



Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 17 octobre 2019

Ordre du jour :

1. Approbation des projets de procès-verbal de la réunion jointe du 7 juin 2019 et des réunions des 18 juillet et 3 octobre 2019
2. Présentation du Rapport d'analyse prévisionnel sur l'assurance dépendance (art. 395bis du Code de la sécurité sociale)
3. Divers

*

Présents : M. Carlo Back, M. Marc Baum, M. Mars Di Bartolomeo, M. Georges Engel, M. Jeff Engelen, M. Paul Galles, M. Claude Haagen, Mme Carole Hartmann, M. Aly Kaes, M. Charles Margue, M. Gilles Roth, M. Marc Spautz

M. Sven Clement, observateur délégué

M. Romain Schneider, Ministre de la Sécurité sociale

M. Gilles Baum remplaçant M. Frank Colabianchi

M. Gusty Graas remplaçant Mme Joëlle Elvinger

Mme Octavie Modert remplaçant M. Jean-Marie Halsdorf

M. Abilio Fernandes, du Ministère de la Sécurité sociale

M. Thomas Dominique, Directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale

Mme Christine Weisgerber, de l'Inspection générale de la sécurité sociale

M. Jacques Lück, Médecin-directeur adjoint de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance

M. Joé Spier, de l'Administration parlementaire

Excusés : M. Frank Colabianchi, M. Yves Cruchten, Mme Joëlle Elvinger, M. Jean-Marie Halsdorf

*

Présidence : M. Georges Engel, Président de la Commission

*

1. **Approbation des projets de procès-verbal de la réunion jointe du 7 juin 2019 et des réunions des 18 juillet et 3 octobre 2019**

Les projets de procès-verbal sous rubrique sont approuvés.

2. **Présentation du Rapport d'analyse prévisionnel sur l'assurance dépendance (art. 395bis du Code de la sécurité sociale)**

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale, Romain Schneider, dresse le cadre dans lequel s'est effectué l'élaboration du rapport d'analyse prévisionnel de l'assurance dépendance qui fait l'objet de l'examen par les membres de la commission. Monsieur le Ministre rappelle la réforme de l'assurance dépendance¹ ainsi que les ajustements qui l'ont suivi². Il explique qu'un suivi de l'implémentation des nouvelles dispositions s'est fait de concert avec les partenaires, c'est-à-dire avec les prestataires et les syndicats.

Le Ministre de la Sécurité sociale rappelle l'obligation découlant de l'article 395bis du Code de la Sécurité sociale (CSS), en matière d'établissement d'un rapport d'analyse.

L'article 395bis du CSS dispose :

« Dans les années impaires, le Gouvernement examine au 1^{er} octobre au plus tard, sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance et la Commission consultative visée à l'article 387 demandées en leur avis, s'il y a lieu d'adapter les forfaits visés aux articles 353, alinéa 2 et 357, alinéa 1³ et arrête, le cas échéant, le facteur d'ajustement respectif. Le Gouvernement soumet les facteurs d'ajustement arrêtés, accompagnés du projet de loi portant adaptation des forfaits de prise en charge à la Chambre des Députés (...) »

Le rapport sous examen répond à l'obligation découlant de la disposition susmentionnée. Par ailleurs, il incombera à l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance d'élaborer tous les deux ans un rapport relatif aux

¹ Loi du 29 août 2017 portant modification

1. du Code de la sécurité sociale ;
2. de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale ;
3. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État.
(doc.parl. 7014)

² Loi du 10 août 2018 modifiant

1. le Code du travail ; et
2. le Code de la sécurité sociale en matière de maintien du contrat de travail et de reprise progressive du travail en cas d'incapacité prolongée.
(doc.parl. 7311)

³ L'article 353, alinéa 2 du CSS énumère les forfaits de prise en charge des prestations en cas de maintien à domicile. L'article 357, alinéa 1 du CSS énumère les forfaits de prise en charge des prestations en milieu stationnaire. (voir annexe 1)

contrôles et à la qualité des prestations fournies⁴ – le premier rapport en ce genre sera établi en 2020.

Le rapport d'analyse prévisionnel 2019 établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) sera publié sur le site gouvernement.lu. La présentation qui en est faite au cours de la présente réunion de la commission est une synthèse de ce rapport⁵.

