un ménage fiscal. Couplée à un modèle de microsimulation, SPAFIL couvre une large part du système socio-fiscal et permet de mieux comprendre et mesurer les effets des politiques de redistribution.

D'autre part, l'IGSS apporte son aide au Ministère de la Famille et de l'Intégration en simulant les impacts financiers ou structurels en matière de réforme sur les **prestations familiales** et de l'**inclusion sociale** (RMG, allocation de vie chère, etc.).

Le service STAPS est membre du **groupe de travail Pensions** instauré par le Conseil de gouvernement en vue d'élaborer des recommandations en matière de la soutenabilité financière du régime général des pensions. Ces discussions se basent essentiellement sur les projections budgétaires à long terme établies par le service.

En outre, le service assure la **coordination** entre les travaux réalisés par le **Comité économique et financier national** et les projections réalisées par les institutions de sécurité sociale. D'autre part il établit des projections à court et moyen terme de l'ensemble des recettes et dépenses de la sécurité sociale dans le cadre de l'élaboration du **programme de stabilité et de convergence (PSC)** et du **budget de l'Etat**.

En collaboration étroite avec la CNS, l'IGSS rédige un **rapport** sur la situation financière de l'assurance maladie-maternité en vue de la réunion du comité **quadripartite**.

La collaboration entre service STAPS, la Cellule d'expertise médicale (CEM) et la CNS a permis à l'IGSS d'aviser **6 plans d'action élaborés par le Ministère de la Santé**.

Le service STAPS alimente semestriellement l'**Observatoire de l'absentéisme**. Ce dernier met alors à disposition des entreprises une série d'indicateurs leur permettant de dresser le diagnostic de l'absentéisme dans l'entreprise et favorisant la comparaison avec les sociétés qui appartiennent au même secteur d'activité.

Enfin, le service STAPS organise régulièrement des « INFOTIME », c'est-à-dire des réunions internes sur des sujets d'actualité (p. ex. : réforme de l'assurance dépendance, évaluation des chèques services et des offices sociaux, bilan sur le régime général de l'assurance pension, etc.).

Dans le cadre de ses missions, la **Cellule Emploi-Travail (CET)** était active dans les domaines suivants :

- Amélioration de l'accès aux données - les **tableaux interactifs** :
Pour améliorer l'offre statistique publique relative au marché du travail luxembourgeois, la CET a développé des tableaux interactifs annuels qui sont mis à la disposition du public sur le portail de l'emploi³ et sur l'Open

³ <http://www.adem.public.lu/fr/marche-emploi-luxembourg/faits-et-chiffres/statistiques/igss/index.html>.

Data Portail⁴. Neuf tableaux interactifs concernent les stocks d'emploi (emploi total, emploi salarié, emploi intérimaire) et un tableau interactif présente les flux de main-d'œuvre salariée et la création nette d'emplois.

- **Enrichissement et mise à jour des indicateurs emploi - le tableau de bord des flux de main-d'œuvre :**
La CET publie semestriellement un tableau de bord contenant des indicateurs relatifs aux flux de main-d'œuvre. Ce tableau présente une description des recrutements, des fins de contrat et la création nette d'emplois. Dans un objectif d'harmonisation et de performance, la CET a automatisé la production de ce tableau de bord⁵ en 2017.
- **Etudes :**
 - Les jeunes **NEETs** (Not in Education, Employment or Training) au Luxembourg : Décrire et comprendre le phénomène pour mieux agir (IGSS SNJ LISER) :
Depuis 2013, des analyses sur la situation des NEETs ont été réalisées dans le cadre d'un projet initié par le Service National de la Jeunesse (SNJ) et menée en collaboration avec l'IGSS et le Luxembourg Institute of Socio-economic Research (LISER). Ces travaux cofinancés par le Fonds social européen et menés de 2013 à 2017 ont donné lieu en 2017 à la publication d'une synthèse rédigée en grande partie par la CET.
 - Le **chômage de longue durée** (IGSS LISER ADEM) :
Au cours de l'année 2017, la CET s'est penchée sur une analyse du **chômage de longue durée**. Ce projet doit se poursuivre en 2018 et donner lieu à une publication. Cette étude propose une analyse dynamique du chômage de longue durée, afin de situer l'épisode de chômage de longue durée dans l'ensemble de la trajectoire de l'individu et identifier d'où viennent les chômeurs de longue durée et ce qu'ils deviennent.
 - La **contribution au projet JOBOMAT** (ADEM-LIST) :
Le RETEL finance un projet initié par l'ADEM pour le développement d'une approche de type Machine Learning afin de prédire les besoins en main-d'œuvre des entreprises luxembourgeoises. Le Luxembourg Institute of Science and Technology est en charge de ce développement. Ce projet est basé essentiellement sur les données fournies par la CET relatives aux flux de main-d'œuvre. La CET fait partie du comité de pilotage du projet pour son expertise méthodologique et analytique.
 - **Analyse** dans le cadre légal actuel du **reclassement professionnel** :
La CET dans le cadre de sa collaboration avec le service STAPS a analysé les procédures mises en œuvre dans le cadre des nouvelles dispositions de la loi sur le reclassement.
- **Accompagnement RETEL** - suivi scientifique d'études financées par le RETEL :
L'effet de la composition de la main-d'œuvre sur les recrutements (LISER)
Cette étude montre quels sont les déterminants qui expliquent qu'une entreprise recrute un frontalier plutôt qu'un résident. L'effet de la composition de la main-d'œuvre et plus précisément de la prédominance d'un groupe par rapport à l'autre y est analysé. Cette étude a été réalisée en 2017 et sera publiée en 2018.

Projets

Dans le but de réaliser des analyses de la performance du système de santé et des analyses prévisionnelles via un monitoring systématique, les services STAPS et Informatique ont approfondi en 2017 leurs connaissances sur les **données des prestations en nature de l'assurance maladie** en mettant en place un outil performant d'exploitation des données ainsi qu'une documentation exhaustive des données.

Les mêmes services ont travaillé à la mise en place du Portail de la protection sociale **SECUPORT** qui doit guider l'utilisateur le plus rapidement et le plus intuitivement possible vers l'information recherchée en matière de protection sociale, soit à l'intérieur du portail, soit par un lien vers le site de l'administration compétente.

En collaboration avec le service Informatique, la Cellule Emploi-Travail a développé la « **Luxembourg Microdata Platform on Labour and Social Protection** » qui a pour objectif de faciliter l'accès aux fichiers administratifs sur l'emploi et la protection sociale pour une finalité statistique tout en garantissant la conformité avec le nouveau règlement européen sur la protection des données (GDPR) en vigueur à partir de mai 2018. Le lancement officiel de la plateforme a eu lieu le 06 février 2018.

⁴ <https://data.public.lu/en/datasets/?organization=5885f53911e9b44e185ac76>.

⁵ <http://www.adem.public.lu/fr/marche-emploi-luxembourg/faits-et-chiffres/statistiques/igss/Tableaux-de-bord/index.html>.

Commissions et groupes de travail

Le service STAPS était actif dans les commissions et groupes de travail suivants :

- Comité des statistiques publiques ;
 - Groupe de travail relatif aux statistiques concernant la procédure des déficits excessifs du Comité des statistiques publiques ;
- Comité économique et financier national ;
- Groupe de travail « RMG - Panier de consommation minimal » ;
- Plateforme nationale cancer ;
- Conseil supérieur à l'action sociale (membre suppléant) ;
- Commission permanente des hôpitaux (membre suppléant) ;
- Commission consultative des laboratoires (membre suppléant) ;
- Groupe d'experts pour le développement d'une nouvelle nomenclature pour les laboratoires d'analyses médicale et de biologie clinique (membre suppléant) ;
- RETEL (Réseau d'Etudes sur le Travail et l'Emploi au Luxembourg ; représentation de l'IGSS).

La Cellule Emploi-Travail est membre de l'Association pour la protection des données au Luxembourg.

Le service Informatique a couvert le groupe de travail « Localisation des emplois » qui s'est réuni sous la présidence du STATEC avec des représentants de l'Administration des Contributions directes, du Ministère du Développement durable et des infrastructures, du Ministère de l'Economie et de l'Administration du personnel de l'Etat dans le but de rassembler des données valables permettant de produire des statistiques fiables en relation avec le lieu de travail.

Présentations, rapports, bilans, questionnaires et publications

Le **service STAPS** élabore tous les ans le **rapport annuel** du Gouvernement à la Chambre des Députés en vue de l'adaptation du facteur de **réajustement des pensions** du régime général de pension (art. 225bis, al. 4 CSS).

De même, il compile annuellement le **Rapport général sur la sécurité sociale** qui présente de manière détaillée l'évolution des recettes et des dépenses des différents régimes de la protection sociale, les caractéristiques des bénéficiaires, une analyse sur les prestataires ainsi que sur les prestations fournies et prises en charge par les différents régimes. La publication peut également être téléchargée sur les sites internet du Ministère de la Sécurité sociale et de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Les séries des données présentées dans le Rapport général sur la sécurité sociale, ainsi que l'historique des évolutions chronologiques, peuvent également être consultés sur le site Internet www.isog.public.lu (**Informationssystem iwwer Sozial Ofsecherung a Gesondheet**). Les métadonnées affichées ainsi que le formatage en Excel des séries statistiques permettent une accessibilité et une exploitation aisées pour le public intéressé.

Le service assure également la publication des **Paramètres sociaux** valables exprimés au nombre indice applicable et a publié l'**Aperçu** numéro 6 « L'absentéisme pour cause de maladie en 2016 » ainsi que 12 Tableaux de bord sur la situation de l'emploi au Luxembourg, qui peuvent tous également être téléchargées.

En outre, il a exposé le régime général de l'assurance pension à la conférence « Fraen a Renten » organisée par le Club Senior Prënzebiërg à Schiffflange.

Enfin, il a présenté son évaluation des chèques services et des offices sociaux au Ministère de la Famille et de l'Intégration.

De son côté, la **Cellule Emploi-Travail** a développé les activités suivantes en 2017 :

- communication « Quelle place les travailleurs âgés occupent-ils dans l'emploi et dans les recrutements au Luxembourg ? » dans le cadre de la conférence « Être bien sur les lieux de travail quel que soit l'âge » organisée par l'ITM le 24 octobre,
- communication « L'impact des conditions de travail sur les comportements d'absence au travail en fonction de l'âge » dans le cadre de la même conférence,
- présentation des résultats de l'étude NEETs ((Not in Education, Employment or Training) dans le cadre du séminaire organisé par le SNJ le 15 novembre à destination des acteurs institutionnels travaillant avec les jeunes en difficulté,
- préparation d'un cycle de conférences sur le thème de l'emploi de demain dans l'ère de la digitalisation.

Le RETEL, avec l'appui d'un expert indépendant, a élaboré en 2017 un programme d'un cycle de conférences qui aura lieu en 2018. A titre d'exemple, les thèmes abordés dans ces conférences seront les défis sociétaux de la transformation digitale, l'impact de la digitalisation sur l'emploi, sur les compétences de demain, ou encore le management à l'ère du digital.

Informatique

Le service Informatique est constitué comme service informatique autonome au sens de l'article 5, paragraphes 1 et 2 de la loi du 29 mars 1974 créant un Centre informatique de l'Etat.

Garant du DataWareHouse (DWH) au sein de l'IGSS, il assure l'ensemble des travaux de gestion et d'optimisation nécessaires à l'exploitation des données. Garant de la qualité des données, il assure l'étude, la veille et la connaissance des données stockées.

Outre sa participation au niveau de l'extraction de données et des études statistiques (voir « Domaine statistique » ci-dessus), le service Informatique collabore avec le service STAPS et avec la Cellule Emploi-Travail à l'amélioration de la qualité des données et au traitement des demandes de données détaillées.

Support informatique pour l'IGSS et le Ministère de la Sécurité sociale, il est responsable de la gestion, de la maintenance et de la sécurité des systèmes informatiques.

Il est chargé d'installer et de maintenir le parc informatique ainsi que de fournir l'assistance aux utilisateurs dans le cadre Helpline IGSS.

Dans ce cadre, il contribue à l'optimisation de logiciels métier en collaboration avec les services concernés.

En outre, il contribue à la rédaction de l'avis de l'IGSS concernant le Schéma directeur informatique du CISS en étroite collaboration avec le poste de Référent Gouvernance et Méthodologie du service Surveillance (art. 414, alinéas 2 et 3 CSS).

Il fournit le support technique à la réalisation des publications réalisées au sein de l'IGSS (Sites Web et éditions).

Organisation

A la fin de l'année, le service Informatique comptait 10 agents occupant 8,25 ETP.

