



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

Rapport d'activité 2016

Mars 2017

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
LA SÉCURITÉ SOCIALE EN GÉNÉRAL	5
L'organisation de la sécurité sociale	5
Situation financière et personnes protégées	13
L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	19
Objectifs de l'assurance maladie-maternité	19
Organisation de l'assurance maladie-maternité	19
La réforme du secteur de la santé et le programme gouvernemental	21
Données financières	27
L'évolution législative et réglementaire	30
L'ASSURANCE PENSION	31
Situation financière du régime général de pension	32
L'évolution législative et réglementaire	35
L'ASSURANCE DÉPENDANCE	37
L'organisation de l'assurance dépendance	37
L'évolution de l'assurance dépendance	37
Les activités de la Cellule d'évaluation et d'orientation	40
L'évolution législative et réglementaire	50
L'ASSURANCE ACCIDENT	53
Organisation de l'assurance accident	53
Financement de l'assurance accident	53
La situation financière	59
Evolution législative et réglementaire	65
LES DOMMAGES DE GUERRE CORPORELS	67
Les attributions du Service des dommages de guerre corporels	67
L'évolution réglementaire	67
LES REGIMES COMPLEMENTAIRES DE PENSION	69
L'évolution du 2e pilier de l'assurance pension	69
L'évolution de la charge de travail du service Pensions complémentaires	72
LES JURIDICTIONS DE LA SECURITE SOCIALE	75
Les attributions et l'organisation des juridictions de la sécurité sociale	75
Les activités des juridictions de la sécurité sociale	75
CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	77
LA CELLULE D'EXPERTISE MEDICALE (CEM)	87
LA SECURITE SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL	91
LES INSTRUMENTS MULTILATERAUX	91
LES INSTRUMENTS BILATERAUX	95

INTRODUCTION

Les efforts réalisés au fil des années passées par l'ensemble des parties impliquées dans la gouvernance et le fonctionnement de l'assurance maladie-maternité en vue d'une pérennisation du système de santé dans le contexte d'une consolidation budgétaire des finances publiques ont été fructueux.

La situation financière globale de l'assurance maladie-maternité est positive.

Elle s'explique, d'un côté, par la poursuite d'une approche prudente et prospective en matière d'investissements sociaux et, d'un autre côté, par l'évolution récente très positive de l'économie.

Pour l'exercice 2016, les recettes dépassent les dépenses de 129 millions d'euros et la réserve globale atteint 21% du montant annuel des dépenses. Le taux de cotisation reste inchangé.

Cette situation offre la marge de manœuvre nécessaire permettant de prévoir de nouvelles prestations, y compris dans le domaine de la prévention, dans l'intérêt d'un système durable dans une perspective à long terme.

Le projet de loi N° 7004 relatif à la gouvernance des institutions de sécurité sociale déposé à la Chambre des Députés le 10 juin 2016 tend à poursuivre la modernisation de la gestion et l'amélioration de la gouvernance des institutions initiées par la loi portant introduction d'un statut unique. Il vise notamment une gestion des risques efficace, des mécanismes de contrôle rigoureux, une approche transparente dans le processus décisionnel ainsi qu'une planification stratégique pluriannuelle. Parallèlement, le projet de loi prévoit une reformulation des missions de l'IGSS afin de les adapter à l'évolution des politiques sociales ainsi que l'adjonction d'une fonction de contrôle interne supplémentaire au niveau des institutions.

A partir de l'année 2016, le réajustement des pensions se fait selon les modalités prévues par la loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'assurance pension. Sur base des calculs de l'Inspection générale de la sécurité sociale, le facteur de réajustement pour l'année 2017 s'élève à 1,009. Ainsi, toutes les pensions viennent d'être augmentées de 0,9% à partir du 1^{er} janvier 2017.

En date du 27 mai 2016, le Ministre de la Justice a déposé le projet de loi N° 6996 à la Chambre des Députés. Le Conseil d'Etat ayant émis son avis en décembre 2016, le vote du texte de loi devrait intervenir au cours du premier semestre de l'année 2017. Ledit projet prévoit un mécanisme de compensation économique en cas de divorce pour celui des époux ayant interrompu soit partiellement, soit intégralement son activité professionnelle pour des raisons familiales.

Au mois d'août 2016 sont entrés en vigueur deux règlements grand-ducaux pris en matière d'assurance accident, à savoir, celui définissant le tableau des maladies professionnelles et un autre règlement relatif à la fixation des délais et des modalités en matière de déclaration et d'instruction des accidents du travail et des maladies professionnelles.

En date du 22 juin 2016, le conseil de Gouvernement a adopté le projet de loi portant réforme de l'assurance dépendance. Ledit projet a été déposé à la Chambre des Députés le 8 juillet 2016. Le Conseil d'Etat vient d'émettre son avis y relatif tout récemment.

A part la pérennisation du système, la réforme structurelle vise la consolidation des principes de base de l'assurance dépendance et la modernisation du 5ème pilier de la protection sociale. Elle ne remet pas en question les différentes priorités sur lesquelles se base le dispositif et elle maintient le système de financement par répartition.

L'introduction d'un système forfaitaire de prise en charge et le déploiement d'un système de contrôle-qualité constituent les vecteurs angulaires de la modernisation de la gestion dépendance.

Parallèlement aux travaux qui sont actuellement en cours au niveau parlementaire, les différents règlements grand-ducaux en projet prévus par la loi réforme sont en phase de finalisation.

Les travaux préparatoires à une réforme de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension ont été clôturés en 2016, de sorte qu'un avant-projet de loi ait pu être déposé au début de l'année 2017. Les principes fondamentaux, à savoir le caractère volontaire du régime et les garanties des droits des affiliés et des bénéficiaires, ne seront pas affectés par la réforme. Outre la révision des dispositions actuelles pour lesquelles l'expérience de plus de 17 années d'application a fait ressortir un besoin de modernisation, la réforme prévoit notamment l'extension du champ d'application des régimes complémentaires de pension aux travailleurs non-salariés et la transposition de la directive 2014/50/UE du 16 avril 2014 relative aux prescriptions minimales visant à accroître la mobilité des travailleurs entre les Etats membres en améliorant l'acquisition et la préservation des droits à pension complémentaire.

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

Les principales données statistiques concernant les différentes branches de la sécurité sociale sont issues du rapport général sur la sécurité sociale - édition 2016 - édité par le Ministère de la Sécurité sociale/Inspection générale de la sécurité sociale.

LA SÉCURITÉ SOCIALE EN GÉNÉRAL

L'ORGANISATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Ministère de la Sécurité sociale

Le Ministère de la Sécurité sociale est compétent pour les domaines suivants: Législation de la sécurité sociale - Fixation des prix des médicaments à usage humain - Inspection générale de la sécurité sociale - Cellule d'expertise médicale - Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance-dépendance - Contrôle médical de la sécurité sociale - Service des dommages de guerre corporels - Conseil arbitral et Conseil supérieur de la sécurité sociale - Centre commun de la sécurité sociale - Association d'assurance accident - Caisse nationale d'assurance pension - Fonds de compensation - Caisse nationale de santé - Caisses de maladie - Mutualité des employeurs - Sociétés de secours mutuels.

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

Le cadre du personnel du Ministère de la Sécurité sociale se compose comme suit :

Fonctionnaires de l'Etat				effectif	
Catégorie	Groupe	Sous-groupe de traitement	Fonction	autorisé	en place
A	A1	à attributions particulières	Conseiller de Gouvernement	1	1
B	B1	administratif	Rédacteur	6	6

Le personnel est complété par 5 employés de l'Etat, dont la secrétaire particulière du ministre.

Inspection générale de la sécurité sociale

L'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS), placée sous l'autorité du ministre de la Sécurité sociale, exerce des tâches de conception et de contrôle sur l'ensemble de la sécurité sociale. Elle a notamment pour mission :

- de contribuer à l'élaboration des mesures législatives et réglementaires en matière de sécurité sociale ;
- d'assurer le contrôle des institutions sociales qui en vertu des lois et règlements est exercé par le Gouvernement ou un membre du Gouvernement ;
- d'établir, pour les besoins du Gouvernement, le bilan actuariel des régimes de pension en étroite collaboration avec les organismes concernés ;
- de recueillir les données statistiques nécessaires tant sur le plan national que sur le plan international suivant un plan statistique et comptable uniforme pour toutes les institutions sociales ;
- de préparer des projets concernant la programmation sociale, à moyen ou à long terme, suivant les lignes de conduite à définir par le Gouvernement ;
- de contribuer, sur le plan international, à tout travail d'élaboration en rapport avec les règlements communautaires et les conventions multi- ou bilatérales en matière de sécurité sociale des travailleurs migrants et d'en surveiller l'exécution dans le pays ;
- d'assister les institutions de sécurité sociale dans l'élaboration des processus et procédures administratifs sur base d'un cadre méthodologique commun qu'elle détermine et d'assurer, en cas de besoin, les arbitrages nécessaires pour l'implémentation de ces processus et procédures.

Les institutions de sécurité sociale sont soumises à la haute surveillance du Gouvernement, laquelle s'exerce par l'Inspection générale de la sécurité sociale. L'autorité de surveillance veille à l'observation des prescriptions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ainsi qu'à la régularité des opérations financières. A cette fin, elle peut en tout temps contrôler ou faire contrôler la gestion des institutions de sécurité sociale. Celles-ci sont tenues de mettre en œuvre une gestion des risques et une assurance qualité appropriée suivant des critères prescrits par l'autorité de surveillance.

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

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

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

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

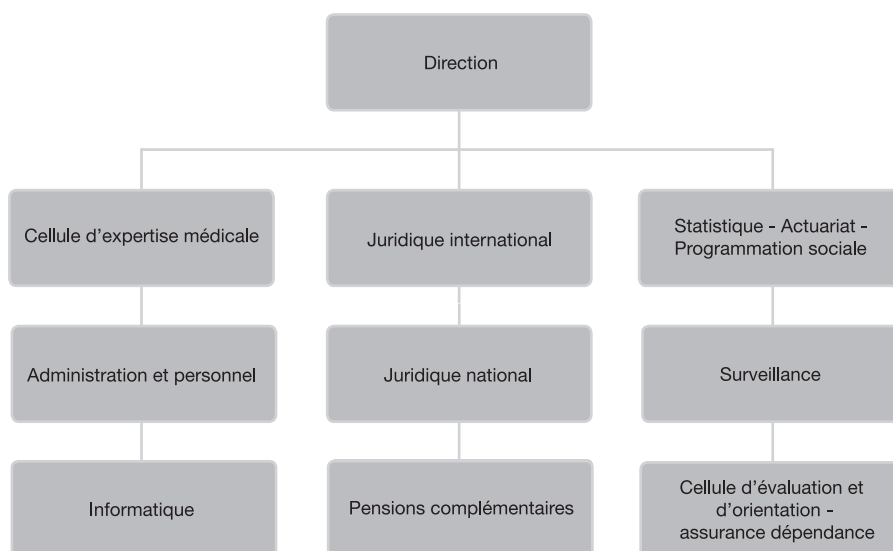
Le projet de loi n°7014 portant réforme de l'assurance dépendance prévoit que la CEO changera de dénomination et deviendra une administration indépendante sous la tutelle du ministre de la Sécurité sociale.

Le cadre du personnel de l'IGSS comprend, à part le directeur, le personnel suivant :

Fonctionnaires de l'Etat				effectif
Catégorie	Groupe	Sous-groupe de traitement	Fonction	en place
A	A1	Sous groupe à attributions particulières	Premier inspecteur de la sécurité sociale	8
A	A1	Sous-groupe administrative/scientifique	Conseiller	5
A	A1	Sous-groupe administrative/scientifique	Attaché	8
A	A2	Sous-groupe administratif	Gestionnaire dirigeant	1
B	B1	Sous-groupe administratif	Inspecteur	13
B	B1	Sous-groupe administratif	Rédacteur	14
C	C1	Sous-groupe administratif	Expéditionnaire	1

Le personnel est complété par 20 employés de l'Etat relevant de différents groupes et sous-groupes d'indemnité.

Organigramme de l'IGSS



Le projet de loi n°7004 relatif à la gouvernance des institutions de sécurité sociale tend à poursuivre la modernisation de la gestion et l'amélioration de la gouvernance des institutions initiées par la loi portant introduction d'un statut unique.

Ledit projet vise notamment une gestion des risques efficace, des mécanismes de contrôle rigoureux, une approche transparente dans le processus décisionnel ainsi qu'une planification stratégique pluriannuelle.

Parallèlement, le projet de loi prévoit une reformulation des missions de l'IGSS afin de les adapter à l'évolution des politiques sociales.

La mission de contrôle de l'IGSS sera réorientée vers une approche audit.

En même temps, les institutions de la sécurité sociale seront tenues à la création d'une fonction de contrôle interne supplémentaire.

Le projet de loi introduit également l'obligation pour les institutions de sécurité sociale d'établir une planification triennale communiquer à l'IGSS, qui devra s'assurer que les objectifs sont réalisables et cohérents avec les moyens prévus.

L'IGSS continuera également à assurer sa mission de contrôle de légalité et de sanction des irrégularités.

Elle poursuivra le développement des activités importantes relatives aux projections et à la micro- et macro-simulation appliquées aux politiques sociales. De telles analyses et études d'évaluation et de planification deviennent, en effet, de plus en plus nécessaires pour développer des projets de réformes sociales " évidence base ".

Une réforme de la législation relative aux régimes complémentaires de pension est également en cours.

Le cadre du personnel de de la CEO comprend, à part le médecin-directeur, le personnel suivant :

Personnel en place				effectif
Catégorie	Groupe	Sous-groupe de traitement	Fonction	en place
A	A1	Sous groupe à attributions particulières	Médecin	5
A	A1	Sous-groupe éducatif et psychosocial	Psychologue	5
A	A1	Sous-groupe administratif	Attaché	1
A	A2	Sous-groupe éducatif et psychosocial	Différentes professions	14
B	B1	Sous-groupe éducatif et psychosocial	Différentes professions	13
B	B1	Sous-groupe administratif	Rédacteur	13

Le personnel est complété par 11 employés de l'Etat relevant de différents groupes et sous-groupes d'indemnité.

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

Leurs attributions respectives sont fixées au le Code de la sécurité sociale.

Contrôle médical de la sécurité sociale

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.

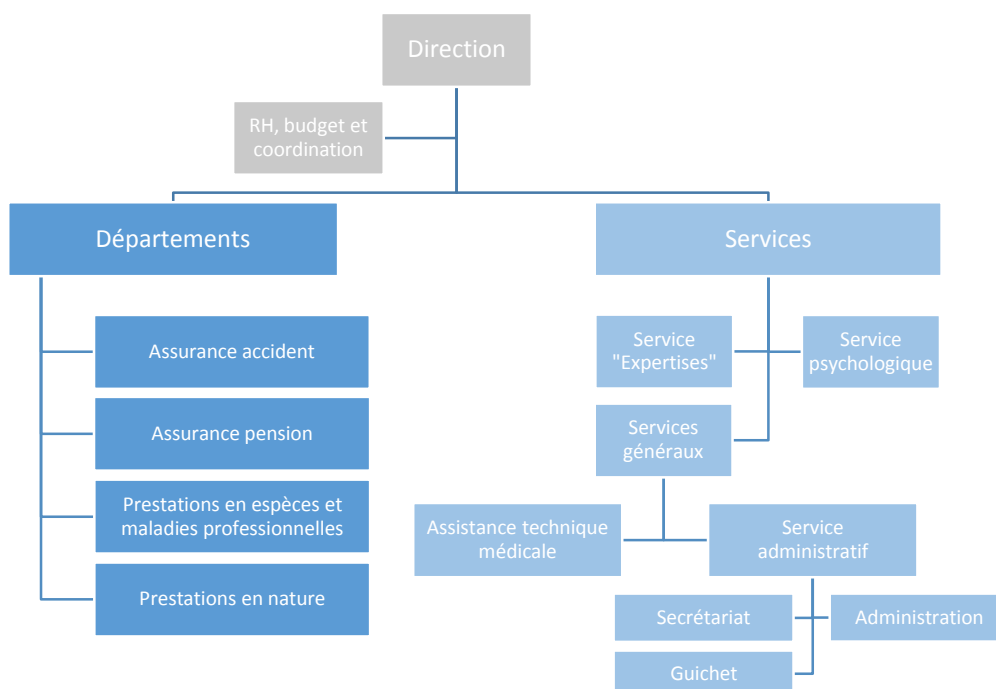
Le cadre du personnel de du Contrôle médical de la sécurité sociale se présente comme suit :

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	29	23,25 *)
		administratif	Pharmacien-inspecteur	1	1
			Attaché	1	-
			Expert en sciences humaines	3	2
B	B1	administratif	Rédacteur	4	2
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).

Le personnel est complété par 10 employés de l'Etat.

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.

Juridictions de la sécurité sociale

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

Le personnel des deux juridictions se compose de la façon suivante.

En dehors de son président, de son vice-président et de deux juges, le CASS se compose de :

Personnel en place				effectif
Catégorie	Groupe	Sous-groupe de traitement	Fonction	en place
A	A1	Sous groupe à attributions particulières	Médecin	3
B	B1	Sous-groupe administratif	Inspecteur/Rédacteur	6

Le personnel est complété par 7 employés de l'Etat.

En dehors de son président, le CSSS se compose de deux agents relevant du groupe de traitement B1, sous-groupe administratif et de quelques employés de l'Etat.

Institutions de sécurité sociale

Statut des institutions de sécurité sociale

Les différentes institutions de sécurité sociale ont le caractère d'établissements publics, dotés de la personnalité civile. Elles sont gérées par un comité directeur composé de représentants des partenaires sociaux et, éventuellement, de représentants de l'Etat.

Les institutions sont placées sous la surveillance du Gouvernement qui exerce un contrôle de la légalité préalable ou consécutif aux décisions des organes de gestion. Le contrôle porte sur la légalité, et dans certains cas sur l'opportunité des décisions.

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

La **Caisse nationale d'assurance pension (CNAP)** administre également le Fonds de compensation, maintenu comme entité juridique distincte.

L'**Association d'assurance accident** est compétente pour la gestion assurance accident.

Le **Centre commun de la sécurité sociale** constitue l'organe centralisateur des opérations informatiques de la sécurité sociale, il collabore étroitement avec les cellules méthodologiques des différents organismes.

Les statuts du personnel des quatre institutions de sécurité sociale qui relèvent du département de la Sécurité sociale sont fixés dans quatre règlements grand-ducaux conformément à l'article 404 du Code de la sécurité sociale.

Ces règlements déterminent principalement le cadre du personnel assistant les organes dirigeants.

Les agents desdites institutions sont divisés en plusieurs catégories:

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

Sur base des dispositions légales prévues par le Code de la sécurité sociale, lesdits règlements précisent cette assimilation: ils rendent en effet applicables aux agents n'ayant pas la qualité de fonctionnaire de l'Etat les lois et règlements fixant le régime des fonctionnaires et employés de l'Etat tout en prévoyant des mesures spécifiques dérogeant à ce principe telles que notamment l'attribution des compétences en matière de nominations, de promotions, de démission et de mise à la retraite du personnel.

Tout comme pour les lois déterminant le cadre du personnel des administrations de l'Etat, les règlements grand-ducaux en question énumèrent les carrières et fixent le nombre des emplois et fonctions pour chaque institution de sécurité sociale, les conditions et modalités de l'admission au service, de la formation et des examens administratifs, de la nomination et de la promotion.

Les règlements suivants sont actuellement applicables :

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 ;

Règlement grand-ducal du 24 août 2016 concernant le statut du personnel de la Caisse nationale d'assurance pension ;

Règlement grand-ducal du 24 août 2016 concernant le statut du personnel de l'Association d'assurance accident ;

Règlement grand-ducal du 24 août 2016 concernant le statut du personnel du Centre commun de la sécurité sociale.

Les nombres limite prévus sont présentés ci-joint.

Caisse nationale de santé

Catégories du personnel :

- président et 1ers conseillers de direction (fonctionnaires de l'Etat) ;
- fonctionnaires assimilés aux fonctionnaires de l'Etat ;
- employés assimilés aux employés de l'Etat ;
- salariés assimilés aux salariés de l'Etat.

A1 : président et 1ers conseillers de direction :	5 unités
A2 :	7 unités
Nombre total de l'effectif de la catégorie de traitement A :	39 unités
Nombre total de l'effectif dans la catégorie de traitement B, groupe de traitement B1 :	215 unités
Nombre total de l'effectif dans la catégorie de traitement C, groupe de traitement C1 :	147 unités
Nombre total de l'effectif dans la catégorie de traitement D, groupes de traitement D2 et D3 :	2 unités
Effectif total de la CNS (y compris employés assimilés aux employés de l'Etat et salariés assimilés aux salariés de l'Etat) :	480 unités

Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics

Catégories du personnel :

- fonctionnaires assimilés aux fonctionnaires de l'Etat classés dans les catégories de traitement B et C.

Nombre total de l'effectif dans la catégorie de traitement B, groupe de traitement B1 :	4 unités
Nombre total de l'effectif dans la catégorie de traitement C, groupe de traitement C1 :	7 unités
Effectif total de la CMFEP (y compris employés assimilés aux employés de l'Etat) :	16 unités

Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux

Catégories du personnel :

- fonctionnaires assimilés aux fonctionnaires de l'Etat classés dans les catégories de traitement B et C.

Nombre total de l'effectif dans la catégorie de traitement B, groupe de traitement B1 :	3 unités
Nombre total de l'effectif dans la catégorie de traitement C, groupe de traitement C1 :	5 unités
Effectif total de la CMFEC (y compris employés assimilés aux employés de l'Etat) :	8 unités

Caisse nationale d'assurance pension

Catégories du personnel :

- président et 1ers conseillers de direction (fonctionnaires de l'Etat) ;
- fonctionnaires assimilés aux fonctionnaires de l'Etat ;
- employés assimilés aux employés de l'Etat ;
- salariés assimilés aux salariés de l'Etat.

A1 : président et 1ers conseillers de direction :	2 unités
A2 :	3 unités
Nombre total de l'effectif de la catégorie de traitement A :	13 unités
Nombre total de l'effectif dans la catégorie de traitement B, groupe de traitement B1 :	125 unités
Nombre total de l'effectif dans la catégorie de traitement C, groupe de traitement C1 :	17 unités
Nombre total de l'effectif dans la catégorie de traitement D :	1 unité
Effectif total de la CNAP (y compris employés assimilés aux employés de l'Etat et salariés assimilés aux salariés de l'Etat) :	184 unités

Association d'assurance accident

Catégories du personnel :

- président et 1ers conseillers de direction (fonctionnaires de l'Etat) ;
- fonctionnaires assimilés aux fonctionnaires de l'Etat ;
- employés assimilés aux employés de l'Etat.

A1 : président et 1ers conseillers de direction :	1 unité
A2 :	3 unités
Nombre total de l'effectif de la catégorie de traitement A :	14 unités
Nombre total de l'effectif dans la catégorie de traitement B, groupe de traitement B1 :	43 unités
Nombre total de l'effectif dans la catégorie de traitement C, groupe de traitement C1 :	7 unités
Effectif total de la AAA (y compris employés assimilés aux employés de l'Etat) :	72 unités

Centre commun de la sécurité sociale

Catégories du personnel :

- 1ers conseillers de direction (fonctionnaires de l'Etat) ;
- fonctionnaires assimilés aux fonctionnaires de l'Etat ;
- employés assimilés aux employés de l'Etat ;
- salariés assimilés aux salariés de l'Etat.

A1 : 1ers conseillers de direction :	2 unités
A2 :	3 unités
Nombre total de l'effectif de la catégorie de traitement A :	75 unités
Nombre total de l'effectif dans la catégorie de traitement B, groupe de traitement B1 :	95 unités
Nombre total de l'effectif dans la catégorie de traitement C, groupe de traitement C1 :	18 unités
Nombre total de l'effectif dans la catégorie de traitement D, groupes de traitement D1, D2 et D3 :	8 unités
Effectif total du CCSS (y compris employés assimilés aux employés de l'Etat et salariés assimilés aux salariés de l'Etat) :	260 unités

SITUATION FINANCIÈRE ET PERSONNES PROTÉGÉES

Situation financière des régimes de protection sociale

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

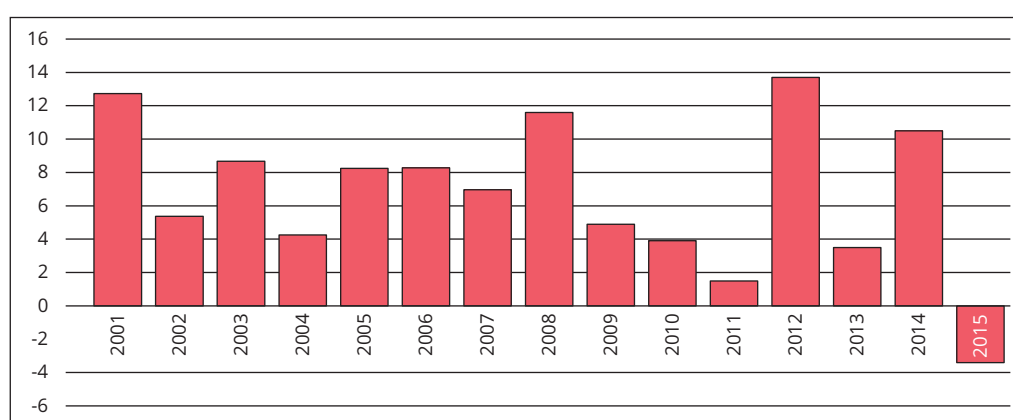
Les recettes de la protection sociale

En 2015, les recettes courantes s'élèvent à 12 561,1 millions EUR, présentant une régression de 3,4% en comparaison avec l'année 2014 (13 004,4 millions EUR).

En 2015, le Fonds accuse une baisse de ses recettes de près de 1 milliard d'EUR par rapport à 2014, année marquée par des résultats exceptionnels.

Cette forte baisse contribue à elle seule au recul des recettes courantes de l'ensemble de la protection sociale de 3,4% entre 2014 et 2015.

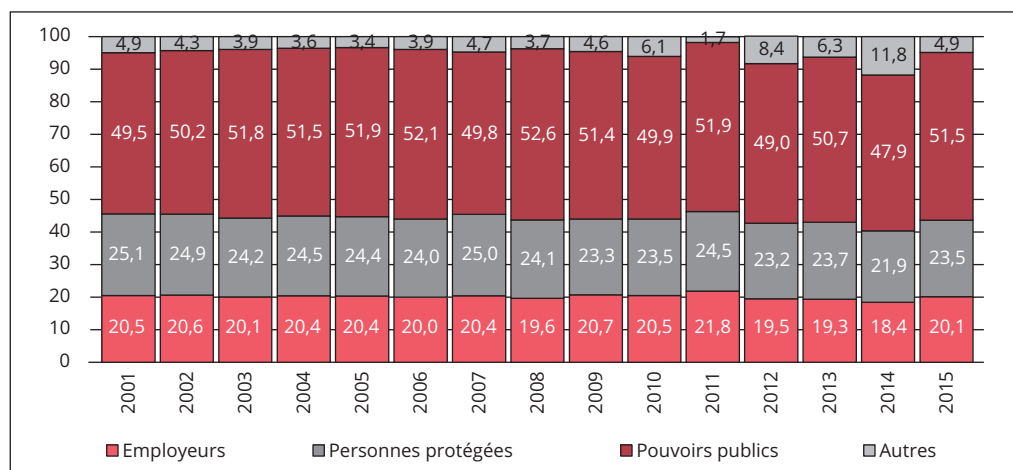
Evolution des recettes courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle en %)



Côté sources de financement, quatre sources peuvent être isolées : les pouvoirs publics, les employeurs, les personnes protégées et les autres sources, composées principalement des revenus de la propriété.

Les cotisations des employeurs (hors secteur public) représentent 20,1% des recettes courantes en 2015, tandis que la participation des personnes protégées atteint 23,5%. Les pouvoirs publics interviennent quant à eux à hauteur de 51,5% (les pouvoirs publics regroupent les contributions publiques, y compris les cotisations patronales du secteur public). Les 4,9% restants proviennent principalement des revenus de la propriété du Fonds de compensation commun au régime général de pension.

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



La contribution de l'Etat au financement de la protection sociale varie fortement selon les régimes.

En 2015, cette contribution est la plus faible pour le régime assurance accidents dont le financement est très majoritairement assuré par les employeurs.

L'assurance pension est financée à parts égales entre les employeurs, les assurés et les pouvoirs publics.

L'Etat finance l'assurance dépendance à hauteur de 233 millions EUR en 2015 (234 millions EUR en 2014, 224 millions EUR en 2013, 180 millions EUR en 2012 et 140 millions EUR les années précédentes) ; le reste est financé par les personnes protégées.

Le financement de l'assurance maladie-maternité est réparti par parts égales entre assurés et employeurs et l'Etat supporte 40% des cotisations auxquelles s'ajoutent les cotisations prises en charge par l'Etat pour certaines catégories de personnes protégées.