La loi du 29 août 2017 réformant l'assurance dépendance a introduit un nouveau système de classification des actes essentiels de la vie (AEV). 15 classes ont remplacé l'ancien modèle de prise en charge, basé sur un plan de prise en charge énonçant une multitude d'actes et de fréquences, ainsi que la facturation à l'acte par le prestataire. La réforme de l'assurance dépendance visait à un regroupement et à la forfaitisation des actes ainsi qu'à une flexibilisation dans les plans de prise en charge.

La détermination individuelle des minutes d'aides et de soins avec attribution d'un niveau de besoin hebdomadaire en aides et soins fut la solution retenue. En fonction des besoins du demandeur en aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie, un des 15 niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins lui est attribué en fonction du besoin réel et individuellement déterminé lors de l'évaluation. Les forfaits qui couvrent la prise en charge des prestations de l'assurance dépendance sont déterminés de façon à limiter le plus possible l'impact financier pour les prestataires par rapport à la situation précédant la réforme tout en prenant en compte les besoins de la personne dépendante. Ces forfaits sont définis par le milieu de l'intervalle du niveau de besoins hebdomadaires en aides et soins, tandis que le requis de soins du bénéficiaire peut varier entre la limite inférieure et supérieure du niveau dans lequel il est affecté sur base de l'évaluation individuelle.

Le rapport de l'IGSS s'emploie à contrôler si le passage de l'ancien système vers le nouveau système s'est fait sans qu'il y ait eu des pertes de droits dans le chef des bénéficiaires.

Le rapport se penche sur l'impact de la réforme sur les soins à domicile d'une part et les soins en établissements d'autre part.

Monsieur le Ministre rappelle que cet exercice s'est fait en étroite collaboration avec les partenaires, c'est-à-dire l'entente des prestataires COPAS et les syndicats OGBL, LCGB et CGFP. L'orateur tient à préciser qu'au stade actuel, seulement quelque 40 pour cent des factures sont disponibles, ce qui signifie que le rapport sous examen n'est pas encore un bilan définitif. Il a tout de même fallu terminer l'élaboration de ce rapport afin de respecter la date butoir du 1^{er} octobre pour pouvoir calculer un facteur d'ajustement qu'il convient, le cas échéant, d'adopter et pour répondre ainsi à l'obligation légale qui découle de l'article 395*bis* du CSS mentionné ci-devant. Monsieur le Ministre constate qu'en vue des résultats découlant du rapport sous examen, un éventuel ajustement s'avère tellement minime que le gouvernement a décidé d'en faire abstraction. S'il avait décidé de procéder à un ajustement, même minime, il aurait fallu légiférer.

Monsieur le Ministre estime que la première phase des adaptations du passage d'un système vers un autre fut certes difficile, mais qu'à présent les adaptations sont bien vécues sur le terrain et ont trouvé un équilibre.

Pour les détails du rapport d'analyse prévisionnel 2019 établi par l'IGSS, il y a lieu de

⁴ Rapport prévu à l'article 384*bis* du CSS

⁵ Le rapport ainsi que la synthèse se trouvent annexés au présent procès-verbal

se rapporter aux annexes du présent procès-verbal.

En bref, les éléments suivants ressortent du rapport :

Le nombre de bénéficiaires d'une synthèse de prise en charge en vigueur au 31 décembre 2018 s'élève à 14.192 personnes, dont 37,4 % sont masculin et 62,6% féminin. L'âge moyen dans le maintien à domicile s'élève à 65,8 ans, l'âge moyen dans les établissements de séjour intermittent (ESI) à 48,5 ans et dans les établissements de séjour continu (ESC) à 84,8 ans. L'importante différence entre ESI et ESC s'explique du fait que les ESI reçoivent aussi des personnes handicapées, parfois jeunes, tandis que les ESC correspondent aux maisons de retraite et de soins.

Dans le cas du maintien à domicile, 58% des personnes dépendantes ont le niveau de dépendance 1 ou 2. 62% des personnes dépendantes ont droit à des activités de garde. 42% des personnes dépendantes ont droit à des activités d'appui à l'indépendance (AAI).

En milieu stationnaire, uniquement 23% ont le niveau de dépendance 1 ou 2. Tous les pensionnaires dépendants reçoivent des activités d'accompagnement, dont 18% la majoration. 79% des pensionnaires dépendants ont droit à des activités d'appui à l'indépendance (AAI).