Il travaille en collaboration avec les centres informatiques de l'Etat (CTIE) et de la sécurité sociale (CISS) pour un certain nombre de services. Le CTIE (Centre des technologies de l'information de l'Etat) fournit toute l'infrastructure réseau, le matériel bureautique (PC, licences) ainsi que les plateformes de messagerie, de gestion électronique de documents et d'Intra-Internet. Le CISS héberge la base de données contenant le DataWareHouse de l'IGSS.

A côté de la gestion informatique courante, la tâche principale du service est le développement du DataWareHouse et l'exploitation des données y contenues. Il est aussi responsable des publications ainsi que de la présence Internet de l'IGSS et du MSS.

Gestion informatique courante

Les activités du service ont concerné

- l'administration des plateformes utilisées (Windows, SIDOC, Oracle, VMWare),
- la gestion des budgets et des licences,
- le déploiement de Windows 10 sur tous les PC (100),
- le traitement de quelques 500 cas de support (Helpdesk),
- la formation interne des agents de l'IGSS et du MSS.

Internet, intranet, ISOG

Le service informatique est responsable de la gestion et mise à jour du site Internet du MSS et de l'IGSS, du site isog.public.lu (Informationssystem iwwer Sozial Ofsecherung a Gesondheet) publiant de nombreuses statistiques sur la protection sociale ainsi que du site Intranet mettant diverses ressources à la disposition des agents.

Bases de données - DataWareHouse

Les évolutions majeures en 2017 ont concerné

- la mise en place du DWH Maladie,

- dans le cadre de la migration PF-PF2 (étape 1), la prise en compte des nouvelles données (structure et contenu) au sein du DWH.

Parmi les tâches récurrentes, on peut citer

- la mise à jour (souvent mensuelle) des données,
- les adaptations mineures de la structure et du contenu.

Sécurité de l'information

L'IGSS est en train de mettre en place un Système de Management de la Sécurité de l'Information (SMSI selon ISO27001) qui traite tous les aspects de sécurité (gouvernance, accès, backup, classification, ...). Une attention toute particulière a été portée sur la mise en conformité au nouveau règlement européen sur la protection des données (règlement n° 2016/679, dit règlement général sur la protection des données / RGPD).

Demandes de citoyens concernant les consultations du RNPP

Le service a répondu à une demande concernant une consultation par l'IGSS du Registre national des personnes physiques.

Publications

L'unité « Publications » du service Informatique est chargée de la mise en page des publications éditées par l'IGSS.

Font partie de ces publications les 5 publications annuelles (Code de la sécurité sociale, Précis du Code de la sécurité sociale, Réglementation internationale, Droit de la sécurité sociale et le Rapport général sur la sécurité sociale). En 2017 ont été publiés en outre 12 tableaux de bord mensuels sur l'Emploi ainsi qu'un « Aperçu » sur « L'absentéisme pour cause de maladie en 2016 ».

L'unité « Publications » est chargée également de la mise en page du Bulletin luxembourgeois des questions sociales (BLQS), édité par l'Association luxembourgeoise des organismes de sécurité sociale (ALOSS), dont le Volume 31 est paru en 2017, analysant « La prise en charge par l'assurance dépendance des cotisations pour l'assurance pension de l'aidant de la personne dépendante résidant à domicile ».

Projets

Les projets en cours ou entamés en 2017 par le service Informatique concernent

- la migration de l'intranet vers Microsoft Sharepoint,
- la mise en place d'une nouvelle pseudonymisation,
- l'adaptation de la base de données « Personnel » relative au personnel des ISS,
- le support apporté à la Cellule Emploi-Travail pour la mise en place de la plateforme d'accès aux microdonnées (« Luxembourg Microdata Platform on Labour and Social Protection » lancée en 2018),
- la coordination nationale pour la mise en place du projet EESSI.

Commissions et groupes de travail

Les membres du service informatique

- ont représenté le Ministère de la sécurité sociale au sein du conseil de gérance de l'Agence eSanté.
- ont participé au groupe de travail étatique RGPD (règlement général sur la protection des données),
- ont participé au groupe de travail préparant la mise en œuvre d'une gestion des risques liés à la sécurité de l'information.

Régimes complémentaires de pension

En vertu de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension (ci-après « loi RCP »), les attributions de l'autorité compétente prévue par cette loi sont exercées par l'Inspection générale de la sécurité sociale (art. 29). C'est le service Pensions complémentaires (PenCom) qui assure la gestion de ces attributions.

Mission légale

D'après l'article 30 de la loi RCP, le service PenCom a pour missions :

- l'enregistrement des régimes complémentaires de pension et la réception en dépôt de leur règlement de pension et de leur plan de financement ;
- la vérification de la conformité juridique du régime complémentaire de pension, du règlement de pension et du plan de financement avec les dispositions de la loi précitée ;
- la vérification actuarielle, au moins quinquennale, du régime complémentaire de pension, notamment quant au respect des conditions du financement minimum ;
- l'établissement des bases techniques dans le cadre du financement minimum et, le cas échéant, du déficit des obligations résultant des périodes assimilées antérieures ;
- l'établissement, à la demande de l'Administration des contributions directes et dans un délai de trois mois :
 - d'un certificat attestant la conformité juridique et actuarielle du régime complémentaire de pension aux dispositions de la loi précitée des dispositions fiscales y relatives,
 - d'un certificat déterminant dans le chef du contribuable, la partie de la pension complémentaire relevant de l'article 115, point 17a de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu (partie imposable de la prestation) ;
- la fonction d'organe de liaison entre les entreprises affiliées à une assurance insolvabilité et l'organisme ou l'entreprise assurant le risque insolvabilité ;
- l'analyse de l'impact des régimes complémentaires de pension sur le niveau des pensions en général, sur le coût salarial des entreprises et sur les finances publiques ainsi que la publication des statistiques y afférentes ;
- l'établissement du relevé des renseignements que les entreprises doivent lui communiquer annuellement,
- l'établissement des montants de la taxe rémunératoire à charge des entreprises et des gestionnaires et la communication de ces montants à l'Administration de l'enregistrement chargée de leur perception ; les montants de cette taxe sont fixés par un règlement grand-ducal du 22 décembre 2006.

De plus, selon l'article 18, paragraphe 4 de la loi RCP, le service PenCom est chargé de l'agrément des personnes compétentes en sciences actuarielles sur base de leurs diplômes, de leur expérience professionnelle et de leur honorabilité.

En outre, en application de l'article 20, alinéa 2 de la loi, le service transmet annuellement au Centre commun de la sécurité sociale les données concernant la contribution dépendance due sur les prestations des régimes complémentaires de pension.

Enfin, le service PenCom exerce les missions de l'autorité d'accueil dans le cadre des services fournis par des institutions de retraite professionnelle agréées dans d'autres Etats membres de l'Union européenne à des entreprises d'affiliation situées au Luxembourg, missions qui sont attribuées à l'IGSS en application de l'article 7 de la loi modifiée du 13 juillet 2005 concernant les activités et la surveillance des institutions de retraite professionnelle. Dans le cadre de ces attributions, le service PenCom doit communiquer aux autorités d'origine les dispositions du droit social et du droit du travail luxembourgeois relatives aux retraites professionnelles qui régiront la gestion de régimes de retraite mis en œuvre par des institutions de retraite professionnelles étrangères pour le compte d'une entreprise luxembourgeoise. Il leur notifie toute modification légale majeure susceptible d'affecter la gestion d'un tel régime de retraite. De plus, le service est chargé de veiller à ce que les droits social et du travail du Luxembourg soient respectés par les institutions de retraite professionnelles étrangères, en collaboration avec les autorités d'origine étrangères.

Pour exécuter les missions citées ci-avant, le service PenCom disposait fin 2017 d'un effectif de 13 agents (équivalant à 9 postes à temps plein), dont 8 vérificateurs (6,75 en équivalent temps plein) se répartissent la gestion de 2 706 dossiers d'entreprise.

Travaux législatifs

Conformément au programme gouvernemental de 2013, le service PenCom a contribué à l'élaboration d'un projet de loi portant modification de la loi RCP.

Le projet de loi portant : 1. transposition de la directive 2014/50/UE du Parlement européen et du Conseil 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 ; 2. modification de la loi modifiée du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension ; 3. modification de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu (document parlementaire n°7119) a été déposé le 7 mars 2017 à la Chambre des Députés. Le Conseil d'Etat a été saisi le 16 février 2017. A la fin de l'année 2017, aucun avis du Conseil d'Etat relatif à ce projet de loi n'avait été rendu, de sorte que les travaux de la commission parlementaire n'auront lieu qu'en début 2018.

D'un côté, le projet de loi prévoit l'extension du champ d'application personnel de la loi RCP aux professions libérales et indépendantes dans un but de permettre à cette partie de la population active de se constituer des épargnes pour la prévoyance-vieillesse dans un encadrement légal et fiscal similaire à celui actuellement en vigueur pour les régimes complémentaires de pension mis en place par les entreprises au profit de leurs salariés.

De l'autre côté, la révision de la loi relative aux régimes complémentaires de pension permet de transposer la directive 2014/50/UE 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, dite « directive mobilité ». Cette directive devra être transposée pour le 21 mai 2018 au plus tard.

Finalement la révision de la loi permettra d'améliorer la protection des droits des affiliés ou d'adapter diverses dispositions dont la mise en œuvre pratique selon les expériences faites depuis l'entrée en vigueur de la loi en 1999 s'est avérée imparfaite.

En outre, le service PenCom a fourni son assistance juridique au projet de loi n°7058 concernant les mutuelles et modifiant la loi modifiée du 19 décembre 2002 concernant le registre de commerce et des sociétés ainsi que la comptabilité et les comptes annuels des entreprises.

Enregistrement des régimes complémentaires de pension

Entre fin 2016 et fin 2017, le nombre d'entreprises ayant enregistré un régime complémentaire de pension auprès de l'IGSS a évolué de 2 647 à 2 706, soit une augmentation de 2,22%. Parmi ces entreprises, il y en a 2 371 qui, fin 2017, disposent d'un régime actif, c'est-à-dire d'un régime complémentaire de pension admettant de nouveaux affiliés.

Le secteur des régimes complémentaires de pension professionnels reste donc en expansion continue.

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 régimes complémentaires de pension (RCP) fournit le tableau suivant :

Nombre d'entreprises par type de prestations⁶ au 31 décembre 2017

Vieillesse	Décès	Invalidité	Cotisations personnelles
2 252	1 852	1 720	2 161

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 :

⁶ Comme chaque entreprise peut promettre à ses salariés différents types de prestations, la somme des nombres repris dans ce tableau dépasse le nombre total des entreprises disposant d'un RCP actif.

Nombre d'entreprises par support juridique au 31 décembre 2017

Assurances de groupe	Régimes internes ⁷	Fonds de pension CAA	Fonds de pension CSSF ⁸	IRP étrangères
2 345	82	3	37	34

Sur les années passées, on peut constater que le nombre de régimes internes décroît de façon continue. En effet, souvent les entreprises tentent à remplacer leur régime interne à prestations définies par un régime externe à contributions définies, solution dont l'impact financier est plus facilement appréciable.

A noter aussi que certaines entreprises ont décidé de ne plus recourir à un fonds de pension pour financer leur régime complémentaire de pension, mais de l'organiser dorénavant par le biais d'une assurance de groupe.

En ce qui concerne l'augmentation du nombre d'entreprises finançant leurs promesses de pension moyennant une IRP étrangère, il faut préciser qu'il avait été omis de tenir compte dans les statistiques précédentes de certaines entreprises d'origine étrangère qui avaient continué à financer pour leur personnel transféré au Luxembourg les mêmes promesses de pension telles qu'elles étaient offertes par leur maison-mère et par le biais de la même institution de retraite professionnelle étrangère.

Assurance insolvabilité garantie par le PSVaG (Pension-Sicherungs-Verein - Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit)

Conformément à l'article 21 de la loi RCP et suivant la convention bilatérale entre l'Allemagne et le Luxembourg, le PSVaG à Cologne intervient comme assureur insolvabilité en vue d'assurer les droits des affiliés à un régime interne contre le risque de faillite de l'employeur.

Les entreprises affiliées au PSVaG doivent payer des cotisations à cet organisme. Les cotisations sont fixées annuellement par le PSVaG et couvrent les sinistres pris en charge par l'assureur insolvabilité durant l'année en question. Les cotisations dues par les entreprises affiliées au PSVaG sont réparties en fonction des réserves constituées.

Le taux de cotisation pour 2017 a été fixé à 2,0‰, donc en-dessous du taux moyen de 2,8‰.

