

## N° 7751

## CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2020-2021

**PROJET DE LOI**

**modifiant 1° le Code de la sécurité sociale ; 2° le Code du travail ; 3° la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale ; et 4° la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension**

\* \* \*

*(Dépôt: le 22.1.2021)***SOMMAIRE:**

|  | <i>page</i> |
|--|-------------|
| 1) Arrêté Grand-Ducal de dépôt (9.1.2021)..... | 1           |
| 2) Exposé des motifs .....                     | 2           |
| 3) Texte du projet de loi.....                 | 2           |
| 4) Commentaire des articles .....              | 13          |
| 5) Texte coordonné.....                        | 35          |
| 6) Fiche financière .....                      | 79          |
| 7) Fiche d'évaluation d'impact.....            | 80          |

\*

**ARRETE GRAND-DUCAL DE DEPOT**

Nous HENRI, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en conseil ;

Arrêtons :

*Article unique.* Notre Ministre de la Sécurité sociale est autorisé à déposer en Notre nom à la Chambre des Députés le projet de loi modifiant 1° le Code de la sécurité sociale ; 2° le Code du travail ; 3° la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale ; et 4° la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension.

Château de Berg, le 9 janvier 2021.

*Le Ministre de la Sécurité sociale,*

Romain SCHNEIDER

HENRI

\*

## EXPOSE DES MOTIFS

Le présent projet de loi a pour objet d'apporter des corrections au Code de la sécurité sociale. Les raisons à l'origine des modifications proposées aux différents livres du Code de la sécurité sociale sont diverses. Certains articles du projet de loi visent à mettre à jour les renvois à d'autres lois ou à redresser des erreurs matérielles, d'autres apportent au Code les adaptations nécessaires suite à l'entrée en vigueur d'autres lois ayant un impact sur la législation de sécurité sociale, comme par exemple la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Par ailleurs, il y a lieu de modifier certains articles du Code pour les préciser afin d'éviter toute insécurité juridique, d'y apporter des changements de nature technique ou d'obtenir davantage de cohérence entre les divers livres du Code. Ainsi, les dispositions relatives au règlement des conflits collectifs dans le cadre conventionnel par le Conseil supérieur de la sécurité sociale respectivement par le pouvoir exécutif sont clarifiées. Par ailleurs, conformément au souhait de la Commission nationale pour la protection des données, les dispositions concernant la durée de conservation des données traitées dans le dossier de soins partagé, qui figurent actuellement dans un règlement grand-ducal, sont intégrées dans la loi à l'article 60<sup>quater</sup> du Code de la sécurité sociale. Une base légale est en outre créée pour permettre aux conseils d'administration des institutions de sécurité sociale de se tenir sans réunion physique de leurs membres et aussi une base légale pour pouvoir recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance pour pouvoir assurer l'évacuation des oppositions des assurés dans les dossiers individuels.

Il est renvoyé aux commentaires d'articles pour le détail des modifications proposées.

Le présent projet modifie également un article de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale, respectivement un article du Code du travail, modifications en relation avec le Contrôle médical de la sécurité sociale. Enfin, le présent projet adapte et complète les dispositions de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension.

\*

## TEXTE DU PROJET DE LOI

**Art. 1<sup>er</sup>.** Le livre I<sup>er</sup> intitulé « Assurance maladie-maternité » du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° L'article 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, point 11) est modifié comme suit :

« 11) les bénéficiaires d'une allocation au titre de la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ».

2° L'article 2, alinéa 1<sup>er</sup>, première phrase est modifié comme suit :

« La personne qui est âgée de dix-huit ans au moins, qui réside au Grand-Duché de Luxembourg et qui perd la qualité d'assuré obligatoire ou la protection en qualité de membre de famille au sens de l'article 7 après en avoir bénéficié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la perte de cette qualité et qui ne peut bénéficier autrement d'une protection en matière d'assurance maladie, peut demander à continuer son assurance. ».

3° L'article 4, alinéa 4 est complété comme suit :

« Si cette activité ne couvre pas une année civile entière, le revenu professionnel annuel est calculé en fonction de la période d'activité effective. ».

4° L'article 5, alinéa 2 est modifié comme suit :

a) Les termes « l'article 2, paragraphes (8) et (9) de la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural » sont remplacés par les termes « l'article 2, paragraphes 3, 5 et 8 de la loi modifiée du 27 juin 2016 concernant le soutien au développement durable des zones rurales ».

b) L'alinéa 2 est complété comme suit :

« Si l'activité ne couvre pas une année civile entière, le revenu professionnel annuel est calculé en fonction de la période d'activité effective. ».

5° À l'article 9, alinéa 3, le renvoi à l'article L. 234-51 du Code du travail est remplacé par un renvoi à l'article L. 234-52 du Code du travail.

- 6° À l'article 12, alinéa 3, première phrase, les termes « douze mois » sont remplacés par les termes « dix-huit mois ».
- 7° L'article 17, alinéa 1<sup>er</sup> est modifié comme suit :
- a) Au point 10), les mots « et de convalescence » sont supprimés.
  - b) À la suite du point 10), il est introduit un nouveau point 11) libellé comme suit :  
« 11) les soins de réhabilitation physique et post-oncologique ».
- Les anciens points 11) à 14) deviennent les points 12) à 15) nouveaux.
- 8° L'article 20, paragraphe 2 est modifié comme suit :
- a) Au point 1), les termes « loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers » sont remplacés par les termes « loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ».
  - b) Le point 2) est modifié comme suit :  
« 2) le recours aux infrastructures hautement spécialisées et coûteuses que sont les réseaux de compétences nationaux, les centres de diagnostic, les services nationaux et les établissements hospitaliers spécialisés de réhabilitation neuropsychiatrique, de rééducation fonctionnelle, de rééducation gériatrique, de réhabilitation physique et post-oncologique et de cures thermales ou à des équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux, nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières, dont l'acquisition est soumise à l'obtention d'une autorisation ministérielle selon la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, ».
- 9° À l'article 22<sup>ter</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, les termes « des préparations galéniques » sont remplacés par les termes « du prix des préparations de formules magistrales et officinales ».
- 10° À l'article 23, alinéa 1<sup>er</sup>, deuxième phrase, le terme « Elles » est remplacé par les termes « Les prestations à charge de l'assurance maladie ».
- 11° L'article 32 est modifié comme suit :
- a) À l'alinéa 1<sup>er</sup>, premier, quatrième, cinquième, sixième, septième, dixième et onzième tirets les termes « à l'article 1<sup>er</sup> » sont remplacés par les termes « à l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup> ».
  - b) À l'alinéa 1<sup>er</sup>, le troisième tiret prend la teneur suivante :  
« – entièrement à charge de l'employeur en ce qui concerne les membres de l'Armée, le personnel du cadre policier de la Police, l'inspecteur général de la Police, l'inspecteur général adjoint de la Police et le personnel du cadre policier de l'Inspection générale de la Police, ainsi que le personnel des établissements pénitentiaires, le personnel du Centre de rétention et le personnel de l'unité de sécurité du centre socio-éducatif de l'État ; ».
- 12° L'article 39 est modifié comme suit :
- a) À l'alinéa 1<sup>er</sup>, première phrase, les termes « sauf causes de réduction légalement prévues » sont remplacés par les termes « gradué le cas échéant en raison de l'âge conformément à l'article L. 222-5 du Code du travail ».
  - b) À l'alinéa 1<sup>er</sup>, troisième phrase, les termes « au complément au titre de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit au revenu minimum garanti » sont remplacés par les termes « à l'allocation d'inclusion au titre de la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ».
- 13° L'article 46 est modifié comme suit :
- a) L'alinéa suivant est inséré entre les alinéas 5 et 6 :  
« Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».
- L'ancien alinéa 6 devient l'alinéa 7 nouveau.
- b) L'alinéa 6 ancien, devenu l'alinéa 7 nouveau est remplacé comme suit :