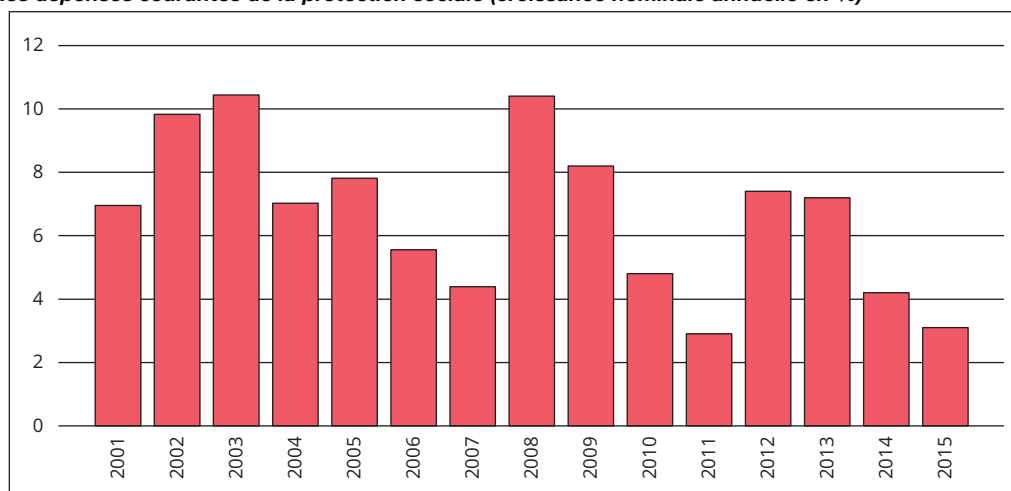
Les pensions statutaires sont majoritairement financées par les pouvoirs publics.

Les recettes des régimes prestations familiales, du Fonds pour l'emploi et du Fonds national de solidarité proviennent principalement des pouvoirs publics. Aucune cotisation n'est payée pour ces trois régimes.

Les dépenses de la protection sociale

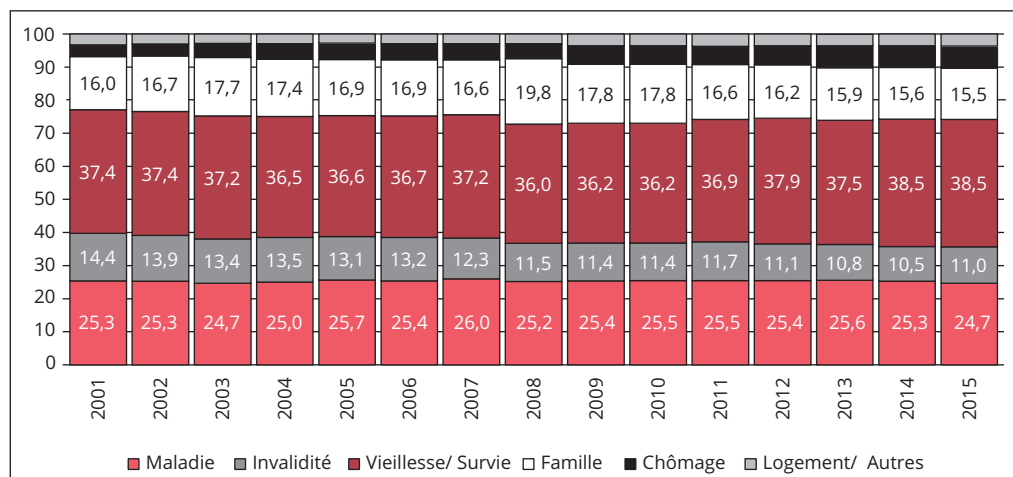
En 2015, les dépenses courantes atteignent 11 556,3 millions EUR soit une augmentation de 3,1% par rapport à l'année 2014 (11 204,7 millions EUR).

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



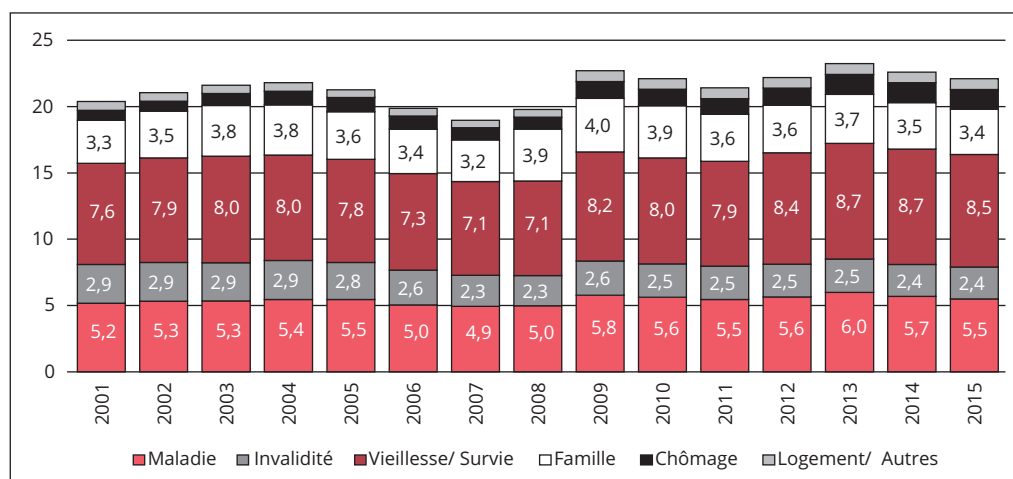
En 2015, 69,8% des prestations sont dispensées sous forme de prestations en espèces et 30,2% sous forme de prestations en nature. Les prestations de la fonction vieillesse/survie (38,5%) et les prestations de la fonction maladie (24,7%) forment plus de 60% des dépenses.

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



En 2015, par fonction et rapportées au PIB (Produit Intérieur Brut), ce sont les prestations de vieillesse et de survie et les dépenses en soins de santé qui représentent les dépenses les plus importantes avec respectivement 8,5% et 5,5% du PIB. Les prestations familiales interviennent pour 3,4% et les prestations d'invalidité comptent pour 2,4%.

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

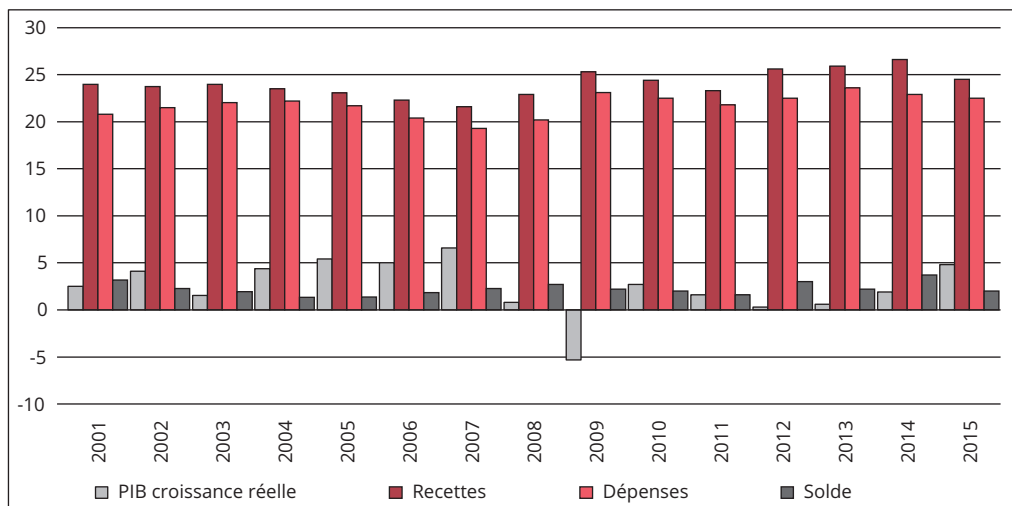


Situation globale

Au regard des recettes et des dépenses de la protection sociale décrites ci-dessus, le bilan de l'année 2015 présente un solde global positif de 1 008,9 millions EUR (1 799,6 millions EUR en 2014).

Avec un ratio des recettes rapportées au PIB (Produit Intérieur Brut) de 24,1% et un ratio des dépenses rapportées au PIB de 22,2%, le solde global de la protection sociale représente 1,9% du PIB en 2015.

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



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

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

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

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

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

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

Le tableau suivant propose, pour 2015, un panorama général de la protection sociale en termes de population protégée mais également en termes de bénéficiaires. Pour les risques liés à des droits non contributifs, le nombre de personnes protégées n'a pas été indiqué. En effet, ce nombre est très difficile à établir puisqu'il dépend à la fois des conditions d'attribution des différentes prestations et de la population exposée au risque.

Répartition des personnes protégées et personnes bénéficiaires par risque de la protection sociale en 2015 (moyenne annuelle)

	Régime contributif							Régime non contributif				
	Maladie-maternité		Dépendance	Vieillesse		Invalidité		Accident	Chômage ¹⁾	Famille ²⁾	Exclusion sociale ^b	Handicap ^b
	Espèces ³⁾	Soins santé		Régime général	Régime général	Régime général	Régime général					
Assurance obligatoire	341 443	534 049	534 049	390 353	390 353	390 353	416 020 ⁴⁾	218 689				
au titre de l'occupation professionnelle	341 443	418 452 ⁵⁾	418 452 ^e	390 353	390 353	390 353	416 020	218 689				
au titre d'une pension		106 521	106 521									
au titre d'un autre revenu		8 593	8 593									
RMG		7 220	7 220									
Prétraite		1 373	1 373									
autres assurées obligatoires		483	483									
Assurance volontaire		4 883	4 883	3 157								
Assurance au titre d'un droit dérivé		254 112	254 112									
Total personnes protégées par risque	341 443	793 044	793 044	393 510	390 353	390 353	416 020	218 689				
Nombre de personnes bénéficiaires par risque	221 908 ⁶⁾	505 444 ⁷⁾	13 542 ^b	106 877 ⁸⁾	16 868 ^h		32 608 ⁹⁾	8 377	202 774 ¹⁰⁾	20 900 ¹¹⁾		5 267 ¹²⁾

1) Résidents.

2) Au 31 décembre.

3) Seulement les salariés du secteur privé.

4) Salariés, indépendants, chômage, service volontaire, volontaires de l'armée, au pair, sportifs d'élite.

5) Y compris indemnité de maladie, de maternité, d'accident, de chômage et de congé parental.

6) Sans dispenses et congés pour raisons familiales.

7) Bénéficiaires résidents d'au moins un acte pendant l'exercice en cours.

8) Pensions personnelles y inclus avances et allocations trimestrielles.

9) Accidents déclarés pendant l'exercice en cours.

10) Boni pour enfants et congé parental.

11) Membres de familles bénéficiaires de l'RMG.

12) Comprend les bénéficiaires du supplément pour enfant handicapé et du revenu pour adulte gravement handicapé. Une partie des adultes handicapés seulement sont couverts par l'assurance dépendance.

Au total, la population protégée des régimes contributifs s'élève, pour 2015 en moyenne annuelle, à 793 044 personnes. Parmi elles, 66% sont des résidents et 34% des non résidents. La structure de la population protégée en fonction du statut d'assuré à titre personnel (actif ou pensionné) ou de coassuré est très différente selon qu'il s'agit de la population résidente ou non résidente.

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

	Résidents	Non résidents	Total
Actifs assurés	257 048	175 363	432 411
Pensionnés	94 054	12 466	106 521
Coassurés	175 410	78 701	254 112
Total	526 513	266 531	793 044

L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

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

LES PRESTATIONS

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

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

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

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

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

ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

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

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

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

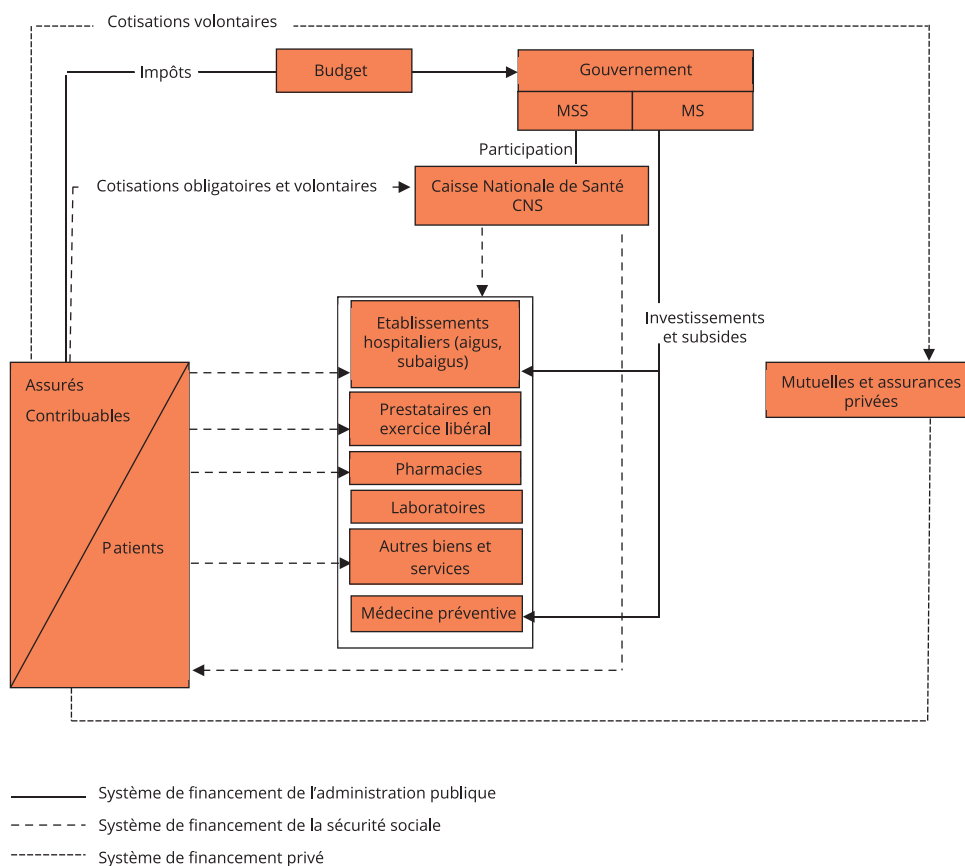
L'assurance maladie a comme souci majeur la gestion optimale des ressources afin de garantir un accès équitable aux soins, de maintenir un niveau de protection élevé tout en préservant la viabilité financière du système.

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

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

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

Organigramme des soins de santé au Luxembourg en 2016



LA RÉFORME DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET LE PROGRAMME GOUVERNEMENTAL

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

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

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

Les modalités de la documentation hospitalière ont été fixées dans les conventions entre la CNS et la FHL ainsi que la convention entre la CNS et l'AMMD.

Le projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière a été déposé le 7 septembre 2016, intégrant dans un texte législatif les dispositions relatives au plan hospitalier et apportant de nombreuses adaptations à la loi modifiée du 28 août 1998.

Le 29 septembre 2016, le Conseil de gouvernement a fixé l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les exercices 2017 et 2018. Le Conseil a fixé l'enveloppe budgétaire globale à 909,7 millions d'euros pour l'année 2017 et à 933,9 millions d'euros pour l'année 2018, à compléter, le cas échéant, par des tranches mensuelles de 0,9 millions d'euros dès l'entrée en vigueur de la loi hospitalière.

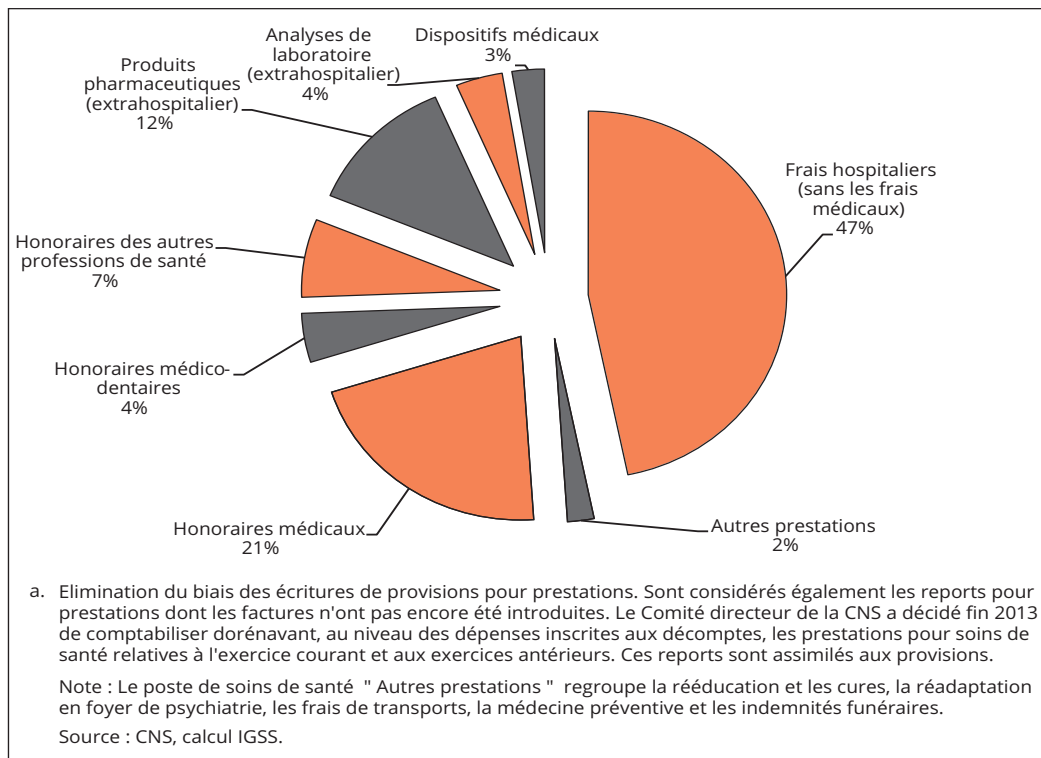
La révision des nomenclatures des professionnels de santé fixée comme priorité par le programme gouvernemental a avancée. La nomenclature révisée des masseurs-kinésithérapeutes et des masseurs, la nomenclature révisée des actes et services des infirmiers ainsi que la nomenclature des prestataires de soins palliatifs entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2017. La révision de la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique est en cours. La révision de la nomenclature des actes et services des médecins n'a pas encore commencé.

LES SOINS DE SANTE

Les prestations de soins de santé au Luxembourg

Sur les 2 104,6 millions EUR liquidées par l'assurance maladie-maternité pour soins de santé en 2015, 1 669,5 millions EUR, soit 79,3%, sont dépensées pour les prestations délivrées principalement à la population protégée résidente au Luxembourg.

Ventilation des frais pour soins de santé au Luxembourg en 2015



Les frais hospitaliers représentent près de la moitié des dépenses (46,8%) pour soins de santé au Luxembourg. Les honoraires médicaux (21,1%) et les produits pharmaceutiques (12,3%) complètent le podium des premières dépenses. Ces trois postes représentent à eux seuls 80,2% de l'ensemble des dépenses en soins de santé au Luxembourg et 63,6% de l'ensemble des dépenses en soins de santé (au Luxembourg et à l'étranger).

La répartition des frais pour soins de santé au Luxembourg est restée stable depuis quelques années.

Les prestations de soins de santé à l'étranger

Avec 435,1 millions EUR, les prestations à l'étranger représentent 20,7% du total des frais pour soins de santé liquidés en 2015. En raison de systèmes de classification et de tarification divergents dans les pays respectifs, une ventilation identique à celle appliquée aux prestations au Luxembourg n'est pas possible.

Les prestations de soins de santé à l'étranger ont connu des variations importantes passant d'une hausse de 14,2% en 2013 à 21,4% en 2014 pour diminuer de 13,4% en 2015. Ces variations s'expliquent par les différents montants comptabilisés en relation avec les dettes de la CNS envers les institutions de sécurité sociale étrangères : 49 millions en 2013, 160 millions EUR en 2014 et 40 millions EUR en 2015. Ces chiffres montrent les limites à l'utilisation des décomptes pour décrire une évolution

Evolution des prestations de soins de santé à l'étranger de 2011 à 2015 (en millions EUR)

	2011	2012	2013	2014	2015
Prestations de soins de santé, dont:	320,5	362,0	413,5	502,2	435,0
- Conventions internationales (tiers payant) ¹⁾	312,1	353,3	404,1	492,9	424,7
- Autres prestations à l'étranger (remboursement de prestations)	8,5	8,6	9,4	9,4	10,3
Indemnités funéraires	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
TOTAL DES PRESTATIONS	320,7	362,1	413,6	502,3	435,1

¹⁾ Montants ajustés en fonction des dotations aux provisions.

Source : CNS, calcul IGSS.

La consommation de médicaments

En 2015, les frais pharmaceutiques dans le secteur extrahospitalier s'élèvent à 170,4 millions EUR et ont augmenté de 1,0% par rapport à l'année précédente. La hausse s'explique par l'inscription dans la liste positive de nouveaux traitements indiqués dans la sclérose en plaques.¹⁾

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

Principaux groupes de médicaments pris en charge par la CNS en 2015

Code ATC 1 ^{er} niveau	Montant net total %	Variation 2014 / 2015 de la consommation DDD
Système cardio-vasculaire	18%	-4%
Tractus gastro-intestinal et métabolisme	17%	1%
Cytostatiques, agents immunomodulateurs	15%	2%
Système nerveux central	15%	6%

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

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

Source : CNS

Les soins de maternité

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

En 2015, le nombre total des accouchements remboursés par l'assurance maladie-maternité est de 6 045. Comparé à 2006, ceci représente une augmentation de 12,2%. Toutefois, la population protégée résidente a également augmenté. Trois points sont mis en évidence :

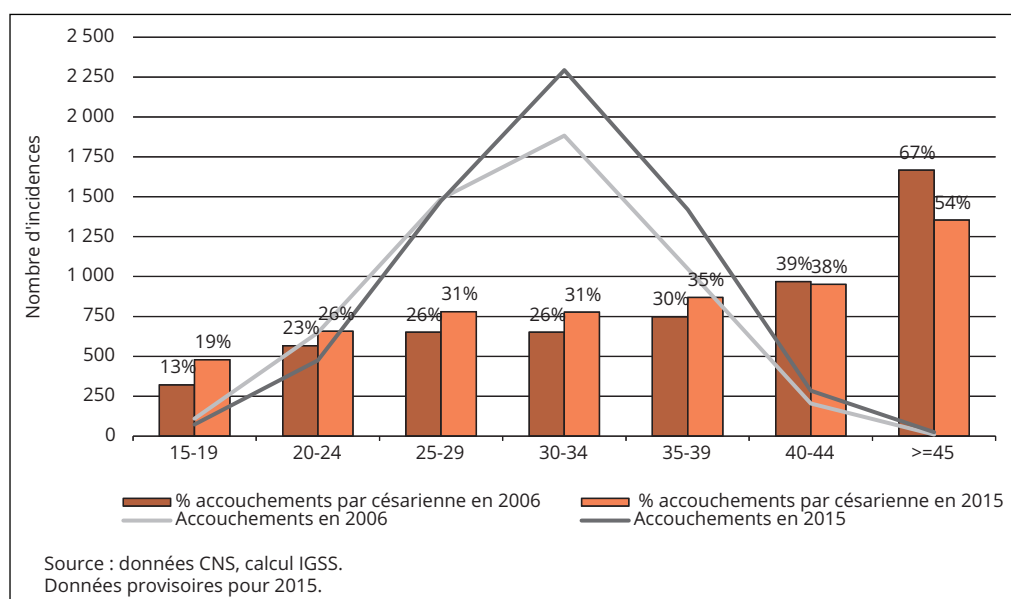
- Diminution des accouchements chez les femmes âgées de moins de 29 ans ;
- Transfert des accouchements vers les groupes d'âge 30 ans et plus ;
- Augmentation des accouchements par césarienne.

Le taux des césariennes calculé par rapport au nombre total d'accouchements est de 31,9% en 2015 contre 26,7% en 2006.

Le graphique suivant indique en fonction de l'âge de la femme, le nombre d'accouchements des femmes résidentes pris en charge par l'assurance maladie-maternité pour les années 2006 et 2015. Ce nombre a diminué chez les adolescentes et a augmenté chez les femmes âgées de plus de 20 ans. De plus, il montre le pourcentage des accouchements par césarienne sur tous les accouchements.

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

Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2006 et 2015



LES PRESTATIONS EN ESPECES

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

Evolution des prestations en espèces de maladie (en millions EUR)

	2013	2014	2015
Prestations à charge de la CNS	126,2	126,9	131,5
Variation annuelle en %	+4,0%	+0,6%	3,6%
dont Indemnités pécuniaires proprement dites	117,9	118,0	121,6
dont Indemnités pendant périodes d'essais	8,1	8,8	9,7
dont Indemnités liées à un congé d'accompagnement	0,1	0,2	0,2
Taux de cotisation	0,50%	0,50%	0,50%
Prestations à charge de la Mutualité des Employeurs	323,9	326,3	350,2
Variation annuelle en %	+8,3%	+0,7%	7,3%

Source : CNS, décomptes annuels.

L'année 2015 est caractérisée par une augmentation importante des prestations en espèces correspondantes, indépendamment du fait qu'elles sont à charge de la CNS ou de la Mutualité des Employeurs. Cette progression s'explique par la croissance de l'emploi salarié ainsi que par l'augmentation du taux d'absentéisme causée par le caractère plus intense de l'épidémie grippale de l'hiver 2015 par rapport à celle qui a sévi au cours de l'hiver 2014. Les prestations en espèces à charge de la CNS s'établissent à 131,5 millions EUR en 2015 et sont ainsi de 3,6% plus élevées qu'en 2014. Les prestations en espèces à charge de la Mutualité s'établissent, quant à elles, à 350,2 millions EUR en 2015, contre 326,3 millions EUR l'année passée (+7,3%).

Absentéisme à cause de maladie

Près d'un salarié sur deux (46%) n'a pas été malade au cours de l'année 2015. Ceux qui ont été malades ont connu en moyenne 2,6 épisodes de 8,5 jours chacun. Le taux d'absentéisme atteint 3,7% contre 3,6% l'année passée.

L'âge est un facteur aggravant de l'absentéisme. Le taux d'absentéisme des plus de 50 ans est 1,7 fois plus élevé que celui des moins de trente ans. Entre 2014 et 2015, le taux d'absentéisme a augmenté ou stagné dans chaque tranche d'âge de la population.

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

Le taux d'absentéisme des femmes (4,1%) est supérieur à celui des hommes (3,4%). Cet écart est souvent expliqué par certaines spécificités physiologiques des femmes ainsi que par une implication plus forte de ces dernières dans les tâches familiales. En 2015, le taux d'absentéisme des femmes était de 4,0% et celui des hommes était de 3,4%.

Le taux d'absentéisme des frontaliers (4,0%) est supérieur à celui des résidents (3,5%). Le fait de résider au-delà des frontières est porteur d'un certain nombre de particularités qui peuvent expliquer cet écart. Parmi celles-ci, on peut mentionner les durées de trajet domicile-travail qui sont majorées et qui peuvent être vues comme une source de fatigue et de stress supplémentaire. On peut également supposer l'existence de différences quant aux habitudes des prescripteurs (dans la durée de l'arrêt maladie notamment). En 2015, le taux d'absentéisme des frontaliers était de 3,9% et celui des résidents était de 3,4%.

Le taux d'absentéisme des salariés exerçant une activité manuelle (4,8%) est supérieur à celui des autres salariés (2,9%). Cet écart s'explique par la pénibilité du travail manuel par rapport au travail intellectuel. En 2015, le taux d'absentéisme des salariés exerçant une activité manuelle était de 4,8% et celui des autres salariés était de 2,8%.