En 2017, 138 entreprises luxembourgeoises étaient affiliées au PSVaG. Le montant total des provisions assurées contre le risque insolvabilité des entreprises luxembourgeoises s'est élevé à 413 millions d'euros. Les entreprises luxembourgeoises ont versé en 2017 à peu près 827 000 euros en tant que cotisations au PSVaG.

Au total les quelques 95 000 entreprises (allemandes et luxembourgeoises) affiliées au PSVaG ont cotisé 678 millions d'euros qui ont été répartis en fonction d'un montant total de provisions assurées de 339 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.

Le service PenCom assure tout au long de l'année la fonction d'organe de liaison entre l'assureur insolvabilité et ses membres luxembourgeois et rencontre annuellement les responsables du PSVaG afin de passer en revue l'activité d'assurance insolvabilité prise en charge par le PSVaG pour les entreprises luxembourgeoises ayant mis en place un régime complémentaire de pension sous forme de régime interne.

Recours et réclamations

En 2017, le service PenCom a dû traiter deux recours introduits contre l'IGSS devant le Tribunal administratif en matière de régimes complémentaires de pension.

⁷ 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.

⁸ 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.

Logiciel PenCom

En vue d'une gestion plus efficiente, l'Inspection générale de la sécurité sociale a fait réaliser un logiciel spécifique, dénommé PenCom, qui sert à la gestion des données relatives aux régimes complémentaires de pension ainsi qu'au contrôle du financement de ces derniers.

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. Au début de l'année, le service PenCom a relancé les gestionnaires afin qu'ils fournissent les données manquantes relatives aux exercices passés. Ainsi au cours de l'année 2017 les gestionnaires ont transmis plus de 8 000 DER (données annuelles par entreprise et par régime) et plus de 200 000 DAP (données annuelles par affilié et par plan), si bien que fin 2017, la base de données PenCom recense quelques 1,23 millions de DAP et 41 000 DER, réparties sur les exercices 2011 à 2017.

Le service PenCom cherche constamment à développer, déployer, maintenir et optimiser le logiciel PenCom, ceci avec l'appui technique du service Informatique et du fournisseur externe.

En 2017, notamment l'interface-utilisateur a été améliorée. De plus une nouvelle indexation partielle de la base de données a permis d'optimiser l'efficacité du logiciel ainsi que la gestion de la taxe rémunératoire.

En outre, le logiciel PenCom a dû être adapté de par le fait qu'il reposait sur certains logiciels désuets, qui ont nécessité une mise à jour.

Comme l'Administration de l'enregistrement et des domaines, qui est en charge de la perception de la taxe rémunératoire relative aux régimes complémentaires de pension, est en train de mettre en place une nouvelle procédure de facturation et de comptabilisation, le processus de génération des factures de taxe rémunératoire va changer, ce qui a impliqué des adaptations au niveau du logiciel PenCom.

Emission des factures pour la taxe rémunératoire et la contribution dépendance

Pour financer les frais de personnel et de fonctionnement du service Pensions complémentaires, l'Etat est autorisé à prélever une taxe rémunératoire auprès des entreprises disposant d'un régime complémentaire de pension et auprès des gestionnaires des régimes. Les factures y relatives sont établies par l'IGSS et expédiées par l'Administration de l'enregistrement et des domaines (AED).

Au cours de l'année 2017, l'IGSS a pu évacuer le retard de facturation relatif aux années antérieures, suite à la communication des données requises par les gestionnaires et suite à la mise en place de la procédure de facturation partielle au niveau du logiciel PenCom. Ainsi au cours de l'année 2017, un montant global de 4,795 millions d'euros a été facturé (émission de plus de 8 000 factures) et 4,978 millions d'euros ont pu être encaissés par l'AED.

Jusqu'à fin 2017, un montant global de 18 095 630 euros a pu être facturé, dont 17 140 384 euros ont été payés.

Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance

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** (CEO). 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 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.

Activités de la Cellule d'évaluation et d'orientation en 2017

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 maîtriser ses coûts ;
- le soutien et l'accroissement de ses potentiels de développement : l'évolution de la société et des technologies entraînent une nécessaire adaptation et stimulent l'innovation.

Comme les années précédentes, les objectifs fixés dans la carte stratégique ont servi de fil conducteur à la CEO dans ses travaux qui, en 2017, visaient en grande partie le développement des supports et des outils nécessaires à la mise en œuvre de la loi concernant la réforme de l'assurance dépendance dès le 1^{er} janvier 2018.

Satisfaction des citoyens clients et des partenaires

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

Les **activités assurées par la CEO en 2017** ont été marquées par la réforme de l'assurance dépendance. Pour rappeler le contexte : selon le programme 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 le cadre des 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.

Différents **groupes de travail** ont soutenu les acteurs et les concernés de la réforme :

- **Le législateur.** Au sein de la CEO, un groupe de travail a participé activement à la rédaction des différents contenus nécessaires à la refonte des règlements grand-ducaux qui accompagnent la réforme de la loi sur l'assurance dépendance.

Ce groupe est composé de 8 personnes : le Conseiller en matière d'aides techniques et adaptations du logement, le Responsable concept et développement, l'Adjoint à la Direction, le Responsable partenariat et communication externe ainsi que les deux Chefs de service « métier » et le Chef du service qualité.

En 2016 et 2017, ce groupe de travail, selon ses différentes compétences, a été amené à participer aux différentes réunions de la Commission consultative prévue à l'article 387 du Code de la sécurité sociale qui a pour mission de donner son avis et permet l'expression des différentes parties concernées.

La participation à ces réunions a permis de présenter en détail certains contenus des différents règlements grand-ducaux. Des présentations techniques, notamment sur les critères de détermination de la dépendance, ont favorisé l'échange entre les différentes parties.

- **La coopération interinstitutionnelle.** Les travaux au niveau de l'informatique relatifs à la réforme de l'assurance dépendance ont été poursuivis en 2017. Le planning établi en 2016 lors de l'instauration du projet-cadre « Réforme assurance dépendance » par les institutions concernées, à savoir la Caisse nationale de santé, le Centre informatique de la sécurité sociale et la Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance, a dû être adapté suite à l'évolution du projet de loi à travers les différentes étapes du processus législatif.

Des groupes de travail interinstitutionnels ont été instaurés afin de mettre en œuvre les nouveautés de la réforme notamment dans la mise en place du paiement de prestations en espèces de façon forfaitaire ou d'une identification claire de l'aidant.

La collaboration accrue a permis de préparer la conversion des plans de prise en charge et l'information des bénéficiaires qui devait être assurée au 1^{er} janvier 2018.

- **La refonte du matériel d'information.** La mise en œuvre d'une réforme implique un effort important dans la mise à jour des différents dépliant, brochures et fiches d'informations. De nombreuses ressources ont été sollicitées en interne, afin de garantir une information facile d'accès et compréhensible pour les différents publics concernés. Il est à noter que la CEO a fait un effort important afin de garantir une publication de son matériel d'information en français mais aussi en allemand.

La refonte de la partie dépendance du site internet du ministère de la sécurité sociale a été entamée et se poursuivra en 2018.

II. La politique de communication - Explications sur le système assurance dépendance

En 2017, la CEO a de nouveau assuré différents cours sur l'assurance dépendance qui 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 ». Un cours portant sur l'assurance dépendance est également proposé à l'EST (Ecole supérieure du travail, Ministère du Travail), qui organise chaque année des cours du soir sur la législation de la sécurité sociale.

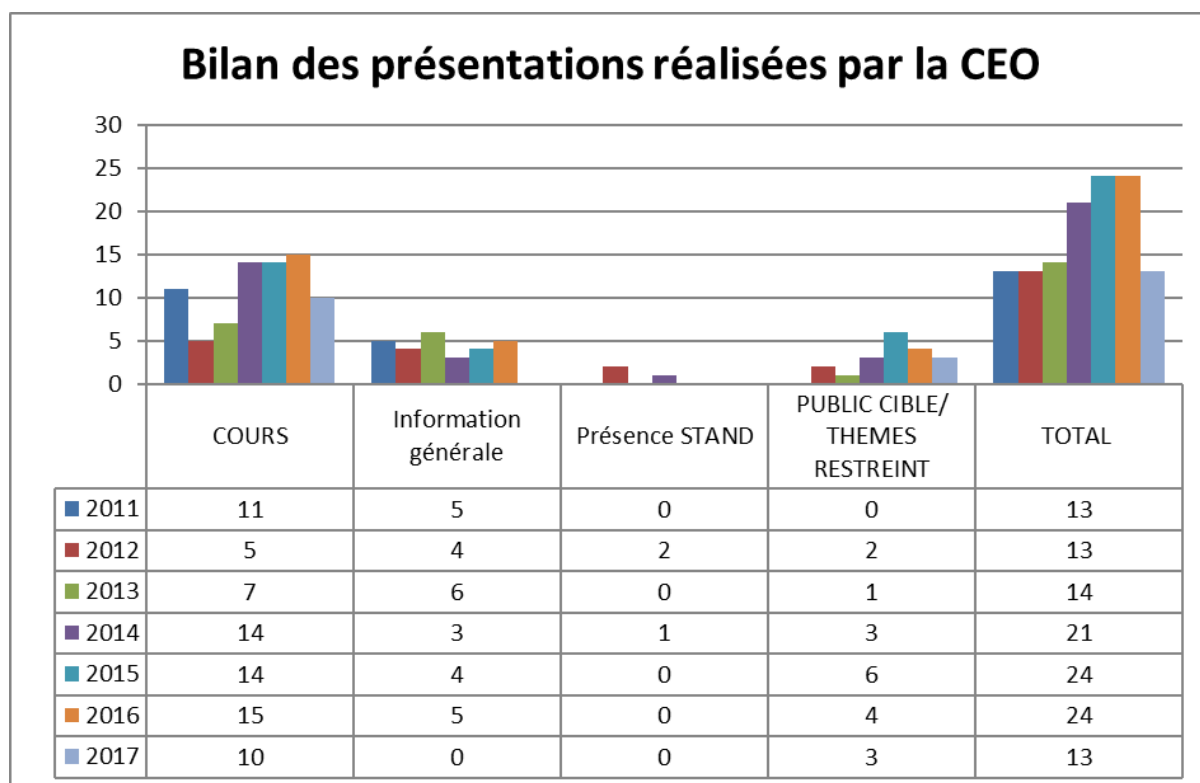
Etant donné que la réforme sur l'assurance dépendance et sa mise en œuvre étaient en préparation, la CEO n'a pas réalisé de présentations vers le grand public et n'a pas fait d'interventions sur demande de diverses associations, clubs seniors, commissions des communes, etc. D'un commun accord avec le Ministère de la sécurité sociale, il a été décidé de réaliser, en 2018, après la mise en vigueur de la réforme, des présentations à plus grande échelle et de manière à ce que les besoins en explications soient couverts au niveau national et en fonction des différents publics cibles (grand public, prestataires, partenaires, ...).

Dans ce contexte, de nombreux contacts ont été pris afin d'assurer une communication auprès des demandeurs/bénéficiaires et leurs proches : ces sessions d'informations « tout public » auront pour objectif de présenter les changements de la réforme, mais aussi répondre aux questions pour ceux qui ne la connaissent pas ou peu, comme par exemple : A quel moment faut-il introduire une demande auprès de l'assurance dépendance? Qu'est-

ce que signifie « Être dépendant » ? Quelles sont les différentes prestations ? Comment est-ce que je peux introduire une demande auprès de l'assurance dépendance ? Comment se déroule l'évaluation de l'état de dépendance et des besoins en aides et soins ?

En décembre 2017, les premières présentations ont cependant eu lieu, mais uniquement auprès des prestataires via leur organisme représentatif, la COPAS. Trois grandes sessions d'information regroupant les prestataires d'aides et soins à domicile, les établissements à séjour continu et le secteur handicap ont permis de favoriser les échanges.