Suivant la synthèse du rapport, présentée par l'IGSS, il n'y a pas eu d'impact notable suite à l'introduction du nouveau référentiel des aides et soins sur le temps moyen accordé pour les actes essentiels de la vie (AEV). L'on constate que ce temps est stable autour de 8,1 heures pour les premières synthèses de prise en charge depuis 2015. D'autre part, une augmentation notable du temps moyen accordé pour les activités de soutien est à constater, ce qui découle du fait de l'augmentation du nombre d'heures prises en charge.

Il convient également de constater une évolution plus importante en 2018 du nombre d'infirmiers que du nombre des aides-soignants, ce qui est interprété comme étant un signe d'une augmentation de la qualité de la prise en charge, l'un des objectifs poursuivis par la réforme de l'assurance dépendance.

L'introduction de la forfaitisation des AEV ne permet plus de déterminer les taux de facturation pour les AEV, mais l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance (AEC) contrôle et mesure dorénavant l'adéquation entre les prestations effectivement dispensées et les prestations requises. Ce contrôle fera entre autres l'objet du rapport que l'AEC établira en 2020.

Le rapport sous examen focalise son analyse sur les synthèses de prise en charge prévoyant des forfaits AEV pour prestations en nature pour lesquelles un prestataire au Luxembourg a déclaré une prise en charge auprès de la Caisse nationale de santé (CNS) et en vigueur au 31 décembre 2018.

Quant à la méthodologie pour déterminer un éventuel facteur d'ajustement, il convient de noter qu'à partir des données disponibles est calculé un résidu de temps effectivement presté par rapport au forfait retenu par classe. Un résidu inférieur à zéro signifie que le prestataire doit prêter plus de minutes qu'il n'obtient de minutes rémunérées.

Un résidu positif signifie que le prestataire doit par contre prêter moins de minutes (selon les minutes de référence pour les AEV retenues dans la synthèse) qu'il n'obtient de minutes rémunérées, ou autrement dit, que les temps de travail financés via les

forfaits dépassent en moyenne les temps requis pour les réaliser.

L'analyse des forfaits montre pour le milieu stationnaire que parmi les 52 ESC, 25 présentent un résidu négatif. Le résidu varie entre -13,22 et 12,06 minutes en moyenne par bénéficiaire de l'assurance dépendance et par semaine.

Parmi les 24 ESI, 6 présentent un résidu négatif. Le résidu varie entre -27,9 et 27,19 minutes en moyenne par bénéficiaire de l'assurance dépendance et par semaine.

Au total, pour 5.069 bénéficiaires en milieu stationnaire, le résidu moyen est de 1,02 minutes.

Concernant la situation pour le maintien à domicile, il y a lieu de constater que parmi les 22 prestataires du maintien à domicile, uniquement un seul prestataire présente un résidu négatif. Le résidu varie entre -0,8 et 51,26 minutes en moyenne par bénéficiaire de l'assurance dépendance et par semaine.

Au total, pour 4.450 bénéficiaires en maintien à domicile, le résidu moyen est de 10,44 minutes.

Le rapport sous examen conclut que pour aboutir à un résidu nul, les forfaits en milieu stationnaire devraient être multipliés par un facteur d'ajustement de 0,9989 et ceux du maintien à domicile par un facteur d'ajustement de 0,9736.

Echange de vues

Monsieur le Ministre Romain Schneider rappelle que le rapport d'analyse prévisionnel 2019 est à considérer comme un bilan intermédiaire, mais qui permet déjà de constater certaines tendances. L'orateur estime qu'au niveau des actes essentiels de la vie (AEV), l'on a réussi à instaurer un système de prise en charge des prestations par lequel sont couvertes de manière quasiment exacte les dépenses des prestations effectivement dispensées. Concernant les prestations dispensées par les établissements, il y a, selon Monsieur le Ministre, encore l'une ou l'autre amélioration à réaliser. Concernant le maintien à domicile, Monsieur le Ministre estime que l'objectif de consacrer plus de temps aux personnes dépendantes s'est effectivement réalisé.

Les discussions menées avec les partenaires au sujet de ce rapport dans le cadre de la commission consultative ont montré que chaque partie est d'accord pour dire qu'il n'est pas nécessaire de recourir à un facteur d'ajustement. Tel est également l'avis de la CNS et de l'AEC.