Taux d'absentéisme maladie 2015 selon la résidence, le sexe et le type d'activité

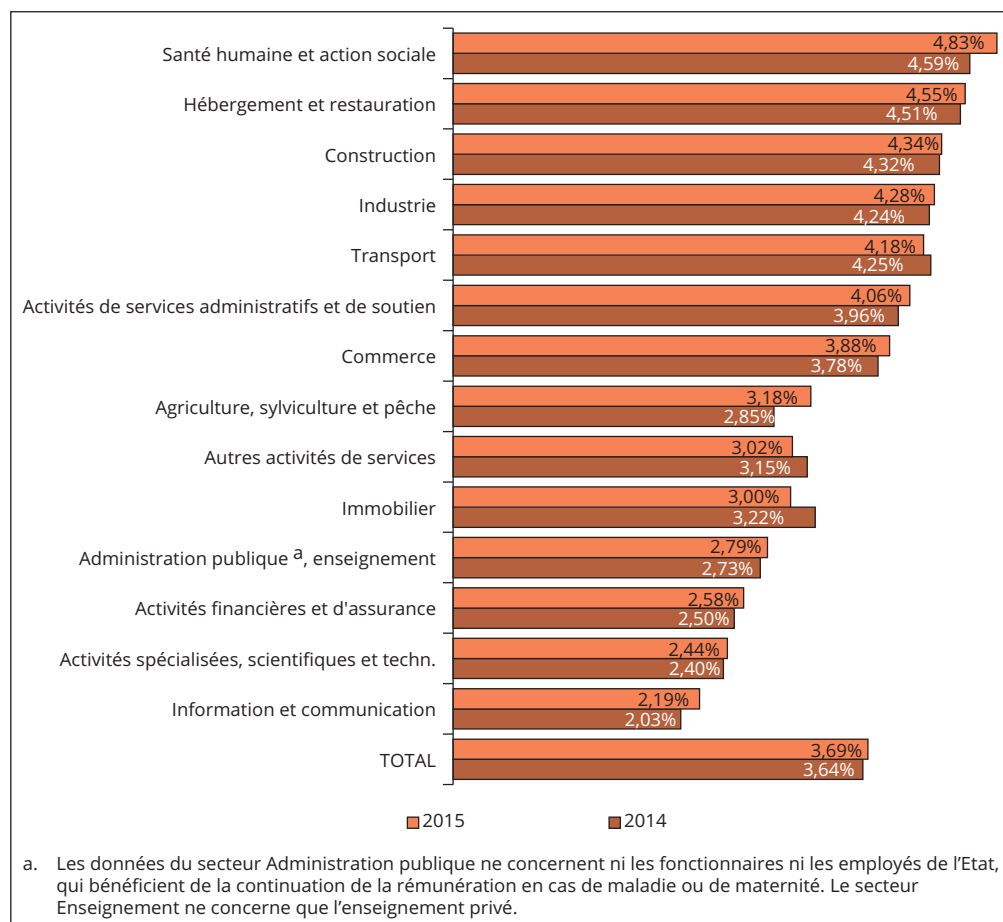
	Frontaliers			Résidents			Frontaliers et résidents		
	Hommes	Femmes	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL
Salariés exerçant une activité manuelle ¹⁾	5,0%	6,5%	4,7%	4,3%	4,5%	4,4%	4,7%	5,0%	4,8%
Autres salariés	2,4%	4,1%	2,2%	2,0%	3,2%	2,6%	2,2%	3,6%	2,9%
TOTAL	3,6%	4,6%	3,4%	3,1%	3,8%	3,5%	3,4%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

1) L'information sur le caractère manuel de l'activité apparaît dans la déclaration d'entrée des salaires introduite par les employeurs auprès du Centre Commun de la Sécurité Sociale.

Taux d'absentéisme selon le secteur d'activité

Le taux d'absentéisme varie fortement d'un secteur d'activité à l'autre. Ces variations s'expliquent par des conditions de travail spécifiques ainsi que par certaines caractéristiques individuelles des salariés appartenant aux différents secteurs (p.ex. structure d'âge). Le graphique présente les taux d'absentéisme par secteur pour les années 2014 et 2015.

Taux d'absentéisme maladie selon le secteur d'activité en 2014 et 2015

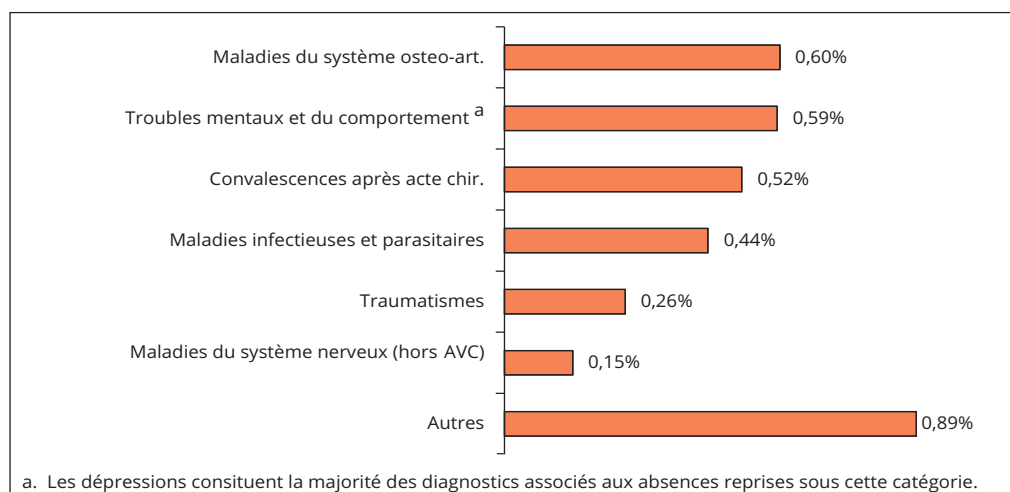


Le secteur de la santé humaine et de l'action sociale reste le secteur ayant le taux d'absentéisme le plus élevé (4,8%). Il affiche en outre l'une des augmentations les plus fortes entre 2014 et 2015. D'une façon plus générale, à l'exception des secteurs de l'immobilier, du transport et du secteur intitulé " autres activités de services ", tous les secteurs ont vu leur taux augmenter.

Raison médicales des absences des résidents¹⁾

En 2015, les absences liées aux maladies du système ostéo-articulaire ont le plus pesé dans le taux d'absentéisme des salariés résidents. Alors que ce dernier a atteint 3,45%, la part des jours d'absence pour cause de maladies du système ostéo-articulaire dans l'ensemble des jours de travail théoriques s'est établie à 0,60%.

Décomposition du taux d'absentéisme maladie (3,45%) selon la raison médicale en 2015

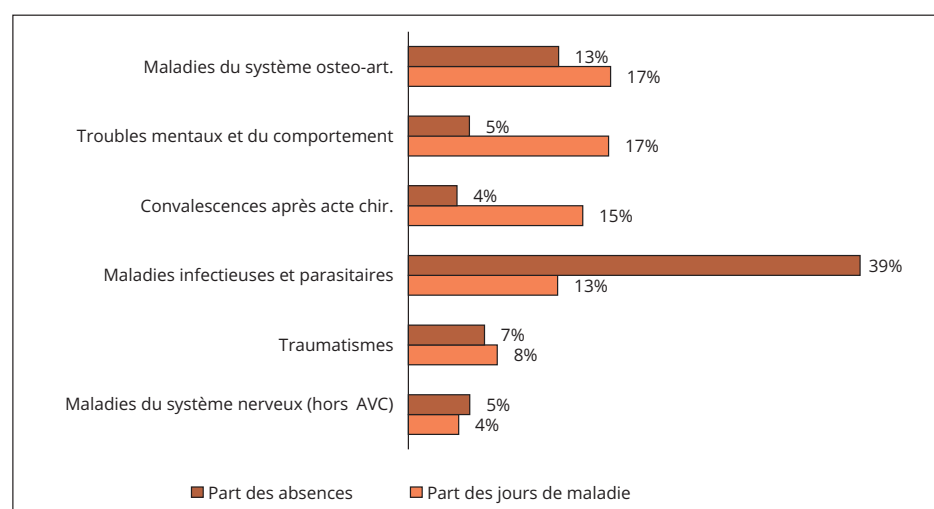


Guide de lecture :

- Pour une année donnée, la somme des contributions des différentes raisons médicales est égale au taux d'absentéisme des salariés résidents.
- En 2015, les maladies du système ostéo-articulaire ont concerné 0,60% des jours pendant lesquels les salariés résidents ont exercé une activité.

Alors que certaines pathologies concernent un grand nombre d'absences dont la durée est relativement courte en moyenne, d'autres concernent un nombre d'absences plus faible mais dont la durée est plus longue en moyenne. Les absences liées aux troubles mentaux et du comportement (principalement des dépressions) ont ainsi représenté 17% des jours de maladie mais seulement 5% des épisodes d'absence. A l'opposé, les absences liées à une maladie infectieuse ou parasitaire (grippe, gastro-entérites, sinusites, otites...) ont représenté 39% des absences mais seulement 13% des jours de maladie.

Poids des principales raisons médicales dans la fréquence et dans le nombre de jours d'absences en 2015



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

DONNÉES FINANCIÈRES

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

Le tableau suivant retrace l'évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité pour les exercices 2011-2015.

Evolution financière globale de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)

Exercice	2011	2012	2013	2014	2015
N.i. du coût de la vie (moyenne annuelle)	724,34	742,44	761,00	775,17	775,17
Recettes					
Cotisations	1 262,8	1 332,6	1 396,7	1 465,0	1 512,7
Cotisations forfaitaires Etat	841,3	888,2	931,0	976,5	1 008,2
Autres contributions de l'Etat ¹⁾	20,1	20,1	20,2	20,1	20,1
Autres recettes	35,9	31,6	32,6	34,9	39,8
TOTAL DES RECETTES COURANTES	2 160,1	2 272,5	2 380,5	2 496,6	2 580,7
Variation annuelle en %	6,7%	5,2%	4,8%	4,9%	3,4%
Dépenses					
Frais d'administration	67,4	70,9	76,2	75,9	79,9
Prestations en espèces ²⁾	232,5	258,9	271,4	277,9	285,7
Prestations en nature	1 775,9	1 892,2	1 991,8	1 969,1	2 104,6
Autres dépenses	5,9	6,5	63,6	167,7	5,4
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	2 081,8	2 228,4	2 403,0	2 490,7	2 475,6
Variation annuelle en %	2,6%	7,0%	7,8%	3,6%	-0,6%
Solde des opérations courantes	78,3	44,1	-22,5	5,9	105,1
Participation de l'Etat (en % des recettes courantes)	39,9%	40,0%	40,0%	39,9%	39,8%
Réserve globale	272,8	317,0	294,5	300,3	405,5
Réserve minimale ³⁾	114,5	144,8	180,2	211,7	247,6
Taux réserve globale / dépenses courantes	13,1%	14,2%	12,3%	12,1%	16,4%
Taux réserve minimum / dépenses courantes	5,5%	6,5%	7,5%	8,5%	10,0%
Excédent / découvert cumulé (après opérations sur réserve)	158,3	172,1	114,2	88,6	157,9
Taux de cotisation unique pour prestations en nature	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%
Majoration pour assurés couverts par une prestation en espèce			0,50%	0,50%	0,50%
Taux d'équilibre de l'exercice	5,39%	5,56%	5,75%	5,66%	5,44%

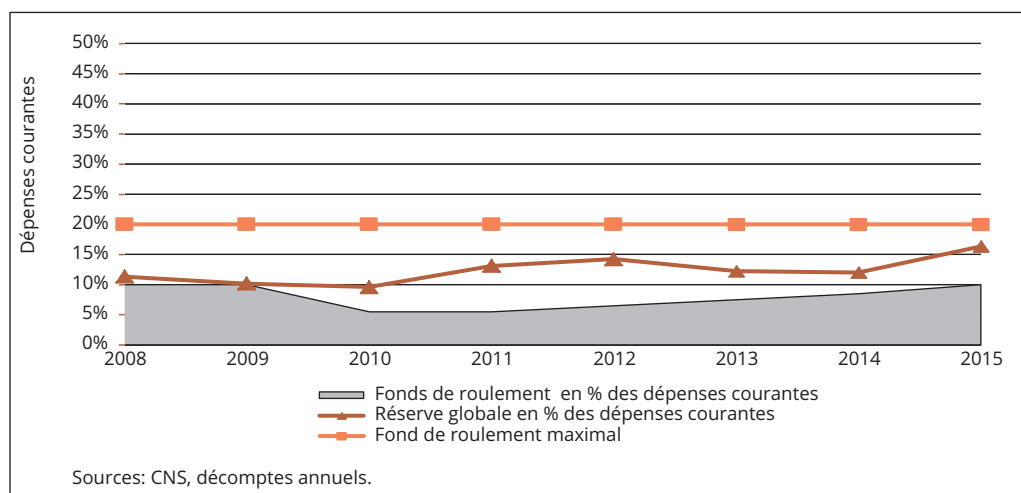
1) L'article 14 de la loi du 27 décembre 2010 prévoit le paiement par l'Etat d'une dotation annuelle de 20 millions EUR pour compenser les charges supplémentaires incombant à la CNS, du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général. Cette disposition est prolongée par la loi relative au budget des recettes et des dépenses de l'Etat jusqu'au 31 décembre 2018.

2) Y compris la part patronale dans les prestations.

3) Le niveau de la réserve minimale a été abaissé de 10% des dépenses courantes à 5,5% pour les exercices 2010 et 2011. Pour 2012, la réserve est fixée à 6,5%, pour 2013 à 7,5%, pour 2014 à 8,5% et pour 2015 elle atteint à nouveau 10%.

Source : CNS, décomptes annuels.

La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes de 2008 à 2015



Le graphique ci-avant présente l'évolution de la réserve par rapport aux dépenses courantes pour la période de 2008 à 2015. Bien qu'on puisse constater un excédent de financement apparemment important en valeur absolue, il faut retenir que celui-ci ne représente qu'un pourcentage réduit de la masse des dépenses. A rappeler également que pour les années 2010 à 2015, l'excédent est surévalué en raison de l'abaissement du taux de la réserve légale mentionné ci-avant.

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

Exercice	2011	2012	2013	2014	2015
RECETTES COURANTES ¹⁾	2 160,1	2 272,5	2 380,5	2 496,6	2 580,7
DEPENSES COURANTES ^a	2 081,8	2 228,4	2 403,0	2 490,7	2 475,6
<i>Solde des opérations courantes</i>	78,3	44,1	-22,5	5,9	105,1
<i>Réserve globale</i>	272,8	317,0	294,5	300,3	405,4
<i>Fonds de roulement minimum ²⁾</i>	114,5	144,8	180,2	211,7	247,6
<i>Taux réserve minimum / dépenses courantes</i>	5,5%	6,5%	7,5%	8,5%	10,0%
Excédent / découvert cumulé (après opérations sur réserve)	158,3	172,1	114,2	88,6	157,9

1) Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports.

2) Le niveau de la réserve minimale a été abaissé de 10% des dépenses courantes à 5,5% pour les exercices 2010 et 2011. Pour 2012, la réserve est fixée à 6,5%, pour 2013 à 7,5%, pour 2014 à 8,5% et à partir de 2015 elle atteint à nouveau 10%.

Source : CNS, décomptes annuels.

La décroissance sensible de l'excédent cumulé poursuivie depuis 2012 aboutit au niveau minimal de 88,6 millions EUR en 2014. En 2015 par contre, la situation financière se redresse et l'excédent cumulé augmente de 78,2% pour se situer à 157,9 millions EUR.

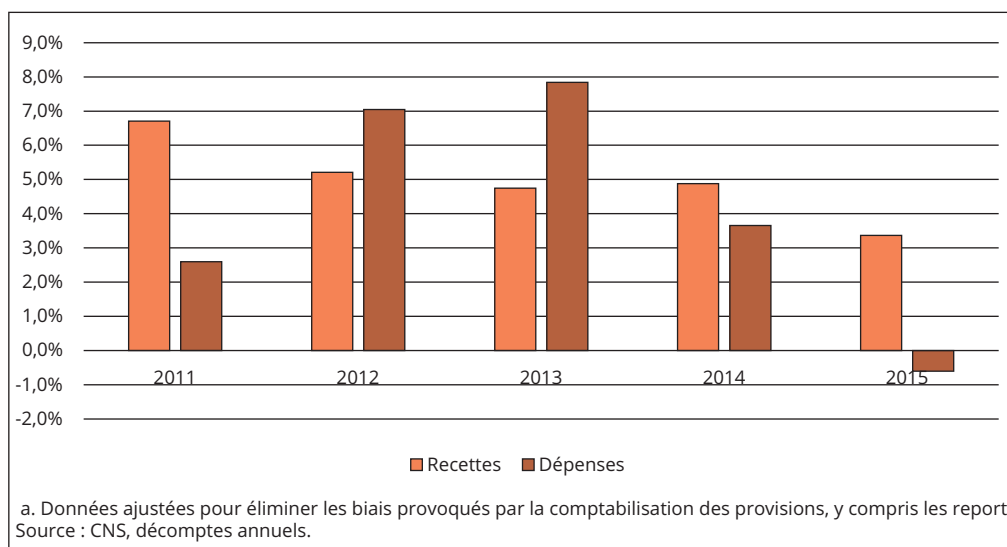
En 2013, la baisse de l'excédent cumulé est surtout due à l'augmentation des dépenses courantes suite à des provisions supplémentaires créées par des adaptations de la méthode comptable (+58,7 millions EUR en 2013) et à la prolongation de 6 semaines du délai d'introduction des décomptes des institutions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

En 2014, un montant de 160 millions EUR (première tranche de remboursement comprenant environ 60% du total) de dettes envers les institutions de la sécurité sociale étrangères a été provisionné. En 2015 ce montant ne s'élève plus qu'à 40 millions EUR, ce qui explique le ralentissement des dépenses.

Du côté des recettes, une hausse effective de 3,4% s'affiche en 2015, une croissance donc plus élevée que celle des dépenses effectives de -0,6%. Comme illustré par la suite, les recettes de l'assurance maladie-maternité proviennent essentiellement des cotisations en provenance des assurés et employeurs ainsi que de la participation de l'Etat.

Évolution des recettes et des dépenses

Evolution des recettes et dépenses courantes ^a à partir de 2011



Le graphique ci-avant montre l'évolution des recettes et dépenses des 5 dernières années et illustre qu'après deux exercices marqués par un écart recettes / dépenses en faveur des dépenses, la situation s'est renversée en 2014 pour clôturer avec un excédent des recettes. En 2015, les dépenses affichent même une baisse de 0,6% principalement due à la comptabilisation des dettes de la CNS envers les institutions de la sécurité sociale étrangères.

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

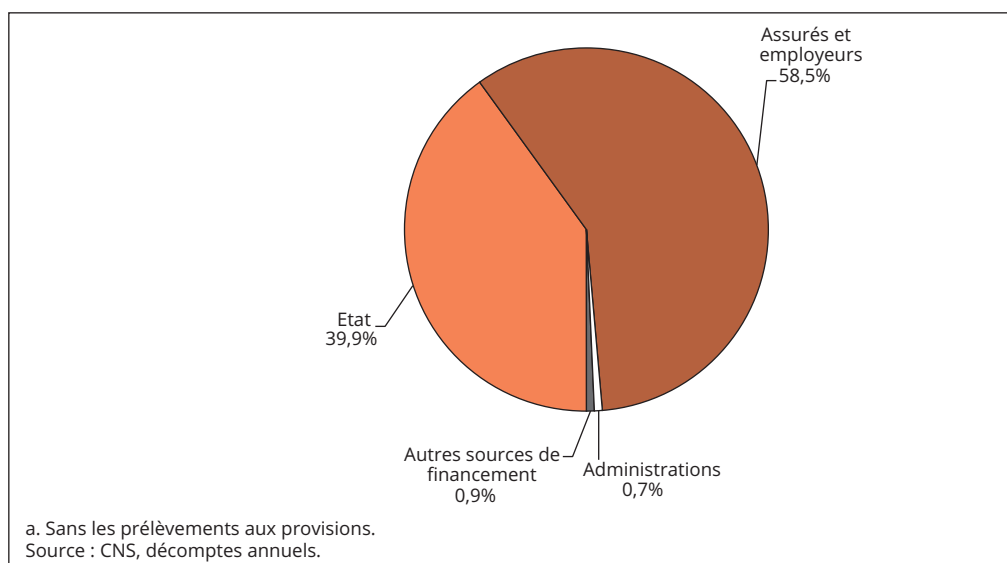
Evolution des cotisations de l'assurance maladie-maternité¹⁾ (en millions EUR)

Exercice	2011	2012	2013	2014	2015
Etat	864,0	911,0	953,9	999,3	1 030,9
Assurés et employeurs	1 260,1	1 330,0	1 394,0	1 462,4	1 510,1
Administrations	14,2	14,8	16,7	17,5	17,0
Autres sources de financement	21,7	16,7	15,9	17,4	22,8
TOTAL RECETTES COURANTES	2 160,1	2 272,5	2 380,5	2 496,6	2 580,7

1) Sans les prélèvements aux provisions.

Source : CNS, décomptes annuels.

Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2015 ^a (en % du total)



Le poids des différents intervenants dans le financement demeure stable au fil des années. L'État supporte 40% de l'ensemble des cotisations. A côté de cette participation, l'Etat verse depuis 2011 et cela jusqu'en 2018 une dotation annuelle de 20 millions EUR pour compenser les frais supplémentaires incombant à la CNS du fait de l'intégration des frais de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

La participation de l'Etat dans le financement de l'assurance maladie-maternité s'élève à 1 030,9 millions EUR en 2015, contre 999,3 millions EUR en 2014 (+3,2%). Les cotisations payées par les assurés et employeurs se chiffrent à 1 510,1 millions EUR, soit une augmentation de 3,3% par rapport à 2014.

L'ÉVOLUTION LÉGISLATIVE ET RÉGLEMENTAIRE

A plusieurs reprises les divers règlements grand-ducaux arrêtant les nomenclatures des actes et services des différents prestataires d'aides et soins ont été modifiés :

- Règlement grand-ducal du 4 mai 2016 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 ;
- Règlement grand-ducal du 3 juin 2016 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 ;
- Amendement de la convention du 21 décembre 2012, conclue en application de l'article 75 du Code de la sécurité sociale entre la Fédération des hôpitaux luxembourgeois et la Caisse nationale de santé (Mémorial A - N° 152 du 03.08.2016 p.2623) ;
- Règlement grand-ducal du 15 octobre 2016 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 ;
- Règlement grand-ducal du 26 octobre 2016 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 ;
- Règlement grand-ducal du 22 novembre 2016 arrêtant la nomenclature des actes et services en matière de soins palliatifs pris en charge par l'assurance maladie ;
- Règlement grand-ducal du 22 novembre 2016 portant modification du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des infirmiers pris en charge par l'assurance maladie ;
- Règlement grand-ducal du 25 novembre 2016 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 ;
- Règlement grand-ducal du 14 décembre 2016 arrêtant la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes pris en charge par l'assurance maladie et abrogation du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes et masseurs pris en charge par l'assurance maladie.

L'ASSURANCE PENSION

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

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

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

Pensions payées par le régime général de pension

En 2016, le nombre de pensions versées par la CNAP a augmenté de 3,4% pour atteindre 173.058 pensions (avances incluses) au mois de décembre. Les pensions de vieillesse et de vieillesse anticipée en représentent 66%. Parmi les pensions de décembre 2016, il y a 1.394 avances et 198 allocations trimestrielles.

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

Nombre de pensions	2012	2013	2014	2015	2016
Toutes les pensions	150 486	155 524	161 331	167 367	173 058
Variation en %	3,40%	3,30%	3,70%	3,70%	3,40%
Pensions personnelles	110 867	115 385	120 460	125 889	131 117
Variation en %	4,10%	4,10%	4,40%	4,50%	4,150%
- Pension vieillesse et vieillesse anticipée	94 042	98 695	103 592	108 529	113 450
Variation en %	4,90%	4,90%	5,00%	4,80%	4,53%
- Pensions d'invalidité	16 825	16 690	16 868	17 360	17 667
Variation en %	-0,40%	-0,80%	1,10%	2,90%	1,77%
Pensions de survie	39 619	40 139	40 871	41 478	41 941
Variation en %	1,60%	1,30%	1,80%	1,50%	1,12%
- conjoints	36 190	36 547	37 213	37 686	38 110
Variation en %	1,40%	1,00%	1,80%	1,30%	1,13%
- orphelins	3 429	3 592	3 658	3 792	3 831
Variation en %	4,40%	4,80%	1,80%	3,70%	1,03%

En 2016, le nombre d'indemnités d'attente a diminué de -4,8% (+8,5% en 2015) pour atteindre 4.557 unités au mois de décembre.

SITUATION FINANCIÈRE DU RÉGIME GÉNÉRAL DE PENSION

En 2015, les recettes courantes du régime général de pension excèdent les dépenses courantes de 9260 millions EUR.

Il s'agit du résultat consolidé de la CNAP et du Fonds de Compensation (FDC) et tient donc compte des revenus de patrimoine de ce dernier.

L'évolution des recettes et des dépenses entre 2011 et 2015 a été la suivante.

Evolution des recettes et des dépenses globales du régime général de pension (en millions EUR)

Exercice	2011	2012	2013	2014	2015
RECETTES					
Cotisations des assurés et des employeurs	2 441	2 581	2 701	2 827	2 912
<i>Variation annuelle en %</i>	5,0%	5,7%	4,6%	4,7%	3,0%
Cotisations à charge des pouvoirs publics	1 220	1 290	1 350	1 413	1 455
Participation de tiers	0	0	0	0	0
Transferts provenant d'autres organismes	2	3	5	5	3
Revenus sur immobilisation	26	25	23	22	24
Produits divers de tiers	6	6	5	5	7
Produits financiers	77	859	664	1 443	515
<i>dont estimation du produit financier non réalisé du FDC</i>	-176	589	387	967	
Autres recettes	0	0	0	0	0
TOTAL DES RECETTES COURANTES	3 771	4 764	4 748	5 715	4 916
<i>Variation annuelle en %</i>	-6,4%	26,3%	-0,3%	20,4%	-14,0%
DEPENSES					
Frais d'administration	37	40	40	42	43
Prestations en espèces	3 030	3 242	3 438	3 639	3 782
<i>Variation annuelle en %</i>	6,3%	7,0%	6,0%	5,8%	3,9%
Transfert de cotisations à d'autres organismes	120	137	138	154	154
Décharges et restitutions à d'autres organismes	14	15	12	12	3
Frais de gestion du patrimoine	2	3	3	2	3
Charges financières	0	0	0	0	0
Dotations aux provisions et aux amortissements	7	7	6	6	6
Autres dépenses	0	0	0	0	0
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	3 210	3 443	3 637	3 855	3 991
<i>Variation annuelle en %</i>	6,3%	7,3%	5,6%	6,0%	3,5%
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	561	1 321	1 111	1 860	926
Réserve minimale	4 545	4 864	5 157	5 459	5 674
Excédent/découvert cumulé (après op.sur réserve)	6 777	7 779	8 597	10 155	10 867
RESERVE GLOBALE	11 322	12 643	13 754	15 614	16 541
<i>Variation annuelle en %</i>	5,2%	11,7%	8,8%	13,5%	5,9%

Source : Compte d'exploitation et bilan consolidé du régime général.

Les recettes en cotisations ont connu une croissance de 3,0% en 2015 (+4,7% en 2014) pour atteindre 4 367 millions EUR.

En somme, par contre, les recettes courantes du régime général baissent de 14% en une année. Ceci s'explique essentiellement par l'évolution des produits financiers, et en premier lieu l'excédent du fonds de compensation (FDC).

En effet, parmi les recettes principales du FDC, il y a lieu de citer les revenus sur immobilisations (loyers perçus, ...) à hauteur de 23,7 millions EUR, 5,1 millions EUR de revenus sur prêts accordés et surtout un écart de réévaluation de 508,9 millions EUR.

L'écart de réévaluation de l'organisme de placement collectif du Fonds de Compensation de la Sécurité Sociale SICAV-FIS (ci-après : la SICAV-FIS) correspond à la différence entre la valeur nette au 31 décembre 2015 et celle au 31 décembre 2014 des fonds y placés par le FDC.

En 2015, ces valeurs mobilières (actions, obligations et devises) ont ainsi rapporté 334,5 millions EUR en revenus dits réalisés (dividendes et intérêts perçus) et 168,6 millions EUR de plus-values (réalisées et non réalisées).

La partie des plus-values est la principale raison des importantes fluctuations des produits financiers du régime général. En 2014, elle se chiffrait à 1 127,4 millions d'euros.

Le volume des prestations en espèces atteint 3 782 millions EUR en 2015, soit une progression de 3,9% par rapport à 2014.

Les pensions proprement dites (pensions personnelles et pensions de survie) représentent 3 656,2 millions EUR (+3,8%), le coût des indemnités d'attente s'élève à 98,4 millions EUR (+11,62%). Les remboursements de préretraites aux Fonds pour l'emploi diminuent légèrement (-1,6%).

Les frais de gestion du patrimoine et les dotations aux amortissements sont liés aux immeubles détenus par le FDC.

Au 31 décembre 2015, la valeur nette des immobilisations corporelles (terrains, immeubles, installations et mobilier) détenues s'élève à 391,7 millions EUR.

De plus, le FDC détient des valeurs mobilières pour 14 295 millions EUR, surtout dans la SICAV-FIS, et des immobilisations financières (prêts) pour 243,4 millions EUR. A noter que les charges et dépenses de la SICAV-FIS (charges financières, moins-values réalisées et non réalisées) sont comprises dans l'écart de réévaluation.

Les recettes en cotisations dépassent les dépenses en prestations en espèces de 585 millions EUR, soit un surplus de 15,5%. Ceci confirme la dégradation graduelle observée depuis plusieurs années, sachant que cet excédent représentait encore 631 millions EUR (20,8%) en 2011.

Hors FDC, l'excédent courant de la CNAP s'élève à 396,3 millions EUR pour 2015.

Après dotation au fonds de roulement minimal (la loi prévoit un niveau correspondant à 20% des prestations de l'année précédente), la CNAP a ainsi pu transférer 356,2 millions EUR au FDC.

L'excédent consolidé du régime général (CNAP et FDC) s'élève à 926 millions EUR et permet de porter la réserve à 16 539,8 millions EUR dont 727,7 millions EUR de fonds de roulement (CNAP) et 15 812,1 millions EUR de réserve de compensation (FDC). La réserve dépasse ainsi largement de minimum requis de 1,5 fois le montant des prestations annuelles, soit 5 674 millions EUR.