Nombre d'interventions/présentations par type (2011-2017)

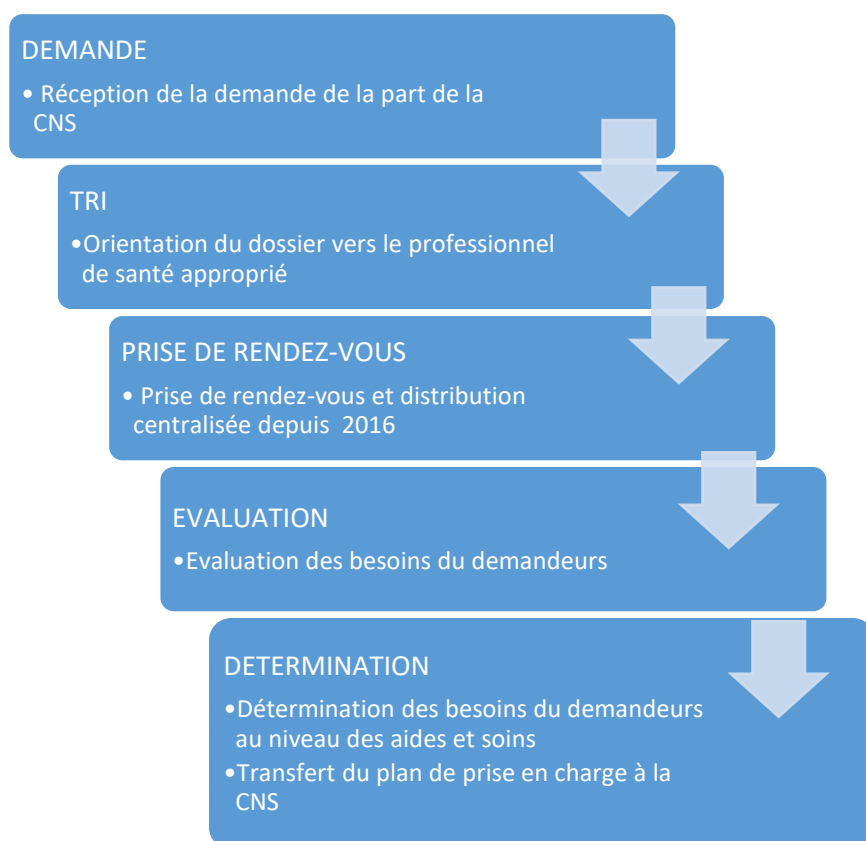
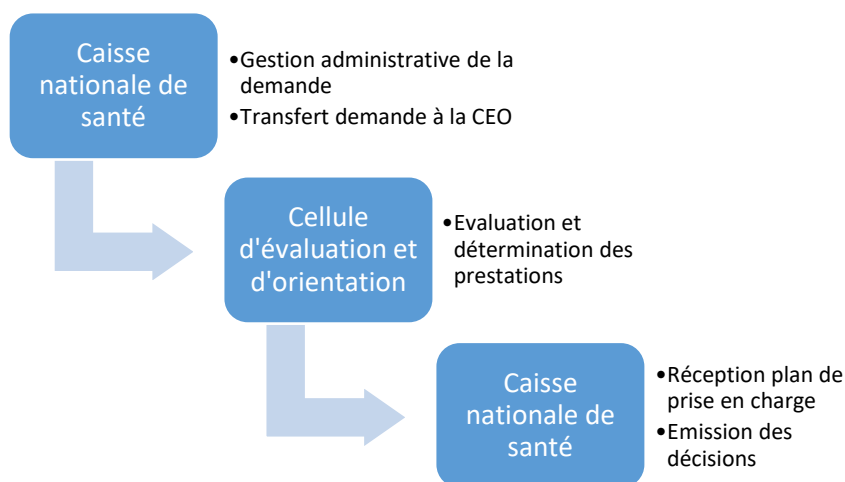


Optimisation des processus internes

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.

I. Optimisation des capacités de traitement

Il est important de noter que le **processus d'évaluation et détermination des prestations** assurance dépendance n'est qu'une partie de la chaîne de traitement du dossier du demandeur de prestations de l'assurance dépendance.



La mesure des **durées de traitement des dossiers** se base uniquement sur la durée qui a été nécessaire pour que le dossier passe par toutes les étapes de traitement internes, sous le contrôle de la CEO.

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

		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Flux typiques	Premières demandes	79	94	84	65	63	68	75
	Révisions des prestations	66	67	60	54	60	63	69
Flux atypiques	Rééducation	147	158	138	127	117	120	129
	Hospitalisation	119	136	122	104	106	108	108

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 différentes étapes du traitement du dossier : de l'entrée à la CEO jusqu'à son transfert pour décision à la CNS.

En 2017, la durée moyenne d'un dossier aides et soins, dans le flux typique, est de 70 jours entre sa réception à la CEO et son transfert vers la CNS. On notera qu'il existe toujours une légère différence de durée de traitement entre les premières demandes et les dossiers qui constituent une nouvelle évaluation des besoins.

La durée moyenne de traitement d'une demande en révision des prestations est plus faible, influencée par le fait que ce type de dossier ne nécessite pas toujours le déplacement d'un professionnel de la CEO. En effet, en fonction de l'ancienneté du plan de prise en charge, des informations à disposition de la CEO et de l'intervention du prestataire, la CEO peut demander au prestataire de lui fournir des informations lui permettant une mise à jour du dossier et une adaptation du plan de prise en charge.

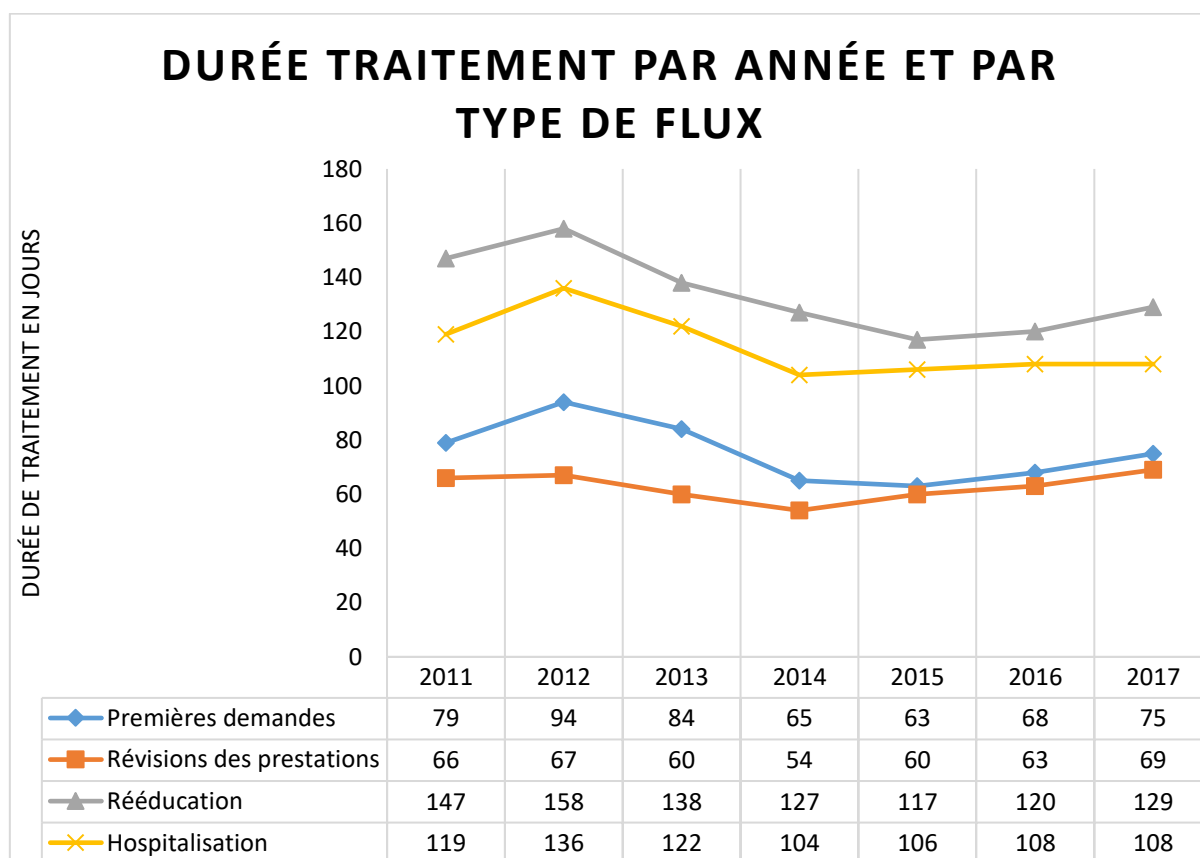
Cependant, en raison d'une ancienneté des plans de prise en charge qui nécessitaient une visite sur place, le traitement via une visite d'un professionnel de la CEO a été le plus souvent nécessaire.

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. Ci-dessous deux exemples :

- L'hospitalisation d'un demandeur rend nécessaire 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 un 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.

Les durées de traitement de ces deux types de dossiers ne subissent pas de variation notable, témoignant de la constance des profils et des comportements vis-à-vis des demandes de prestations de l'assurance dépendance.

Evolution de la durée de traitement en jours, pour 4 types de dossiers (2011-2017)



En ce qui concerne le **nombre de dossiers**, la moyenne mensuelle d'évaluations Aides et soins complétées par la CEO s'élève à 518 dossiers/mois pour l'année 2017. Cette moyenne s'élevait à 500 évaluations complétées par mois en 2016 et à 520 évaluations complétées par mois en 2015.

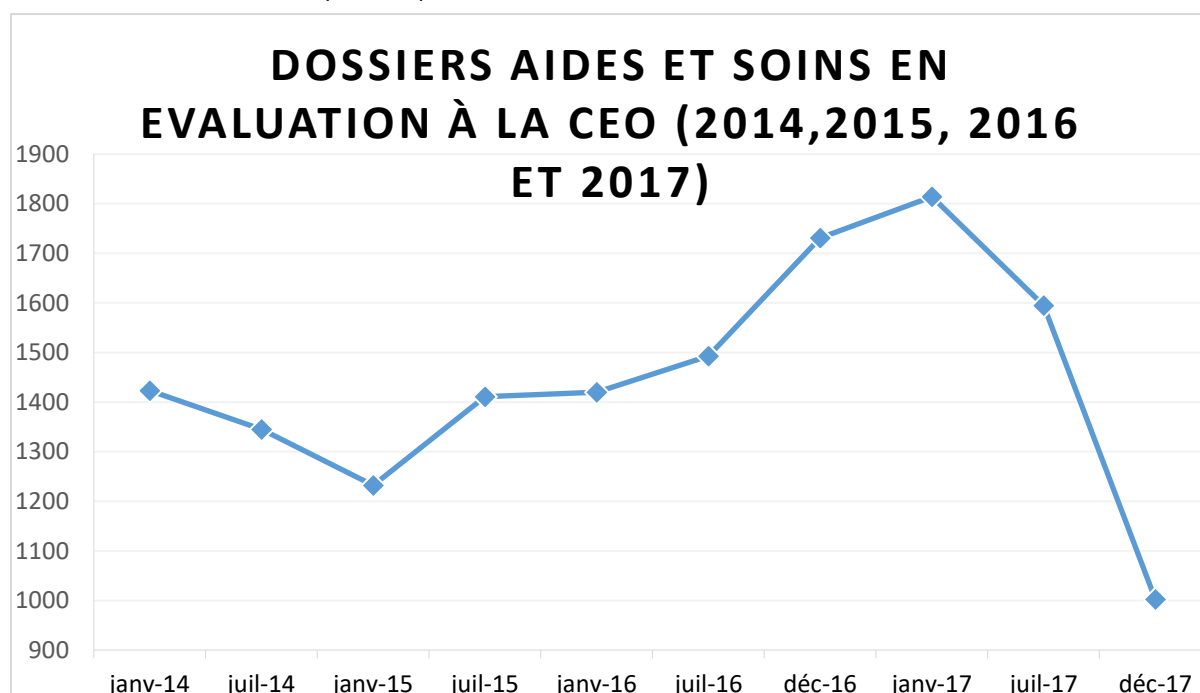
En 2017, la proportion de premières demandes traitées par rapport aux réévaluations est de 68% par rapport à 60% en 2016.

La moyenne mensuelle augmente légèrement en 2017 par rapport à 2016 pour retrouver le niveau de 2015.

Cependant il est à noter que l'année 2017 a vu une mobilisation de certaines ressources en personnes, dans les différents groupes de travail de préparation de la réforme. Ces personnes étaient normalement davantage allouées aux évaluations des demandes en aides et soins. Ceci a été contre balancé par l'arrivée de nouveaux membres du personnel (2,5 ETP), qui ont évalué des dossiers, de façon autonome, à partir de l'automne 2017.

Leur apport dans le processus d'évaluation se fait tout particulièrement sentir au niveau du stock de dossiers de la CEO, qui a atteint un niveau très bas à la fin de l'année 2017.

Nombre de dossiers Aides et soins en évaluation à la CEO (2014-2017) :
ensemble des dossiers pour lesquels une action est en cours, à la date considérée = STOCK à traiter



Il est important de noter que la capacité de traitement des dossiers de la CEO est directement liée aux nombre de personnes disponibles pour évaluer.