Monsieur le Député Sven Clement, du groupe technique « Piraten », analyse les résidus et constate qu'il convient de les extrapoler sur la durée d'un mois, à partir des données disponibles relatives à une semaine. Ainsi, parmi les établissements, il existe une durée résiduelle maximale d'environ 30 minutes par bénéficiaire et par semaine, ce qui correspond à un résidu de quelque 2 heures par mois. Dans le cadre du maintien à domicile, le rapport fait état d'une durée hebdomadaire résiduelle maximale de 51 minutes, ce qui correspond à un résidu de quelque 4 heures par mois. Il s'agit des heures qui, par mois, sont rémunérées sans qu'elles ne soient prestées. Monsieur le Député estime que ces écarts sont importants et qu'il convient d'en élucider les causes. Il demande dès lors de savoir si ces écarts sont le fait de personnes qui ont besoin d'un nombre d'heures de soins d'office très élevé ou s'il s'agit de bénéficiaires qui n'utilisent pas l'entièreté des soins auxquels ils ont droit.

Monsieur le Député Marc Spautz, du groupe politique CSV, signale qu'il est devenu difficile de comparer les chiffres actuellement fournies à ceux des années précédentes, notamment en ce qui concerne l'évolution au niveau du personnel, et plus particulièrement en ce qui concerne l'évolution du nombre d'infirmiers par rapport à celui des aides-soignants. Monsieur le Député espère qu'un rapport plus complet pourra indiquer de nouveau ces évolutions. Il pense qu'un plus grand nombre de bénéficiaires est pris en charge par l'assurance dépendance, ce qui influe sur le volet du personnel. L'orateur comprend que les autorités et instances compétentes dépendent de la communication des données de la part des prestataires pour fournir des chiffres qui soient comparables à la situation des années précédentes. Monsieur le Député s'enquiert sur la dynamique du passage d'une classe forfaitaire vers une autre des personnes dépendantes et de l'impact que ces fluctuations peuvent avoir sur les différents résidus constatés. A titre d'exemple, Monsieur le Député demande s'il est possible de voir baisser le résidu du forfait 3, lorsque, en raison de l'évolution de l'état de dépendance d'un certain nombre de bénéficiaires, ceux-ci passent au forfait 4.

Monsieur le Ministre répond que lors de la détermination de la nouvelle catégorisation des forfaits, il a été pris soin de définir l'étendue des classes de forfaits de manière suffisamment large afin d'assurer une certaine flexibilité dans l'exécution des actes qui sont répertoriés selon les minutes prestées. Lorsqu'on compare la répartition des bénéficiaires dans les différentes catégories forfaitaires selon qu'il s'agisse de l'encadrement stationnaire ou du maintien à domicile, il appert que pour le maintien à domicile, un grand nombre de bénéficiaires se retrouvent dans la classe forfaitaire 1. Cela correspond à la réalité du terrain puisqu'il s'agit le plus souvent de personnes qui n'ont pas encore une dépendance trop marquée, qui ont toutefois besoin de soins, mais qui en sus ont également besoin d'une attention qui va au-delà des seuls soins dispensés puisque ces personnes sont souvent seules et isolées. A ce niveau, la flexibilité de l'étendue des classes forfaitaires joue à son plein. Monsieur le Ministre n'est donc pas surpris des résidus positifs que l'on observe à ce stade. Il réaffirme que ce fut la volonté du législateur de définir les catégories de prise en charge de manière suffisamment large, justement afin de pouvoir accorder le temps suffisant à une bonne prise en charge du bénéficiaire de soins.

Concernant la situation en milieu stationnaire, elle est caractérisée par la prise en charge de bénéficiaires qui ont besoin de soins bien plus intensifs. Il en découle entre autres un besoin accru en personnel disponible sur place. L'orateur concède que dans le milieu stationnaire, la prise en charge aboutit à des résidus moins élevés et qu'il conviendra de vérifier si tout ce qu'on a voulu prendre en charge peut être pris en charge avec les moyens qui sont mis à disposition. Monsieur le Ministre informe d'ores et déjà la commission parlementaire qu'il lui soumettra un supplément d'informations statistiques dès que les chiffres seront disponibles dans toute leur ampleur.