Le fait que le taux de cotisation global de 24% dépasse régulièrement la prime de répartition pure¹⁾ permet au régime de dégager d'importants excédents financiers et de consolider une réserve substantielle dépassant le double du montant légalement requis.

Néanmoins, depuis quelques années, l'évolution de deux des trois principaux indicateurs de santé financière du régime que sont le coefficient de charge²⁾, la prime de répartition pure et le niveau relatif de la réserve³⁾, se dégradent.

La progression du coefficient de charge, bien que légère indique que la charge des pensions sur les cotisations des assurés actifs augmente.

Depuis 2008, la prime de répartition pure se rapproche du taux de cotisation global, ce qui diminue par conséquent les excédents financiers, hors rendement de la fortune. Néanmoins, le niveau relatif de la réserve continue encore à progresser.

Evolution de la situation du régime général de pension

Année	Coefficient de charge	Prime de répartition pure	Niveau relatif de la réserve
2011	40,0	21,1	3,74
2012	40,3	21,4	3,90
2013	40,8	21,6	4,00
2014	41,3	21,8	4,05
2015	41,8	21,9	4,37

1) Prime de répartition pure = Rapport dépenses courantes / masse cotisable.

2) Coefficient de charge = Nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants.

3) Niveau relatif de la réserve = Réserve exprimée comme multiple des prestations annuelles.

LE BILAN TECHNIQUE DU REGIME GENERAL D'ASSURANCE PENSION 2016

L'article 238 du Code de la sécurité sociale prévoit qu'au milieu de chaque période de couverture, l'IGSS procède à une actualisation de son bilan technique et de prévisions actuarielles.

Le but en est notamment de déterminer, si le taux de cotisation global fixé permet de garantir le niveau minimal de la réserve pour le reste de la période, ou si une refixation de ce taux pour une nouvelle période de dix ans doit être envisagée.

Une actualisation aurait donc été nécessaire pour 2017. Sur décision du Gouvernement, l'établissement dudit bilan a été avancé d'une année, afin de permettre au Gouvernement de discuter dès à présent la concordance entre les hypothèses à la base de la réforme de l'assurance pension de 2012 et la trajectoire actualisée. Ainsi, le bilan technique du régime général d'assurance pension 2016 a été publié le 2 décembre 2016.

Dans une première partie, le bilan retrace l'évolution du régime général de pension sur les dernières années, en particulier sur les trois premières années de la période de couverture. Dans la suite, afin d'évaluer la soutenabilité à moyen et à long terme du régime, des projections démographiques et financières, basées sur l'approche définie par le groupe de travail " Ageing Working Group " (AWG) de la Commission européenne, sont présentées.

Conclusions du bilan technique

Le régime général d'assurance pension se retrouve actuellement dans une position financière plutôt confortable.

Les excédents consécutifs ont permis d'accumuler une réserve de compensation qui, au 31 décembre 2015, correspond à 4,37 fois le montant des prestations annuelles, soit bien au-delà du niveau minimal requis de 1,5 fois le montant des prestations annuelles.

Les prévisions à moyen terme et les projections actuarielles à long terme confirment que le taux de cotisation global actuel de 24% permet de respecter les conditions de l'article 238 du Code de la sécurité sociale jusqu'à la fin de la présente période de couverture allant de 2013 à 2022.

Si les impacts de la réforme de l'assurance pension de 2012 sur la situation financière du régime sont encore peu visibles sur les trois premiers exercices écoulés, les projections actuarielles confirment que les mécanismes introduits lors de la réforme de l'assurance pension auront un effet positif sur la situation financière du régime général à long terme.

Cependant, les différents scénarios analysés montrent qu'il est essentiel de veiller à ce que le développement favorable du marché de travail persiste.

De toute évidence, une croissance élevée de l'emploi implique un afflux continu de cotisants dans le régime et va ainsi de pair avec une amélioration de sa situation financière.

Il importe de ne pas se reposer sur le niveau actuel élevé de la réserve de compensation. Au contraire, l'analyse des projections démographiques et financières implique qu'il s'agit de profiter de la réserve accumulée en vue de discuter de mécanismes performants tant au niveau des contributions qu'au niveau des pensions nouvelles et en cours de paiement.

Le groupe technique : Groupe des Pensions

Le programme gouvernemental de 2013 retient que [...] 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.

Ainsi, le Conseil de gouvernement a approuvé le 22 avril 2016 l'instauration d'un groupe de travail qui est chargé de discuter la soutenabilité financière du régime et de se prononcer sur la nécessité de mettre en place d'éventuelles adaptations. Ce groupe de travail, qui est composé d'experts relevant de différents ministères et des chambres professionnelles, s'est réuni pour la première fois le vendredi, 2 décembre 2016 pour la présentation le bilan technique du régime général d'assurance pension 2016.

L'ÉVOLUTION LÉGISLATIVE ET RÉGLEMENTAIRE

Ajustement des pensions

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

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

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

Selon les calculs de l'Inspection générale de la sécurité sociale, le facteur de réajustement pour l'année 2017 se chiffre à 1,009. De cette façon, toutes les pensions ont été augmentées de 0,9% à partir du 1^{er} janvier 2017. La Caisse nationale d'assurance pension, l'Administration du personnel de l'Etat, l'Entraide médicale des CFL et la Caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux ont été informées en ce sens par le Ministère de la Sécurité sociale au cours du mois d'octobre 2016.

Individualisation des droits

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

Au cours de l'année 2009, la Commission juridique de la Chambre des Députés a plaidé en faveur d'une conception nouvelle du secours après divorce et s'est prononcée en faveur d'une redéfinition de la notion de besoin. Le secours après divorce doit permettre un partage équitable des conséquences économiques du mariage. Il s'agit de compenser les inconvénients économiques dus à l'échec du mariage, comme la renonciation par l'un des conjoints à exercer une activité professionnelle pendant le mariage en vue de s'adonner à l'éducation des enfants communs ou l'entretien de la maison familiale.

L'octroi d'une prestation après le divorce doit tenir compte de l'organisation des besoins des époux pendant le divorce. La répartition des tâches entre époux peut avoir des conséquences économiques à long terme qui justifie le caractère en partie compensatoire de la prestation après divorce à allouer. En créant dans le cadre du départage des patrimoines respectifs une situation égalitaire entre ex-époux au-delà du caractère purement alimentaire, il est possible d'inclure la question des droits à pension dans l'ensemble des opérations de liquidation des intérêts patrimoniaux.

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

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

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

En date du 31 mai 2011, le Ministère de la Sécurité sociale a fait parvenir au Ministère de la Justice l'avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale sur les deux options proposées par le Conseil d'Etat, ainsi que sur la proposition de la

Commission juridique de la Chambre des Députés. Dans cet avis, ladite Inspection générale souligne que le modèle à deux variantes proposé par le Conseil d'Etat pose des problèmes considérables de financement, aussi bien pour les budgets individuels des couples que pour le budget de l'Etat. En plus, le modèle soulève un grand nombre de questions de faisabilité technique.

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

En date du 27 mai 2016, le Ministre de la Justice a déposé le projet de loi N° 6996 à la Chambre des Députés. Le Conseil d'Etat a émis son avis en date du 6 décembre 2016. Le vote du texte de loi devrait intervenir au cours du premier semestre de l'année 2017.

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

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

Ont été pris au courant de l'exercice 2016 les règlements grand-ducaux suivants :

- **Le règlement grand-ducal du 7 décembre 2016 fixant la prime de répartition pure, prévue à l'article 225bis, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale, pour l'année 2015**

La prime de répartition pure représente le rapport entre les dépenses courantes annuelles et la totalité des salaires, traitements et revenus cotisables à la base des recettes annuelles du régime général de pension. Le compte consolidé de l'exercice 2015 du régime général fait ressortir une prime de répartition pure de 21,94% pour cet exercice. Le taux de cotisation global fixé à 24% conformément à l'article 238 du Code de la sécurité sociale n'est donc pas dépassé.

- **Le règlement grand-ducal du 7 décembre 2016 fixant le facteur de revalorisation, prévu à l'article 220 du Code de la sécurité sociale, de l'année 2015**

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

Le facteur de revalorisation applicable à partir du 1^{er} janvier 2017 aux salaires, traitements et revenus postérieurs au 1^{er} janvier 2015 est fixé à 1,446.

En application de l'article 225 du Code de la sécurité sociale, le facteur de revalorisation de l'année 2015 sera applicable pour revaloriser les pensions attribuées après le 1^{er} janvier 2019.

L'ASSURANCE DÉPENDANCE

1. L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La **Caisse nationale de santé** (CNS) 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 valeurs monétaires).

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 Cellule d'évaluation et d'orientation 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 sujet.

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 assurés, de représentants des prestataires et des 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-type des aides et soins ;
- les projets d'actions expérimentales à mener dans le cadre de l'assurance dépendance, au bénéfice de certains groupes de bénéficiaires 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 des Finances, les organisations œuvrant dans les domaines de la santé, de la famille et de l'action sociale ainsi que les représentants des personnes dépendantes. Cette Action concertée a pour but d'examiner le fonctionnement de l'assurance dépendance, des réseaux d'aides et de soins et des établissements et de faire des propositions pour améliorer la situation et la prise en charge des personnes dépendantes.

2. L'ÉVOLUTION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Depuis sa mise en place au 1^{er} janvier 1999, l'assurance dépendance ne cesse de se développer. Ce développement se marque tout autant au niveau du nombre de bénéficiaires que des prestataires et des dépenses.

L'exercice 2015 se caractérise par une hausse annuelle de 1,9% des recettes courantes et une augmentation de 0,2% des dépenses courantes.

Avec un excédent de 12 millions EUR, le solde des opérations courantes affiche un excédent, dont 0,1 millions EUR sont utilisés pour alimenter le fonds de roulement (réserve minimale).

L'excédent du solde des opérations courantes de l'exercice 2012 et la situation quasiment équilibrée pour 2013 et 2014 sont en larges parties dus aux augmentations successives de la contribution étatique.

L'excédent de l'exercice 2015 s'explique par les mesures prises dans le cadre du budget nouvelle génération (BNG) et par une faible croissance des bénéficiaires.

La dégradation continue de la situation financière observée depuis 2008 semble freinée.

En effet 1,5 millions EUR des réserves cumulées ont dû être utilisés pour alimenter le fonds de roulement (réserve minimale) au seuil légal.

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

La dégradation continue de la situation financière de l'assurance dépendance observée depuis 2008 a ainsi pu être freinée mais non pas arrêtée.

2.1 L'évolution des bénéficiaires de l'assurance dépendance

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance ¹⁾

Année	Nombre	Variation en %	Dont résidents	En % du total
2006	9 857	3,5%	9 488	96,3%
2007	10 249	4,0%	9 853	96,1%
2008	10 621	3,6%	10 204	96,1%
2009	11 159	5,1%	10 732	96,2%
2010	11 847	6,2%	11 388	96,1%
2011	12 386	4,5%	11 921	96,2%
2012	12 999	4,9%	12 516	96,3%
2013	13 378	2,9%	12 891	96,4%
2014	13 490	0,8%	13 021	96,5%
2015 ²⁾	13 542	0,4%	13 094	96,7%

1) Situation au 31 décembre.

2) Données provisoires.

Source: Rapport général sur la sécurité sociale 2016

2.2 Evolution du personnel des différents types de prestataires par qualification de 2012 à 2014 ^{a)b)}

Evolution du personnel par qualification

Type de prestataire	2012	2013	2014
Réseaux d'aides et de soins	2 107,3	2 235,5	2 480,2
Personnel d'assistance et de soins	1 914,7	2 028,1	2 260,1
Personnel socio-éducatif	33,1	40,1	40,6
Personnel administratif	133,9	142,3	151,8
Personnel technique et logistique	25,7	25,0	27,7
Centres semi-stationnaires	399,6	419,4	436,8
Personnel d'assistance et de soins	226,0	231,5	244,5
Personnel socio-éducatif	87,2	93,8	100,0
Personnel administratif	23,4	25,2	27,3
Personnel technique et logistique	63,0	68,9	65,1
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	5 053,9	5 166,0	5 379,9
Personnel d'assistance et de soins	3 569,8	3 467,1	3 648,8
Personnel socio-éducatif	128,2	143,2	175,6
Personnel administratif	258,3	260,9	278,1
Personnel technique et logistique	1 097,7	1 294,9	1 277,4
Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent	917,7	925,7	967,4
Personnel d'assistance et de soins	350,8	365,2	383,9
Personnel socio-éducatif	414,0	409,4	422,3
Personnel administratif	48,0	51,9	58,5
Personnel technique et logistique	104,9	99,3	102,7
TOTAL	8 478,5	8 746,6	9 264,4
Variation en %	5,2%	3,2%	5,9%
Nombre d'ETP prestant des soins	6 061,3	6 091,9	6 537,3
Nombre d'ETP prestant des soins (en % du total)	71,5%	69,6%	70,6%

a) Le personnel est exprimé en ETP.

b) Moyenne annuelle.

c) Source: Rapport général sur la sécurité sociale 2016.

2.3 L'évolution des valeurs monétaires

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

Année	Etablissements d'aides et de soins	Maintien à domicile		
1999	35,2	37,2		
2000	35,2	37,7		
2001	33,7	44,6		
2002	34,5	45,3		
2003	35,8	47,7		
2004	35,8	48,0		
2005	37,8	50,0		
2006	39,9	51,3		
	Les établissements d'aides et de soins à séjour continu	Les réseaux d'aides et de soins	Les centres semi-stationnaires	Les établissements à séjour intermittent
2007	41,4	52,4	53,3	46,0
2008	43,4	53,2	51,2	47,6
2009	44,6	57,4	52,1	48,1
2010	44,9	59,3	51,6	48,2
2011	44,8	61,6	51,9	50,2
2012	46,5	63,6	54,5	51,9
2013	47,7	65,2	55,9	53,2
2014	48,6	66,4	56,9	54,2
2015	48,4	66,4	57,0	54,2
2016	49,4	67,9	58,2	55,4

Source: www.statsecu.public.lu

2.4 L'évolution des dépenses

Les dépenses pour les prestations de l'assurance dépendance - Évolution depuis 2005 (en millions EUR)

Année	Montant	Variation en %	Dont résidents	En % du total
2005	291,1	11,9%	285,3	98,0%
2006	312,5	7,4%	306,3	98,0%
2007	321,9	3,0%	315,5	98,0%
2008	351,8	9,3%	344,9	98,1%
2009	383,2	8,9%	376,0	98,1%
2010	415,2	8,4%	408,0	98,3%
2011	455,3	9,7%	447,6	98,3%
2012	496,9	9,1%	489,1	98,4%
2013	531,2	6,9%	523,8	98,6%
2014	559,4	5,3%	552,1	98,7%

Source: Rapport général sur la sécurité sociale 2016.

2.5 Les recettes et dépenses de l'assurance dépendance

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

EXERCICE	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taux de cotisation	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%
RECETTES COURANTES	411,5	421,5	439,9	522,0	552,7	579,2	590,2
Variation annuelle en %	1,5%	2,4%	4,4%	18,7%	5,9%	4,8%	1,9%
DEPENSES COURANTES	404,8	449,0	482,7	509,3	550,1	577,0	578,2
Variation annuelle en %	13,4%	10,9%	7,5%	5,5%	8,0%	4,9%	0,2%
SOLDE OPERATIONS COURANTES	6,7	-27,5	-42,8	12,8	2,6	2,2	12,0
Excédent / découvert de l'exercice	1,9	-31,9	-46,2	10,1	-1,5	-0,5	11,8
RESERVE	179,1	151,6	108,8	121,5	124,3	126,5	138,4

N.B. Le décompte rectifié ne tient pas compte des dotations et prélèvements aux provisions
Source: www.statsecu.public.lu

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

Compte tenu des travaux réalisés et des objectifs qui ont été atteints en 2013, le comité de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation a revu ses orientations stratégiques au début de l'année 2014. Consciente des exigences légitimes des assurés 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.

Bien que l'année 2016 ait été marquée par les travaux concernant la réforme de l'assurance dépendance, les objectifs fixés au niveau de la carte stratégique de la CEO, n'en restent pas moins actuels et continuent à servir de fil conducteur dans tous les efforts entrepris afin d'optimiser les processus.

3.1. 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 2016

Pour rappeler le contexte : selon le programme gouvernemental de 2013 et suite aux conclusions du rapport de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) 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'impose.

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 des flux.

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

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

Soutien à divers groupes de travail

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 accompagne la réforme de la loi sur l'assurance dépendance.

Ce groupe est composé de 8 personnes : conseiller en matière d'aides techniques et d'adaptations du logement, responsable concept et développement, l'adjoint à la Direction, responsable partenariat et communication externe ainsi que les deux chefs de service " métier " et le chef du service qualité, et continuera ses travaux en 2017.

En collaboration avec l'Inspection générale de la sécurité sociale, ce groupe de travail, selon ses différentes compétences, a été impliqué dans la rédaction de l'ensemble des différents textes légaux qui font partie de la réforme et plus particulièrement :

- Le règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance
- Le règlement grand-ducal déterminant 1) les normes concernant la dotation et la qualification du personnel ; 2) les coefficients d'encadrement du groupe ; 3) le contenu de la documentation de la prise en charge ; 4) les indicateurs de qualité de la prise en charge

Ces 2 règlements grand-ducaux ont été présentés et discutés, au dernier trimestre 2016, au sein de la Commission consultative de l'assurance dépendance.

La coopération interinstitutionnelle

Les travaux au niveau de l'informatique relatifs à la réforme de l'assurance dépendance ont été poursuivis en 2016. Le planning établi 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 (CISS) et la Cellule d'évaluation, a dû être adapté suite à l'évolution du projet de loi. L'accent a été mis sur l'analyse d'impacts d'une prise en charge forfaitaire. A cette fin, des tests de conversion des plans de prise en charge à l'acte en forfaits ont été réalisés.

Outre la conversion des plans de prise en charge, des groupes de travail interinstitutionnels sur l'intégration de la gestion de l'aidant dans le flux de traitement des demandes assurance dépendance ainsi que sur la transmission des nouvelles prestations forfaitaires de la CEO vers la CNS ont été instaurés.

La collaboration avec les partenaires

Grâce à l'expérience acquise depuis la mise en vigueur du règlement grand-ducal et de la liste des aides techniques depuis décembre 2006, la CEO a organisé, lors du second semestre 2016, plusieurs réunions en sollicitant la collaboration aussi bien des bénéficiaires de l'assurance dépendance que de ses partenaires et des experts.

Ces échanges ont permis à la CEO de mieux comprendre les besoins et attentes des différents acteurs et de se baser sur leurs connaissances et compétences. Les entrevues ont contribué à déterminer les points forts et les points d'amélioration du système de mise à disposition des aides techniques ainsi que de la procédure établie pour la mise en œuvre des adaptations du logement.

Il est à souligner que ces rencontres étaient non seulement fructueuses pour la révision du règlement grand-ducal, mais également pour l'amélioration du fonctionnement actuel de la mise à disposition des aides techniques. Ainsi certaines actions ont pu être directement mises en place en vue d'une optimisation des services rendus aux bénéficiaires. Les rencontres ont également contribué à une intensification des partenariats que la CEO entretient avec les différents acteurs. Compte tenu de ces résultats positifs, la CEO prévoit de poursuivre et de développer ce type d'échanges.

Mesure de la satisfaction des citoyens clients

Au deuxième trimestre 2016, la CEO a réalisé une nouvelle enquête de satisfaction qui s'est déroulée via questionnaire auto-administré, visant plus particulièrement les personnes qui ont reçu soit un élévateur d'escaliers, soit un siège de bain électrique au courant de l'année 2015.

L'enquête avait comme objectif de vérifier le respect de certains engagements de la charte d'accueil et de services et d'évaluer le degré de satisfaction quant à la mise à disposition et l'utilisation des deux aides techniques.

Avec un taux de réponse de près de 70%, (plus de 530 questionnaires retournés remplis à la CEO sur les 756 envoyés), cette enquête confirme la pertinence de réaliser des enquêtes via ce mode permettant d'en envisager un recours plus systématique pour encourager le retour d'expérience des bénéficiaires de l'assurance dépendance.

Il est important de noter que le questionnaire allemand est plus souvent utilisé pour répondre aux questions posées, ce qui constitue un indicateur important sur les langues à utiliser lors des communications avec les bénéficiaires de l'assurance dépendance.

Le taux de personnes satisfaites ou très satisfaites des services fournis par la CEO reste constant (plus de 90 %). Elles sont d'ailleurs d'avis qu'elles ont reçu des informations claires et compréhensibles de la part de la CEO. Toutes les personnes qui ont répondu au questionnaire sont d'avis qu'elle sont traitées avec politesse et courtoisie, confirmant un des engagements de la charte d'accueil et de service de la CEO.

Concernant la satisfaction liée à la mise à disposition et utilisation des élévateurs d'escalier :

Alors que la très grande majorité des personnes interrogées notifie l'impact positif de ces aides techniques dans leur quotidien, des actions d'améliorations seront à mener quant aux explications fournis lors de la mise à disposition ou des conditions liés à l'entretien et la maintenance.

Les résultats et pistes d'améliorations seront mis à dispositions des fournisseurs et accompagnés par la CEO.

II. La politique de communication

Explications sur le système assurance dépendance

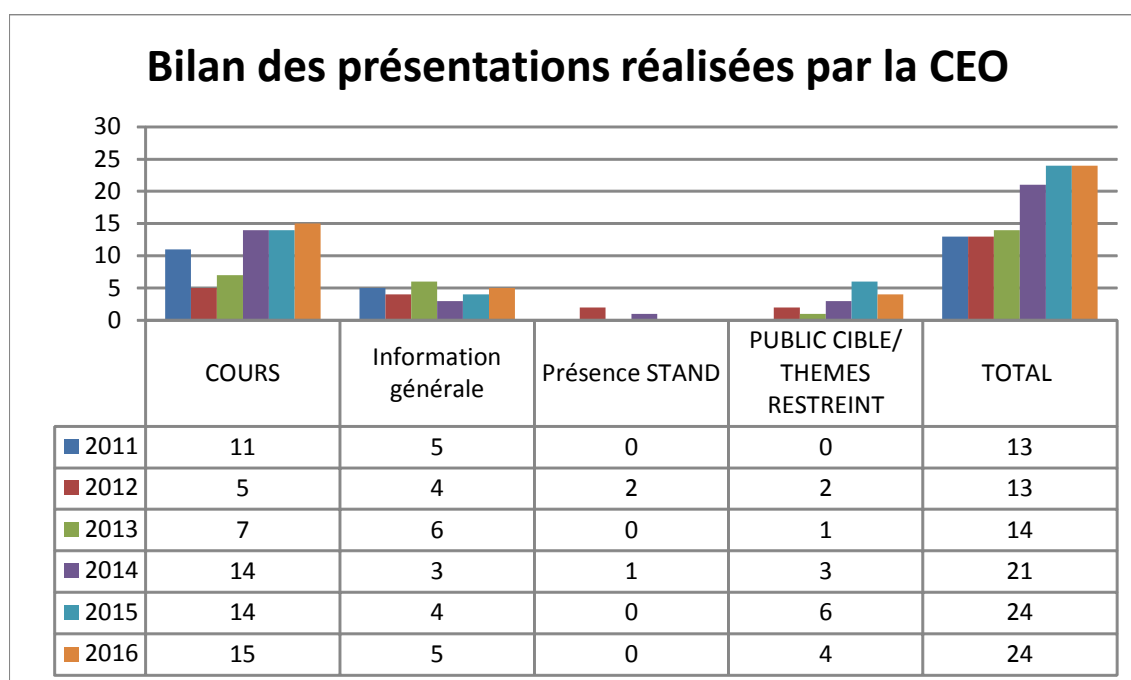
En 2016, la CEO a de nouveau assuré différents cours sur l'assurance dépendance qui sont proposés annuellement dans le cadre des formations professionnelles, notamment au " Lycée technique pour professions de santé ", à l'attention des futurs infirmiers et aides-soignants dans le cadre de la formation aux fonctions d'aide socio-familiale, et pour les cours préparant à l'épreuve d'aptitude pour la reconnaissance du diplôme " assistant social ". Deux cours portant sur l'assurance dépendance sont également proposés 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.

La CEO a présenté le système luxembourgeois de l'assurance dépendance à l'Université de Lorraine à Metz et ceci dans le cadre du master " Autonomie et Résilience : Ressources et Réseaux ". Ce master est destiné aux personnes souhaitant s'engager dans le domaine du maintien de l'autonomie et de la coordination des services et de l'accompagnement des personnes en risque de dépendance.

Un cours succinct sur l'assurance dépendance et ses prestations a été également intégré dans le cadre de la formation de " Bachelor en Sciences sociales et éducatives " à l'Université du Luxembourg ayant comme dominante l'intervention sociale (pédagogie sociale/travail social).

Etant donné que la réforme sur l'assurance dépendance et sa mise en œuvre étaient en préparation, la CEO n'a effectué qu'un nombre réduit de présentations vers le grand public et a essayé de limiter les interventions sur demande de diverses associations, clubs seniors, commissions des communes, etc.

Après la mise en vigueur de la loi réforme, la CEO organisera 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, ...).



En dehors des interventions et présentations régulières, la CEO a été sollicitée, en tant qu'expert, à participer à des conférences et réunions d'informations à thèmes spécifiques sur invitation d'autres ministères ou associations.

En janvier 2016, la CEO a rencontré des acteurs d'un projet INTERREG (programme européen visant à promouvoir la coopération entre les régions européennes et le développement de solutions communes) sur le rôle de l'aidant informel afin de partager les informations sur la place de l'aidant dans l'assurance dépendance du Luxembourg.

Le CET (Centre pour l'égalité de traitement) a organisé, en collaboration avec la CCDH (Commission Consultative des Droits de l'Homme) et Info-Handicap, des " Empowerment-Meetings ", visant à soutenir la participation de personnes en situation de handicap et de leurs organisations aux discussions et processus de décisions.

En mai 2016, le CET a invité la CEO ainsi que d'autres représentants ministériels et experts à participer au " Empowerment Meeting " au sujet de la vie autodéterminée. Lors de cette réunion, les différents acteurs étaient amenés à réagir, en fonction de leurs missions respectives, aux questions, problèmes et revendications évoqués par les personnes et organisations concernées en vue d'une recherche de solutions. Cet échange ainsi que les résultats des réunions autour du sujet concernant la vie autodéterminée ont été résumés par les organisateurs dans une brochure.

En septembre 2016, le Service qualité de la CEO a rencontré celui de l'Association d'assurance accident afin de faire part de la démarche d'amélioration continue dans laquelle la CEO s'est lancée depuis la première réalisation du CAF (Cadre d'Auto-évaluation des Fonctions publiques) en 2006. La CEO a également partagé ses expériences autour de la réalisation en tant que première administration de la " Charte d'accueil et de service " ainsi que de la gestion du suivi de ces engagements vis-à-vis de ses publics cibles.

En novembre 2016, la Ligue des Droits de l'Homme du Luxembourg (ALOS-LDH) a organisé un séminaire ayant comme sujet " La situation des aidants informels : un enjeu de la politique des entreprises et de la réforme de l'assurance dépendance au Luxembourg ". Le séminaire, regroupant des orateurs luxembourgeois et étrangers, s'adressait aux différents professionnels ainsi qu'à toute personne intéressée par le sujet. La contribution de la CEO portait sur " La place de l'aidant informel dans l'assurance dépendance du Luxembourg ".

3.2. Optimisation des processus internes

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

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

I. Optimisation des capacités de traitement

En 2016, la CEO a poursuivi la mise en place d'un nouveau service interne, le service " rendez-vous " et a contribué à son amélioration.

Un agent administratif avait été engagé en 2015 afin de gérer la prise de rendez-vous pour les évaluations à réaliser par les référents. Cette activité était auparavant assurée par l'ensemble des professionnels de santé.

La mise en place de la gestion de rendez-vous centralisée a nécessité

- la création d'un outil plus performant pour accompagner la prise de rendez-vous, permettant de calculer les trajets en termes de kilométrage, permettant ainsi de regrouper des rendez-vous ;
- l'instauration de plages horaires (matinée et après-midi) au lieu d'une heure fixe de rendez-vous ;
- la mise à disposition d'une " feuille de route " permettant au référent d'avoir sur un même document toutes les données nécessaires (nom, adresse, numéro de téléphone) pour réaliser les rendez-vous ;
- la possibilité d'encoder des rendez-vous fixés par les référents eux-mêmes afin d'avoir une vue globale de leur agenda.

Une enquête de satisfaction réalisée auprès des référents a permis de mettre en évidence que cette prise de rendez-vous centralisée a participé à un allègement de leur charge de travail et à une réduction des tâches administratives leur permettant un gain de temps pour que se consacrer davantage à leur " core business ", à savoir, les évaluations effectives auprès des bénéficiaires/demandeurs.

La charge de travail administrative en lien avec la gestion des rendez-vous a pu être mise en évidence (sachant qu'à cause de la fragilité de la population-cible de nombreux rendez-vous doivent être modifiés ou annulés peu avant la date du rendez-vous fixé). Elle se situe autour de 2 heures par semaine par équivalent temps plein, ce qui correspond à 56 heures par semaines en considérant l'ensemble des référents de la CEO.