Si des efforts sont constamment réalisés pour diminuer le temps de traitement des dossiers en terme de diminution dans les étapes de traitement ou des tâches administratives à réaliser par les professionnels de santé traitant le dossier, il n'en reste pas moins que le temps dédié à l'évaluation ne peut être drastiquement diminué.

Le recueil de données auprès du demandeur de prestations de l'assurance dépendance, la prise de renseignements auprès des professionnels intervenants, la prise en compte de l'entourage et de l'environnement du demandeur nécessiteront toujours un certain investissement pour assurer une qualité de traitement optimale des demandes de prestations.

Les outils en développement en 2017 qui accompagneront la mise en œuvre de la réforme viseront un recueil de données optimal pour assurer le meilleur des traitements possible.

Cependant, afin de garantir les objectifs ambitieux de la réforme de l'assurance dépendance, notamment en matière de politique de réévaluation des dossiers, il convient de continuer à renforcer le pool de référents disponibles pour maintenir des durées de traitement acceptables.

II. 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.

Différents **projets informatiques** sont censés soutenir l'optimisation des processus dans les domaines de la sécurité de l'échange de données et des interfaces clients.

En ce qui concerne la **maximisation de la sécurisation de l'échange des données**, les travaux se sont concentrés sur les éléments suivants en 2017 :

- la continuation des discussions avec les autres institutions de sécurité sociale pour préparer les actions qui deviendront nécessaires avec l'entrée en vigueur de la General Data Protection Regulation (GDPR) en 2018 ;
- la formalisation des échanges de données entre la Caisse nationale de santé et la Cellule d'évaluation et d'orientation ;
- la redéfinition des droits d'accès aux données dans l'application TCOv2.
- la mise à jour de l'analyse de risques Monarc.

Des **efforts constants pour proposer des interfaces clients modernes, performants et conviviales** ont amené le Service de la gestion administrative à travailler principalement sur le développement des outils informatiques qui ont été mis en production avec l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance :

- TCOv2, application métier pour le traitement des dossiers des demandeurs de prestations (le Chef de projet était affecté au Service qualité ; le Service de la gestion administrative a participé aux travaux en ce qui concerne les éléments techniques exclusivement) ;
- la nouvelle application QuestAPP développée en interne par le Service de la gestion administrative et servant à l'évaluation de la situation de dépendance des demandeurs de prestations ;
- l'adaptation de la plateforme servant à échanger les données entre QuestApp et TCOv2 ;
- la mise en place, avec le Centre informatique de la Sécurité sociale, de nouveaux ordinateurs portables pour l'ensemble du personnel travaillant dans le domaine de l'évaluation de la situation de dépendance des assurés ;
- la formation du personnel en matière de QuestApp ;
- la rédaction d'un guide utilisateur de QuestApp ;
- l'adaptation des templates au nouveau prérequis technique et métier ;
- l'adaptation des outils de digitalisation des documents papier aux nouveaux dispositifs ;
- l'intégration des convocations des demandeurs de prestations dans le système de guidage installé au sein du hall des guichets au sein du bâtiment de la sécurité sociale ;
- les discussions avec le Centre informatique de la sécurité sociale en vue de préparer les travaux qui devront avoir lieu en 2018, notamment dans le cadre de mysecu.lu ; les points retenus ont été intégrés dans le schéma directeur du Centre informatique de la sécurité sociale.
- le Service de la gestion administrative a en outre réalisé, d'un point de vue technique, le nouveau formulaire de demande de prestations.

Soutenir et accroître les potentiels de développement

Au niveau humain, en 2017, la CEO a participé pour la première fois à d'un « Speed-job-dating » de l'ADEM dans le cadre du reclassement de travailleurs handicapés. Forte de ses valeurs, la CEO a souhaité voir si elle pouvait intégrer, au sein de son équipe, des personnes qui cherchent à revenir sur le marché de l'emploi sous le régime de travailleur handicapé. Deux nouveaux collaborateurs ont pu être recrutés par ce biais.

Avec l'arrivée de plusieurs nouveaux membres du personnel, la CEO, qui disposait depuis toujours d'un programme d'accueil du nouveau collaborateur, a renforcé ses modalités d'accompagnement et d'encadrement des nouvelles recrues. Chaque nouveau collaborateur s'est vu attribué un patron de stage dont les missions ont davantage été précisées. Ces patrons de stage ont bénéficié d'une formation et d'un accompagnement par le service de la gestion administrative.

Les missions du patron de stage consistent :

- à introduire l'employé dans sa nouvelle administration,
- à le familiariser avec son environnement administratif et avec le personnel en place,
- à l'initier dans ses tâches et dans ses missions,
- à l'assister, à le conseiller, à le guider et à le superviser,
- à l'accompagner lors des entretiens individuels et d'appréciation.

Au niveau technique, les travaux visant à co-développer avec nos partenaires l'outil de gestion des dossiers orienté « workflow », permettant un pilotage de chaque niveau de l'organisation dans le cadre du traitement d'une demande, ont été poursuivis et l'outil a été à disposition des utilisateurs « référents » à la fin de l'année 2017. Cet

outil, TCOv2, permet une gestion qui prend davantage en compte chaque événement ou action qui se passent au niveau de la gestion d'un dossier. La première version de cet outil continuera à être complétée en 2018, en y ajoutant notamment la commande et le transfert automatique des plans de prise en charge aide technique et adaptation de logement.

Le service informatique de la CEO a également travaillé en collaboration étroite avec le Service Evaluation et Détermination, sous la gestion du Responsable concept et développement, afin de construire et développer le nouvel outil d'évaluation. Cet outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance comportant un ensemble de questions et de tests permettant d'évaluer l'état de dépendance d'une personne demandant des prestations de l'assurance dépendance présente une structure en 6 parties.

Cet outil vise à mettre à disposition des référents de la CEO une nouvelle façon d'encoder les informations recueillies avec l'aide d'une tablette (écran tactile) : cases à cocher, champs texte libre, champs date, listes à remplir et autres, visant à renforcer la qualité du recueil, son homogénéité et à garantir une efficacité de traitement optimal des demandes de prestations.

La phase de développement s'est achevée par une phase de test en fin d'année 2017 afin de permettre la mise à disposition de l'outil aux référents dès la première semaine de 2018 pour réaliser leurs premières évaluations.

Au niveau organisationnel, en vue d'anticiper de continuer les changements organisationnels et structurels ;

- de nouvelles demandes de renforcement de personnel ont été introduites dans le cadre du numerus clausus 2018 ; ces demandes ont complété le pool de référents qui avait été demandé dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme ;
- 50 nouveaux ordinateurs portables style « tablette » ont été mis à disposition des référents pour leur permettre une évaluation avec le nouvel outil d'évaluation ;
- l'ensemble des templates, matériel d'information, brochures de la CEO ont été retravaillés afin de présenter les changements introduits par la réforme ; du nouveau matériel d'information, notamment en ce qui concerne l'aidant a dû être créé afin de répondre à la demande d'identification plus stricte et supervisée voulue par le législateur ; le contenu de l'onglet « Dépendance » du site internet du Ministère de la Sécurité sociale a également été mis à jour ; celle-ci continuera en 2018, notamment en fonction des besoins exprimés par les utilisateurs tant demandeurs/bénéficiaires que professionnels ;
- afin d'optimiser la commande d'aides techniques dans le cadre de l'assurance dépendance, la CEO propose depuis 2006 le service « Helpine Aides techniques » ; en septembre 2017, afin d'améliorer davantage le service de commande d'aides techniques « standards » via Helpline, la version de la fiche fax à utiliser a été adaptée.

Conclusion

Dans un contexte de réforme, la CEO a relevé les challenges amenés par des changements de législation. La carte stratégique de la CEO indique la direction et continue à être déployée à tous les niveaux de l'organisation. 2017 a vu le développement des nouveaux outils en interne, la mise à jour des documents et de certaines modalités de travail, ainsi qu'un renforcement en personnel afin d'aborder en 2018, la mise en application de la réforme de l'assurance dépendance. Les démarches entreprises en 2017 devront être consolidées et le cas échéant adaptées suite aux changements amenés par la réforme.

Cellule d'expertise médicale

La Cellule d'expertise médicale (CEM) a été créée par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant: 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers. Elle est placée sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale et est rattachée administrativement à l'Inspection générale de la sécurité sociale. La Cellule est 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'IGSS. En outre, elle peut conclure des accords de partenariat avec des services spécialisés nationaux ou internationaux en vue de la réalisation de ses missions et peut s'adjoindre des experts.

Mission légale

Elle a pour missions (art. 65, al. 11 et 65bis, par. (1) CSS) :

- d'assister la Commission de nomenclature (CN) dans l'accomplissement de ses missions en émettant des avis sur toutes les affaires dont est saisie la Commission ;

- de proposer, en s'orientant suivant des référentiels acquis par la science, le libellé et les coefficients des actes dispensés par les prestataires de soins inscrits dans les nomenclatures, d'en produire une définition complète et d'en préciser les indications et les conditions d'application ;
- de s'enquérir de l'évaluation scientifique des dispositifs médicaux et de procéder à l'émission de recommandations pour leur bon usage permettant de déterminer le bien-fondé de la prise en charge par l'assurance maladie ;
- de collaborer à l'élaboration des standards de bonne pratique médicale par le Conseil scientifique du domaine de la santé et à leur promotion auprès des professionnels de la santé ;
- d'analyser des avis concernant le résultat attendu d'un acte ou d'un service, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier ;
- de fournir à la demande des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé ou la CNS des expertises ne pouvant porter sur l'évaluation de l'état de santé, de diagnostics ou traitements de patients individuels ;
- d'assurer le secrétariat et l'appui technique du Conseil scientifique.

Saisines nomenclatures

- 2017-01 Exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéocapsule ingérée.
- 2017-02 Prélèvement de foie chez un donneur décédé en vue d'une transplantation.
- 2017-03 Mise en compte de l'acte 1C80 par les médecins pratiquant la radiologie et la cardiologie interventionnelles.
- 2017-04 Abolition de la nécessité d'une autorisation du contrôle médical de la sécurité sociale pour l'acte 7A44.
- 2017-05 Forfait unique d'actes infirmiers dans les maisons de soins et dans les autres établissements d'aides et de soins.
- 2017-06 Prélèvement de sang veineux pour analyse effectuée en dehors du domicile de la personne protégée.
- 2017-07 Modification du coefficient pour les actes de location d'appareil 1C14X et 1C15X.
- 2017-08 Suppression de la Sous-section 1 – Films de la Section 1 – Radiodiagnostic du Chapitre 8 - Imagerie médicale.
- 2017-09
- à
- 2017-14 Introduction de plusieurs actes dans la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie.
- 2017-15 Plusieurs codes fournitures pour vêtements compressifs pour membres inférieurs concernant les produits à tricotage rectiligne.

Autres activités

Discussion méthodologique sur la révision d'une partie de la nomenclature : Suite à l'utilisation avec succès d'une nouvelle approche méthodologique pour l'introduction des actes d'arthroscopie du genou dans la nomenclature des actes médicaux, la CEM a poursuivi ses réflexions sur les adaptations à envisager en tenant compte de ses missions officielles et des besoins exprimés par les partenaires (CN et CNS). Cinq réunions (IGSS, CNS, CN, CEM) ont eu lieu sur demande de la CEM afin de clarifier la méthodologie à utiliser.

Révision de la nomenclature des actes et services des médecins : La CEM a participé aux réunions avec le consultant expert de la CNS. Elle a relu les fichiers, proposé des modifications, émis des avis sur différents actes, proposé des solutions notamment pour la documentation des nouveaux actes à introduire dans la nomenclature, identifié des questions pratiques.

Révision de la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique : La CEM a participé aux huit réunions organisées par la CNS en présence des différentes parties prenantes.

Projets

Une collaboratrice de la CEM a sollicité un stage de formation du 19 mars au 30 avril 2017 au sein de l'Institute of Health Economics (IHE) à Edmonton dans l'Alberta (Canada) pour un travail d'enquête concernant la mesure de l'impact des évaluations des technologies médicales. Le rapport final est en attente.

Commissions et groupes de travail

Au niveau international, la CEM a participé régulièrement aux réunions du groupe HTAN (Health Technology Assessment Network) sous l'égide de la Commission de l'Union européenne, groupe dans lequel elle a assuré la représentation du Grand-Duché de Luxembourg missionnée par le Ministre de la Sécurité sociale. La CEM a poursuivi sa veille active dans les réseaux de HTA et plus particulièrement dans le réseau INAHTA (International Network of Agencies for Health Technology Assessment).