Monsieur le Ministre évoque encore la qualification du personnel soignant. Il constate que notamment pour assurer les activités d'accompagnement individualisé (AAI) on retrouve davantage du personnel qualifié, tel que des infirmiers, des psychomotriciens, des kinésithérapeutes. On retrouve ces qualifications plutôt en milieu stationnaire que dans le cadre du maintien à domicile.

Concernant l'adéquation entre les prestations effectivement dispensées et les prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge, le tableau deviendra plus lisible au fur et à mesure que les chiffres afférents peuvent être renseignés par la CNS. Monsieur le Ministre rappelle que le rapport d'analyse de l'AEC prévu en 2020 fournira les renseignements sur la qualité et le contrôle des prestations. Ce rapport permettra de vérifier si l'on est en train de véritablement réaliser sur le

terrain ce qui a été politiquement voulu.

Monsieur le Député Marc Spautz demande quel est la répercussion pour les gestionnaires des établissements s'ils doivent faire face à des remplacements de bénéficiaires relevant de la classe forfaitaire 15 par des bénéficiaires relevant de la classe 7 par exemple. L'orateur s'enquiert sur l'impact de ce phénomène sur le personnel des établissements et la manière dont il est géré par les prestataires. Monsieur le Député estime que la question est plus facile à résoudre pour les établissements d'une certaine ampleur que pour ceux d'une taille plus modeste. L'orateur évoque encore la problématique de l'application des deux conventions collectives, celles de la FHL et du SAS, qui subsiste toujours.

Monsieur le Ministre informe qu'il a eu un bon échange avec les prestataires au sujet de l'impact de la réforme de l'assurance dépendance et des ajustements qui l'ont suivi. L'orateur considère que les prestataires doivent toujours faire face au défi d'équilibrer leurs budgets en tenant compte des rentrées provenant des prix de pension et des rentrées en provenance de l'assurance dépendance. Monsieur le Ministre signale que la répartition des bénéficiaires entre le maintien à domicile et le séjour stationnaire n'a pas changé, le rapport est encore celui de 2/3 à 1/3. L'orateur constate cependant que le maintien à domicile se fait plus longtemps et l'entrée dans un établissement stationnaire correspond forcément à des cas dont le degré de dépendance est plus élevé et nécessite dès lors des effectifs de soins plus conséquents. Monsieur le Ministre conclut toutefois qu'une chasse aux bénéficiaires de classes plus onéreuses, tel qu'on aurait pu craindre, ne s'est pas faite de la part des prestataires qui opèrent de grandes structures stationnaires. L'orateur n'entrevoit pas ce genre de problème pour les grandes structures stationnaires, dans la mesure où celles-ci opèrent souvent deux ou trois maisons, ce qui leur permet de retrouver une situation équilibrée. Monsieur le Ministre ne voit pas de problème d'affectation du personnel dans le cadre du maintien à domicile.

Concernant la problématique de l'application simultanée de deux conventions collectives, FHL et SAS, Monsieur le Ministre rappelle qu'un accord fut trouvé et que le gouvernement a mis à disposition les moyens nécessaires. Il rappelle cependant aussi qu'il subsiste un problème de distribution de ce que l'Etat a consenti à supporter, problème dont la COPAS a voulu se charger, de concert avec la CNS. La COPAS et la CNS mènent encore des discussions à ce sujet. La distribution envisagée devrait être arrêtée dans une convention. Il subsiste en effet, au stade actuel, un problème avec deux ou trois maisons. Ce problème ne va pas s'envenimer à brève échéance car il n'y a pas, à l'heure actuelle, une impasse de liquidités. Mais il convient de trouver une solution dans un temps rapproché, estime le Ministre de la Sécurité sociale.

Monsieur le Député Marc Spautz évoque les difficultés que rencontrent apparemment les personnes relevant d'un degré de dépendance élevé qui cherchent à trouver une place dans un établissement stationnaire de soins. Ceci surtout lorsqu'il s'agit de trouver rapidement une solution pour les personnes concernées, en cas de fin d'hospitalisation par exemple. Les offices sociaux semblent également être confrontés à ce défi.