Pour cette raison, en 2016, un deuxième agent administratif a rejoint le service rendez-vous et une ligne téléphonique unique avec des horaires d'ouverture fixes a été instaurée pour permettre de mieux gérer les modifications et annulations de rendez-vous.

Un changement dans les processus interne pour des effets à moyens et long terme.

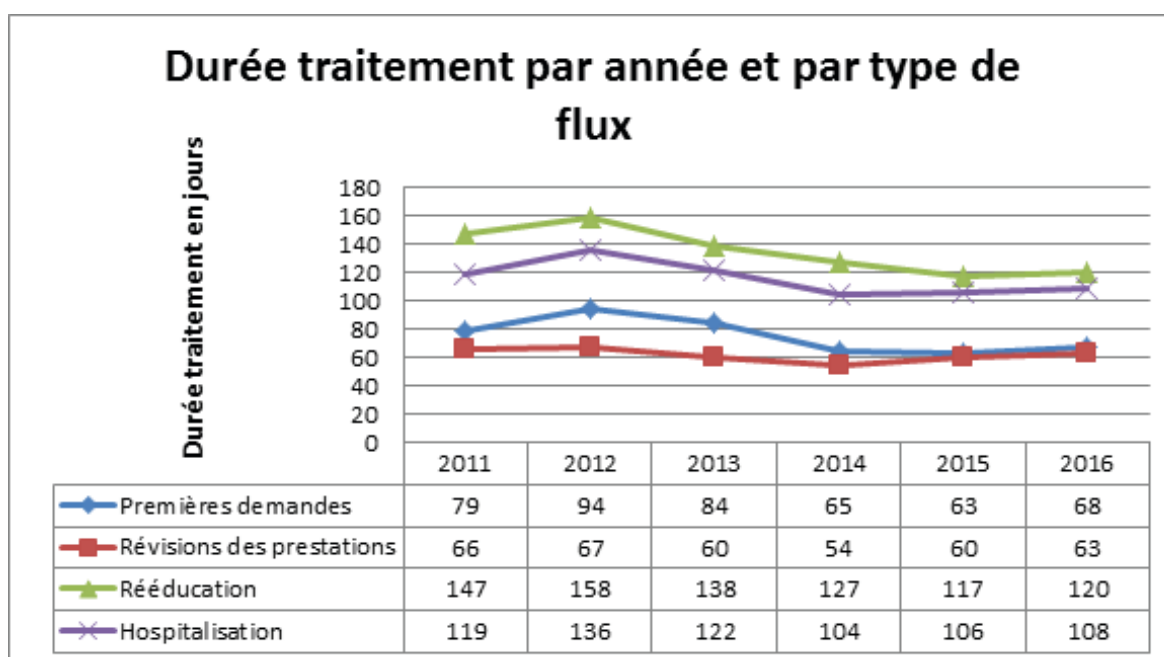
Durée de traitement moyenne des dossiers aides et soin de l'entrée à la CEO à son transfert vers la CNS : 4 types de dossiers

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

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

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

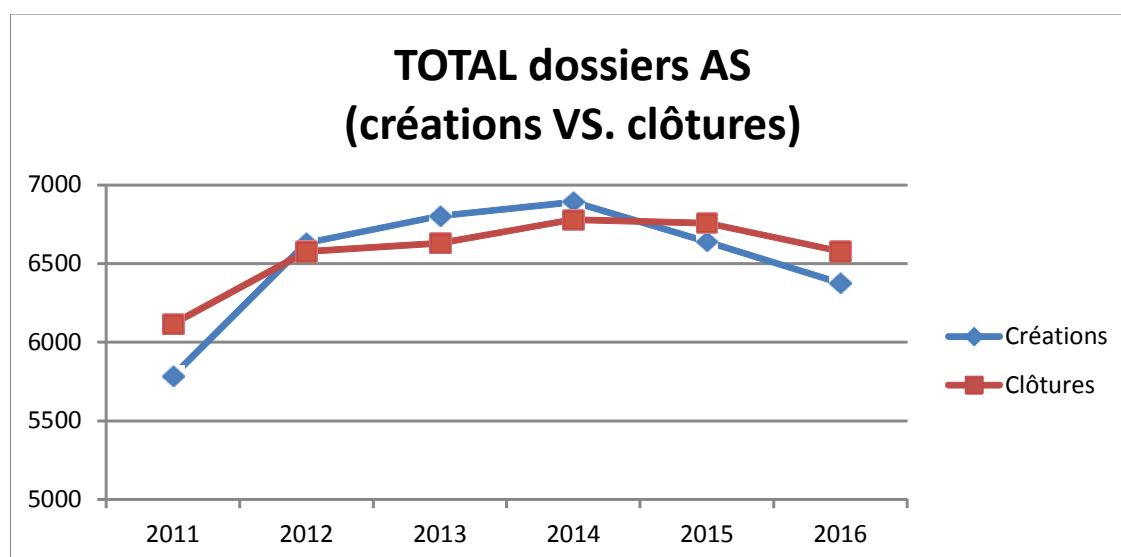


Des durées de traitement plus courtes mais un nombre de dossiers plus importants

Le nombre de dossiers traités par la CEO n'a cessé d'augmenter depuis 2011, passant de 6116 dossiers aides et soins ouverts en 2011 à 6577 dossiers en 2016.

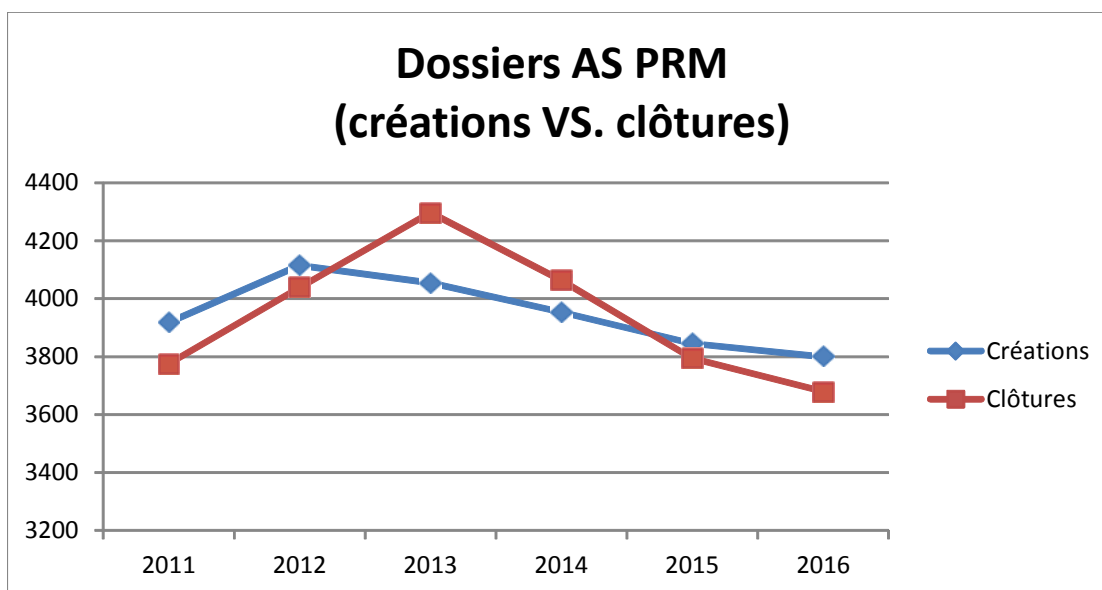
Cependant, on constate une légère augmentation de durée de traitement qui peut s'expliquer par une capacité diminuée résultant notamment d'un manque d'effectif. De plus, les actions de réorganisation internes qui visent à décharger les référents de certaines de leurs tâches administratives produira ses effets à moyens et long terme.

Nombre de dossiers Aides et soins (1ère demande ET Révisions) créés par la CEO versus nombre de dossiers clôturés par CEO (2011-2016)



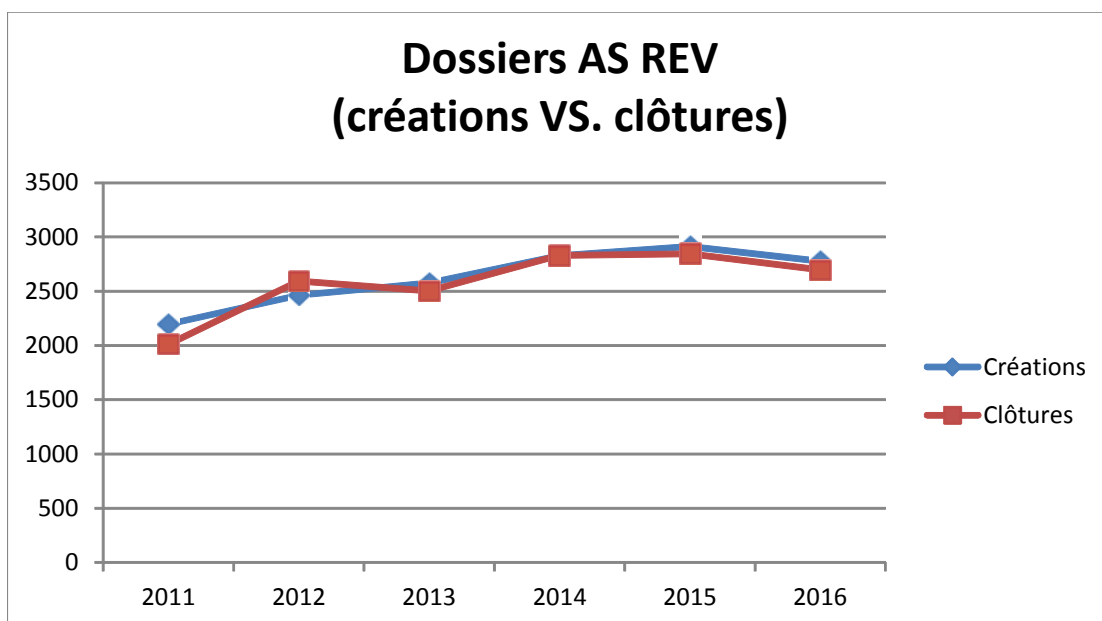
Pour l'année 2016, on constate que le nombre de dossiers Aides et soins clôturés est supérieur au nombre de dossiers créés confirmant les actions entreprises au niveau des dossiers présentant un flux atypique.

Nombre de dossiers Aides et soins (1ère demande) créés par la CEO versus nombre de dossiers clôturés par CEO (2011-2016)



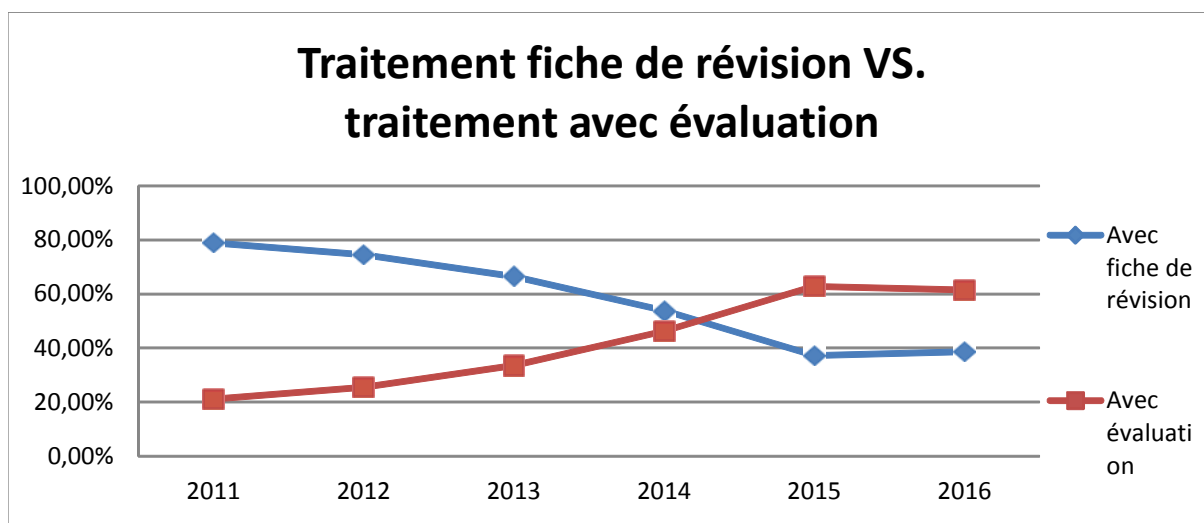
Pour l'année 2016, alors que le nombre de 1ère demande diminue constamment, on remarque que la capacité de traitement de la CEO n'a pas permis d'absorber entièrement ces premières demandes, ce qui a un impact sur le stock des dossiers en évaluations à la CEO (cf. graphique 8).

Nombre de dossiers Aides et soins (REVISION) créés par la CEO versus nombre de dossiers clôturés par CEO (2011-2016)



Le développement d'une politique de réévaluation systématique des dossiers

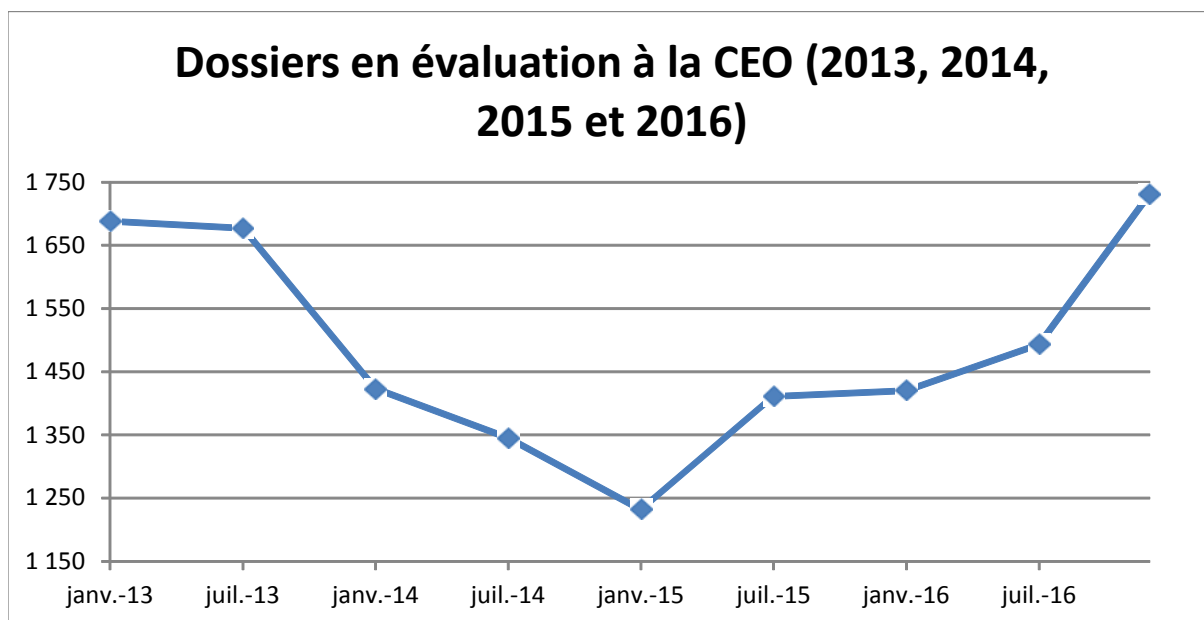
Proportion Nombre de dossiers Aides et soins (REVISION) traités via évaluation versus proportion de Nombre de dossiers Aides et soins (REVISION) traitées sur base d'une fiche A3 (2011-2016)



La CEO souhaite continuer une politique de révision des dossiers volontariste afin de s'assurer un suivi plus fréquent des bénéficiaires et garantir une actualisation des dossiers. La réévaluation via évaluation du bénéficiaire par rapport à celle basée sur une fiche de révision transmise par le prestataire reste prioritaire et privilégiée. En effet, la révision des prestations sur base d'une fiche en révision de la part du prestataire n'est pas encouragée ni voulue si la dernière évaluation a eu lieu dans un délai supérieur à 2 ans. La légère augmentation du nombre de révisions traitées par fiche A3 s'explique par la diminution des délais entre deux révisions, permettant le recours à ce mode de traitement.

L'augmentation des stocks suite à l'urgence de la mise à jour des plans de prise en charge

Nombre de dossiers en évaluation à la CEO (2013,2014,2015 et 2016) : Ensemble des dossiers pour lesquels une action est en cours, à la date considérée = STOCK à traiter



Le stock de dossiers en évaluation est principalement constitué des nouvelles demandes arrivant à la CEO.

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.

Vers une administration " sans papier "

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

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

Les prévisions visaient une reprise de l'ensemble des dossiers dans les 4 ans. **Or, la CEO a atteint son objectif de disposer d'un archivage électronique complet en août 2016.**

Outre l'archivage électronique des dossiers traités, la CEO souhaite se diriger vers une absence de circulation de dossiers papiers laquelle sera atteinte avec la mise en production d'une version évoluée de l'application de gestion des dossiers.

Des projets informatiques pour soutenir l'optimisation des processus

Maximisation de la sécurisation de l'échange des données

En 2016, les travaux se sont concentrés sur deux éléments :

- La sécurisation des échanges entre le domaine @etat.lu et @secu.lu
- La compilation de toutes les mesures développées en matière de protection des données au cours des années précédentes en vue de mettre à disposition des agents des instructions contraignantes, précises et en relation avec leur travail quotidien.

La Cellule d'évaluation et d'orientation vient en outre de se fédérer 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.

Des efforts constants pour proposer des interfaces clients modernes, performants et conviviales

En 2016, ces efforts ont porté sur

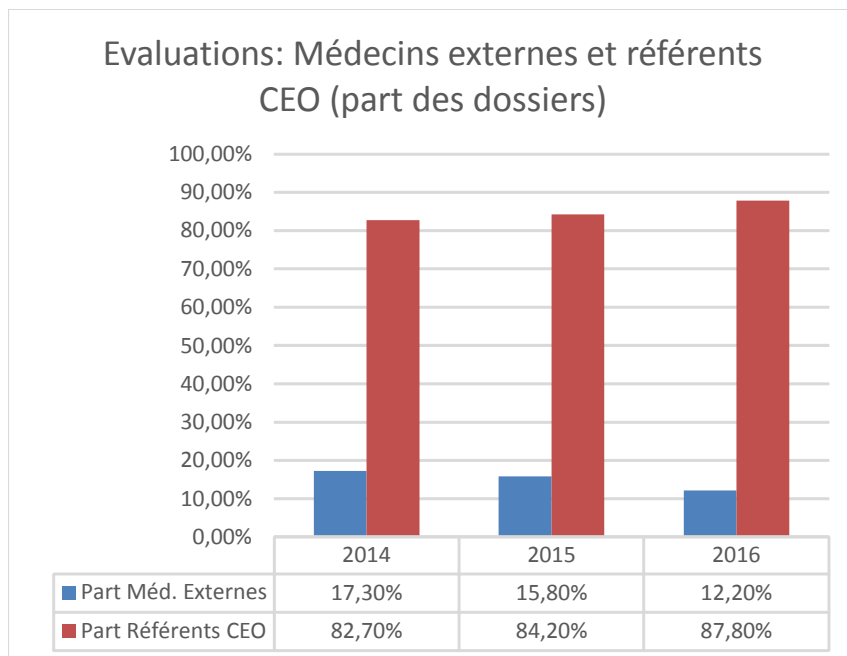
- La mise en production :
 - d'une nouvelle version de l'outil collaboratif Lotus Notes
 - d'un échéancier et une base de données pour la gestion du personnel
 - d'une nouvelle ligne téléphonique pour la gestion centralisée des rendez-vous
 - de l'application pour le calcul et la déclaration des frais de route
 - des nouveaux ordinateurs acquis par le Centre commun de la sécurité sociale (CCSS)
- Le perfectionnement de l'application pour les templates
- La finalisation des travaux en relation avec la digitalisation des dossiers papier existant dans le cadre de l'évaluation des demandeurs de prestations et de la détermination des aides et soins requis.

3.3. La performance financière

L'objectif de la CEO est de réussir à identifier les coûts associés aux différents types des demandes et comme chaque administration, la CEO suit les coûts générés par son activité et ses décisions.

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

Proportion des dossiers évalués par les médecins vacataires (2014-2016)



3.4. SOUTENIR ET ACCROITRE LES POTENTIELS DE DEVELOPPEMENT

Au niveau humain

Toutes les carrières de l'ensemble des collaborateurs de la CEO ont été revues. Des entretiens individuels ont eu lieu avec le nouvel outil du Ministère de la Fonction publique et de la Réforme administrative. L'organigramme a, comme prévu par la loi, été validé par Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale en février 2016.

Des pourparlers avec le Ministère de la Fonction publique et de la Réforme administrative ont eu lieu dans le cadre de l'avant-projet de règlement grand-ducal en matière de formation pendant le stage des candidats fonctionnaires.

L'application e-Inscription de l'INAP a été mise en place en interne.

Au niveau technique

Les travaux visant à co-développer avec les 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 en 2016.

Les différents écrans de saisie ont été élaborés par le CISS sur base d'analyses effectuées par l'équipe en charge du projet qui s'est adjointe des compétences métiers de la CEO.

Finalement, une 1^{ière} version de l'outil a pu être présentée au comité de projet qui l'a validée dans sa réunion du 12 décembre 2016.

La mise en production définitive de l'outil TCOv2 est prévue pour le 01 juillet 2017.

Au niveau organisationnel

En vue d'anticiper les changements organisationnels et structurels ;

- des demandes de renforcement de personnel ont été introduites dans le cadre du numerus clausus 2017
- les démarches avec le Ministère de la Sécurité sociale et l'Inspection générale de la sécurité sociale en ce qui concerne l'autonomie de la Cellule d'évaluation et d'orientation ont été préparées
- les répercussions par rapport au changement du statut et de la dénomination projetée de la Cellule d'évaluation et d'orientation ont été analysées
- il a été travaillé sur l'élaboration d'un nouvel outil à utiliser pour l'évaluation de la situation de dépendance des demandeurs de prestations
- l'acquisition de 50 nouveaux ordinateurs portables a été demandée auprès du Centre commun de la sécurité sociale.

CONCLUSION

Dans un contexte de réforme, la CEO doit continuer ses efforts afin d'être prête pour relever 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. Le renforcement de ses outils en interne, l'optimisation de ses flux et la recherche d'efficacité à tous les niveaux tracent la feuille de route de la CEO pour 2017, où l'accent devra être mis, à partir du dernier trimestre, vers l'accompagnement de ses partenaires, des citoyens-clients et de ses collaborateurs à la mise en œuvre de la réforme de la loi sur l'assurance dépendance.

L'ÉVOLUTION LÉGISLATIVE ET RÉGLEMENTAIRE

En date du 22 juin 2016, le conseil de Gouvernement a adopté le projet de loi portant réforme de l'assurance dépendance. Ledit projet a été déposé à la Chambre des Députés le 8 juillet 2016. Le Conseil d'Etat vient d'émettre son avis y relatif tout récemment.

A part la pérennisation du système, la réforme structurelle vise la consolidation des principes de base de l'assurance dépendance et la modernisation du 5ème pilier de la protection sociale. Elle ne remet pas en question les différentes priorités sur lesquelles se base le dispositif et elle maintient le système de financement par répartition.

L'introduction d'un système forfaitaire de prise en charge et le déploiement d'un système de contrôle-qualité constituent les vecteurs angulaires de la modernisation de la gestion dépendance.

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

Une réponse encore plus pertinente, directe et efficiente à leurs besoins quotidiens changeants et à leurs choix et attentes pouvant varier de jour en jour pourra être apportée aux bénéficiaires par les prestataires et professionnels d'aides et de soins.

Cette prise en charge flexibilisée remplacera une prise en charge " minutée " et trop rigide basée jusqu'à présent sur une " liste à faire " inaltérable et d'autant plus difficilement contrôlable.

Au niveau opérationnel, le système de la facturation à l'acte, avec sa lourdeur, sera remplacé par un système forfaitaire basé sur 15 niveaux de besoins en aides et soins.

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

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

La réforme transposera la valorisation de la qualité telle que reconnue par le législateur moyennant une formalisation par règlement grand-ducal, respectivement une optimisation, de tous les facteurs et outils afférents. Une politique opérationnelle de qualité sera mise en place. La qualité de la prise en charge sera appréciée sur base d'indicateurs.

La nouvelle Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance contrôlera l'exécution par les prestataires et les aidants des aides et soins prestés et assurera le contrôle-qualité sur base de la documentation de la prise en charge.

Le rôle de l'aidant sera redéfini. Il sera clairement identifié et bénéficiera d'un meilleur encadrement et d'un suivi plus rapproché par l'Administration. L'aidant pourra 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 AEV, la réforme redéfinit les activités de soutien et de conseil actuellement connues moyennant le regroupement et la reformulation de certaines activités dans le cadre des nouvelles activités d'appui à l'indépendance (AAI), respectivement activités du maintien à domicile (AMD).

Les activités d'accompagnement en établissements d'aides et de soins (AAE) amortiront tous les éléments résiduels connexes concernés par la restructuration des activités de soutien spécialisé et non-spécialisé actuelles. La hauteur du forfait correspondant sera modulable en fonction du résidu à couvrir.

L'évolution de l'assurance dépendance sera suivie de façon plus rapprochée 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 influant directement sur le pilotage du système.

Les deux documents seront accessibles aux différentes parties impliquées dans le fonctionnement et la gouvernance du système, ce qui contribuera à renforcer la coordination des partenaires avec une régularité effervescente.

Une transition fluide du système de prise en charge actuel vers le système réformé, dont l'entrée en vigueur est prévue au 1^{er} janvier 2018, sera assurée.

A côté des progrès réalisés au niveau législatif, les travaux concernant la mise en place des différents règlements grand-ducaux prévus par la loi réforme en projet ont également avancé en 2016.

La commission consultative de l'assurance dépendance, mandatée à aviser un certain nombre de dispositifs réglementaires, a entamé ses travaux au 2^{ème} semestre 2016. Elle s'est régulièrement réunie à partir du mois d'octobre.

Actuellement, deux avis de la commission sont en attente au sujet des dispositifs suivants :

- avant-projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance

Il a pour objet de réformer la procédure d'évaluation de l'état de dépendance et de détermination des prestations moyennant une révision des différents instruments prévus tel qu'annexés au règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 actuellement applicable.

Il prévoit une standardisation permettant le regroupement et la forfaitisation des actes et la flexibilisation des plans de prise en charge, tout en assurant une différenciation adéquate entre les aides et soins à attribuer aux bénéficiaires et en veillant à une simplification des procédures.

L'outil d'évaluation révisé se présentera sous forme d'un instrument automatisé et informatisé évolutif en fonction des progrès réalisés en matière de techniques scientifiques d'évaluation ou d'innovations informatiques.

Le relevé-type révisé résume moyennant des regroupements d'actes plus transparents et facilement compréhensibles les prestations prises en charge par l'assurance dépendance.

Le référentiel des aides et soins définit et décrit les prestations du relevé-type et fixe les standards de la prise en charge.

La synthèse de prise en charge spécifique résume l'ensemble des prestations déterminées par l'Administration pour le bénéficiaire. Elle représente le résultat de l'évaluation et reprend pour chaque bénéficiaire les aides et soins définis dans le référentiel.

Une prise en charge forfaitaire continue à être définie pour les personnes atteintes de cécité, de surdité, de Spina Bifida, d'aphasie ou de dysarthrie ou de personnes présentant une laryngectomie. Cette dernière sera exprimée par un montant de prise en charge hebdomadaire forfaitaire en euros, non indexé, correspondant à la prise en charge forfaitaire actuellement allouée.

- avant-projet de règlement grand-ducal déterminant 1) les normes de qualité concernant la dotation et la qualification du personnel ; 2) les coefficients d'encadrement du groupe ; 3) le contenu de la documentation de la prise en charge ; 4) les indicateurs de qualité de la prise en charge.

Il a pour objet de regrouper et de formaliser dans un instrument juridique unique, les éléments nécessaires à une dispensation d'aides et de soins de qualité et un contrôle de la qualité des prestations fournies.

Ces éléments concernent, d'une part, les dotations et les qualifications du personnel engagé par les prestataires et, d'autre part, la documentation des aides et soins fournis à la personne dépendante par le prestataire, ainsi que le contrôle de la qualité des aides et soins en fonction d'indicateurs de qualité.

La documentation de la prise en charge comporte obligatoirement les éléments fixés par règlement grand-ducal. Elle peut être complétée par le prestataire d'aides et de soins de toutes données qui lui semblent nécessaires pour assurer une prise en charge en adéquation avec sa philosophie de soins. Grâce à une traçabilité des informations de façon structurée, objective et actualisée, la documentation tend, d'une part, à soutenir les professionnels dans le déploiement de l'accompagnement des bénéficiaires.

D'autre part, la documentation constitue le fondement des contrôles de qualité à effectuer par l'Administration d'évaluation et de contrôle en fonction d'indicateurs nationaux.

Actuellement, l'analyse par les membres de la commission de l'avant-projet de règlement grand-ducal 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 est en cours.