Au niveau national, plusieurs collaborateurs de la CEM participent à des groupes de travail en tant qu'experts méthodologiques : Plan Cancer, Commission de suivi de l'implémentation du système médecin référent, Comité de pilotage pour le suivi de la mise en place des recommandations de prescriptions en imagerie médicale suite aux recommandations du Conseil scientifique, groupe de travail interministériel « Transgender », groupe de travail « Plan maladie rare axe C ».

Publications

Körge, K., Berndt, N., Hohmann, J., et al. (2017) : Evaluation of the HTA core model for national Health Technology Assessment reports: Comparative study and experiences from European countries, International Journal of Technology Assessment in Health Care, 33:6, pp1-10.

Médiations entre Caisse nationale de santé et prestataires

Base légale

En l'absence d'accord avant le 31 décembre sur l'adaptation de la lettre-clé conformément à la loi ou sur les tarifs conventionnels non établis moyennant lettre-clé, ou à défaut d'entente collective :

- sur l'élaboration d'une nouvelle convention après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé;
- sur l'adaptation de la convention dans les six mois suivant la dénonciation totale ou partielle de l'ancienne convention;
- sur les dispositions obligatoires de la convention visées par la loi, après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé,

l'Inspection générale de la sécurité sociale convoque les parties en vue de la désignation d'un médiateur.

Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du médiateur, celui-ci est désigné par tirage au sort sur une liste comprenant six personnes ayant accepté cette mission. Cette liste est établie pour la durée de cinq années par les parties signataires de la convention et, à défaut, par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Lorsque la médiation n'aboutit pas à un accord sur l'adaptation de la lettre-clé ou des tarifs conventionnels non établis moyennant lettre-clé, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale. Ce dernier rend une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours ; elle doit être prononcée avant l'expiration de l'ancienne convention (art. 69, al. 1 et 70, par. (1) CSS).

Lorsque la médiation n'aboutit pas, dans un délai de trois mois à partir de la nomination d'un médiateur, à une convention ou à un accord sur les dispositions conventionnelles obligatoires, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Les dispositions obligatoires de la convention sont alors fixées par voie de règlement grand-ducal (art. 69, al.2 et 70, par. (2) CSS).

Le médiateur peut s'adjoindre un ou plusieurs experts. Il est assisté d'un fonctionnaire à mettre à sa disposition par l'Inspection générale de la sécurité sociale pour assurer le secrétariat administratif (art. 69, al. 3 et 4 CSS).

Médiations en 2017

Il n'y a pas eu de médiation en 2017.

Conseil scientifique

Le Conseil scientifique du domaine de la santé (CS) a été créé par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et est placé sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale.

Sa mission consiste à élaborer et à contribuer à la mise en œuvre de standards de bonnes pratiques médicales, c'est-à-dire de recommandations développées selon une méthode explicite pour aider le médecin et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. L'objectif de tels standards

est d'informer les professionnels de santé, les patients et les usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins.

Le Conseil scientifique collabore étroitement avec la Cellule d'expertise médicale en ce qui concerne la documentation et la recherche en matière de bonnes pratiques médicales, leur promotion auprès des professionnels de santé ainsi que la désignation d'experts et la conclusion de conventions dans le domaine des bonnes pratiques médicales. Par ailleurs la Cellule assure le secrétariat et l'appui technique du Conseil scientifique.

En 2017, le CS s'est réuni 4 fois en réunion plénière. Une entrevue avec les Ministres de la Santé et de la Sécurité sociale a eu lieu en juin. Trois groupes de travail se sont réunis.

En 2017, sur demande du Plan National Antibiotiques, la création d'un nouveau sous-groupe de travail ayant pour objet la lutte contre les infections en milieu hospitalier a été décidée. Ce nouveau GT est un sous-groupe du GT Antibiothérapie et ne sera opérationnel qu'à partir de 2018.

Le Conseil scientifique a publié 3 recommandations au cours de l'année. Ces publications ainsi que le rapport d'activité sont accessibles sur le site internet du CS (www.conseil-scientifique.public.lu).

Le CS est membre de l'association G-I-N (Guidelines international network) et bénéficie des informations méthodologiques mises à disposition (www.g-i-n.net).

CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Missions légales

Le Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS), 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.

Les missions du CMSS sont les suivantes :

- 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 ;
- 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 ;
- 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 ;
- 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 ;
- 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 ;
- 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 ;
- 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.

Organisation et personnel

En 2017 le cadre du personnel de du Contrôle médical de la sécurité sociale se présentait comme suit :

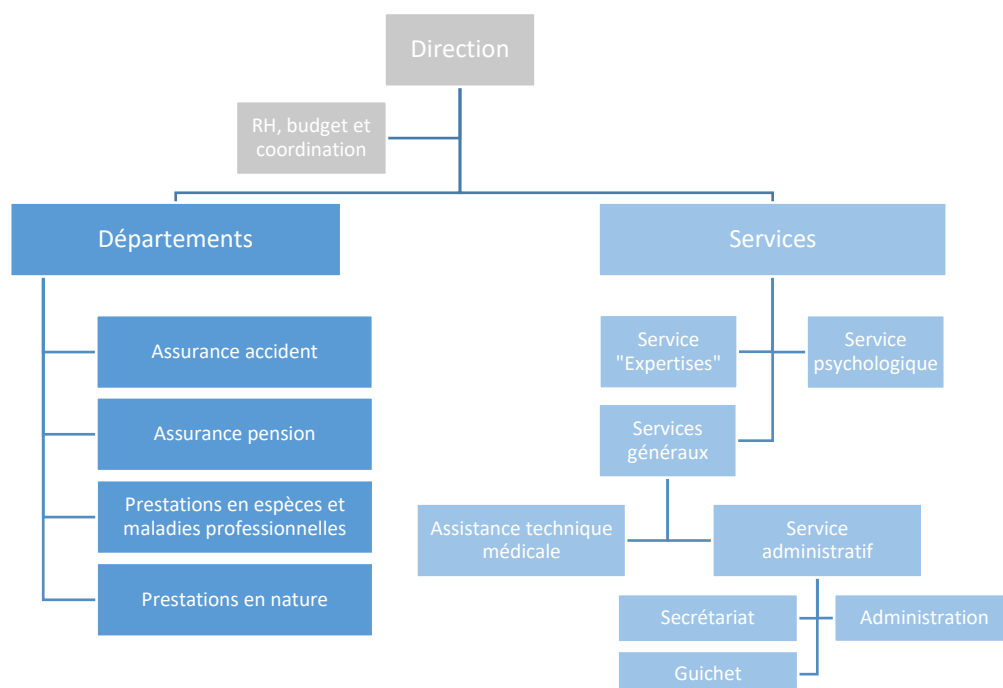
Fonctionnaires de l'Etat				effectif	
Catégorie	Groupe	Sous-groupe de traitement	Fonction	autorisé	en place
A	A1	à attributions particulières	Médecin-directeur	1	1
			Médecin-directeur adjoint	1	1
			Médecin	31	28 *)
			Pharmacien-inspecteur	1	1
		administratif	Attaché	1	1
		éducatif et psycho-social	Expert en sciences humaines	2	2
B	B1	administratif	Rédacteur	4	1
C	C1	administratif	Expéditionnaire	2	1

*) dont un médecin détaché à la Cellule d'expertise médicale (rattachée administrativement à l'Inspection générale de la sécurité sociale).

Employés de l'Etat				effectif	
Catégorie	Groupe	Sous-groupe d'indemnité	Qualité	autorisé	en place
A	A1	à attributions particulières	Pharmacien	0,5	0,5
B	B1	éducatif et psycho-social	Infirmier	1	1
C	C1	administratif	Secrétaire	8	5,5
D	D1	administratif	Secrétaire	3	4,5 **)

**) dont un agent occupé à plein-temps et un agent occupé à mi-temps, ne répondant pas aux conditions d'accès du groupe d'indemnité C1, repris lors de l'intégration en 2008 des employés détachés au Contrôle médical de la sécurité sociale par les institutions de sécurité sociales.

La structure organisationnelle de l'administration était la suivante :



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.

Activités

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.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
premiers examens et réexamens	2 015	2 031	2 097	2 057	2 839	2 197	2 012	2 477

Ce département traite en outre les demandes introduites auprès de la Caisse pour l'avenir des enfants en vue de l'attribution de l'allocation spéciale supplémentaire pour enfants handicapés. En 2017, l'administration a ainsi examiné **903 dossiers**. A noter que depuis l'entrée en vigueur de la loi du 7 août 2015 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale, les avis en rapport avec les demandes afférentes ne rentrent plus dans les attributions de l'administration. En effet, aucun texte légal, réglementaire ou statutaire ne prévoit l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale en la matière, de sorte qu'il ne s'agit en l'occurrence que d'une simple entraide administrative assurée à titre provisoire.

Département « Assurance pension »

Pensions d'invalidité

Les médecins affectés au présent département 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.

année	premiers examens	réexamens	total	Avis rendus après premier examen			Saisines Commission mixte
				invalidité permanente	incapacité de travail	pas d'invalidité	
2007	2 827	963	3 790	1 293	612	922	348
2008	2 741	1 043	3 784	1 253	650	838	329
2009	2 971	1 133	4 104	1 426	698	847	248
2010	3 083	1 292	4 375	1 526	574	983	245
2011	2 825	1 248	4 073	1 235	760	830	334
2012	3 077	1 287	4 364	1 528	680	869	353
2013	3 091	1 162	4 253	1 453	597	1 041	330
2014	3 708	1 096	4 804	1 833	749	1 126	169
2015	3 756	1 247	5 003	1 956	638	1 162	185
2016	3 674	1 036	4 710	1 859	502	1 313	207
2017	3 196	724	3 920	1 301	432	1 463	237

Assurance pension facultative

Dans le cadre des demandes d'assurance pension facultative, **185 dossiers** ont été transmis pour avis à l'administration.

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.

Département « Prestations en espèces et maladies professionnelles »

Prestations en espèces

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

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Assurés convoqués	11 593	15 543	16 374	19 804	26 796	31 463
Assurés convoqués et examinés par le CMSS *)		13 110	13 796	16 466	21 394	24 707
Assurés déclarés aptes	148	2 000	1 791	2 209	2 994	2 606
Saisines de la Commission mixte	2 229	1 723	965	1 097	1 228	1 483
Rapports R4 envoyés aux assurés **)	26 088	26 669	27 244	6 677	3	1
Rapports R4 retournés et traités par le CMSS **)	22 786	23 529	23 814	n.d.	n.d.	n.d.
Nombre total d'avis émis par le CMSS ***)	33 916	40 842	42 361	31 720	34 945	40 401

*) nombre de convocations diminué du nombre de non-présentations (p. ex. en cas d'une reprise de travail)

**) à 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.

A partir du 1^{er} novembre 2015, tous les assurés en congé de maladie sans interruption depuis exactement 77 jours ont été convoqués automatiquement à un contrôle médical. Cette durée a été déterminée en fonction de la disponibilité, respectivement du nombre de médecins affectés au présent département. Depuis le 16 octobre 2017, elle a été réduite à 40 jours d'incapacité de travail au cours d'une période de 47 jours et pourra être réduite d'avantage au fur et à mesure que les engagements de renforcement prévus par la loi du 7 août 2015 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale seront autorisés dans le cadre du numerus clausus.

Maladies professionnelles

Au cours de l'année 2017, l'administration a traité **116 dossiers** se rapportant à des maladies professionnelles.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
examens pour maladie professionnelle	104	139	130	168	188	135	130	116

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.

Ouvriers de l'Etat

Depuis 1994, la convention collective des salariés de l'Etat prévoit que les arrêts de travail répétés ou prolongés peuvent faire l'objet d'un contre-examen médical à effectuer par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Avec l'entrée en vigueur de la convention approuvée le 21 décembre 2016 par le Conseil de Gouvernement, toute l'incapacité de travail dépassant la 26^e semaine doit obligatoirement donner lieu à un contrôle médical à réaliser par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

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.

Congé pour raisons familiales

En 2017, chaque parent avait 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 peut toutefois être prolongée en cas de maladie grave et ce sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Département « Prestations en nature »

Assurance maladie

Soins médicaux

- 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 1^{er} 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.

En 2017 l'administration a été saisie de **8 768 demandes** de transferts à l'étranger.

- 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.

- 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 **3 841 dossiers** en 2017, sont traitées par un médecin de l'administration, assisté en cas de besoin par un expert externe.

- Moyens accessoires

Les moyens accessoires sont repris dans le fichier B2. Un certain nombre de des prestations afférentes sont soumises à un accord préalable du Contrôle médical.

- Frais de voyage, de transport et de séjour

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

- 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.