« Le conseil d'administration peut décider de la mise en place de groupes de travail chargés des travaux préparatoires pour l'examen de sujets portant sur une problématique spécifique en relation avec ses attributions et composés de deux représentants effectifs du conseil d'administration et d'agents des services internes de la Caisse nationale de santé en charge du sujet. L'objet de chaque groupe de travail est défini par le conseil d'administration. Chaque groupe de travail est tenu d'informer le conseil d'administration périodiquement de l'avancement de ses travaux. Les modalités de fonctionnement et d'organisation des groupes de travail sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

14° L'article 47, alinéa 1<sup>er</sup> est complété par les deux phrases suivantes :

« Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

15° L'article 50 est complété par l'alinéa suivant :

« Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

16° L'article 51, alinéa 1<sup>er</sup> est complété par les deux phrases suivantes :

« Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

17° L'article 54, alinéa 2, point 3) est modifié comme suit :

« 3) les périodes d'essai des apprentis et des salariés prévues aux articles L. 111-8, paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 2, point 3., L. 121-5 et L. 122-11 du Code du travail ; la période à prendre en considération comprend le mois de calendrier entier au cours duquel se situe la fin de la période d'essai ou la fin des trois premiers mois d'une période d'essai plus longue. ».

18° Dans l'article 58, l'alinéa suivant est inséré entre les alinéas 3 et 4 :

« Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

L'ancien alinéa 4 devient l'alinéa 5 nouveau.

19° L'article 60<sup>quater</sup> est modifié comme suit :

a) Il est inséré un nouveau paragraphe 6 libellé comme suit :

« (6) Les données sont conservées au dossier de soins partagé pendant dix ans à compter de leur versement au dossier.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, le prestataire de soins peut, avec l'accord du patient, déterminer une durée de conservation plus courte en fonction de l'utilité et de la pertinence de la donnée pour l'état de santé du patient. Cette durée peut être modifiée d'un commun accord par la suite selon l'évolution de l'état de santé du patient.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, le prestataire de soins peut, avec l'accord du patient, déterminer que certaines données médicales jugées utiles et pertinentes à vie pour l'état de santé du patient, sont conservées jusqu'à la fermeture du dossier de soins partagé. ».

L'ancien paragraphe 6 devient le nouveau paragraphe 7.

b) Au nouveau paragraphe 7, point 1), les termes «, de fermeture » sont insérés entre les termes « de création » et « et de suppression du dossier de soins partagé ; ».

20° À l'article 61, alinéa 2, point 5), les termes « et les centres de convalescence » sont supprimés.

21° À l'article 62, alinéa 3, les termes « sont arrêtées par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale et, le cas échéant, sur base

de la convention-type proposée par la Caisse nationale de santé » sont remplacés par les termes « sont fixées par voie de règlement grand-ducal ».

22° À l'article 64, alinéa 4, première phrase, les termes « l'article 61, alinéa 2 sous 3) et 12) » sont remplacés par les termes « l'article 61, alinéa 2, points 3), 12) et 13) ».

23° L'article 68 est remplacé comme suit :

« Art. 68. Les conventions et leurs avenants sont soumis à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale, avant leur publication prévue à l'article 70, paragraphe 3.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, les adaptations conventionnelles de la valeur de la lettre-clé sont notifiées sans retard au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale qui, s'il les estime contraires aux lois et règlements, dispose d'un délai d'un mois pour saisir le Conseil supérieur de la sécurité sociale statuant conformément à l'article 70, paragraphe 1<sup>er</sup>. ».

24° À l'article 70, paragraphe 2, alinéa 2, les termes « obligatoires de la » sont remplacés par les termes « tenant lieu de ».

25° L'article 74 est modifié comme suit :

a) L'alinéa 4 est modifié comme suit :

- i) à la 1<sup>ère</sup> phrase, le terme « hôpital » est remplacé par les termes « prestataire de soins » ;
- ii) à la deuxième phrase, le terme « l'hôpital » est remplacé par les termes « le prestataire de soins » et les termes « législation hospitalière » sont remplacés par les termes « loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière » ;
- iii) à la troisième phrase, les termes « au plan hospitalier » sont remplacés par les termes « à la planification hospitalière ».

b) À l'alinéa 7, les termes « loi sur les établissements hospitaliers » sont remplacés par les termes « loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ».

c) À l'alinéa 9, le terme « hôpital » est remplacé par les termes « prestataire de soins visé à l'article 60, alinéa 2 ».

d) À l'alinéa 11, les termes « l'hôpital applique » sont remplacés par les termes « les prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2 appliquent ».

26° L'article 76 est modifié comme suit :

a) À la première phrase, le terme « hôpitaux » est remplacé par les termes « établissements hospitaliers ».

b) Au huitième tiret, le terme « hôpitaux » est remplacé par les termes « prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2 ».

27° L'article 77 est modifié comme suit :

a) À l'alinéa 1<sup>er</sup>, le terme « hôpitaux » est remplacé par les termes « prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2 ».

b) À l'alinéa 2, les termes « établissement hospitalier » sont remplacés par les termes « prestataire de soins ».

c) À l'alinéa 3, deuxième phrase, les termes « de deux représentants des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné » sont remplacés par les termes « de deux représentants des prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2, dont un du prestataire de soins concerné ».

d) À l'alinéa 4, le terme « hôpitaux » est remplacé par les termes « prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2 ».