Suivront les examens par la commission des :

- avant-projet de règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant-en phase de finalisation, ainsi que
- avant-projet de règlement grand-ducal déterminant les critères et la procédure de négociation des valeurs monétaires applicables aux prestations d'aides et de soins de l'assurance dépendance.

L'ASSURANCE ACCIDENT

Le régime d'assurance accident, introduit par le législateur en 1902 appartient aux plus anciennes des protections sociales.

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

Est assuré obligatoirement contre les accidents du travail et les maladies professionnelles l'ensemble des salariés y compris les fonctionnaires et employés de l'Etat, des communes et des établissements publics, les personnes y assimilées ainsi que les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg pour leur propre compte une activité professionnelle artisanale, commerciale ou libérale.

L'assurance accident gère pour le compte de l'Etat les régimes spéciaux couvrant entre autres les écoliers, élèves et étudiants, y compris dans le cadre de leurs activités périscolaires.

La population protégée par l'assurance accident se chiffre à 416 020 personnes au 31 décembre 2015.

Ce nombre est principalement constitué de la population active et des chômeurs. Ne sont pas incluses dans ce nombre certaines catégories liées à des activités extraprofessionnelles, qui sont marginales et plus difficiles à estimer. La situation actuelle de la population protégée est présentée au chapitre sur la protection sociale.

Objectifs de l'assurance accident

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

Les prestations de l'assurance accident

- Prestations de soins de santé
- Dégât matériel
- Prestations en espèces pendant les 52 premières semaines
- Rentes pour accidents
- Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux
- Prestations dépendance
- Prestations des survivants

ORGANISATION DE L'ASSURANCE ACCIDENT

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

FINANCEMENT DE L'ASSURANCE ACCIDENT

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

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

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

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

principales données statistiques

Les informations contenues dans ce chapitre proviennent soit des données comptables soit des données statistiques de l'Association d'assurance accident.

Encadré méthodologique

Pour la détermination des nombres ont été pris en compte :

Le nombre d'affiliés retenu au 31 décembre de l'exercice concerné.

Le nombre de rentes (anciennes) qui sont liquidées au 31 décembre de l'exercice concerné.

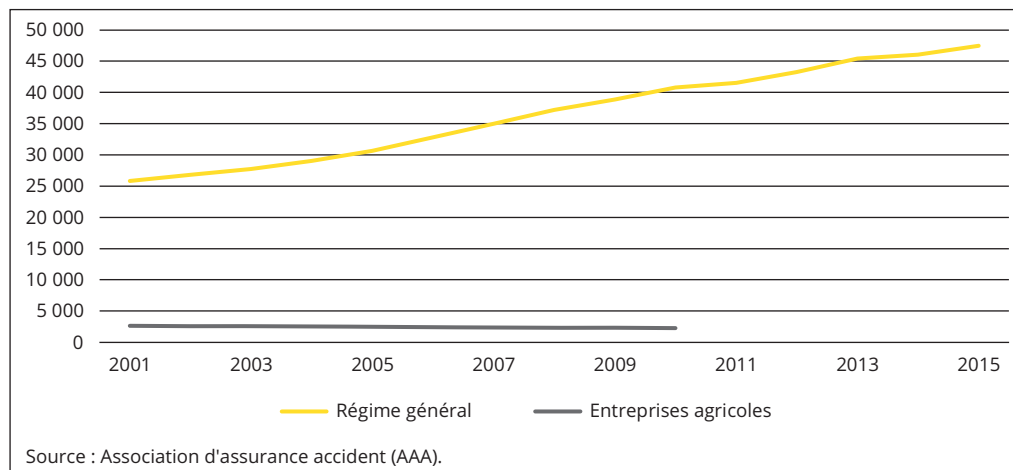
Le nombre de rentes (nouvelles) qui sont liquidées au 31 décembre de l'exercice concerné.

Le nombre d'accidents déclarés : tous les accidents déclarés relevant de l'exercice concerné.

Le nombre d'accidents reconnus : tous les accidents relevant de l'exercice concerné reconnus comme accident de travail avant le 2 septembre n+1.

Affiliation des entreprises

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



Après une période de relative stabilité, le nombre d'entreprises affiliées à l'ancienne section industrielle de l'Association d'assurance accident a diminué au début des années quatre-vingt. Grâce à la reprise de la conjoncture économique, le nombre a ensuite augmenté en moyenne de 5% par année.

La crise financière et économique, qui a marqué le début des années 2000, a atténué cette croissance qui n'a repris qu'en 2005.

Le nombre des entreprises a ainsi dépassé 47 000 unités en 2015, une augmentation de 3,1% par rapport à 2014.

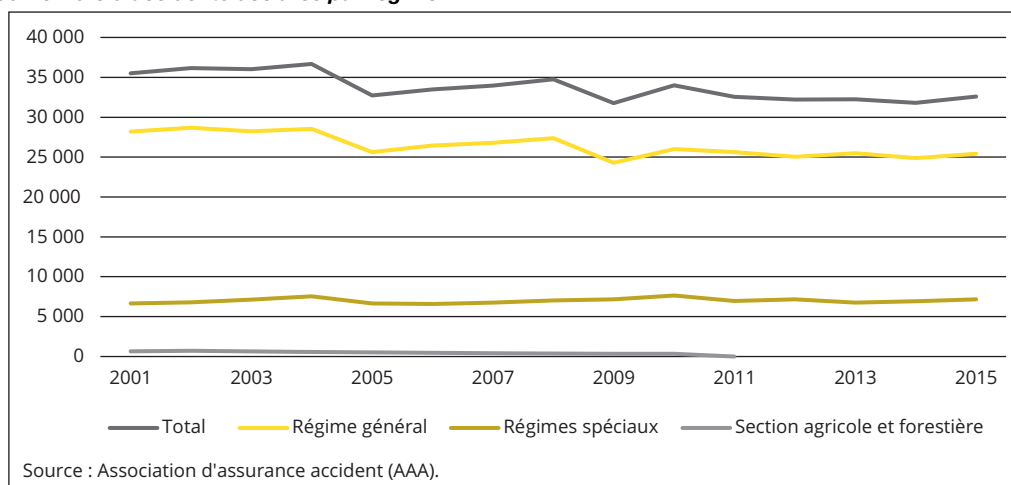
Le nombre d'entreprises affiliées à la section agricole et forestière a subi une diminution régulière depuis 1960 (-1% en moyenne depuis 1970). En 1997, le nombre d'affiliés a accusé une réduction de deux tiers suite à la redéfinition du critère de l'affiliation obligatoire et à l'introduction d'une assurance volontaire. Depuis, le niveau des affiliations suit une régression lente pour descendre en dessous de 2 300 en 2010.

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

Statistiques sur les accidents

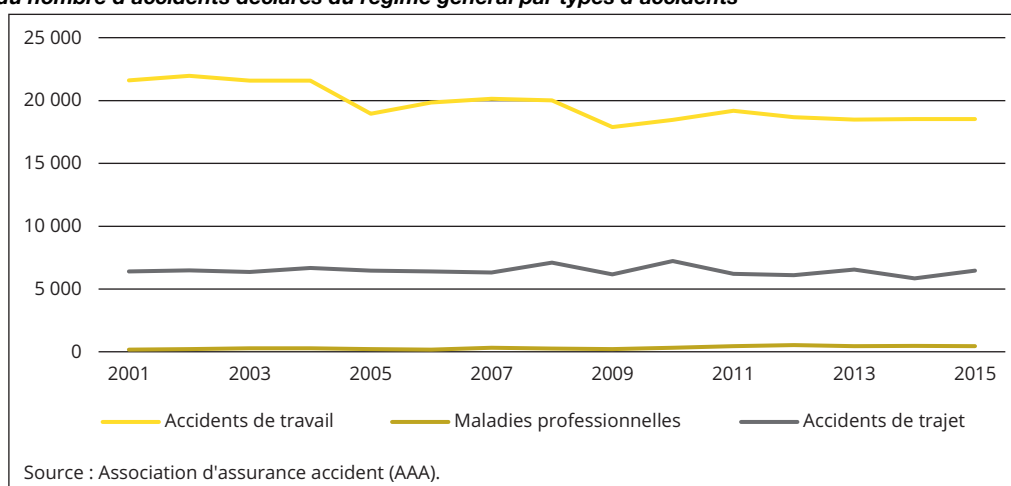
Le nombre d'accidents déclarés en 2015 s'élève à 32 608 dont 25 437 (78%) pour le régime général, et 7 171 (22%) pour les régimes spéciaux. Le nombre d'accidents mortels est de 22 unités.

Evolution du nombre d'accidents déclarés par régime



Parmi les cas déclarés au régime général, 72,8% concernent des accidents de travail proprement dits, 25,4% des accidents de trajet et 1,8% des maladies professionnelles.

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



Toute personne assurée, victime d'un accident de travail ou de trajet est tenue d'informer sans retard son employeur. Celui-ci doit déclarer l'accident de travail à l'AAA en fournissant toutes les indications demandées sur un formulaire prescrit. Le refus de considérer comme accident de travail, ou de trajet ou maladie professionnelle un accident déclaré se fait par une décision du président de l'AAA. Environ 78% des accidents déclarés seront reconnus comme accident de travail.

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

Année	Accidents (tous)			Accidents du travail proprement dits			Accidents de trajet			Maladies professionnelles		
	déclarés	reconnus		déclarés	reconnus		déclarés	reconnus		déclarés	reconnus	
			mortels			mortels			mortels			mortels
2011	25 856	20 519	12	19 193	16 435	11	6 202	3 921	6	461	163	0
2012	25 297	20 264	17	18 670	16 384	14	6 094	3 753	3	533	127	0
2013	25 477	20 766	22	18 478	16 565	6	6 552	4 076	16	447	125	0
2014	24 855	20 043	14	18 530	16 384	10	5 847	3 516	4	478	143	0
2015	25 437	19 938	22	18 521	16 151	14	6 468	3 695	8	448	92	0

Source : Association d'assurance accident (AAA).

Les rentes et autres prestations

Les prestations accordées sous l'ancienne législation continueront à exister mais connaîtront une réduction rapide dans les années à venir. Les données reprises ci-dessous représentent le nombre des prestations en transition entre l'ancienne législation et l'application des dispositions de la réforme aux nouvelles prestations.

Les prestations suite à la réforme de l'AAA

La réforme de l'AAA a modifié ou introduit les prestations qui sont présentées ci-dessous.

Prestations pour soins de santé¹⁾

Les soins de santé et l'assistance régulière pour les actes essentiels de la vie, suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, sont intégralement pris en charge par l'assurance accident. L'assuré n'aura pas à avancer les frais des prestations. Les frais pour soins de santé ou pour les actes essentiels de la vie sont payés directement par la Caisse nationale de santé pour le compte de l'AAA (art. 98 du CSS).

Indemnisation des dégâts matériels

Si lors d'un accident de travail, en cas de lésion corporelle, l'assuré a subi un dommage matériel, il a droit à une indemnisation des dégâts matériels accessoires. En outre, même en l'absence de lésions corporelles, l'assuré sera indemnisé des dégâts causés aux prothèses ou au véhicule automoteur utilisé au moment de l'accident survenu sur la voirie publique sous certaines conditions et dans certaines limites (art. 99 du CSS).

Evolution du nombre des dégâts matériels

Catégorie ¹⁾	2014		2015	
	Régime général	Régimes spéciaux	Régime général	Régimes spéciaux
Dégât aux véhicules automoteurs	475	14	446	8
Dégât accessoire	138	8	122	12
TOTAL	613	22	568	20

1) Art. 99 du CSS.

Source : Association d'assurance accident (AAA).

Prestations en espèces pendant les 52 premières semaines

En cas d'incapacité de travail totale temporaire suite à un accident ou à une maladie professionnelle, le salarié a droit au maintien intégral de son salaire.

Cette indemnité pécuniaire est versée pendant un maximum de 52 semaines sur une période de référence de 104 semaines. Le montant de l'indemnité correspond au salaire cotisable de la victime au moment de la survenance de l'incapacité de travail (art. 100-101 du CSS).

Les rentes

Pour les accidents survenus et les maladies professionnelles déclarées à partir du 1^{er} janvier 2011, les rentes accidents y relatives indemnisent la perte totale ou partielle du revenu professionnel et présentent les caractéristiques communes suivantes :

La rente complète

La rente complète est accordée pour les périodes d'incapacité de travail totale imputables à l'accident ou la maladie professionnelle survenues, alors que l'assuré exerçait une activité professionnelle soumise à l'assurance obligatoire ou qu'il était inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM) (art. 102-104 du CSS).

1) Maladie et dépendance.

La rente partielle

L'assuré qui a subi une perte de revenu professionnel par suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle a droit à une rente partielle à partir de la reprise d'une activité professionnelle avant l'âge de 65 ans à condition (art. 105-110 du CSS) :

- qu'il justifie un taux d'incapacité de travail permanente de 10% au moins après consolidation des lésions ;
- que la perte de revenu atteigne 10% au moins ;
- que, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, il soit incapable d'exercer son dernier poste de travail ou de maintenir son dernier régime de travail principalement en raison des séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

La rente d'attente

Si un assuré présente une incapacité de travail pour exercer son dernier poste de travail, principalement imputable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, et selon l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, il a droit à la rente d'attente de la part de l'AAA (art. 111-114 du CSS).

La rente de survie

Si le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de 65 ans, son conjoint survivant ou partenaire ainsi que ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs ont droit à une rente de survie (art. 131-133 du CSS).

Evolution du nombre des rentes par régime

Catégorie ¹⁾	2014		2015	
	Régime général	Régimes spéciaux	Régime général	Régimes spéciaux
Rentes complètes ²⁾	582	7	669	4
Rentes partielles ³⁾	4	1	5	-
Rentes d'attente ⁴⁾	176	2	243	2
Rentes pour survivants ⁵⁾	71		103	
TOTAL	833	10	1 020	6

1) Sont prises en compte les rentes et indemnités liquidées pendant l'exercice.

2) Art. 102-104 du CSS.

3) Art. 105-110 du CSS.

4) Art. 111-114 du CSS.

5) Art. 131-133 du CSS.

Source : Association d'assurance accident (AAA).

Les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

Si, après la consolidation, l'assuré est atteint, par suite d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée à partir du 1^{er} janvier 2011, d'une incapacité de travail totale ou partielle permanente, il a droit à l'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux. Selon ces préjudices, les indemnités sont forfaitaires ou calculées sur base d'un barème d'évaluation médicale (art. 118-120 du CSS).

Les prestations des survivants

Par ailleurs les bénéficiaires d'une rente de survie octroyée suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ayant causé le décès de l'assuré, en l'occurrence le conjoint ou le partenaire ainsi que les enfants de l'assuré, ont chacun droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire (art. 130 du CSS).

Evolution des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux par régime

Catégorie	2014		2015	
	Régime général	Régimes spéciaux	Régime général	Régimes spéciaux
Préjudices extrapatrimoniaux				
Préjudice physiologique et d'agrément (capital) ¹⁾	1 682	50	1 087	29
Préjudice physiologique et d'agrément (mensuel) ^{a 2)}	108	3	154	3
Ind. forfaitaires pour douleurs physiques endurées ³⁾	1 720	52	1 113	30
Ind. forfaitaires pour préjudice esthétique ^c	913	20	575	13
Ind. forfaitaires pour dommage moral (survivants) ⁴⁾	18	-	26	-
TOTAL	4 441	125	2 955	75

1) Art. 119 du CSS.

2) Sont prises en compte les rentes et indemnités liquidées pendant l'exercice.

3) Art. 120 du CSS.

4) Art. 130 du CSS.

Source : Association d'assurance accident (AAA).

Rentes accordées avant la réforme de l'AAA

Le nombre total des rentes s'élève en 2015 à 13 047 unités, ce qui représente une diminution de 2,8% par rapport aux 13 419 unités en 2014.

Le nombre de rachats de rentes ainsi que les rentes transitoires de l'ancien régime connaîtront une réduction rapide suite aux rachats d'office des rentes inférieures à 10% et des consolidations des anciens cas sous l'ancienne législation.

La répartition de ces rentes par catégorie se présente comme suit :

Evolution de la répartition des rentes accordées avant la réforme et rachats de rentes pour tous les régimes ¹⁾

Catégorie	2014	2015	Variation en %
Rachats < 10 %	107	31	
Rachats >= 10 %	161	70	
Indemnités globales payées aux conjoints survivants	10	4	
Total des rachats	278	105	-62,2%
Rentes viagères	12 410	12 121	
Rentes transitoires pour blessés	153	103	
Rentes pour survivants	856	823	
Total des rentes	13 419	13 047	-2,8%

1) Régime général et régimes spéciaux.

Source : Association d'assurance accident (AAA).

LA SITUATION FINANCIÈRE

Appréciation globale des opérations courantes

Depuis 2001 les recettes courantes de la section industrielle dépassent régulièrement les dépenses courantes. Pour faire face aux dépenses supplémentaires consécutives à la loi du 21 décembre 2004 et à la décision évoquée de l'assemblée générale du 20 janvier 2006 concernant le rachat des rentes, un prélèvement à la réserve de 17,8 millions EUR a été nécessaire en 2006. Les années suivantes, des prélèvements ou le cas échéant des dotations à la réserve légale ont été effectués pour équilibrer le compte d'exploitation. Pour l'exercice 2015 le montant de la dotation à la réserve s'élève à 12,8 millions EUR.

Evolution des opérations courantes de l'assurance accident (en millions EUR)

Année	AA section industrielle			AA section agricole		
	Dépenses	Recettes	Solde	Dépenses	Recettes	Solde
2006	218,37	200,58	-17,78	7,56	4,63	-2,93
2007	193,42	204,82	11,40	7,28	4,42	-2,86
2008	202,60	208,91	6,31	7,62	4,80	-2,82
2009	198,51	188,48	-10,03	7,47	4,73	-2,74
2010	207,82	198,84	-8,99	7,80	4,95	-2,85
Année	AAA					
2011	214,65	224,75	10,10			
2012	216,62	235,03	18,41			
2013	229,45	219,06	-10,39			
2014	232,07	227,19	-4,88			
2015	220,86	233,66	12,80			

Source : Association d'assurance accident (AAA).

Les dépenses courantes représentent 0,4% du PIB en 2015, et leur proportion, partant de 1,3% en 1975, est en régression constante. Par ailleurs, le taux de croissance annuel moyen des dépenses courantes entre 2011 et 2015 est de -1,0% (au nombre indice 100) ce qui témoigne d'une progression plus lente des dépenses que les taux des autres branches de la sécurité sociale.

Evolution des recettes et des dépenses globales de l'AAA¹⁾ (en millions EUR)

	2011	2012	2013	2014	2015
RECETTES					
Cotisations	189,71	202,01	200,75	210,50	217,48
Participations de tiers	22,38	23,47	7,02	6,69	6,22
dont					
Participation aux frais d'administration	0,26	0,29	0,35	0,35	0,38
Participation aux prestations	4,91	5,97	6,67	6,34	5,84
Participation de l'Etat (contribution forfaitaire)	17,20	17,20			
Transfert de cotisations	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Produits divers provenant de tiers	9,50	7,61	10,68	9,14	8,90
Produits financiers	3,15	1,93	0,61	0,84	0,80
Recettes diverses	0,01	0,02	0,00	0,02	0,26
TOTAL DES RECETTES COURANTES	224,75	235,03	219,06	227,19	233,66
Variation annuelle en %	13,0%	4,6%	-6,8%	3,7%	2,8%
DEPENSES					
Frais d'administration	9,65	10,22	11,23	11,58	12,14
Prestations en espèces	165,90	169,54	171,45	172,13	162,44
Prestations en nature	36,08	33,30	42,78	44,35	42,59
Transferts de cotisations à d'autres organismes	1,28	1,93	2,34	2,41	3,00
Autres dépenses	1,73	1,64	1,65	1,60	0,68
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	214,65	216,62	229,45	232,07	220,86
Variation annuelle en %	3,3%	0,9%	5,9%	1,1%	-4,8%
Solde des opérations courantes	10,10	18,41	-10,39	-4,88	12,80

1) Situation au 31 décembre, (jusqu'en 2010 - section industrielle - régime général) à partir de 2011 - le régime général inclut les fonctionnaires et employés publics ainsi que l'ancienne section agricole.

Source : Association d'assurance accident (AAA).

En 2011, la forte augmentation des recettes (+13%) s'explique par le versement forfaitaire de l'Etat de 17 millions EUR à titre de compensation à l'AAA pour l'introduction du taux de cotisation unique. En effet, alors que le taux moyen aurait dû être de 1,25% pour couvrir les charges de l'AAA, il a été décidé lors de l'accord du 15 décembre 2010 entre l'Etat et l'UEL (Union des entreprises luxembourgeoises) de le fixer à 1,15%.

Le ralentissement des dépenses observé en 2012 (+0,9%) provient d'une diminution du nombre de rachats des rentes suite à la réforme de l'assurance accident.

La diminution des recettes en 2013 marque le retour à la normalité des recettes de l'AAA après 2011 et 2012 avec les contributions forfaitaires exceptionnelles de l'Etat. La diminution des recettes s'explique aussi par la baisse du taux de cotisation de 1,15% en 2012 à 1,10% en 2013.

L'augmentation des dépenses en 2013 s'explique principalement par une forte augmentation de 28,5% des prestations en nature. Cette variation importante est en partie due aux prestations transférées à l'étranger. La comptabilisation de ces prestations dépend des décomptes (E125) introduits de manière irrégulière par les institutions étrangères. Ainsi un montant de 7,8 millions EUR qui concernait l'année 2012, n'a été liquidé qu'en 2013.

En 2013 une augmentation de 21% du compte transfert en cotisation à d'autres organismes de sécurité sociale est observée. Celui-ci représente la part de l'AAA dans les cotisations sociales (assurance maladie, pension) dues sur les indemnités pécuniaires (IP) et les rentes tombant sous la nouvelle législation. Il fluctue en fonction du nombre des rentes et des montants des IP.

Comme en 2014 l'exercice 2015 reste encore marqué par la transition des prestations de l'ancienne et de la nouvelle législation. L'augmentation conséquente des dépenses des nouvelles prestations est compensée par la diminution progressive des anciennes prestations.

Pour l'exercice 2015 on peut noter une baisse des dépenses courantes de l'ordre de 4,8% par rapport à l'exercice 2014. Cette diminution est principalement due aux rachats des rentes de l'ancienne législation et aux indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux. En effet le montant des rachats de rentes affiche une baisse de 61% par rapport à 2014. En 2015 ce montant continuera à décroître au fur et à mesure des années étant donné que le rachat de rentes n'est prévu que par l'ancienne législation.

En 2015 les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux ont vu leur montant baisser de 28% par rapport à 2014. Le nombre de demandes restant constant, cette régression peut s'expliquer par une diminution du nombre de décisions émises par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Les recettes courantes

L'assurance accident est financée à raison de 93,1% par des cotisations, de 2,7% par des contributions publiques et de 4,3% par des revenus sur la fortune et des recettes diverses. A noter que parmi les contributions publiques figure la prise en charge intégrale des prestations allouées dans le cadre des régimes spéciaux.

En 2015 les cotisations ont augmenté de 3,3% au nombre indice 100 par rapport à 2014.

Répartition des recettes courantes de l'AAA en 2015 (en milliers EUR)

Recettes	Montant	En % du total
Cotisations	217 479,75	93,1%
Participation de l'Etat	6 220,59	2,7%
Produits financiers et recettes diverses	9 956,57	4,3%
TOTAL	233 656,91	100,0%

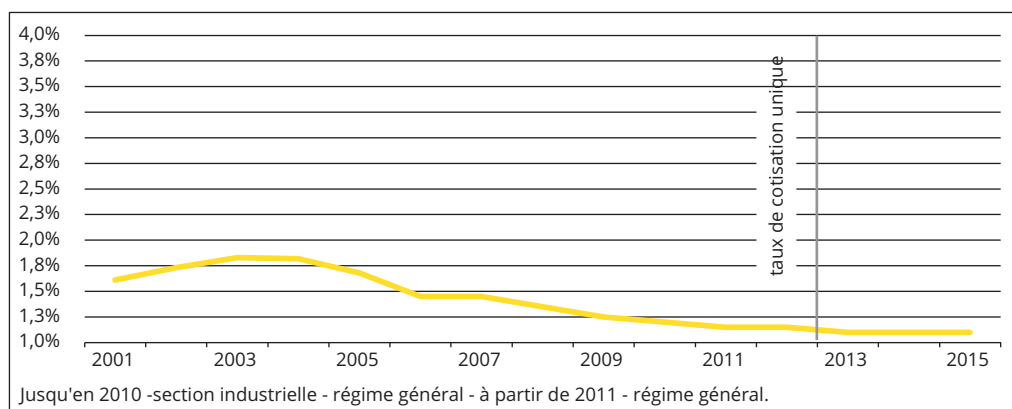
Source : Association d'assurance accident (AAA).

Etant donné que les taux de cotisation de la section industrielle étaient fixés annuellement pour chaque position du tarif de risque, il est intéressant d'analyser l'évolution du taux de cotisation moyen. Ce taux de cotisation moyen est obtenu en divisant le montant des dépenses à charge des cotisants par la masse des salaires cotisables.

Le taux de cotisation moyen a augmenté depuis le début des années 90 pour atteindre un maximum de 2,11% en 1997. Il est retombé ensuite pour se situer à 1,54% en 1999, et pour atteindre en 2003, après une nouvelle progression, une valeur de 1,83%.

La loi du 17 décembre 2010 a introduit un taux de cotisation unique dans l'assurance accident qui est fixé annuellement par le comité directeur de l'Association d'assurance accident.

Evolution du taux de cotisation moyen de l'AAA



Pour 2011 et 2012 le taux s'élevait à 1,15% et pour 2013, 2014 et 2015 il a été fixé à 1,10%.

Les dépenses courantes

En 2015 les dépenses courantes de l'AAA se composent à 92,8% de prestations, les frais d'administration représentent 5,5% et les dépenses diverses 1,7%.

Répartition des dépenses courantes de l'AAA en 2015 (en milliers EUR)

Dépenses	Montant	En % du total
Frais d'administration	12 141,62	5,5%
Prestations en espèces	162 439,45	73,5%
Prestations en nature	42 590,62	19,3%
Dépenses diverses	3 683,79	1,7%
TOTAL	220 855,49	100,0%

Source : Association d'assurance accident (AAA).

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

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

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

	2011	2012	2013	2014	2015
Prestations en espèces	163 991 043,23	167 176 179,95	168 842 623,68	169 568 424,07	160 292 615,74
Indemnités pécuniaires	29 479 855,99	32 857 379,49	33 956 659,48	31 627 584,59	32 150 512,49
Lohnfortzahlung (LFZ)	18 020 109,62	18 825 336,10	19 487 736,04	19 118 071,92	19 857 515,45
Indemnités pécuniaires (IP)	10 944 235,93	13 512 467,33	13 849 072,03	11 854 994,54	11 670 074,41
Assurance dépendance	515 510,44	519 576,06	619 851,41	654 518,13	622 922,63
Rentes	102 644 305,40	105 831 076,30	106 816 359,98	109 060 011,73	109 159 385,86
Rentes viagères	72 757 680,53	75 655 619,26	76 841 361,00	77 483 243,83	75 876 156,79
Rentes de survie	15 872 447,18	15 989 087,24	15 988 647,34	15 827 607,31	15 254 882,94
Rentes transitoires	5 585 140,43	4 502 996,11	3 121 124,23	1 971 109,94	1 264 569,19
Palements uniques	7 238 478,66	5 050 532,25	2 682 737,67	1 782 086,23	1 558 660,34
Nouvelle législation					
Rentes complètes	1 186 213,95	4 037 737,80	6 184 981,98	7 151 363,03	8 534 541,20
Rentes partielles	-	-	13 936,78	14 780,44	170 921,43
Rentes d'attente	-	491 544,48	1 753 012,02	4 454 657,25	6 052 020,83
Rentes de survie	4 344,65	103 559,16	230 558,96	375 163,70	447 633,14
Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux	170 476,92	5 792 051,01	13 924 133,83	19 410 846,16	15 288 472,36
Préjudice physiologique et d'agrément <= 20 %	137 770,04	3 398 185,23	8 824 269,41	12 218 677,63	8 502 253,96
Préjudice physiologique et d'agrément > 20 %	3 604,22	110 930,72	499 754,81	994 111,74	1 346 296,90
Douleurs physiques	22 963,16	976 743,63	2 371 894,85	4 251 781,01	2 817 122,35
Préjudice esthétique	6 139,50	277 741,42	581 407,52	824 122,04	496 522,77
Indemnité dommage moral/survivants		1 028 450,01	1 646 807,24	1 122 153,74	2 126 276,38
Rachats de rentes	31 693 094,16	22 692 846,30	14 144 695,45	9 469 743,69	3 689 032,68
Rachats d'office	20 162 845,79	13 261 601,79	5 228 952,95	1 713 173,55	559 419,10
Rachats sur demande	11 465 044,51	9 347 906,91	8 756 652,58	7 556 919,53	3 047 026,63
Autres	65 203,86	83 337,60	159 089,92	199 650,61	82 586,95
Autres	3 310,76	2 826,85	774,94	237,90	5 212,35
Autres secours en espèces	2 576,93	2 826,85	774,94	237,90	5 212,35
Intérêts moratoires sur prestations	733,83				
Prestations en nature	32 645 915,03	29 611 906,11	39 273 868,64	40 683 326,90	38 924 079,23
AAA -Dégâts matériel	2 195 815,84	2 038 971,63	1 823 078,51	1 381 197,05	1 373 175,27
AAA -Soins	374 154,10	379 540,77	290 119,38	308 381,64	351 068,34
Indemnité pour dommage moral	320 436,78	-	-		
CNS - Prestations luxembourgeoises	23 610 965,97	23 008 737,58	24 454 231,10	30 384 566,08	26 722 796,84
CNS - Prestations étrangères	4 869 447,42	3 009 777,55	11 224 994,15	6 899 111,76	8 381 599,20
CNS - Assurance dépendance	1 275 094,92	1 174 878,58	1 481 445,50	1 710 070,37	2 095 439,58
TOTAL DES PRESTATIONS	196 636 958,26	196 788 086,06	208 116 492,32	210 251 750,97	199 216 694,97

Source : Association d'assurance accident (AAA).