Monsieur le Ministre signale le rôle que joue le Ministère de la Famille et de l'Intégration qui est le ministère de tutelle des CIPA. Monsieur le Ministre rappelle les efforts que ce ministère a entrepris pour mettre en place une infrastructure adéquate. L'orateur acquiesce certes qu'il n'est pas toujours possible de trouver un lit de soins d'un moment à l'autre, mais constate que des capacités existent. Il constate également que les gens désirent parfois intégrer une structure particulière et non pas une des structures où des places sont, à brève échéance, disponibles. Cela étant, Monsieur le Ministre exprime sa compréhension face à cette attitude. Il rappelle en plus que la

structure à Colpach offre des places pour les personnes en convalescence. Monsieur le Ministre signale encore les possibilités des lits de vacance offerts par certaines structures. Dans l'ensemble, le Ministre de la Sécurité sociale n'a pas l'impression qu'il y ait un manque de structures ou de places disponibles. Si des impasses ponctuelles peuvent exister, il y a encore la possibilité d'aménager des prestations de soins adéquats dans le cadre du maintien à domicile permettant ainsi de répondre à une urgence.

Madame la Députée Carole Hartmann, du groupe politique DP, s'est appuyée sur les changements intervenus dans le contexte de la réforme de l'assurance dépendance et des ajustements décidés par la suite. L'oratrice constate que les activités de garde en groupe sont renforcées par du personnel qualifié. Elle relève que les courses-sorties et les démarches administratives ont été intégrées dans les activités de garde en groupe, notamment en vue de favoriser des contacts sociaux et d'éviter l'isolement des bénéficiaires. Pour répondre à des besoins spécifiques de personnes dépendantes, la possibilité de convertir une garde en groupe en garde individuelle fut ouverte. Madame la Députée demande si ces changements majeurs ont déjà pu bénéficier d'une évaluation chiffrée.

Pour la dernière question de Madame la Députée, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale constate qu'une réponse ne peut pas encore être donnée, car elle nécessite de disposer de la facturation pour refléter les prestations fournies, ce qui, à ce stade, n'est pas encore le cas. Par contre, en ce qui concerne les gardes en groupe et un recours plus intensif à du personnel qualifié, cela correspond à la volonté du gouvernement et du législateur qui voulaient qu'il soit travaillé de manière plus active avec les bénéficiaires et qui voulaient surtout appuyer le caractère préventif de ces activités. La conversion des activités en groupe en activités individuelles reflète la discussion relative aux courses-sorties. Monsieur le Ministre est d'avis que le mécanisme fonctionne à présent et est bien admis. Monsieur le Ministre estime que la mise en pratique des éléments évoqués semble s'être faite de manière satisfaisante. Il renvoie par ailleurs au rapport relatif au contrôle et à la qualité qui sera établi en 2020.

Monsieur le Député Mars Di Bartolomeo, du groupe politique LSAP, constate que les prestations d'assurance dépendance n'existent pas en tant que tel en Belgique et en France et que les prestations d'assurance dépendance allemandes sont différentes des prestations luxembourgeoises. L'orateur veut s'informer de la pondération de l'apport des frontaliers au niveau des cotisations luxembourgeoises d'assurance dépendance comparées aux prestations fournies, sachant que les prestations allemandes remboursées par le Luxembourg diffèrent des prestations luxembourgeoises et qu'il est possible que les prestations en France peuvent y être fournies dans le cadre de l'assurance maladie.

Monsieur le Directeur de l'IGSS précise que les distinctions entre les prestations dont bénéficient les frontaliers ne sont pas dues à une volonté de l'administration luxembourgeoise mais proviennent de l'application du règlement européen 883 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale en Europe⁶. L'orateur signale que des discussions sur la révision du règlement 883 sont en cours, mais ne laissent pas apparaître une tendance à un revirement en ce qui concerne les principes et les critères relatives aux prestations d'assurance dépendance pour les pays visés. De manière plus spécifique, Monsieur le Député Mars Di Bartolomeo avait demandé des chiffres reflétant cette situation. Ces chiffres ne sont pas actuellement disponibles mais peuvent être mis à disposition par l'administration.

⁶ Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale

Monsieur le Député Carlo Back, du groupe politique « déi gréng », demande à Monsieur le Ministre si l'augmentation du personnel qualifié est le seul critère retenu pour évaluer la qualité de la prise en charge ou si d'autres critères sont encore considérés, notamment pour établir le rapport de l'année 2020.