28° L'article 78 est modifié comme suit :

a) À l'alinéa 1<sup>er</sup>, le terme « hôpital » est remplacé par les termes « prestataire de soins visé à l'article 60, alinéa 2 ».

b) À l'alinéa 2, les termes « de l'hôpital » sont remplacés par les termes « des prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2 ».

29° À l'article 79, alinéa 1<sup>er</sup>, les termes « de l'hôpital » sont remplacés par les termes « des prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2 ».

**Art. 2.** Le livre II intitulé « Assurance accident » du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

- 1° L'article 88, alinéa 2 est modifié comme suit :
  - a) Les termes « de l'article 2, paragraphes (8) et (9) de la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural » sont remplacés par les termes « de l'article 2, paragraphes 3, 5 et 8 de la loi modifiée du 27 juin 2016 concernant le soutien au développement durable des zones rurales ».
  - b) L'alinéa 2 est complété comme suit :
 

« Si l'activité ne couvre pas une année civile entière, le revenu professionnel annuel est calculé en fonction de la période d'activité effective. ».
- 2° À l'article 96, alinéa 2, les termes « fonctionnaires et employés statutaires » sont remplacés par les termes « fonctionnaires assimilés aux fonctionnaires de l'État et employés assimilés aux employés de l'État ».
- 3° L'article 98 est modifié comme suit :
  - a) Les paragraphes 6 à 8 actuels deviennent les paragraphes 3 à 5 nouveaux et les paragraphes 3 à 5 actuels deviennent les paragraphes 6 à 8 nouveaux.
  - b) Au paragraphe 10, les termes « aux paragraphes 4 à 8 » sont remplacés par les termes « aux paragraphes 3 à 5, 7 et 8 ».
- 4° L'article 99, paragraphe 2, deuxième phrase est modifié comme suit :
 

« À défaut de présentation d'une facture, la prise en charge du remboursement se fait de façon forfaitaire, déduction faite du taux d'amortissement statutaire, les forfaits étant fixés par les statuts de l'Association d'assurance accident. ».
- 5° Au chapitre II intitulé « Prestations de l'assuré », l'intitulé de la section 2 est remplacé par l'intitulé suivant :
 

« Section 2 – Prestations en espèces pendant les soixante-dix-huit premières semaines ».
- 6° L'article 101, deuxième phrase est modifié comme suit :
 

« Le paragraphe 5 de l'article 98 est applicable. ».
- 7° L'article 127 est modifié comme suit :
  - a) L'alinéa 4 prend la teneur suivante :
 

« Toute prestation est supprimée si les conditions qui l'ont motivée viennent à défaillir. Si les éléments de calcul se modifient ou s'il est constaté qu'elle a été accordée par suite d'une erreur matérielle, la prestation est relevée, réduite ou supprimée. ».
  - b) L'alinéa 5 prend la teneur suivante :
 

« Les prestations octroyées ou liquidées de trop seront récupérées sur les prestations à échoir ou les arrérages restant dus. Les sommes indûment touchées qui ne peuvent pas être récupérées conformément à ce qui précède, sont à restituer par celui qui les a indûment touchées quelle que soit la raison du versement indu. ».
- 8° À l'article 139, alinéa 4, les termes « l'assuré a » sont remplacés par les termes « l'assuré ou ses ayants droit ont ».
- 9° L'article 144 est modifié comme suit :
 

« Art. 144. Le conseil d'administration peut décider de la mise en place de groupes de travail chargés des travaux préparatoires pour l'examen de sujets portant sur une problématique spécifique en relation avec ses attributions et composés de deux représentants effectifs du conseil d'administration et d'agents des services internes de l'Association d'assurance accident en charge du sujet. L'objet de chaque groupe de travail est défini par le conseil d'administration. Chaque groupe de travail est tenu d'informer le conseil d'administration périodiquement de l'avancement de ses travaux. Les modalités de fonctionnement et d'organisation des groupes de travail sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».
- 10° L'article 145 est complété par l'alinéa 4 suivant :
 

« Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui

participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

11° L'article 146, alinéa 1<sup>er</sup> est complété par les deux phrases suivantes :

« Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

12° L'article 151 est rétabli dans la teneur suivante :

« Art. 151. À l'exception de la cotisation pour l'assurance volontaire prévue à l'article 89, la dette de cotisation naît à la fin de chaque mois et la cotisation est perçue chaque mois. ».

13° L'article 156, alinéa 1<sup>er</sup> est modifié comme suit :

« L'assiette de cotisation mensuelle ne peut être inférieure au salaire social minimum prévu pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins, gradué le cas échéant en raison de l'âge conformément à l'article L. 222-5 du Code du travail. ».

**Art. 3.** Le livre III intitulé « Assurance pension » du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° L'article 171, alinéa 1<sup>er</sup> est modifié comme suit :

a) Au point 7, les sixième et septième phrases sont remplacées par les 3 phrases suivantes :

« Les parents désignent le bénéficiaire de la période d'assurance ou, le cas échéant, se prononcent pour le partage de la période au moyen d'une demande commune. Cette décision ne peut être modifiée. À défaut d'un accord entre les parents et en absence de la preuve rapportée par le parent demandeur qu'il a assumé exclusivement l'éducation de l'enfant, ladite période est partagée par moitié entre les deux parents. ».

b) Le point 19) est modifié comme suit :

« 19) les périodes pendant lesquelles une personne a bénéficié de l'allocation d'inclusion conformément à l'article 6, alinéa 3 de la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ; ».

2° L'article 173, alinéa 1<sup>er</sup>, deuxième phrase est modifié comme suit :

« La période de référence de trois ans est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes visées à l'article 172 ainsi qu'à des périodes d'assurance continuée ou complémentaire antérieures ou correspondant au bénéfice de l'allocation d'inclusion prévue par la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ou au bénéfice du revenu pour personnes gravement handicapées prévus par la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées. ».

3° À l'article 174, alinéa 1<sup>er</sup>, les termes « par un achat rétroactif » sont remplacés par les termes « par un seul achat rétroactif sur une même période ».