Les prestations des régimes spéciaux

A partir de 2011, les variations des dépenses en prestations des régimes spéciaux sont principalement causées par les nouvelles dispositions suite à la réforme de l'AAA.

Evolution du montant des prestations des régimes spéciaux

	2011	2012	2013	2014	2015
Prestations en espèces	1 831 322,93	2 301 752,95	2 573 168,34	2 537 016,41	2 120 714,93
Indemnités pécuniaires	0,00	280 090,12	245 762,99	132 502,43	96 538,38
Lohnfortzahlung (LFZ)	-	-	-	-	-
Indemnités pécuniaires (IP)	-	220 507,23	190 139,25	67 714,64	30 240,33
Assurance dépendance	-	59 582,89	55 623,74	64 787,79	66 298,05
Rentes	1 443 814,72	1 475 291,86	1 546 725,48	1 619 616,67	1 541 393,56
Rentes viagères	1 230 801,64	1 308 160,48	1 349 478,37	1 344 727,27	1 341 546,45
Rentes de survie	63 595,86	65 793,99	67 438,23	68 694,36	68 694,36
Rentes transitoires	24 562,00	26 314,75	14 736,60	17 232,28	18 413,32
Paielements uniques	118 551,89	53 661,23	34 112,06	52 890,18	11 748,14
Nouvelle législation	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Rentes complètes	6 303,33	21 361,41	80 960,22	136 072,58	100 991,29
Rentes partielles	-	-	2 550,09	2 550,09	-
Rentes d'attente	-	-	31 561,78	24 236,58	26 119,89
Rentes de survie	-	60 352,71	-	-	-
Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux	0,00	183 868,72	301 503,49	509 187,30	326 054,41
Préjudice physiologique et d'agrément <= 20 %	-	48 604,11	188 225,08	339 248,40	220 612,70
Préjudice physiologique et d'agrément > 20 %	-	-	2 353,28	24 196,81	19 631,16
Douleurs physiques	-	9 815,49	54 594,95	124 319,38	76 935,92
Préjudice esthétique	-	1 933,11	12 186,70	21 422,71	8 874,63
Indemnité dommage moral/survivants	0,00	123 516,01	44 143,48	0,00	0,00
Rachats de rentes	387 508,21	362 502,25	479 176,38	275 710,01	156 728,58
Rachats d'office	387 508,21	362 502,25	479 176,38	275 710,01	156 728,58
Prestations en nature	3 433 919,19	3 686 456,34	3 501 140,43	3 664 361,74	3 666 542,65
Prestations de soins	3 433 919,19	3 686 456,34	3 501 140,43	3 664 361,74	3 666 542,65
TOTAL DES PRESTATIONS	5 265 242,12	6 048 562,00	6 108 420,64	6 228 164,82	5 813 377,47

Source : Association d'assurance accident (AAA).

L'ÉVOLUTION LÉGISLATIVE ET RÉGLEMENTAIRE

Au mois d'août 2016 sont entrés en vigueur deux règlements grand-ducaux pris en matière d'assurance accident, à savoir, celui définissant le tableau des maladies professionnelles et un autre règlement relatif à la fixation des délais et des modalités en matière de déclaration et d'instruction des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Le règlement grand-ducal du 5 juillet 2016 déterminant le tableau des maladies professionnelles prévoit une adaptation dudit tableau, qui, en vertu de l'article 95 du Code de la sécurité sociale, est déterminé par règlement grand-ducal sur proposition de la Commission supérieure des maladies professionnelles.

Dans un souci d'adaptation scientifique du tableau luxembourgeois des maladies professionnelles, la nouvelle Commission, mise en place suite à l'entrée en vigueur de la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident, a, en effet, proposé l'inscription de six nouvelles pathologies.

Concomitamment, dans un souci de modernisation et compte tenu de la nature des activités des sociétés établies au Luxembourg, la Commission a en même temps proposé la suppression du tableau des six autres maladies.

Le règlement grand-ducal du 5 juillet 2016 modifiant le règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant la procédure de déclaration des accidents et précisant la prise en charge de certaines prestations par l'assurance accident, prévoit l'intégration des dispositions relatives à la procédure de déclaration et d'instruction figurant précédemment dans l'arrêté grand-ducal du 30 juillet 1928 concernant l'extension de l'assurance obligatoire contre les accidents au maladies professionnelles, après les avoir actualisées, au règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 prévisé. Le règlement du 5 juillet précise la procédure de déclaration et, dans un but de transparence, il décrit de manière plus exhaustive le procédure d'instruction des maladies professionnelles, entérinant notamment la pratique administrative courante d'une instruction conjointe des dossiers par l'Association d'assurance accident et le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Le projet de règlement grand-ducal portant détermination des facteurs de capitalisation prévus aux articles 119 et 139 du Code de la sécurité sociale est actuellement engagé dans la procédure. Il a pour objet de déterminer les nouveaux facteurs de capitalisation relatifs aux prestations non viagères de l'assurance accident. En même temps, il introduit des facteurs unisexes remplaçant ainsi la pratique de facteurs actuariels distincts applicables aux hommes et femmes tels que précédemment prévus par le règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 qu'il abroge.

LES DOMMAGES DE GUERRE CORPORELS

LES ATTRIBUTIONS DU SERVICE DES DOMMAGES DE GUERRE CORPORELS

Le Service a été créé par la loi modifiée du 25 février 1950 concernant l'indemnisation des dommages de guerre corporels. Il est compétent pour la gestion des dossiers des bénéficiaires de cette loi. Il assure le paiement des rentes allouées aux victimes de guerre, la prise en charge de leurs frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers. Les prestations accessoires, cures, massages, soins à domicile, sont prises en charge pour autant que les victimes ne bénéficient pas des prestations de l'assurance dépendance.

A partir du 1^{er} janvier 2010, la procédure administrative est la suivante:

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

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

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

Les activités du Service des dommages de guerre corporels

Au 31 décembre 2016, le Service a versé 195 rentes, dont 129 rentes personnelles et 66 rentes de survie. 41 rentes se sont éteintes.

La commission des rentes a siégé une fois en 2016.

L'ÉVOLUTION RÉGLEMENTAIRE

Le règlement grand-ducal du 15 décembre 2016 portant fixation des coefficients adaptant le salaire, traitement ou revenu moyen des années 1937, 1938 et 1939 devant servir de base au calcul des indemnités pour dommages corporels, aux rémunérations payées depuis le 1^{er} octobre 1944 a fixé les coefficients pour l'exercice 2017.

LES REGIMES COMPLEMENTAIRES DE PENSION

L'ÉVOLUTION DU 2E PILIER DE L'ASSURANCE PENSION

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

Entre fin 2015 et fin 2016, le nombre d'entreprises ayant instauré un régime complémentaire de pension a régressé de 2737 à 2647, soit une diminution de 3,29%. Parmi ces entreprises, il y en a 2379 qui, fin 2016, disposent d'un RCP actif, c'est-à-dire d'un RCP admettant de nouveaux affiliés. La diminution du nombre d'entreprises disposant d'un RCP entre 2015 et 2016 s'explique par le fait que, suite aux efforts intensifiés consacrés par le service pensions complémentaires à l'identification des entreprises ayant cessé leur activité sans que cela ait été communiqué à l'IGSS, de nombreux dossiers ont pu être clôturés.

Néanmoins l'IGSS a pu enregistrer environ 200 nouveaux dossiers, de sorte que le secteur des régimes complémentaires de pension professionnels reste en expansion continue.

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

Exercice ¹⁾	Entreprises disposant d'un RCP	Entreprises disposant d'un RCP actif	Origine du chiffre	Taux de croissance annuel ²⁾
1995	404		Etude ACD	
1996				
1997				
1998				
1999				
2000				
2001	683		Dossiers IGSS	9,15%
2002				
2003	930		Statistiques renseignées par les gestionnaires	16,69%
2004				
2005				
2006				
2007	1 278		Registre IGSS	8,27%
2008	1 590		Registre IGSS	24,41%
2009	1 731	1 545	Logiciel PenCom	8,87%
2010	1 938	1 706	Logiciel PenCom	10,42%
2011	2 110	1 893	Logiciel PenCom	11,10%
2012	2 305	2 137	Logiciel PenCom	12,89%
2013	2 493	2 406	Logiciel PenCom	12,59%
2014	2 633	2 432	Logiciel PenCom	1,08%
2015	2 737	2 466	Logiciel PenCom	1,40%
2016	2 647	2 379	Logiciel PenCom	-3,53%

1) Observation en fin d'année.

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

Partant des 404 régimes complémentaires de pension répertoriés en 1995 par l'ACD, le nombre des régimes complémentaires de pension a donc sextuplé en plus de 20 ans.

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

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

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

Nombre d'entreprises par type de prestations¹⁾ (au 31/12/2016)

Vieillesse	Décès	Invalidité	Cotisations personnelles
2 249	1 869	1 733	2 146

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

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

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

Nombre d'entreprises par support juridique¹⁾ (au 31/12/2016)

Assurances de groupe	Régimes internes ²⁾	Fonds de pension du CAA	Fonds de pension de la CSSF ³⁾	IRP étrangères
2 356	108	2	45	18

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

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

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

1)

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

Affiliation d'entreprises luxembourgeoises au PSVaG

Année	Nombre d'entreprises affiliées	Montant des provisions assurées contre l'insolvabilité (en mio €)	Taux de cotisation appliqué en ‰	Montant total des primes payées au PSVaG (en mio €)	Nombre de sinistres
2002	302	560	4,5	2,3	0
2003	240	510	4,4	2,2	0
2004	200	507	3,6	1,8	0
2005	175	487	4,9	2,4	0
2006	168	496	3,1	1,5	0
2007	160	504	3,0	1,5	0
2008	150	503	1,8	0,9	0
2009	149	509	14,2 (-6,0) ¹⁾	4,2	0
2010	152	497	1,9 (+1,5) ¹⁾	1,7	0
2011	145	502	1,9 (+1,5) ¹⁾	1,71	0
2012	144	485	3,0 (+1,5) ¹⁾	2,21	0
2013	147	490	1,7 (+1,5) ¹⁾	1,58	0
2014	143	480	1,3	0,62	1
2015	143	422	2,4	1,01	0
2016	139	418	0	0	0

1) Le PSVaG a fixé le taux de cotisation à 8,2‰ pour 2009 en répartissant les 6‰ restants sur les années 2010 à 2013.

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

L'année 2009 a accusé le taux de cotisation le plus élevé que le PSVaG ait jamais connu et qui était dû aux effets de la crise sur le nombre des faillites en général et notamment à certaines grandes faillites qu'a connues l'Allemagne au cours de cet exercice. Cette prime exceptionnelle de 14,2‰ due pour 2009 a été répartie sur 5 années, à savoir une prime égale à 8,2‰ payable au 31 décembre 2009 et une prime de 1,5‰ payable chaque fois au 31 décembre des années 2010 à 2013.

Une évolution favorable des sinistres de même que le recouvrement de créances dans le cadre de faillites antérieures et la participation aux bénéfices accordée par le consortium d'assureurs, auquel le PSVaG a cédé le versement des rentes viagères, ont fait que pour la première fois depuis le début des activités du PSVaG, le taux de cotisation pour 2016 a pu être fixé à 0‰.

Au total quelques 94000 entreprises (allemandes et luxembourgeoises) sont affiliées au PSVaG, qui couvre des provisions d'un montant total de 333 milliards d'euros contre le risque insolvabilité.

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

L'ÉVOLUTION DE LA CHARGE DE TRAVAIL DU SERVICE PENSIONS COMPLÉMENTAIRES

Evolution des effectifs du service Pensions complémentaires

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

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

Exercice	Nombre d'entreprises	Total des agents	Nombre de vérificateurs	Effectif des vérificateurs à temps plein	Charge de travail effective par poste à temps plein	Besoins en personnel estimés selon EIS ¹⁾
2000	684	6	3	2,25	304	6,75
2001	760	6	3	2,25	602	7,50
2002	845	8	3	2,75	303	8,50
2003	938	9	4	3,25	282	9,50
2004	1 043	9	5	4,25	238	10,50
2005	1 159	9	5	4,25	263	11,50
2006	1 287	10	5	4,25	290	12,75
2007	1 430	11	6	5,25	259	14,25
2008	1 589	12	7	5,75	262	16,00
2009	1 545 ²⁾	14	9	6,75	229	15,50
2010	1 706	14	9	6,75	253	17,00
2011	1 893	14	8	7,00	270	19,00
2012	2 137	15	9	7,00	305	21,25
2013	2 406	15	9	7,00	344	24,00
2014	2 432	13	8	6,50	374	24,25
2015	2 466	13	8	6,75	365	24,66
2016	2 379	13	8	6,75	352	23,79

1) Chiffres estimés par EIS (Esafac International Services SA) sur la base qu'un vérificateur peut être en charge de 100 dossiers d'entreprise pour la vérification de la conformité juridique et actuarielle des régimes complémentaires de pension.

2) A partir de 2009, le nombre renseigné comprend uniquement les entreprises avec un ou plusieurs régimes complémentaires de pension actifs.

Actuellement, la charge de travail d'un vérificateur est donc 3,52 fois plus élevée que celle estimée en 1998 par EIS (Esafac International Services SA) lors de la création du service. L'étude du consultant EIS prévoit un vérificateur pour 100 entreprises.

Traitement informatique des données via le logiciel PenCom

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

Après un démarrage plutôt poussif, dû principalement au retard pris par les gestionnaires de RCP dans la mise au point de leurs propres systèmes informatiques en vue de la communication des données demandées dans le format requis, les transmissions de données ont progressé depuis 2013, si bien qu'en début 2017, la base de données PenCom recense quelques 980 000 DAP (données annuelles par affilié et par plan) et 32 000 DER (données annuelles par entreprise et par régime), réparties sur les exercices 2011 à 2016.

Taxe rémunératoire

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 pas l'Administration de l'enregistrement et des domaines (AED).

Au cours de l'année 2016, l'IGSS a effectué les adaptations nécessaires dans son outil informatique et a en collaboration avec les services de l'Administration de l'Enregistrement et des Domaines mis en place une nouvelle procédure de facturation de la taxe rémunératoire permettant d'émettre des factures partielles lorsqu'une entreprise dispose de plusieurs régimes complémentaires de pension et que les données y relatives ne sont pas renseignées pour tous les régimes.

Grâce à cette nouvelle procédure, l'IGSS a pu émettre des factures pour les exercices antérieurs à 2013 dans la mesure où les données y relatives étaient communiquées par les gestionnaires des régimes.

Ainsi jusqu'à fin 2016, un montant global de 13,3 millions EUR a pu être facturé, dont 4,35 millions EUR ont été facturés en 2016.

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

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

Outre la révision des dispositions actuelles pour lesquelles l'expérience de plus de 17 années d'application a fait ressortir un besoin de clarification ou de modification, la réforme de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension prévoit notamment l'extension du champ d'application des régimes complémentaires de pension aux travailleurs non-salariés et la transposition de la directive 2014/50/UE du 16 avril 2014 relative aux prescriptions minimales visant à accroître la mobilité des travailleurs entre les Etats membres en améliorant l'acquisition et la préservation des droits à pension complémentaire.

Les travaux de préparation pour cette révision ont été finalisés en 2016 et l'avant-projet de loi relatif à cette modification a pu être déposé au début de l'année 2017.

LES JURIDICTIONS DE LA SECURITE SOCIALE

LES ATTRIBUTIONS ET L'ORGANISATION DES JURIDICTIONS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

En effet, le Conseil arbitral de la sécurité sociale est compétent, en première instance, pour toutes les contestations en matière de sécurité sociale pouvant naître entre assurés et organismes de sécurité sociale.

Les recours contre les jugements du Conseil arbitral sont tranchés par le Conseil supérieur de la sécurité sociale. Ces deux juridictions sont également compétentes pour certains litiges avec les prestataires de soins.

Les pourvois en cassation se font devant la Cour de cassation.

Tous les frais, tant du Conseil arbitral que du Conseil supérieur de la sécurité sociale, sont à charge de l'Etat.

LES ACTIVITÉS DES JURIDICTIONS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

En ce qui concerne le Conseil arbitral de la sécurité sociale, 2.081 jugements ont été prononcés. Ce nombre entraîne un total d'affaires évacuées de 1.609 unités. Le nombre des audiences, avec 672 séances tenues en 2016, a légèrement diminué par rapport à 2015 (776 audiences tenues). En 2016, 523 affaires ont nécessité une expertise médicale et 168 ont impliqué un avis médical des médecins-conseil du Conseil arbitral.

Des 1.390 décisions qui ont donné lieu à un jugement définitif, 33% (456) ont dit les recours fondés et 67% (934) les ont rejetés ou déclaré irrecevables.

Si l'on sait qu'en 2016, 272 appels ont été relevés devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale, on peut dire que le rapport jugements/appels est excellent (seulement un cinquième des affaires jugées en 1ère instance passent à la 2e instance). Il s'y ajoute qu'en principe près de 75% des jugements dont appel sont confirmés par le Conseil supérieur.

Si l'on compare le nombre des recours introduits auprès du Conseil arbitral de la sécurité sociale en 2016 (2.382 recours) à celui de 2015 (1.885 recours), on constate une hausse significative de ce nombre, de sorte qu'il n'a pas été possible de réduire en 2016 le solde des affaires qui n'ont pas pu être évacuées au cours des années passées.

Comme il a été relevé ci-avant, le Conseil supérieur de la sécurité sociale s'est vu soumettre 272 appels. Le Conseil supérieur est uniquement saisi des jugements définitifs et non des décisions avant dire droit ayant ordonné une expertise ou quelque autre mesure d'instruction.

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

Le nombre des dossiers en suspens au 31 décembre 2016 est de 356 unités.

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

Branches	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Assurance accident	439	586	577	476	477	496	492	535	544	590	693	599	581
Assurance pension	555	364	388	331	352	310	335	347	321	364	271	305	470
Assurance maladie	242	259	323	344	326	313	414	299	169	155	231	287	411
Assurance dépendance	5	15	36	39	21	7	14	14	11	12	17	25	17
Prestations du Fonds National de la Solidarité	86	106	103	117	109	101	122	114	153	203	189	147	180
Autres prestations													
(dont chômage)	191	248	240	289	280	231	234	268	475	402	409	514	668
Affiliation et Cotisations	78	25	69	15	2	5	9	40	9	5	6	8	55
TOTAL	1 596	1 603	1 736	1 611	1 567	1 463	1 620	1 617	1 682	1 731	1 816	1 885	2 382

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

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Audiences	765	741	851	768	767	617	715	718	983	810	747	776	672
Affaires fixées	2 541	2 822	2 871	3 095	2 743	2 565	2 925	2 941	2 970	2979	3117	3 431	3 456
Jugements prononcés (évacués)	1 187	1 172	1 238	1 356	1 127	934	1 156	1 213	1 094	1237	1229	1 411	1 390
Expertises/avis des médecins-conseil	417	435	344	496	617	475	556	671	695	770	635	826	691
Désistements	146	194	207	205	186	163	29	38	42	34	13	43	219
Affaires évacuées	1 333	1 366	1 445	1 561	1 313	1 097	1 185	1 251	1 136	1261	1242	1 454	1 609
Recours introduits	1 596	1 603	1 736	1 611	1 567	1 464	1 620	1 617	1 682	1731	1816	1 885	2 382
Recours déclarés fondés	400	330	515	551	489	397	455	501	419	484	430	381	456
Recours déclarés non fondés	714	708	629	642	520	457	609	644	611	694	697	917	862
Recours déclarés irrecevables/annulation	73	74	94	163	118	80	92	68	64	59	102	113	72
Appels du Conseil supérieur										254	229	295	272

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

Années	Appels déposés	Arrêts rendus
2002	192	173
2003	207	223
2004	221	210
2005	230	226
2006	194	234
2007	226	232
2008	217	212
2009	188	172
2010	175	223
2011	161	217
2012	204	182
2013	251	204
2014	229	223
2015	295	241
2016	272	281

CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. Département " Assurance accident "

Les missions de ce département couvrent :

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

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
premiers examens et réexamens	2 137	2 015	2 031	2 097	2 057	2 839	2 197	2 012

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 2016, l'administration a ainsi examiné **745 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.

2. Département " Assurance pension "

2.1. Pensions d'invalidité

Les médecins affectés à ce 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	
2006	2 774	947	3 721	1 279	505	990	474
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

2.2. Assurance pension facultative

Dans le cadre des demandes d'assurance pension facultative, **145 dossiers** ont été transmis pour avis à l'administration.

2.3. Statut de salarié handicapé

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

3. Département " Prestations en espèces et maladies professionnelles "

3.1. Prestations en espèces

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

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Assurés convoqués	14 866	11 593	15 543	16 374	19 804	26 796
Assurés convoqués et examinés par le CMSS *)			13 110	13 796	16 466	21 394
Assurés déclarés aptes	374	148	2 000	1 791	2 209	2 994
Saisines de la Commission mixte	1 572	2 229	1 723	965	1 097	1 228
Rapports R4 envoyés aux assurés **)	21 430	26 088	26 669	27 244	6 677	3
Rapports R4 retournés et traités par le CMSS **)	20 197	22 786	23 529	23 814	n.d.	n.d.
Nombre total d'avis émis par le CMSS ***)	36 829	33 916	40 842	42 361	31 720	34 945

*) 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.

Depuis le 1^{er} novembre 2015, tous les assurés en congé de maladie sans interruption depuis exactement 77 jours sont convoqués automatiquement à un contrôle médical.

Cette durée a été déterminée en fonction de la disponibilité, respectivement du nombre de médecins affectés au département. Elle pourra être réduite 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*.

3.2. Maladies professionnelles

Au cours de l'année 2016, l'administration a traité 130 dossiers se rapportant à des maladies professionnelles.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
examens pour maladie professionnelle	78	104	139	130	168	188	135	130

3.3. Revenu minimum garanti

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

3.4. Ouvriers de l'Etat

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

3.5. Indemnité de chômage

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

- des personnes dont le placement s'avère difficile, ayant déjà bénéficié des allocations de chômage pendant un an et demandant une prolongation de prise en charge ;
- des personnes qui refusent les propositions de placement pour raison de santé ;
- des personnes se trouvant en période de chômage et présentant une incapacité de travail intercurrente pour cause de maladie.

3.6. Congé pour raisons familiales

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

4. Département " Prestations en nature "

4.1. Assurance maladie

4.1.1. Soins médicaux

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

- les consultations et visites dépassant le nombre de 1 par 24 heures, ou de 2 par semaine, ou de 12 par période de 6 mois ;
- les changements répétés de médecin ;
- la chirurgie plastique.

Les caisses de maladie ont en outre consulté les médecins pour:

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

4.1.2. Frais pharmaceutiques

Les pharmaciens-inspecteurs assument les fonctions suivantes :

- Elaboration des avis relatifs à l'inscription de médicaments à la liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance-maladie, en application de l'article 22 du Code de la sécurité sociale. Après approbation par le médecin-directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale, les conclusions de ces évaluations pharmaco-économiques sont transmises au président de la CNS. En 2016, l'administration a été appelée à rendre un avis sur l'inscription de 73 médicaments.

De plus, 4 avis concernant une désinscription d'un médicament figurant sur la liste positive ont été fournis, de même que 8 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, transmises aux médecins-conseils pour avis et/ou décision.

En 2016, le Contrôle médical de la sécurité sociale a ainsi traité 20 691 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.

4.1.3. Transferts à l'étranger

Toutes les demandes de transferts à l'étranger sont traitées au niveau de la Caisse nationale de santé qui les transmet au Contrôle médical pour avis. Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 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 à ces demandes a sensiblement augmenté.

En 2016, l'administration a été saisie de 11 523 demandes de transferts à l'étranger.

4.1.4. Cures de convalescence

Les cures de convalescence à Colpach sont à charge de l'assurance maladie après avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale.

4.1.5. Prestations des autres professions de santé

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

4.1.6. Prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses

Toutes les prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses sont soumises à un accord préalable du Contrôle médical. Les demandes afférentes, soit plus de 11 000 dossiers en 2016, sont traitées par un médecin de l'administration, assisté en cas de besoin par un expert externe.

4.1.7. Moyens accessoires

Les moyens accessoires sont repris dans le fichier B2. Un certain nombre de ces moyens accessoires sont soumis à un accord préalable du Contrôle médical.

4.1.8. Frais de voyage, de transport et de séjour

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

4.1.9. Chirurgie plastique

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

4.2. Soins médico-dentaires

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

4.3. Cartes d'invalidité

Après avoir été saisi par le Ministère de l'Intérieur d'une demande en obtention d'une carte d'invalidité, l'administration fait parvenir à l'intéressé un formulaire médical qui est à remplir par son médecin traitant. Le formulaire en question doit être retourné dans un délai de 40 jours au Contrôle médical. En 2016, **1 528 dossiers** ont ainsi été traités.

	demandes transmises	certificats non retournés		décisions prises	refus	A	B	C	n. d. *)
2008	2 055	276	13.43%	1 779	2.30%	82.29%	7.14%	3.04%	5.23%
2009	3 134	559	17.84%	2 575	2.56%	60.62%	23.03%	7.65%	6.14%
2010	3 464	454	13.11%	3 010	0.17%	44.39%	44.58%	10.86%	
2011	3 173	434	13.68%	2 739	0.04%	41.66%	47.43%	10.59%	0.29%
2012	3 806	545	14.32%	3 261	4.85%	42.23%	45.94%	6.32%	0.67%
2013	4 288	578	13.48%	3 710	7.15%	39.22%	48.01%	5.62%	
2014	4 543	390	8.58%	3 928	9.50%	36.63%	51.17%	2.70%	
2015	2 431	321	13.20%	2 031	4.92%	33.09%	56.67%	5.32%	
2016	1 528	233	15.25%	1 221	6.06%	36.69%	50.29%	6.96%	

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

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

Avec l'introduction au 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).

5. Service " Expertises "

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

En 2016, les spécialités représentées au sein de l'administration étaient les suivantes : Anesthésie/Réanimation, Cardiologie, Chirurgie générale/Traumatologie, Médecine dentaire, Médecine du travail, Médecine générale, Médecine interne/Néphrologie, Neurologie, Orthopédie/Traumatologie et Urologie.

6. Service psychologique

Les missions du Service psychologique se résument comme suit :

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

Au cours de l'année 2016, les deux psychologues ont procédé à 676 évaluations **psychologiques** sur demande des médecins de l'administration.

7. Service administratif

Ce service regroupe le personnel administratif chargé entre autres

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

8. Autres activités de l'administration

En 2016, 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.

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

De plus, et dans un climat de respect mutuel, la direction a eu bon nombre d'échanges fructueux 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 28 000 assurés** en 2016, 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

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

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

Elle instruit les demandes en reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. En outre, lorsque la qualité de travailleur handicapé a été reconnue, elle peut proposer des mesures de placement, de formation ou de rééducation professionnelle, des mesures d'initiation ou des stages d'adaptation ou de réadaptation au travail.

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 " ?