Monsieur le Directeur-adjoint de l'AEC explique que le rapport qui sera établi au printemps de l'année 2020 par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance aura deux volets. L'un sera consacré à l'adéquation entre les prestations prévues et les prestations effectives. L'autre volet sera celui consacré à la qualité et à la vérification de différents indicateurs de qualité. Il s'agit par exemple du taux de chute, du taux d'escarres concernant les gens qui ont une plaie du fait qu'ils sont restés couchés longtemps, l'existence d'un mécanisme formalisé de gestion des plaintes, le contrôle de l'existence de la documentation des soins. L'administration effectuera aussi des visites sur place et communiquera avec les personnes dépendantes.

Monsieur le Député Marc Baum, de la sensibilité politique « Déi Lénk », constate qu'il est permis d'affirmer que si le résidu est légèrement positif, tout en tendant vers zéro, la répartition en classes et le minutage furent assez bien choisis à l'occasion de la réforme de l'assurance dépendance. L'orateur demande ensuite si l'administration dispose des chiffres relatifs à l'exportation des prestations en matière d'assurance dépendance. Il s'enquiert sur le rapport entre ce que les frontaliers cotisent et ce que l'assurance dépendance fournit en tant que prestations financières au bénéfice des frontaliers. L'orateur estime que ce rapport est à l'heure actuelle très positif du fait que les frontaliers ont aujourd'hui une moyenne d'âge peu élevée, ce qui signifie qu'il y a beaucoup de cotisants et peu de personnes à charge.

Monsieur le Ministre signale qu'à présent, les organisations syndicales, au vu des évolutions récentes, estiment également que la répartition en classes ainsi que le minutage furent un choix judicieux. L'orateur pense qu'il faut, tout de même, toujours garder l'évolution à l'œil.

Concernant le rapport entre les recettes et les dépenses ainsi que la part des cotisants et bénéficiaires frontaliers, Monsieur le Ministre estime qu'il s'agit d'un élément important en ce qui concerne la planification de l'évolution financière de l'assurance dépendance ainsi que du budget de l'État. En ce qui concerne l'exportation des prestations en espèces, le règlement 883, sur lequel on s'appuie, semble ne pas devoir encourir des modifications. A ce niveau, des chiffres sont disponibles. Monsieur le Ministre confirme que la situation actuelle est caractérisée par un grand nombre de personnes qui travaillent au Grand-Duché, qui n'habitent pas le pays et qui ont une moyenne d'âge peu élevée. Il pense qu'il y aura un revirement au fil des décennies à venir. Mais actuellement, le nombre des bénéficiaires qui n'habitent pas au Luxembourg est très peu élevé. Monsieur le Directeur-adjoint de l'AEC précise à ce sujet qu'il existe 400 bénéficiaires non-résidents auxquels sont exportés des prestations en espèces. Il s'agit exclusivement de coassurés de travailleurs frontaliers. Il s'agit donc des enfants et des conjoints des salariés frontaliers. 50 % de ces 400 bénéficiaires résident en Allemagne, les autres résidant en France et en Belgique. Concernant la somme budgétaire relative à ces prestations, celle-ci sera communiquée ultérieurement à la commission parlementaire.

Monsieur le Président de la commission, Georges Engel constate que 14.192 bénéficiaires de l'assurance dépendance sont à mettre en rapport avec les 400 bénéficiaires non-résidents vers lesquels sont exportés des prestations en espèces. Monsieur le Député Marc Baum conclut qu'il n'y a pas lieu de s'adonner à un discours

qui prétend que l'on soit trop libéral vis-à-vis des frontaliers et qu'il convient de constater, au vu de ces chiffres, que le système en profite.

Monsieur le Ministre signale, en réponse à une question de Monsieur le Député Mars Di Bartolomeo, que pour les frontaliers français et belges, les prestations de soins en nature sont prestées dans le cadre de l'assurance maladie de leurs pays de résidence et qu'elles sont finalement remboursées par l'assurance maladie luxembourgeoise suivant les critères et tarifs de la nomenclature luxembourgeoise. Monsieur le Ministre estime, que même si les différentes institutions de la sécurité sociale réclamaient réciproquement ces sommes, il ne s'agirait que d'un minime pourcentage des dépenses des différents budgets.

3. Divers

Monsieur le Président Georges Engel rend attentif à la réunion jointe de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale avec la Commission des Finances et du Budget, qui aura lieu le 14 novembre 2019 à 10 :30 heures et qui sera consacrée à la présentation du volet de la sécurité sociale du budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'année 2020.