4° L'article 179, alinéa 2 est complété comme suit :

« Si cette activité ne couvre pas une année civile entière, le revenu professionnel annuel est calculé en fonction de la période d'activité effective. »

5° L'article 180, alinéa 2 est modifié comme suit :

a) Les termes « de l'article 2, paragraphes (8) et (9) de la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural » sont remplacés par les termes « de l'article 2, paragraphes 3, 5 et 8 de la loi modifiée du 27 juin 2016 concernant le soutien au développement durable des zones rurales ».

b) L'alinéa 2 est complété comme suit :

« Si l'activité ne couvre pas une année civile entière, le revenu professionnel annuel est calculé en fonction de la période d'activité effective. ».

6° L'article 186, deuxième phrase est modifié comme suit :

« Cette période de référence de trois ans est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes visées à l'article 172 ainsi qu'à des périodes correspondant au bénéfice de l'allocation d'inclusion prévue par la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclu-

sion sociale ou au bénéfice du revenu pour personnes gravement handicapées prévu par la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées. ».

7° L'article 195, deuxième phrase est modifié comme suit :

« Cette période de référence de trois ans est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes visées à l'article 172 ainsi qu'à des périodes correspondant au bénéfice de l'allocation d'inclusion prévue par la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ou au bénéfice du revenu pour personnes gravement handicapées prévu par la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées. ».

8° L'article 206, alinéa 2 est modifié comme suit :

« Elle cesse pareillement en cas d'octroi d'une pension personnelle. ».

9° À l'article 225bis, alinéa 6, première phrase, les termes « du régime général de pension » sont remplacés par les termes « de la Caisse nationale d'assurance pension ».

10° À l'article 228, première phrase, les termes « d'une veuve, d'un veuf, d'un ancien partenaire au sens de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats » sont remplacés par les termes « d'un conjoint survivant, d'un partenaire survivant au sens de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats ».

11° À l'article 241, alinéa 2, première phrase, les termes « sauf causes de réduction légalement prévues et » sont remplacés par les termes « gradué le cas échéant en raison de l'âge conformément à l'article L. 222-5 du Code du travail, ».

12° L'article 252 est complété par l'alinéa 5 suivant:

« Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

13° L'article 253 est remplacé comme suit :

« Art. 253. Le conseil d'administration peut décider de la mise en place de groupes de travail chargés des travaux préparatoires pour l'examen de sujets portant sur une problématique spécifique en relation avec ses attributions et composés de deux représentants effectifs du conseil d'administration et d'agents des services internes de la Caisse nationale d'assurance pension en charge du sujet. L'objet de chaque groupe de travail est défini par le conseil d'administration. Chaque groupe de travail est tenu d'informer le conseil d'administration périodiquement de l'avancement de ses travaux. Les modalités de fonctionnement et d'organisation des groupes de travail sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

14° L'article 254, alinéa 1<sup>er</sup> est complété par les deux phrases suivantes :

« Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

15° L'article 262 est complété par l'alinéa 6 suivant:

« Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

**Art. 4.** Le livre IV intitulé « Prestations familiales et indemnité de congé parental » du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° À l'article 277, paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 3, la troisième phrase est supprimée.

2° L'article 280 est modifié comme suit :

a) Le paragraphe 2 est complété par l'alinéa suivant :

« Des consultations complémentaires peuvent être prestées par des sages-femmes. Les modalités d'exécution sont précisées par règlement grand-ducal. ».



b) Au paragraphe 4, point b), les termes « à l'article 269 b) » sont remplacés par les termes « à l'article 269, paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 2, point b) ».

3° L'article 316, alinéa 1<sup>er</sup> est complété par les deux phrases suivantes :

« Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

4° L'article 333 est modifié comme suit :

a) L'alinéa suivant est inséré entre les alinéas 2 et 3 :

« Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

Les anciens alinéas 3 et 4 deviennent les alinéas 4 et 5 nouveaux.

b) Le nouvel alinéa 5 est modifié comme suit:

« Le conseil d'administration peut décider de la mise en place de groupes de travail chargés des travaux préparatoires pour l'examen de sujets portant sur une problématique spécifique en relation avec ses attributions et composés de deux représentants effectifs du conseil d'administration et d'agents des services internes de la Caisse pour l'avenir des enfants en charge du sujet. L'objet de chaque groupe de travail est défini par le conseil d'administration. Chaque groupe de travail est tenu d'informer le conseil d'administration périodiquement de l'avancement de ses travaux. Les modalités de fonctionnement et d'organisation des groupes de travail sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

**Art. 5.** Le livre V intitulé « Assurance dépendance » du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° L'article 381 est modifié comme suit :

a) L'alinéa suivant est inséré entre les alinéas 7 et 8 :

« Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

Les anciens alinéas 8 et 9 deviennent les alinéas 9 et 10 nouveaux.

b) Au nouvel alinéa 10, le renvoi à l'article 47, alinéa 5 est remplacé par un renvoi à l'article 47, alinéa 6.

2° L'article 382, alinéa 1<sup>er</sup> est complété par les deux phrases suivantes :

« Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

3° L'article 388*bis* est modifié comme suit :

a) L'alinéa 2 est complété par la phrase « L'article 62 est applicable. ».

b) L'alinéa 6 prend la teneur suivante :

« Les articles 61, alinéa 3, 68 à 70 sont applicables. ».

**Art. 6.** Le livre VI intitulé « Dispositions communes » du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° À l'article 397, alinéa 3, les termes « fonctionnaire de l'État ou fonctionnaire dirigeant y assimilé » sont remplacés par les termes « fonctionnaire de l'État, un fonctionnaire y assimilé ou un employé assimilé à un employé de l'État ».

2° À l'article 404, alinéa 3, première phrase, les termes « Les fonctionnaires et employés publics » sont remplacés par les termes « Les fonctionnaires de l'État, les fonctionnaires y assimilés et les employés assimilés aux employés de l'État ».

3° L'article 410 est modifié comme suit :

- a) À l'alinéa 1<sup>er</sup> les termes « jusqu'à décision du ministre de tutelle qu'elle saisit aux fins d'annulation » sont remplacés par les termes « jusqu'à la décision d'annulation du ministre de tutelle ».
- b) L'alinéa 2 prend la teneur suivante :

« Les motifs de la suspension sont communiqués au président de l'institution concernée dans les cinq jours de la décision de suspension. Celui-ci peut présenter des observations à l'Inspection générale de la sécurité sociale endéans la quinzaine. Si les motifs de la suspension sont confirmés par l'Inspection générale de la sécurité sociale dans les quarante jours à partir de la communication au président, elle saisit le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions aux fins d'annulation de la décision. ».

4° L'article 413, alinéa 1<sup>er</sup>, point 4 prend la teneur suivante :

« la liquidation des rémunérations et des pensions du personnel des différentes institutions de sécurité sociale et du Fonds nationale de solidarité ; ».