ANNEXE

Données statistiques CMSS - 2016

Contrôle médical de la sécurité sociale

Assurance pension

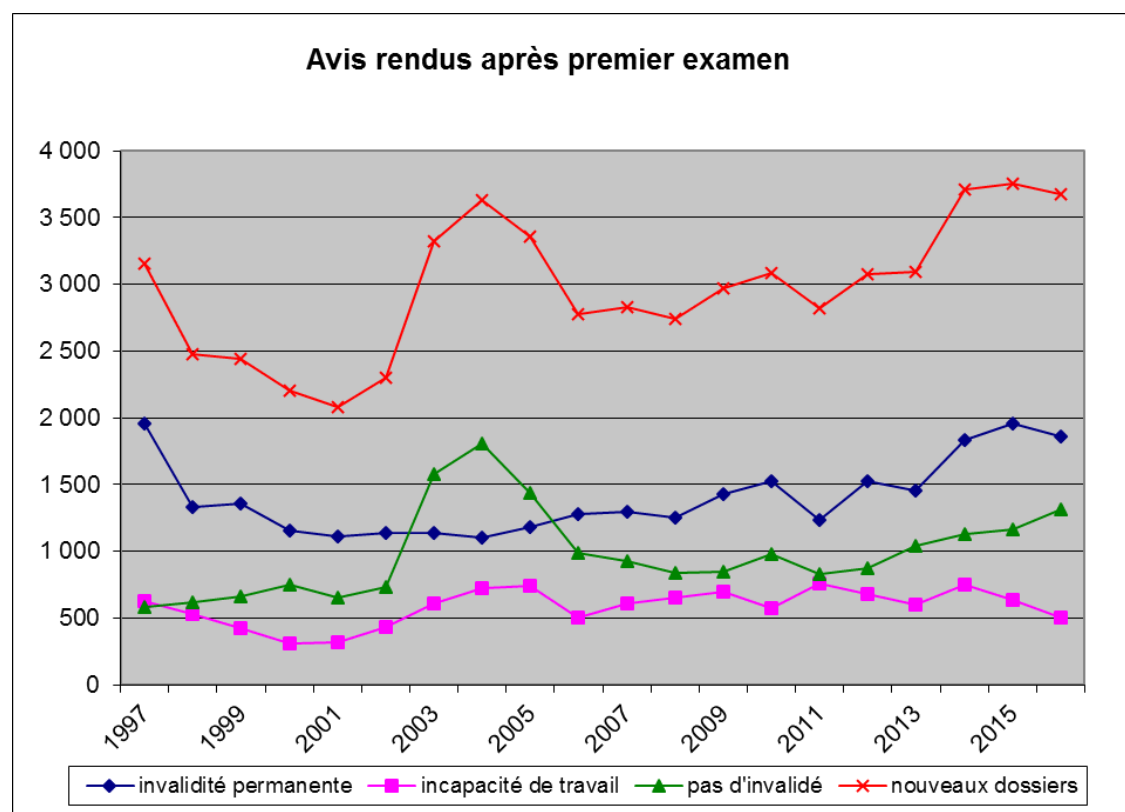
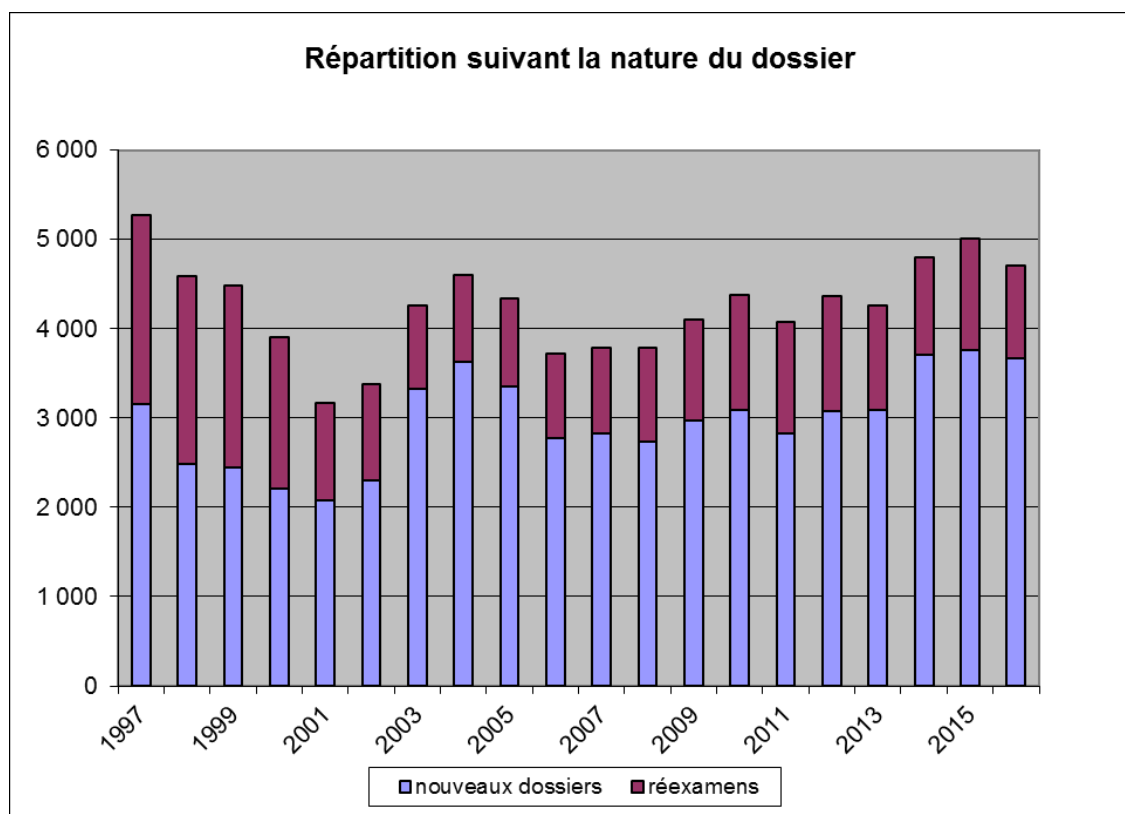
Exercice 2016

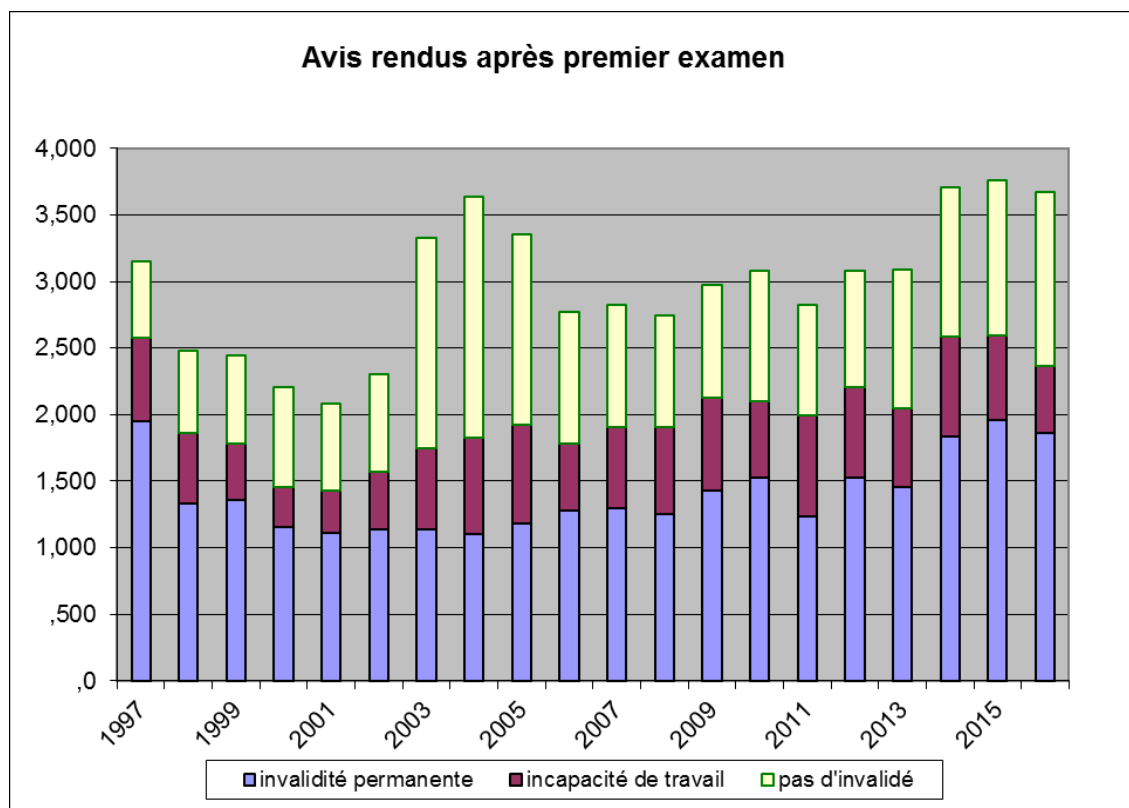
Tranches d'âge :	Femmes				Hommes				totaux:
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	
1945 - 1949	1	0	0	1	1	0	0	1	2
1950 - 1954	73	4	8	85	143	1	25	169	254
1955 - 1959	274	7	76	357	411	19	101	531	888
1960 - 1964	214	40	193	447	363	51	238	652	1 099
1965 - 1969	98	71	146	315	130	59	164	353	668
1970 - 1974	36	53	78	167	51	54	105	210	377
1975 - 1979	17	32	54	103	18	40	51	109	212
1980 - 1984	10	22	26	58	8	17	23	48	106
1985 - 1989	3	11	13	27	6	11	7	24	51
1990 - 1994	1	4	2	7	1	6	3	10	17
Totaux :	727	244	596	1 567	1 132	258	717	2 107	3 674

Examens et réexamens	3 046
Dossiers traités sur le vu des pièces	1 664
Total des cas traités:	4 710 dont 3 674 cas nouveaux 1 036 réexamens

Evolution 1996 - 2016

année	nouveaux dossiers	réexamens	total	invalidité permanente	incapacité de travail	pas d'invalidité	Avis rendus après premier examen		
							invalidité permanente	incapacité de travail	pas d'invalidité
1996	3 562	1 831	5 393	2 587	607	368	72,63%	17,04%	10,33%
1997	3 154	2 112	5 266	1 953	622	579	61,92%	19,72%	18,36%
1998	2 480	2 111	4 591	1 332	531	617	53,71%	21,41%	24,88%
1999	2 442	2 046	4 488	1 356	427	659	55,53%	17,49%	26,99%
2000	2 204	1 703	3 907	1 153	305	746	52,31%	13,84%	33,85%
2001	2 080	1 094	3 174	1 109	320	651	53,32%	15,38%	31,30%
2002	2 304	1 074	3 378	1 138	435	731	49,39%	18,88%	31,73%
2003	3 326	936	4 262	1 139	608	1 579	34,25%	18,28%	47,47%
2004	3 634	967	4 601	1 099	724	1 811	30,24%	19,92%	49,83%
2005	3 358	985	4 343	1 182	742	1 434	35,20%	22,10%	42,70%
2006	2 774	947	3 721	1 279	505	990	46,11%	18,20%	35,69%
2007	2 827	963	3 790	1 293	612	922	45,74%	21,65%	32,61%
2008	2 741	1 043	3 784	1 253	650	838	45,71%	23,71%	30,57%
2009	2 971	1 133	4 104	1 426	698	847	48,00%	23,49%	28,51%
2010	3 083	1 292	4 375	1 526	574	983	49,50%	18,62%	31,88%
2011	2 825	1 248	4 073	1 235	760	830	43,72%	26,90%	29,38%
2012	3 077	1 287	4 364	1 528	680	869	49,66%	22,10%	28,24%
2013	3 091	1 162	4 253	1 453	597	1 041	47,01%	19,31%	33,68%
2014	3 708	1 096	4 804	1 833	749	1 126	49,43%	20,20%	30,37%
2015	3 756	1 247	5 003	1 956	638	1 162	52,08%	16,99%	30,94%
2016	3 674	1 036	4 710	1 859	502	1 313	50,60%	13,66%	35,74%





Cartes d'invalidité

Exercice 2016

Dossiers transmis au CMSS :	1 528
Dossiers traités :	1 221 dont 1 221 sur base d'un certificat médical et 0 après convocation de l'intéressé.
Dossiers sans suite : (expiration du délai de 40 jours)	233
Dossiers en suspens :	74

Cartes d'invalidité attribuées en 2016

Carte A	448
Carte B	614
Carte C	85
Refus	74
	1 221 (dont 169 avec carte de priorité)

Tranches	Carte A	Carte B	Carte C	Refus	Total	%	Carte de priorité
1920 - 1924	0	4	1	0	5	0,4%	1
1925 - 1929	1	12	3	0	16	1,3%	3
1930 - 1934	6	39	7	2	54	4,4%	10
1935 - 1939	19	54	2	0	75	6,1%	10
1940 - 1944	23	49	4	4	80	6,6%	13
1945 - 1949	37	51	7	8	103	8,4%	14
1950 - 1954	57	78	2	11	148	12,1%	15
1955 - 1959	86	104	9	24	223	18,3%	28
1960 - 1964	77	106	4	9	196	16,1%	13
1965 - 1969	55	49	3	5	112	9,2%	11
1970 - 1974	29	15	4	2	50	4,1%	7
1975 - 1979	28	20	3	0	51	4,2%	3
1980 - 1984	9	7	0	5	21	1,7%	2
1985 - 1989	10	6	1	0	17	1,4%	3
1990 - 1994	5	11	4	2	22	1,8%	4
1995 - 1999	4	6	4	0	14	1,1%	5
2000 - 2004	1	1	12	2	16	1,3%	12
2005 - 2009	1	1	5	0	7	0,6%	5
2010 - 2014	0	1	10	0	11	0,9%	10
	448	614	85	74	1 221	100,0%	169

LA CELLULE D'EXPERTISE MEDICALE (CEM)

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

Missions et composition de l'équipe

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

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

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

L'équipe pluridisciplinaire est composée de deux médecins, docteurs en médecine spécialisés en santé publique, d'un chargé d'étude PhD en promotion et prévention en santé, de deux rédacteurs et d'une secrétaire. Un collaborateur, économiste de la santé, est détaché auprès de la Commission européenne.

Travaux réalisés en 2016

- Avis et expertises scientifiques orientation pratique médicale et domaine de la santé

La CEM doit fournir des avis et expertises à la demande des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé ou de la Caisse nationale de santé. Ce domaine reste prioritaire pour la CEM.

Saisine de la Commission de nomenclature

En 2016, la CEM a été saisie 4 fois par la Commission de nomenclature pour avis. Elle a émis 10 avis durant cette période dont 6 datant des années précédentes. Au 31 décembre 2016, la CEM n'avait plus de saisine de la Commission de nomenclature en attente.

Les avis adressés en 2016 portaient sur les sujets suivants :

- actes réalisés par PET-CT,
- introduction d'un suffixe de latéralisation dans la nomenclature des actes et services des médecins,
- prise en charge des appareils de stimulation électrique neuromusculaire facilitant la marche,
- abolition des demandes d'autorisation préalable par le Contrôle médical (APCM) pour l'amniocentèse et pour les actes réalisés par CyberKnife ®,
- coefficients et principes de mise en compte des actes en cas d'exploration tomodensitométrie portant sur plusieurs régions au cours d'une même séance,
- actes en lien avec le déploiement du programme national de dépistage du cancer colorectal (actes de consultation et actes techniques).

La consultation des études bibliographiques des avis et expertises peut être demandée auprès de la CEM.

Avis sur demande d'autres instances

La CEM a fourni des avis sur les thématiques suivantes :

- avis adressé à l'IGSS sur demande de la CNS portant sur les principes méthodologiques à envisager pour la révision des nomenclatures ;
- avis sur saisine de Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale concernant la prise en charge de la chirurgie réfractive.

Des résumés synthétiques des méthodologies utilisées sont disponibles dans le rapport d'activité détaillé mis à disposition sur le site internet du Ministère de la Sécurité sociale (<http://www.mss.public.lu/acteurs/igss/cem/>).

- Avis et expertises scientifiques, orientations évaluation des actions de santé et évaluation médico-économique

Un groupe de travail a été mis en place par le Ministère de la Sécurité sociale avec pour missions d'analyser les propositions des différents plans d'action et d'en estimer l'impact médico-économique pour la sécurité sociale. Les collaborateurs de la CEM participent aux côtés de l'IGSS et de la CNS.

Au niveau international, la CEM est membre de plusieurs réseaux et a participé aux travaux suivants :

Groupe **HTAN** (HTA Network de la Commission européenne) : la CEM participe en tant que représentant du Luxembourg au groupe HTAN créé en lien avec l'article 15 de la *directive 2011/24/UE du parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers*. Deux réunions ont été organisées à Bruxelles en 2016, les 20 mai et le 10 novembre 2016. Les travaux actuels sont axés sur le devenir au-delà de 2020 des possibilités d'organisation du système HTA en Europe.

Réseau **EUnetha** (European Network for Health technology assessment) : la CEM a participé à la rédaction du rapport d'activité du Joint Action 2 européen. Les informations relatives à ce réseau sont disponibles sur le site www.eunetha.net.

Réseau international **INAHTA** (International network of agencies for HTA): pendant l'année 2016, la CEM a pu bénéficier des webinaires portant sur des thématiques méthodologiques. La CEM a répondu aux demandes d'information publiées par le réseau quand ces demandes étaient en lien avec ses missions et elle a participé à des groupes de travail portant sur l'impact des travaux d'HTA, les outils et les méthodologies (<http://www.inahta.org/>).

Réseau **ISPOR** (International Society of Pharmacoeconomics and Outcomes Research): ce réseau a pour mission de promouvoir la recherche d'excellence dans le domaine médico et pharmacoéconomique pour améliorer la prise de décision en matière de santé mondiale. La CEM a été invitée à participer au 31^{ème} HTA table ronde Europe portant sur les collaborations et l'évaluation des dispositifs médicaux qui s'est déroulée durant la 19^{ème} conférence annuelle européenne du réseau ISPOR à l'Austria Center Vienna, à Vienne Autriche (29 octobre - 2 novembre 2016).

- Analyse des données de santé et de sécurité sociale

L'analyse des données de santé et de sécurité sociale est un des domaines de recherche de la CEM qui doit pouvoir argumenter le bien fondé des avis suite aux saisines de la Commission de nomenclature, être capable d'interpréter des données pour valider des études économiques et éventuellement mettre en évidence des problèmes de santé publique ou de pratiques médicales qui pourraient bénéficier d'une mise au point par le Conseil scientifique du domaine de la santé.

Dans ce cadre, la CEM :

- a apporté une aide méthodologique et statistique pour un mémoire de médecine générale validant le 3^{ème} cycle d'études de médecine à l'Université de Luxembourg portant sur la pratique du holter tensionnel en médecine générale ;
- participe avec les services de l'IGSS aux différents travaux d'analyses statistiques demandés par l'OCDE et l'OMS ;
- est partie prenante du projet de datawarehouse mené par l'IGSS.

- Collaborations méthodologiques et guidelines pour la pratique médicale

- *Conseil scientifique du domaine de la santé (CS)*

La CEM assure le secrétariat du Conseil scientifique du domaine de la santé (CS) ainsi qu'un soutien méthodologique et d'expertise en santé publique en lien avec les missions de la CEM pour cette thématique prévue à l'article 65bis(1) alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

En 2016, le CS s'est réuni 5 fois en réunion plénière. Comme prévu par la loi, une entrevue avec les ministres de la Santé et de la Sécurité sociale a eu lieu en mai. Neuf groupes de travail se sont réunis.

Trois nouveaux groupes de travail (GT) ont été lancés : le GT Don de sang, suite à une demande d'avis de la part de Madame la Ministre de la Santé, le GT AVC, un sous-groupe du GT Neurologie et le GT Révision de la signification des niveaux d'évidence et des grades.

Le Conseil scientifique a publié 6 recommandations et 3 référentiels et a procédé à 2 mises à jour de lignes de conduite 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). Ce site a été réorganisé avec le soutien du Centre des Technologies de l'Information de l'Etat (CTIE).

La CEM, comme le CS, est membre de l'association G-I-N (Guidelines international network) et bénéficie des informations méthodologiques mises à disposition (<http://www.g-i-n.net/>).

- *Participation au sein des groupes de travail nationaux*

Plan cancer : la CEM participe activement à la mesure 4.2 qui prévoit " d'offrir un dépistage précoce du cancer du col de l'utérus basé sur les recommandations européennes et d'atteindre un taux de participation minimum de 80% pour le groupe cible en 2018 ".

Commission de suivi de l'implantation du système médecin référent : un représentant de la CEM participe en tant qu'expert auprès de la Commission d'Accompagnement et de suivi Médecin Référent.

GT labo pour la réforme de la nomenclature des laboratoires : La CEM est membre du groupe de travail constitué en décembre 2015 sous le pilotage de la CNS par les représentants des prestataires et de l'AMMD, le CMSS, l'IGSS.

Comité de pilotage pour le suivi de la mise en place des recommandations de prescription en imagerie médicale suite aux recommandations du Conseil scientifique : la CEM est membre du comité de pilotage et de certains groupes de travail créés sous l'égide du service de radioprotection de la Direction de la Santé. L'ensemble des données sur les travaux réalisés sont disponibles sur le site de la division de la radioprotection (<http://www.sante.public.lu/fr/politique-sante/ministere-sante/direction-sante/div-radioprotection/index.html>).

GT interministériel transgender : un collaborateur de la CEM est membre suppléant pour le Ministère de la Sécurité sociale au sein de ce GT interministériel portant sur les questions relatives à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre.

- Autres domaines d'expertise pour lesquels les collaborateurs de la CEM sont sollicités par l'IGSS

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

Au courant de l'année 2016, deux médiations ont eu lieu suite aux demandes d'engagement de la procédure de médiation de la part de la CNS.

La première médiation portait sur un litige entre la CNS et le Centre de Convalescence de Colpach au sujet de l'adaptation tarifaire pour les cures de convalescence. Après plusieurs entrevues et plusieurs réunions de médiation avec la CNS, la Croix-Rouge Luxembourgeoise et le Centre de Convalescence de Colpach, le médiateur a soumis sa proposition de médiation aux parties en date du 12 juillet 2016. La proposition de médiation a été acceptée par les parties au courant du mois de juillet 2016 et a donné lieu à la signature d'un protocole d'accord en septembre 2016.

La deuxième médiation portait sur un litige entre la CNS et l'Entente des gestionnaires des structures complémentaires et extrahospitalières en psychiatrie (EGSP) au sujet de l'adaptation des tarifs prévus dans la nomenclature des actes et services prestés dans le domaine de la psychiatrie extrahospitalière. Après plusieurs entrevues avec les parties et le ministère de la Santé et plusieurs réunions de médiation, le médiateur a soumis sa proposition de médiation aux parties en date du 29 juin 2016. La proposition de médiation a été acceptée par les parties au courant du mois de juillet 2016 et a donné lieu à la signature d'un protocole d'accord en septembre 2016.

- Les activités en lien avec l'amélioration continue et la formation des collaborateurs

Amélioration continue et approche par objectifs

La CEM a mis en place les différents éléments du management qualité en lien avec les principes retenus dans la réforme dans la Fonction publique (loi du 25 mars 2015).

Dans ce contexte, elle a pu bénéficier du soutien technique et de la dynamique mise en place au sein de l'IGSS pour réaliser différents travaux :

- rédaction du programme de travail validé en mars 2016 par le Ministère de la Sécurité sociale
- révision du ROP (Referentiel Organisation Procedures) ;
- réalisation des entretiens individuels pour l'ensemble des collaborateurs de la CEM selon la méthodologie et les outils mis à disposition par le Ministère de la Fonction publique ;
- participation aux ateliers de réflexion sur les valeurs initiés par l'IGSS.

De sa propre initiative, la CEM a poursuivi le travail sur les procédures internes. Les résultats de l'ensemble des travaux ont été regroupés au sein d'un manuel qualité interne.

L'ensemble de la démarche est suivi en réunion d'équipe et est présenté au Comité d'accompagnement.

Formation des professionnels

Les formations suivantes ont été suivies par des collaborateurs de la CEM :

- Cours de langue luxembourgeoise
- Formation CASES : sensibilisation à la sécurité de l'information
- Formation "assessment of value and best practices in HTA training bringing together leading experts in HTA to teach good practices in the use and conduct HTA" d'ISPOR, qui a eu lieu du 26 au 29 juin à Lisbonne, Portugal ;
- Formation générale de début de carrière des employés de l'Etat organisée par l'Institut national d'administration publique les 11-22 janvier 2016
- Sessions organisées pour la formation médicale continue par l'ALFORMEC (Association luxembourgeoise pour la formation médicale continue, <http://alformec.lu/>)

Programme santé et sécurité au travail

La CEM a organisé la vaccination des professionnels de l'IGSS et du Ministère de la Sécurité sociale qui le souhaitaient dans le cadre du programme de prévention de la grippe.

Congrès et journées scientifiques

La CEM était présente aux événements suivants :

- Journée scientifique sur la présentation de la nouvelle guideline néerlandaise sur les évaluations économiques et les analyses impact budgétaire organisée par le Zorginstituut Nederland, Amsterdam, Pays-Bas, le 16 février 2016.
- Séminaire sur les soins palliatifs - Luxembourg, Luxembourg, le 24 février 2016.
- Congrès conjoint ADELFO EMOIS portant sur la gestion et l'analyse des informations en santé - Dijon, France, les 10 et 11 mars 2016.
- Journée thématique " La rééducation gériatrique " - Steinfort, Luxembourg, le 29 avril 2016.
- Conférence annuelle de la société Européenne de psychologie de la santé (European Health Psychology Society, EHPS) : " 30th Conference of the EHPS: Behaviour Change - making an impact on health and health services ". Aberdeen, Ecosse, du 23 au 28 août 2016.
- Congrès ADELFO EPITER " Epidémiologie et santé publique " - Rennes, France, du 7 au 9 Septembre 2016.
- Conférence publique sur la gestation pour autrui - Luxembourg, Luxembourg, le 21 septembre 2016.
- Luxembourg Healthcare Summit - Luxembourg, Luxembourg, le 6 octobre 2016.
- Conférence sur le nouveau règlement sur la protection des données - Esch sur Alzette, Luxembourg, le 11 octobre 2016.
- Présentation suivi de projet documentation hospitalière (ICD-10-CM et ICD-10-PCS) - Luxembourg, Luxembourg, le 13 octobre 2016.
- 19ième congrès annuel européen ISPOR "Managing Access to Medical Innovation: Strengthening the Methodology-Policy Nexus", Vienna, Autriche, du 29 octobre au 02 novembre 2016.
- Séminaire ALOSS " Le partage et l'échange de données de santé : le contexte luxembourgeois du dossier de soins partagé et le contexte international " - Mondorf-les-bains, Luxembourg, le 22 novembre 2016.
- Séminaire interdisciplinaire de l'Ecole des hautes études en santé publique " Médecine personnalisée : enjeux de santé publique, économiques, éthiques et sociaux " - La Plaine Saint-Denis, France, le 30 novembre 2016.
- Présentation " Bilan des travaux 2016 du plan cancer " - Luxembourg, Luxembourg, le 12 décembre 2016.

Publications 2016

Evers, S., de Vries, H., Barrio, P., Drost, R., De Bruin, M., Cheung, K.L., Berndt, N. (2016) Use of economic evaluations by health psychologists and the relevance of their work for policy making. The European Health Psychologist: Bulletin of the European Health Psychology Society. Conference of the European Health Psychology Society (30th), Aberdeen, Scotland.

Berndt, N. (2016) the economics of prevention and its relevance for policy making. Présentation orale à la conférence annuelle de la Société européenne de psychologie de la santé (European Health Psychology Society, EHPS), Aberdeen, Ecosse, du 23 au 28 août 2016.

LA SECURITE SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL

Au cours de l'exercice 2015, le Gouvernement a mené, comme par le passé, une politique très active en matière de sécurité sociale sur le plan international. Les activités afférentes se sont caractérisées par un effort de plus en plus important pour la conclusion de nouveaux accords bilatéraux d'une part, et par la collaboration constructive aux travaux des diverses institutions internationales d'autre part.

LES INSTRUMENTS MULTILATERAUX

1. UNION EUROPEENE

a) Coordination européenne des systèmes de sécurité sociale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) Politique sociale européenne

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

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

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

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

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

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

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

c) Le Comité de la protection sociale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. CONSEIL DE L'EUROPE

a) Cohésion sociale

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

A noter aussi que le CDDECS est chargé, au travers des organes subordonnés qu'il a créés à cet effet, de contrôler l'application des normes prévues dans le code européen de sécurité sociale et de superviser le fonctionnement d'un certain nombre d'autres instruments juridiques et de recommandations en matière de cohésion sociale.

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

b) Code européen de sécurité sociale et son protocole

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

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

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

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

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

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

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

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

4. ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

Les représentants du Ministère ont pris part à certaines activités organisées par l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS). Les relations avec l'AISS relèvent en partie également de la compétence de l'AISS (association luxembourgeoise des organismes de sécurité sociale).

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

LES INSTRUMENTS BILATERAUX

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

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

1. Luxembourg - Maroc

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

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

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

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

Le dossier reste dès lors en suspens.

2. Luxembourg - Japon

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

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

3. Luxembourg - Brésil

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

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

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

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

4. Luxembourg - Argentine

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

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

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

5. Luxembourg - Serbie

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

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

6. Luxembourg - Uruguay

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

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

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

7. Luxembourg - Albanie

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

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

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

8. Luxembourg - Belgique

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

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

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

9. Luxembourg - Ukraine

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

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

10. Luxembourg - Algérie

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

11. Luxembourg - Thaïlande

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

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

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

12. Luxembourg - Chine

La Chine a introduit avec effet au 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.

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

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

13. Luxembourg - Israël

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

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

14. Luxembourg - Monaco

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

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

15. Luxembourg - Philippines

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

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

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

16. Luxembourg - Cap Vert

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

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

La réflexion sera poursuivie en 2016.

17. Luxembourg - Corée du Sud

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

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

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

18. Luxembourg - Kosovo

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

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