Luxembourg, le 25 octobre 2019

Le Secrétaire-administrateur,
Joé Spier

Le Président de la Commission du Travail, de l'Emploi et
de la Sécurité sociale,
Georges Engel

ANNEXE 1

Article 353, paragraphe 1, du Code de la Sécurité sociale :

Art. 353. (1) Les prestations en nature en cas de maintien à domicile dans les domaines des actes essentiels de la vie sont prises en charge intégralement suivant les besoins en aides et soins arrêtés dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8. Le prestataire ne peut pas procéder à une facturation à la personne dépendante des actes essentiels de la vie tels qu'arrêtés dans la synthèse de prise en charge.

En tenant compte des prestations requises fournies par l'aidant visé à l'article 350, paragraphe 7, la prise en charge des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie apportés par les prestataires visés à l'article 389 correspond à un des forfaits suivants:

- Forfait 0 de 125 minutes lorsque le prestataire assure moins de 210 minutes par semaine.
- Forfait 1 de 280 minutes lorsque le prestataire assure entre 210 à 350 minutes par semaine.
- Forfait 2 de 420 minutes lorsque le prestataire assure entre 351 à 490 minutes par semaine.
- Forfait 3 de 560 minutes lorsque le prestataire assure entre 491 à 630 minutes par semaine.
- Forfait 4 de 700 minutes lorsque le prestataire assure entre 631 à 770 minutes par semaine.

- Forfait 5 de 840 minutes lorsque le prestataire assure entre 771 à 910 minutes par semaine.
- Forfait 6 de 980 minutes lorsque le prestataire assure entre 911 à 1.050 minutes par semaine.
- Forfait 7 de 1.120 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.051 à 1.190 minutes par semaine.
- Forfait 8 de 1.260 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.191 à 1.330 minutes par semaine.
- Forfait 9 de 1.400 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.331 à 1.470 minutes par semaine.
- Forfait 10 de 1.540 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.471 à 1.610minutes par semaine.
- Forfait 11 de 1.680 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.611 à 1.750minutes par semaine.
- Forfait 12 de 1.820 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.751 à 1.890minutes par semaine.
- Forfait 13 de 1.960 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.891 à 2.030minutes par semaine.
- Forfait 14 de 2.100 minutes lorsque le prestataire assure entre 2.031 à 2.170minutes par semaine
- .-Forfait 15 de 2.230 minutes lorsque le prestataire assure 2.171 minutes par semaine ou au-delà.

(...)

Article 357, alinéa 1, du Code de la Sécurité sociale :

Art. 357. Lorsque la personne dépendante reçoit les aides et soins pour les actes essentiels de la vie dans un établissement à séjour continu, la prise en charge des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 se fait intégralement en application des forfaits suivants :

- Forfait 1 de 280 minutes lorsque le prestataire assure entre 210 à 350 minutes par semaine.
- Forfait 2 de 420 minutes lorsque le prestataire assure entre 351 à 490 minutes par semaine.
- Forfait 3 de 560 minutes lorsque le prestataire assure entre 491 à 630 minutes par semaine.
- Forfait 4 de 700 minutes lorsque le prestataire assure entre 631 à 770 minutes par semaine.
- Forfait 5 de 840 minutes lorsque le prestataire assure entre 771 à 910 minutes par semaine.
- Forfait 6 de 980 minutes lorsque le prestataire assure entre 911 à 1.050 minutes par semaine.
- Forfait 7 de 1.120 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.051 à 1.190 minutes par semaine.
- Forfait 8 de 1.260 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.191 à 1.330 minutes par semaine.
- Forfait 9 de 1.400 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.331 à 1.470 minutes par semaine.
- Forfait 10 de 1.540 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.471 à 1.610minutes par semaine.

-Forfait 11 de 1.680 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.611 à 1.750minutes par semaine.

-Forfait 12 de 1.820 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.751 à 1.890minutes par semaine.

-Forfait 13 de 1.960 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.891 à 2.030minutes par semaine.

-Forfait 14 de 2.100 minutes lorsque le prestataire assure entre 2.031 à 2.170minutes par semaine.

-Forfait 15 de 2.230 minutes lorsque le prestataire assure 2.171 minutes par semaine ou au-delà.

ANNEXE 2

Rapport d'analyse prévisionnel 2019

ANNEXE 3

Synthèse du rapport d'analyse de l'IGSS