5° L'article 414 est modifié comme suit :

- a) À l'alinéa 1<sup>er</sup>, point 1) les termes « de la Caisse nationale des prestations familiales » sont remplacés par les termes « de la Caisse pour l'avenir des enfants ».
- b) L'article 414 est complété par l'alinéa suivant :

« Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

6° L'article 416, alinéa 1<sup>er</sup> est complété par les deux phrases suivantes :

« Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

7° À l'article 421, alinéa 2, les termes « loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers » sont remplacés par les termes « loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ».

8° L'article 426, alinéa 4 est supprimé.

9° À l'article 440, alinéa 2, la deuxième phrase est supprimée.

10° L'article 459 est modifié comme suit :

« **Art. 459.** Les décisions prises en application des articles 9 à 16 et 97, alinéa 2, points 2) et 3) du présent code sont communiquées en copies à l'employeur ou à l'assuré par simple lettre à la poste.

En ce qui concerne les décisions prises en application de l'article 187 du présent code, il y a lieu de communiquer à l'employeur les décisions d'octroi. ».

**Art. 7.** Aux articles 12, alinéa 2, 13, 33, alinéa 3, 35, alinéa 3, 39, alinéa 1<sup>er</sup>, 221, alinéa 1<sup>er</sup>, point 3), 241, alinéa 8 et 242, alinéa 1<sup>er</sup> du Code de la sécurité sociale, les termes « salaire social minimum de référence » sont remplacés par les termes « salaire social minimum » et à l'article 241, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, les termes « de référence » sont supprimés.

**Art. 8.** À la 1<sup>ère</sup> phrase de l'article L.234-52, alinéa 5 du Code du travail les termes «, sur avis conforme du Contrôle médical de la sécurité sociale, » sont supprimés.

**Art. 9.** L'article 5, paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 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 est modifié comme suit :

Les termes « des médecins-dentistes, » sont insérés entre les termes « des médecins dirigeants,» et « des pharmaciens-inspecteurs ».

**Art. 10.** La loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension est modifiée comme suit :

1° L'article 1<sup>er</sup>, alinéa 2 est modifié comme suit :

« Est considéré comme régime spécial transitoire le régime de pension régi par la loi modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois. ».

2° L'article 2 est modifié comme suit :

a) L'alinéa 1<sup>er</sup> est modifié comme suit :

« Sont qualifiés d'organismes au titre de la présente loi :

1° la Caisse nationale d'assurance pension en ce qui concerne le régime général;

2° le Centre de gestion du personnel et de l'organisation de l'État, la caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux, la société nationale des chemins de fer luxembourgeois et les établissements publics en ce qui concerne le régime spécial transitoire;

3° le Centre de gestion du personnel et de l'organisation de l'État, la caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux et la société nationale des chemins de fer luxembourgeois en ce qui concerne les régimes spéciaux;

4° la Banque centrale du Luxembourg en ce qui concerne le régime correspondant au statut de ses agents. ».

b) L'alinéa 2 est modifié comme suit :

« Est qualifié d'organisme compétent au sens du chapitre II de la présente loi, l'organisme du régime spécial transitoire auquel l'assuré était soumis, à l'exclusion de tout organisme du régime général. Si l'intéressé était soumis simultanément ou successivement au régime spécial transitoire relevant de deux organismes, est compétent respectivement l'organisme du régime de l'activité principale ou celui auquel l'intéressé était soumis en dernier lieu. ».

3° L'intitulé du chapitre II intitulé « Coordination du régime général et des régimes spéciaux transitoires » est remplacé par l'intitulé suivant:

« Chapitre II – Coordination du régime général et du régime spécial transitoire ».

4° L'article 3 est modifié comme suit :

« Art. 3. Le présent chapitre s'applique toutes les fois qu'une personne a été soumise de façon successive ou concomitante au régime général et au régime spécial transitoire relevant d'un ou de plusieurs organismes. ».

5° L'article 4 est modifié comme suit :

a) À l'alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>ère</sup> phrase, les termes « d'un régime spécial transitoire » sont remplacés par les termes « du régime spécial transitoire » et au 2<sup>ème</sup> tiret, les termes « d'un régime spécial transitoire afférent » sont remplacés par les termes « du régime spécial transitoire ».

b) À l'alinéa 2, première phrase, les termes « l'article 55.II.5. de la loi précitée du 26 mai 1954 » sont remplacés par les termes « l'article 61, point 5 de la loi modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois ».

6° L'article 5 est modifié comme suit :

a) L'alinéa 1<sup>er</sup> est modifié comme suit :

« Les rémunérations effectives qui correspondent aux périodes visées à l'article 4 sont mises en compte dans les limites du minimum et du maximum cotisable en vigueur auprès de la Caisse nationale d'assurance pension, sans préjudice des dispositions de l'article 61, point 5 de la loi modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois. ».

b) L'alinéa 2 est modifié comme suit :

« Pour les périodes de congé sans traitement, de service à temps partiel et de congé parental visées à l'article 4 I. a) 6. et 7. de la loi modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois et computables pour la pension dans les régimes concernés, sont mis en compte respectivement le dernier traitement atteint

avant le début du congé sans traitement ou du congé parental et le montant du traitement correspondant à une tâche complète pour la période de travail à temps partiel ou du congé parental à temps partiel. ».