- Autres prestations de soins de santé

Les statuts de la Caisse nationale de santé prévoient en outre l'intervention du Contrôle médical de la sécurité sociale notamment en vue de la prise en charge

- des consultations et visites dépassant le nombre de 1 par 24 heures, de 2 par semaine, ou de 12 par période de 6 mois ;
- de la rééducation fonctionnelle en milieu hospitalier stationnaire et ambulatoire (gériatrique, cardiaque et CNRFR) ;
- des cures de convalescence à Colpach ;
- des analyses génétiques ;
- des soins palliatifs ;
- de la réadaptation psychiatrique en milieu extra-hospitalier.

La Caisse nationale de santé ainsi que les caisses de maladie ont par ailleurs consulté les médecins-conseils pour:

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

Soins médico-dentaires

Deux médecins spécialistes en médecine dentaire sont chargés 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.

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 du Contrôle médical de la sécurité sociale, les conclusions de ces évaluations pharmaco-économiques sont transmises au président de la CNS. En 2017, l'administration a été appelée à rendre un avis sur l'inscription de 69 médicaments.

De plus, le Contrôle médical de la sécurité sociale a fourni divers avis concernant une désinscription d'un médicament figurant sur la liste positive, de même que plusieurs 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 APCM (accord préalable du Contrôle médical).

Il s'agit notamment des médicaments figurant sur la liste positive et dont la prise en charge est soumise d'office à APCM ainsi que des médicaments non enregistrés au Luxembourg.

Les demandes sont avisées par les pharmaciens-inspecteurs et, si nécessaire, transmis aux médecins-conseils pour avis et/ou décision.

En 2017, le Contrôle médical de la sécurité sociale a ainsi traité **19.934 dossiers**.

- Assistance des médecins-conseils dans l'analyse des profils de consommation médicamenteuse des assurés (p.ex. en cas de suspicion d'abus).
- Participation à la réunion mensuelle de la commission de contrôle du fichier CEFIP (fichier informatique des fournitures pharmaceutiques utilisé par les pharmacies ouvertes au public).
- Fourniture de renseignements aux pharmaciens, assurés et médecins concernant les modalités de prise en charge des fournitures pharmaceutiques (par téléphone / courriel /courrier).
- Aider les 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 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 santé.

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 de la sécurité sociale. En 2017, **1 372 dossiers** ont ainsi été traités.

	demandes transmises	certificats non retournés		décisions prises	refus	A	B	C	n. d. *)
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	4.92%	33.09%	56.67%	5.32%	
2016	1 528	233	15.25%	1 221	6.06%	36.69%	50.29%	6.96%	
2017	1 372	243	17.71%	1 067	6.56%	44.24%	43.02%	6.19%	

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

Le nombre très élevé de demandes traitées entre 2009 et 2014 s'explique par l'introduction à l'époque 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 1^{er} 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).

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 2017, 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.

Service psychologique

Les agents affectés au Service psychologique procèdent sur demande exclusive des médecins de l'administration à des entretiens psychologiques en vue de la réalisation d'évaluations psychologiques d'assurés présentant des troubles psychiques.

Au cours de l'année 2017, les trois psychologues ont ainsi procédé à **1597 évaluations psychologiques**.

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.

Autres activités de l'administration

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 de la sécurité sociale, le médecin en charge du dossier fournit une prise de position médicale détaillée.

En 2017, la direction a en outre poursuivi ses efforts afin d'améliorer la collaboration du Contrôle médical de la sécurité sociale avec les différents services de santé au travail.

De plus, et dans un climat de respect mutuel, la direction a eu bon nombre d'échanges fructueux ainsi qu'une entrevue très agréable avec les services du Médiateur. C'est dans ce même contexte que se situe par ailleurs la procédure de médiation interne assurée par la direction et mise en place en cas de problèmes relationnels pouvant se manifester entre un assuré et un médecin-conseil. Cette procédure indispensable au vu du **contact avec plus de 31 600 assurés** en 2017, vise à améliorer de façon continue la qualité du service public tout en tirant les leçons qui s'imposent des malentendus ayant pu surgir.

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

- *Commission consultative des laboratoires*
- *Commission médicale des dommages de guerre*
- *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.

- *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 permanente pour le secteur hospitalier*
- *Plateforme nationale cancer et groupes de travail afférents*
- *Comité de pilotage du Plan national « Maladies rares »*

JURIDICTIONS DE LA SECURITE SOCIALE

Sont compétents pour connaître des recours prévus par le Code de la sécurité sociale, le Conseil arbitral de la sécurité sociale et, en appel, le Conseil supérieur de la sécurité sociale sauf s'il en est autrement disposé.

Des données statistiques ayant trait aux affaires évacuées par le Conseil arbitral de la sécurité sociale au cours de l'année 2017, il résulte que l'année passée 1.984 jugements ont été prononcés. Ce nombre entraîne un total d'affaires évacuées de 1.608 unités. Le nombre des audiences, avec 658 séances tenues en 2017, diminue légèrement par rapport à l'année 2016 (672 audiences tenues). En 2017, 404 affaires (en légère diminution par rapport à 2016) ont nécessité une expertise médicale et 214 (en légère augmentation par rapport à 2015) ont impliqué un avis médical des médecins-conseil du Conseil arbitral.

Des 1.366 décisions qui ont donné lieu à un jugement définitif, 29 % (397 jugements) ont dit les recours fondés et 71 % (969 jugements) les ont rejetés ou déclarés irrecevables.

Si l'on sait qu'en 2017, 259 appels ont été relevés devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale, on peut dire que le rapport jugements/appels est excellent (moins d'un cinquième des affaires jugées en 1^{ère} instance passent à la 2^e instance). Il s'y ajoute qu'en principe près de 75% des jugements dont appel sont confirmés par le Conseil supérieur.

Du relevé concernant le nombre des recours introduits auprès du Conseil arbitral au cours de l'année passée, il résulte que si l'on compare ce nombre (2.157 recours) à celui de 2016 (2.382 recours), on constate une légère baisse du nombre des recours déposés, cette baisse n'ayant cependant pas pu réduire en 2017 de façon significative le solde des affaires qui n'ont pas pu être évacuées au cours des précédentes années eu égard à l'augmentation sensible des recours introduits en 2016 par rapport à ceux de l'année 2015 (de 1.885 recours en 2015 à 2.382 recours en 2016).

Au cours de l'année 2017, le Conseil supérieur de la sécurité sociale s'est vu soumettre 259 appels. Il est à relever que le Conseil supérieur de la sécurité sociale est uniquement saisi des jugements définitifs, mais non des décisions avant dire droit ayant ordonné une expertise ou quelque autre mesure d'instruction.

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

Le nombre des dossiers en suspens au 31 décembre 2017 est de 299 unités.

Statistiques relatives à l'activité du Conseil arbitral de la sécurité sociale

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre d'audiences (total)	718	983	810	747	776	672	658
Nombre d'audience (prononcé)				392	399	306	323
Nombre d'audience (plaidoirie)				355	377	366	335
Nombre d'affaires fixées	2.941	2.970	2.979	3.117	3.431	3.456	3.109
Nombre de jugements(évacués)	1.213	1.094	1.237	1.229	1.411	1.390	1.366
- expertise	385	530	607	435	572	523	404
- médecin-conseil	286	165	163	200	254	168	214
TOTAL	1884	1.789	2007	1.864	2.237	2.081	1.984
Désistement/sans objet	38	42	34	13	43	219	242
Nombre d'affaires évacuées	1.251	1.136	1.261	1.242	1.454	1.609	1.608
Nombre de recours introduits	1.617	1.682	1.731	1.816	1.885	2.382	2.157
Nombre de recours déclarés fondés	501	419	484	430	381	456	397
Nombre de recours déclarés non fondés	644	611	694	697	917	862	861
Nombre de recours déclarés irrecevables/annulation	68	64	59	102	113	72	108
Appels du conseil supérieur			254	229	295	272	259

Evolution du nombre des recours déposés au Conseil arbitral de la sécurité sociale pendant l'année 2017

Caisses	01.01.2015 – 31.12.2015	01.01.2016 – 31.12.2016	01.01.2017 – 31.12.2017
AAA	599	581	433
CNAP	305	470	565
CNS	287	411	327
FNS	147	180	173
FCH	228	230	155
MST	2	2	2
AF	120	163	145
H	97	109	127
CASS	8	55	9
AD	25	17	9
SNAS	11	23	13
COMI	45	124	189
OS	11	17	10
TOTAL	1.885	2.382	2.157

Légende :

AAA : Assurance-Accidents

CNAP : Caisse Nationale d'Assurance Pension

CNS : Caisse Nationale de Santé

FNS : Fonds National de Solidarité

FCH : Fonds de Chômage

MST : Santé au Travail

AF : Caisse Nationale des Prestations Familiales

H : Service des Travailleurs Handicapés

CASS : Centre Commun de la Sécurité Sociale

AD : Assurance dépendance

SNAS : Service National d'Action Sociale

COMI : Commission Mixte de Reclassement

OS : Office Social

Evolution du nombre des appels introduits et des arrêts rendus auprès du Conseil supérieur de la sécurité sociale

<i>Année</i>	<i>Appels déposés</i>	<i>Arrêts rendus</i>
2011	161	217
2012	204	182
2013	251	204
2014	229	223
2015	297	241
2016	272	281
2017	259	365

INSTITUTIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE (ISS) SOUS LA TUTELLE DU MSS

Les missions et l'organisation des différentes institutions de sécurité sociale auxquelles l'Etat a confié la gestion des différentes prestations sont définies au Code de la sécurité sociale. Les ISS ont le caractère d'établissements publics, dotés de la personnalité civile et sont gérées par un comité directeur ou un conseil d'administration composé de représentants des partenaires sociaux et, le cas échéant, 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 ; dans certains cas, ce contrôle peut porter sur l'opportunité des décisions.

Missions

Le **Centre commun aux institutions de sécurité sociale** est chargé notamment de l'affiliation des assurés et de la perception et de la répartition des cotisations, de la liquidation des rémunérations et des pensions du personnel, de l'informatique, également pour le FNS, l'ADEM, l'IGSS, le CMSS et l'Administration du personnel de l'Etat.

L'affiliation à l'**assurance maladie-maternité** est obligatoire pour toutes les personnes exerçant une activité professionnelle au Luxembourg ou bénéficiant d'une pension, d'une rente ou d'un revenu de remplacement cotisable ainsi que pour leurs membres de famille. Les personnes non assurées dans ce cadre peuvent opter pour une assurance volontaire. Dans les limites du CSS, l'assurance prévoit le paiement d'indemnités pécuniaires de maladie et de maternité, la prise en charge des soins de santé, l'organisation et la prise en charge de mesures de médecine préventive et le paiement d'une indemnité funéraire. Toutes les personnes assurées ont droit également, toujours dans les limites du CSS, à la prise en charge des aides et soins en cas de **dépendance**. La **Caisse nationale de santé (CNS)** est dotée de la compétence générale pour l'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance. Les **trois caisses de maladie du secteur public** sont compétentes pour le remboursement des soins de santé avancés par leurs assurés et pour la liquidation de l'indemnité funéraire.

La **Mutualité des employeurs** a pour objet d'assurer tous les employeurs contre les charges salariales durant les périodes de continuation de la rémunération en cas d'incapacité de travail ; les non salariés peuvent s'assurer le paiement d'indemnités pécuniaires pendant la période de suspension prévue par la loi.

L'**Association d'assurance accident (AA)** est compétente pour indemniser le préjudice résultant des accidents du travail, y compris ceux survenus sur le trajet vers le lieu du travail, ainsi que des maladies professionnelles. L'affiliation est obligatoire en général ; la protection est étendue dans le cadre de régimes spéciaux à charge de l'Etat à un certain nombre d'activités bénévoles et autres. Les prestations prennent la forme de prestations en nature, d'indemnités pécuniaires, de rentes complètes, partielles ou d'attente ainsi que de prestations des survivants. En outre, le CSS confie à l'AA une mission de prévention des risques professionnels des assurés.

L'affiliation à l'**assurance pension** est obligatoire pour toutes les personnes exerçant une activité professionnelle au Luxembourg ou bénéficiant d'un revenu de remplacement cotisable, sauf ceux qui ont droit à une pension en vertu d'un régime public. Les assurés ayant perdu leur affiliation ou réduit leur activité peuvent souscrire à une assurance continuée, les autres peuvent être admis à une assurance volontaire sur avis favorable du CMSS ; en outre, le rachat rétroactif permet de couvrir certaines périodes restées sans affiliation. La **Caisse nationale d'assurance pension (CNAP)** est chargée d'instruire les demandes de pensions de vieillesse, d'invalidité et de survie, de procéder au calcul des pensions et de liquider ces pensions ou, le cas échéant, un remboursement des cotisations.