- 7° À l'article 7, première phrase, les termes « pour le calcul de la pension » sont remplacés par les termes « pour l'ouverture du droit à la pension ».
- 8° À l'article 9, alinéa 1<sup>er</sup>, les termes « à un régime spécial transitoire » sont remplacés par les termes « au régime spécial transitoire ».
- 9° À l'article 9*bis*, première phrase, les termes « d'un régime spécial transitoire » sont remplacés par les termes « du régime spécial transitoire ».
- 10° À l'article 10, les termes « sous un régime spécial transitoire » sont remplacés par les termes « sous le régime spécial transitoire ».
- 11° À l'article 12, alinéa 4, première phrase, les termes « l'article 55.II. de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État » sont remplacés par les termes « l'article 61 de la loi modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois ».
- 12° L'article 13 est rétabli dans la teneur suivante :  
 « Art. 13. Lorsque le bénéficiaire d'une pension du régime spécial transitoire justifie de salaires, traitements ou revenus cotisables mis en compte au titre de l'article 171 du Code de la sécurité sociale, la part correspondante de pension du régime général ne prend cours qu'à partir de l'âge de 65 ans. ».
- 13° À l'article 14, les termes « à l'article 54 point 3 de la loi précitée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État » sont remplacés par les termes « à l'article 60, point 3, alinéa 2 de la loi modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois ».
- 14° L'article 19 est complété par les deux alinéas suivants :  
 « Lorsque le bénéficiaire d'une pension relevant du régime général justifie d'une rémunération mise en compte au titre de l'article 3 de la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pendant la période de bénéfice de la pension, celle-ci est recalculée conformément à l'article 38, alinéa 2 de la loi du 3 août 1998 précitée au moment de la cessation de l'activité professionnelle.  
 Lorsque le bénéficiaire d'une pension relevant d'un régime spécial justifie de salaires, traitements ou revenus cotisables mis en compte au titre de l'article 171 du Code de la sécurité sociale pendant la période de bénéfice de la pension, celle-ci est recalculée conformément à l'article 192, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale à l'âge de soixante-cinq ans. ».
- 15° À l'article 20, les termes « à un régime transitoire spécial » sont remplacés par les termes « au régime transitoire spécial ».
- 16° À l'article 26, les termes « des régimes spéciaux transitoires ou spéciaux » sont remplacés par les termes « du régime spécial transitoire ou des régimes spéciaux ».
- 17° Il est inséré un nouvel article 26*bis* libellé comme suit :  
 « Art. 26*bis*. Les créances réciproques entre les organismes prévus à l'article 2 se compensent d'après les règles du droit commun. ».

## COMMENTAIRE DES ARTICLES

### *Article 1<sup>er</sup>*

#### *1° Article 1 du Code de la sécurité sociale*

La loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti a été abrogée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019 par la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale. La modification proposée n'est qu'une mise à jour ayant pour but de remplacer dans l'article la référence à la loi abrogée par celle à la loi actuellement en vigueur et de remplacer l'ancienne terminologie par celle employée par la loi actuellement en vigueur.

#### *2° Article 2 du Code de la sécurité sociale*

L'ajout de la mention explicite de la condition d'absence d'une autre assurance maladie à satisfaire avant de pouvoir demander une assurance volontaire continuée, comme c'est le cas pour l'assurance maladie facultative, est nécessaire afin de pouvoir refuser une assurance volontaire luxembourgeoise plus favorable quant aux prestations et aux cotisations, aux bénéficiaires d'une assurance maladie étrangère obligatoire, d'une coassurance ou d'un régime international d'assurance maladie. Cet ajout permettra de prévenir des situations abusives de double affiliation ou des situations de fraude sociale où une prestation de soins est doublement remboursée en raison de deux affiliations conjointes. Cette disposition ne vise néanmoins pas les personnes ayant contracté une assurance maladie complémentaire privée (mutuelle ou autre).

#### *3° Article 4 du Code de la sécurité sociale*

Il est proposé de clarifier les règles d'application des seuils de dispense d'assurance sociale en fonction du revenu, proposition de clarification réitérée dans le présent projet aux articles 5, 88, 179 et 180 du Code de la sécurité sociale.

La proratisation proposée s'inscrit dans la logique ayant poussé le législateur à apporter des modifications aux articles 4, 5, 179 et 180 du Code de la sécurité sociale par la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, dans le but d'une meilleure prise en compte des revenus dans le cadre des prélèvements sociaux.

Cette loi de 2000 est intervenue dans le contexte juridique créé par la loi du 19 juin 1998 portant introduction de l'assurance dépendance, les documents parlementaires de la loi de 2000 (doc. parl. n° 4605) disposant, quant au but de l'introduction des modifications, que « *le législateur a entendu éviter que les revenus professionnels retirés de certaines activités accessoires continuent à échapper aux prélèvements sociaux, bien qu'ils soient soumis à imposition* ».

L'article 4, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale a ainsi été modifié afin d'introduire un seuil applicable aux revenus professionnels accessoires dans le domaine culturel ou sportif jusqu'à hauteur duquel une dispense d'assurance sociale peut être demandée, une telle demande n'ayant auparavant pas été plafonnée. L'article 5, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale a également été modifié par la loi de 2000 en ce que celle-ci a remplacé les termes « *sont exclues de l'assurance les activités non salariées* » par les mots « *sont dispensées de l'assurance les activités non salariées* ». On peut lire dans les travaux parlementaires n° 4605 à ce sujet que « *cette exclusion n'est pas applicable d'office, mais uniquement à la demande de l'assuré* ». Cette modification a remplacé l'exclusion d'office de prélèvements sociaux par une procédure de demande de dispense dans le but de restreindre les cas d'évitement de tels prélèvements. Les modifications apportées par la loi de 2000 aux articles 179 et 180 du Code de la sécurité sociale sont similaires. L'article 88 a été introduit dans le Code de la sécurité sociale par la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident et les travaux parlementaires (doc. parl. n° 5899) concernant l'alinéa 2 de cet article disposent que « *l'alinéa 2 reprend en les regroupant les dispositions de l'article 86, alinéa 2 actuel du Code de la sécurité sociale, qui vise les personnes qui exercent une activité ressortissant de la Chambre d'agriculture et celles de la première phrase de l'article 95, alinéa 3 actuel du Code de la sécurité sociale, qui vise les autres personnes exerçant pour leur propre compte une activité professionnelle* ». Or le libellé de l'ancien article 86, alinéa 2 comprenait les termes « *sont exclues de l'assurance* », lesquels ont été remplacés à l'article 88, alinéa 2 par les mots « *sont dispensés de l'assurance* », de sorte que le raisonnement ci-dessus concernant l'article 5, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale vaut également pour les modifications introduites par la prédite loi du 12 mai 2010.

L'analyse des travaux parlementaires précités montre que l'introduction des prédicts articles du Code de la sécurité sociale a été opérée dans le but de parer à une perte de cotisations sociales sur revenus professionnels. Dans une telle optique, des seuils de dispense fixés exclusivement par rapport à une année intégrale d'activités, indépendamment de la durée réelle d'exercice de ces dernières, seraient dépourvus de sens, alors que permettant des échappements aux prélèvements sociaux. Le revenu total pour activités exercées pour une durée inférieure à douze mois risquerait en effet, en raison de la durée restreinte d'exercice, de ne pas dépasser le seuil annuel respectif de dispense de cotisations, alors qu'en application d'un calcul au prorata, donc en fonction de la période réelle d'exercice des activités, ce revenu se situerait au-delà dudit seuil, ne pourrait bénéficier de la dispense et serait partant cotisable. Les travaux parlementaires précités de la loi modifiée du 28 juillet 2000 n'ont d'ailleurs pas retenu une base de calcul exclusivement annuelle des revenus pour l'appréciation des seuils. Ainsi les amendements parlementaires du 22 juin 2000 (doc. parl. n° 4605-7) se réfèrent, dans le cadre des discussions portant sur le niveau des seuils à fixer dans les différentes situations, aussi bien au revenu annuel en employant les termes « *un revenu ne dépassant pas par an un tiers du salaire social minimum, soit 192.204 francs par an* », qu'au revenu mensuel en disposant « *en ce qui concerne le revenu en retiré, il est proposé d'introduire un seuil équivalant à deux tiers du salaire social minimum (32.034 francs par mois)* ».

#### 4° Article 5 du Code de la sécurité sociale

- a) La loi du 27 juin 2016 concernant le soutien au développement durable des zones rurales a abrogé la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural (à l'exception de ses articles 9, 10 et 57), de sorte qu'il y a lieu de remplacer le renvoi aux dispositions de l'ancienne loi modifiée du 18 avril 2008 abrogée par un renvoi aux dispositions équivalentes de la loi modifiée du 27 juin 2016 actuellement en vigueur.
- b) Il est renvoyé au commentaire de la modification proposée à l'article 4 du Code de la sécurité sociale.

#### 5° Article 9 du Code de la sécurité sociale

L'article 9, alinéa 3 dispose que l'indemnité pécuniaire de maladie est due pendant les périodes de congé pour raisons familiales, déterminées par référence à l'article L. 234-51 du Code du travail. Or c'est l'article L. 234-52 du Code du travail qui définit les périodes de congé pour raisons familiales, l'article L. 234-51 définissant qui y a droit. Il y a partant lieu de corriger le renvoi figurant à l'article 9, alinéa 3.

#### 6° Article 12 du Code de la sécurité sociale

Suite à la modification de l'article L.121-6, paragraphe 3, alinéa 2 du Code du travail par la 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, qui a porté la fenêtre d'observation de la continuation de la rémunération en cas de maladie, pendant laquelle l'indemnité pécuniaire de maladie est suspendue pour les salariés, de douze à dix-huit mois, il y a lieu d'adapter également l'article 12 du Code de la sécurité sociale qui prévoit une suspension similaire de l'indemnité pécuniaire pour les non-salariés, adaptation oubliée par le législateur en 2018.

#### 7° Article 17 du Code de la sécurité sociale

L'ancien centre de convalescence de Colpach a été renommé en Centre de réhabilitation du Château de Colpach et héberge deux services nationaux au sens de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, à savoir le service national de réhabilitation post-oncologique et le service national de réhabilitation physique.

L'article 17 est modifié pour remplacer l'ancienne terminologie de « convalescence » par la nouvelle « réhabilitation physique et post-oncologique » et ceci sous un nouveau point dans l'énumération de l'article 17, alinéa 1<sup>er</sup>.

#### 8° Article 20 du Code de la sécurité sociale

L'article 20 du Code de la sécurité sociale règle la prise en charge de soins de santé délivrés à un assuré luxembourgeois dans un Etat membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou en Suisse, en dehors de l'application des règlements de coordination des régimes de sécurité sociale. L'article a été modifié lors de la transposition 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 de santé transfrontaliers.

Suite à l'entrée en vigueur de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, les références légales et les termes employés à l'article 20 sont à adapter.

9° *Article 22ter du Code de la sécurité sociale*

Il s'agit de corriger une erreur de terminologie. En effet, « *forme galénique* » et « *forme pharmaceutique* » ou encore « *forme médicamenteuse* » sont des synonymes. La forme galénique ou pharmaceutique correspond à la forme donnée à un médicament, il s'agit de la forme individuelle sous laquelle sont mis les principes actifs et les excipients pour constituer un médicament administrable au patient : comprimés ou gélules à avaler, sachets, solutions buvables ou injectables, crèmes à usage externe, etc. Tous les médicaments délivrés en pharmacie se présentent sous forme de préparation galénique, qu'il s'agisse de médicaments préparés en officine ou dans un laboratoire pharmaceutique industriel. En réalité, le législateur a voulu exclure de la compétence du ministère ayant dans ses attributions la Sécurité sociale en matière de fixation des prix des médicaments à usage humain, celle en matière de fixation des prix des préparations officinales et magistrales, qui relève de la compétence du ministère ayant dans ses attributions la Santé, compétent pour tout ce qui concerne la réglementation des activités des pharmaciens, comme notamment la fabrication et le contrôle des médicaments. L'article 53 du règlement grand-ducal modifié du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments définit les médicaments préparés selon une formule magistrale comme « *tout médicament préparé en pharmacie selon une prescription destinée à un malade déterminé* » et ceux préparés selon une formule officinale comme « *tout médicament préparé en pharmacie selon les indications d'une pharmacopée et destiné à être délivré directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie* », définitions reprises du droit communautaire.

10° *Article 23 du Code de la sécurité sociale*

L'article 23 est clarifié afin d'éviter toute insécurité juridique. Non seulement les prestations accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales, donc sur prescription médicale, ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire, mais également les soins mêmes de médecine et de médecine dentaire. En effet, l'article 17 du Code de la sécurité sociale dispose que tout ce qu'il énumère, y compris les soins de médecine et de médecine dentaire, est pris en charge dans une mesure suffisante et appropriée, ce qui implique le critère d'économicité et de conformité à la science médicale figurant à l'article 23 du Code de la sécurité sociale.

11° *Article 32 du Code de la sécurité sociale*

- a) Les premier, quatrième, cinquième, sixième, septième, dixième et onzième tirets de l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup> renvoient à des points figurant à l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 1<sup>er</sup>, le renvoi actuel se limitant à renvoyer à l'article 1<sup>er</sup> sans préciser à quel alinéa de cet article, ce qu'il est proposé de préciser dans le texte. Cette précision rend le texte également plus homogène, puisque les deuxième et huitième tirets de l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup> renvoient déjà de façon précise à des points figurant à l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 1<sup>er</sup>.
- b) La loi du 29 août 2017 portant modification 1. de la loi modifiée du 16 juin 2004 portant réorganisation du centre socio-éducatif de l'État ; 2. de la loi modifiée du 29 juin 2005 fixant les cadres du personnel des établissements d'enseignement secondaire et secondaire technique ; 3. de la loi modifiée du 23 juillet 1952 concernant l'organisation militaire ; 4. de l'article 32 du Livre 1<sup>er</sup> du Code de la sécurité sociale, avait introduit la prise en charge des cotisations salariales pour maladie (« *gratuité médicale* ») pour le personnel de l'unité de sécurité du centre socio-éducatif de l'État au même titre que pour le personnel des établissements pénitentiaires et du Centre de rétention. Or, la loi modifiée du 18 juillet 2018 sur l'Inspection générale de la Police a reformulé ce tiret afin d'élargir au personnel de l'Inspection générale de la Police la gratuité médicale prévue pour les agents de la police. Lors de cette reformulation, le personnel de l'unité de sécurité du centre socio-éducatif de l'État a été oublié, erreur matérielle qu'il y a lieu de rectifier.