Les services de la Caisse nationale d'assurance pension assurent également la gestion de la réserve de compensation pour le compte du **Fonds de compensation commun au régime général de pension (FDC)** suivant les règles fixées par le conseil d'administration du Fonds.

En principe, les **rapports d'activité des ISS** sont accessibles à partir du serveur des institutions de sécurité sociale (<http://www.secu.lu>).

Organisation et personnel

Suite au remplacement des anciens règlements grand-ducaux par les quatre textes du 24 août 2016, l'effectif autorisé des ISS sous la tutelle du MSS s'élève désormais à 1034 unités plein temps. En ce qui concerne l'organisation des institutions, on peut noter des progrès dans l'introduction d'une gestion des risques suivant des règles communes.

Cadre du personnel au 31 décembre 2017

Les statuts du personnel des 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 :

- le règlement grand-ducal du 24 août 2016 concernant le statut du personnel de la Caisse nationale de santé, de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux,
- le règlement grand-ducal du 24 août 2016 concernant le statut du personnel de l'Association d'assurance accident,
- le règlement grand-ducal du 24 août 2016 concernant le statut du personnel de la Caisse nationale d'assurance pension,
- le règlement grand-ducal du 24 août 2016 concernant le statut du personnel du Centre commun de la sécurité sociale.

Ces règlements fixent les effectifs autorisés. Les effectifs de l'Entraide médicale des Chemins de fer luxembourgeois pris en charge par la Caisse nationale de santé restent fixés par le règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale.

Groupe de traitement	Fonction	Effectif autorisé / effectif en place au 31 décembre 2017 - caisses de maladie									
		CNS		CMFEP		CMFEC		EMCFL		Total CM	
Fonctionnaires de l'Etat											
A1	Président	1	1							1	1
A1	1 ^{er} conseiller de direction	5	5							5	5
Fonctionnaires assimilés aux fonctionnaires de l'Etat											
A1	Conseiller / attaché	33	18.25							33	18.25
A2	Gestionnaire dirigeant	7	2							7	2
B1	Rédacteur	215	174.5	4	2.75	3	2.75	4**		226	180
C1	Expéditionnaire	147	112	7	4	5	3.5	6**		165	119.5
D1-D3	Artisan, huissier, garçon de bureau	2								2	
Employés assimilés aux employés de l'Etat											
A1	Employé	*	24.25							*	24.25
A2	Employé	*	1							*	1
B1	Employé	*	51	*		*	1			*	52
C1	Employé	*	34.75	*	5	*	0.5			*	40.25
D1-D3	Employé	*	31.5	*	3	*				*	34.5
Salariés assimilés aux salariés de l'Etat											
A	Aide-salarié	*								*	
Total		480	455.25	16	14.75	8	7.75	14	13.75	518	491.5

* à engager dans les limites de l'effectif total autorisé.

** minimum dans la carrière comparable à celle de l'Etat.

Groupe de traitement	Fonction	Effectif autorisé / effectif en place au 31 décembre 2017 - autres ISS et total									
		Total CM		AA		CNAP		CCSS		Total ISS	
Fonctionnaires de l'Etat											
A1	Président	1	1	1	1	1	1			3	3
A1	1 ^{er} conseiller de direction	5	5	1	1	2	2	2	2	10	10
Fonctionnaires assimilés aux fonctionnaires de l'Etat											
A1	Conseiller / attaché	33	18.25	12	5	10	7.5	72	40.25	127	71
A2	Gestionnaire dirigeant	7	2	3	1	3	2	3		16	5
B1	Rédacteur	215	180	43	34	125	97.5	95	83.75	478	395.25
C1	Expéditionnaire	147	119.5	7	3.5	17	7.75	18	14.75	189	145.5
D1-D3	Artisan, huissier, garçon de bureau	2				1	1	10	7	13	8
Employés assimilés aux employés de l'Etat											
A1	Employé	*	24.25	*	2.8	*	2	*	31.25	*	60.3
A2	Employé	*	1	*	5	*		*		*	6
B1	Employé	*	52	*	4	*	16.75	*	7	*	79.75
C1	Employé	*	40.25	*	1.5	*	24.5	*	10.25	*	76.5
D1-D3	Employé	*	34.5	*	10.5	*	10.5	*	14.25	*	69.75
Salariés assimilés aux salariés de l'Etat											
A	Aide-salarié	*		*		*	1	*		*	1
Total		518	491.5	72	69.3	184	173.5	260	210.5	1 034	944.8

* à engager dans les limites de l'effectif total autorisé.

La date de publication du présent rapport empêche la publication de statistiques concernant l'activité des ISS. Il est renvoyé aux publications à venir de l'IGSS et des institutions elles-mêmes.

Les ISS et l'économie nationale

Les statistiques des pages suivantes ont été établies sur les bases suivantes :

- les recettes et dépenses de l'exercice 2016 sont issues des décomptes ;
- les recettes et dépenses de l'exercice 2017 sont celles figurant aux budgets internes approuvés par le ministre, les montants définitifs n'étant pas encore disponibles ;
- les montants relatifs au budget de l'Etat comprennent les dépenses en capital et sont issues des commentaires de la loi du 15 décembre 2017 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2018 (14 710,2 mio pour 2016, 14 094,9 mio EUR pour 2017) ;
- le montant du PIB pris en compte pour 2016 est celui du tableau « Déficit et dette publique des administrations publiques et provision de données associées (en millions EUR) 2000 - 2016 » publié par le STATEC (53,00 mia EUR), montant notifié à la Commission de l'Union européenne le 1^{er} octobre 2017 ;
- le PIB 2017 est celui publié par le STATEC dans le Working paper 96 « Economie et Statistiques » de février 2018 (55,48 mia EUR) ;
- les soldes du tableau « Sécurité sociale et pacte de stabilité » sont également issus du tableau « Déficit et dette publique des administrations publiques et provision de données associées (en millions EUR) 2000 - 2016 » du STATEC ; les chiffres pour 2017 seront disponibles le 1^{er} avril 2018 ;
- les chiffres du tableau « Evolution de la réserve du régime général d'assurance pension » sont basés sur le bilan consolidé du régime général d'assurance pension.

Sources de financement de la sécurité sociale (montants en millions EUR)

	2016	2017
Assurance maladie-maternité		
Cotisations assurés et employeurs	1 567,90	1 672,65
Cotisations forfaitaires Etat	1 045,24	1 115,10
Autres contributions de l'Etat	20,12	20,16
Autres recettes	39,65	35,75
Participation de l'Etat en % des recettes du régime	39,86%	39,92%
Participation de l'Etat en % du budget de l'Etat	7,24%	8,05%
Assurance dépendance		
Contribution des assurés	373,58	401,67
Contribution de l'Etat	228,77	258,37
Autres recettes	3,23	2,82
Participation de l'Etat en % des recettes du régime	37,78%	38,98%
Participation de l'Etat en % du budget de l'Etat	1,56%	1,83%
Mutualité des employeurs		
Cotisations des employeurs et non salariés	298,21	321,60
Contribution de l'Etat	39,89	72,75
Autres recettes	0,77	0,63
Participation de l'Etat en % des recettes du régime	11,77%	18,42%
Participation de l'Etat en % du budget de l'Etat	0,27%	0,52%
Assurance accident		
Cotisations des employeurs	205,18	219,10
Contribution de l'Etat	5,95	6,03
Autres recettes	9,92	10,07
Participation de l'Etat en % des recettes du régime	2,69%	2,56%
Participation de l'Etat en % du budget de l'Etat	0,04%	0,04%
Assurance pension		
Cotisations des assurés et employeurs	3 033,38	3 225,70
Cotisations à charge des pouvoirs publics	1 515,83	1 612,10
Autres recettes	9,85	13,31
Participation de l'Etat en % des recettes du régime	33,25%	33,23%
Participation de l'Etat en % du budget de l'Etat	10,30%	11,44%
Total ISS sous la tutelle du MSS		
Participation de l'Etat en % du budget de l'Etat	19,41%	21,88%

Prestations de sécurité sociale et Produit intérieur brut (montants en millions EUR)

	2016	2017
Assurance maladie-maternité *		
Prestations	2 347,92	2 967,08
Prestations en % du PIB	4,43%	5,35%
Assurance dépendance *		
Prestations	575,59	628,48
Prestations en % du PIB	1,09%	1,13%
Mutualité des employeurs		
Prestations	366,17	391,00
Prestations en % du PIB	0,69%	0,70%
Assurance accident		
Prestations	195,16	205,61
Prestations en % du PIB	0,37%	0,37%
Assurance pension		
Prestations	3 932,38	4 188,60
Prestations en % du PIB	7,42%	7,55%
Toutes les branches		
Prestations	7 417,22	8 380,77
Prestations en % du PIB	13,99%	15,11%

* sans provisions.

Sécurité sociale et pacte de stabilité (chiffres en % du PIB)

	2015	2016
Solde de l'administration centrale	-0,5%	-0,4%
Solde des administrations locales	+0,4%	+0,3%
Solde de la sécurité sociale *	+1,5%	+1,7%
Solde des administrations publiques	+1,4%	+1,6%

* ISS (avec CAE) et Caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux.

CNS, CMFEP, CMFEC et EMCFL

Personnes protégées au titre de l'assurance maladie-maternité (moyenne annuelle, 2017 :11 mois)

	2016	2017
Soins de santé :	813 124	834 409
Assurance obligatoire	549 370	566 388
au titre d'une occupation professionnelle ou d'un revenu de remplacement	430 488	445 116
au titre d'une pension	109 764	112 191
au titre d'un autre revenu	8 617	8 619
autres assurés obligatoires	501	462
Assurance volontaire	5 686	5 778
Assurance au titre d'un droit dérivé	258 068	262 242
Prestations en espèces	352 391	364 906

Les personnes protégées au titre de l'assurance maladie-maternité, soins de santé, le sont également au titre de l'assurance dépendance. Toutefois, la gestion de l'assurance dépendance est confiée à la seule CNS.

Prestations payées par la Caisse nationale de santé et les caisses de maladie du secteur public (en millions EUR)

	2016	2017
ASSURANCE MALADIE-MATERNITE		
Prestations en nature	2 089,06	2 696,33
Soins de santé maladie	2 084,34	
Soins de santé maternité	4,72	
Indemnités funéraires	3,47	3,60
Prestations en espèces	255,39	267,15
Indemnités pécuniaires de maladie	127,10	130,73
Indemnités pécuniaires de maternité *	128,29	136,41
ASSURANCE DEPENDANCE		
Prestations en nature	570,44	623,40
Prestations à domicile	223,03	299,61
Prestations en milieu stationnaire	339,00	304,29
Prestations étrangères	8,41	19,51
Prestations en espèces	5,14	5,07

* y compris dispenses de travail et congés pour raisons familiales

Mutualité des employeurs

Affiliation (moyenne annuelle, 2017 : 11 mois) et prestations payées (en millions EUR)

	2016	2017
Affiliation	40 561	41 843
Employeurs assurés obligatoirement	28 607	29 080
Non salariés affiliés volontairement	11 954	12 763
Prestations en espèces	366,17	391,00

Association d'assurance accident

Affiliation (nombre des entreprises) et prestations payées (en millions EUR)

	2016	2017
AFFILIATION	49 148	n.d.
PRESTATIONS	195,16	205,61
Prestations en espèces	158,08	166,56
Régime général	155,94	163,77
indemnités pour incapacités de travail	29,59	29,05
rentes	107,21	109,82
rachats de rentes	3,28	3,61
autres secours en espèces	15,85	21,30
Régimes spéciaux	2,14	2,79
Prestations en nature	37,08	39,05
Régime général	33,63	35,045
Régimes spéciaux	3,45	4,01

Caisse nationale d'assurance pension

Affiliation (moyenne annuelle, 2017 : 11 mois) et prestations payées (en millions EUR)

	2016	2017
AFFILIATION	405 583	419 828
Assurance obligatoire	402 143	416 131
Assurance volontaire	3 440	3 697
PRESTATIONS	3 932,38	4 188,60

Fonds de compensation commun au régime général de pension

Evolution de la réserve du régime général d'assurance pension (montants en millions EUR)

	2015	2016
Dotation à la réserve	925,7	1 269,2
Réserve au 31 décembre	16 539,8	17 809,0
Rapport réserve / prestations	4,37	4,53
Réserve en % du PIB	31,7%	33,6%
Rendement de la réserve	3,41%	5,16%

www.gouvernement.lu/mss