12° *Article 39 du Code de la sécurité sociale*

- a) À l'exception de l'adaptation du salaire social minimum en fonction de l'âge de l'assuré, les autres réductions légalement prévues de l'assiette de cotisation sont toutes listées de manière exhaustive à

l'article 39. Il est proposé de recourir à une formulation plus exacte de la seule autre réduction de l'assiette cotisable possible pour cause d'âge de l'assuré. En effet, le libellé actuel est souvent erronément interprété en ce sens que des revenus inférieurs au salaire social minimum prévus par d'autres lois seraient une cause de réduction légalement prévue de l'assiette cotisable. Or l'assiette cotisable est toujours définie dans le Code de la sécurité sociale, notamment quant au principe du minimum cotisable (salaire social minimum) ainsi que les exceptions à ce principe, qui y sont limitativement énumérées. Il résulte des travaux parlementaires de la loi du 23 mai 1984 portant réforme du système de financement des régimes de pension contributifs, à l'origine des termes « *sauf causes de réduction légalement prévues* », que ces termes ne visaient et ne visent que « *les réductions prévues dans le cadre de la législation sur le salaire social minimum* » (commentaire de l'article 241, cf. doc. parl. n° 2781). Il importe de préciser l'assiette de cotisation pour le risque maladie à l'article 39 (ainsi que les assiettes de cotisation pour les risques accident et pension aux articles 156 et 241) afin d'éviter que d'autres indemnités ou revenus de remplacement partiels ou complémentaires, dont le montant n'atteint pas le niveau du salaire social minimum ne rentrent dans la catégorie de la réduction légale de l'assiette de cotisation. Seule la graduation en raison de l'âge prévue à l'article L.222-5 du Code du travail est visée par cette exception. Or, la formulation actuelle incite à donner une interprétation trop large à cette exception. Il convient de relever que toute exception relative au minimum de l'assiette cotisable doit être prévue par le Code de la sécurité sociale. Il est important que ces dispositions ne permettent pas une interprétation large et ceci pour éviter que l'assiette de cotisation puisse être réduite au niveau de ce montant, du fait de la formulation trop imprécise des termes « *sauf causes légalement prévues* ».

En pratique, le liquidateur de tels montants du chef d'une indemnité « *cotisable comme en matière de salaire* », mais dont le montant est inférieur au salaire social minimum, doit effectuer un calcul ex-ante des cotisations sociales et des impôts avant que le Centre commun de la sécurité sociale lui fasse parvenir le résultat ex-post du calcul des cotisations sociales. Des différences importantes entre les niveaux de ces deux calculs sont imputables à cette mauvaise interprétation du calcul de l'assiette de cotisation pour des indemnités dont le montant n'atteint pas le niveau du salaire social minimum.

L'introduction de cette précision au niveau de l'assiette de cotisation rendra attentifs les auteurs de futurs projets de loi, introduisant des indemnités ou des revenus de remplacement, aux articles du Code de la sécurité sociale définissant les différentes assiettes cotisables et les obligera à y apporter explicitement les modifications nécessaires pour les différents types d'indemnité ou de revenus de remplacement (p.ex. ceux ayant un caractère complémentaire).

- b) La loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti a été abrogée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019 par la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale. La modification proposée n'est qu'une mise à jour ayant pour but de remplacer dans l'article la référence à la loi abrogée par celle à la loi actuellement en vigueur et de remplacer l'ancienne terminologie par celle employée par la loi actuellement en vigueur. À noter que la limitation de l'assiette de cotisation s'applique à la seule allocation d'inclusion, alors que la loi modifiée du 28 juillet 2018 dispose que l'allocation d'activation est payée mensuellement sur base du salaire social minimum pour un salarié non qualifié.

### 13° Article 46 du Code de la sécurité sociale

- a) La modification proposée a pour objet d'introduire dans le Code de la sécurité sociale un dispositif permettant aux institutions de sécurité sociale de tenir leur conseil d'administration sans devoir exiger la présence physique de leurs membres tout en garantissant leur participation effective et l'exercice de leurs droits, ceci par le recours à la visioconférence ou tout autre moyen de télécommunication permettant leur identification (voir également les modifications proposées en ce sens aux articles 50, 58, 145, 252, 262, 333, 381 et 414 du Code de la sécurité sociale).
- b) Le libellé des articles 46, alinéa 6, 144, 253 et 333, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale a conduit dans le passé à une interprétation trop large ayant amené un dépassement du principe de la compétence d'attribution et celui de la responsabilité afférente du conseil d'administration de l'institution de sécurité sociale, institution de sécurité sociale ayant en vertu du Code de la sécurité sociale le statut d'un établissement public. « *La création par la loi, avec l'objet d'assurer un service public, l'existence d'un patrimoine propre, le rattachement étroit à l'État par l'attribution au gouvernement d'un pouvoir de haute surveillance et le fait d'être investi de compétence exorbitante du droit*



*commun* »<sup>1</sup> sont les critères inhérents à l'établissement public, dont il y a lieu d'assurer le respect dans l'application des articles du code.

La volonté retracée du législateur au moment de l'introduction des articles susmentionnés a été celle de respecter lesdits principes et de permettre la mise en place de telles commissions uniquement afin de leur permettre de contribuer à l'instruction de dossiers en phase préparatoire et non afin d'intervenir en phase décisionnelle. La volonté du législateur est claire : l'institution de sécurité sociale est placée sous la responsabilité d'un conseil d'administration dont les attributions sont déterminées par la loi. Ce conseil d'administration ne peut pas se décharger de sa responsabilité et de son pouvoir décisionnel par une délégation subalterne. Le Conseil d'État a critiqué ladite délégation ouverte à des commissions dans la matière réservée de la sécurité sociale : « *Le Conseil d'État avait suggéré dans son avis, dans le contexte de l'assurance pension, d'abandonner l'article 253 du CAS permettant au comité directeur de nommer en son sein des commissions qui se verraient confier certaines de ses attributions. Cette situation, identique au niveau de la CNS, est en effet parfaitement anormale et contraire à l'intérêt des assurés. Bien évidemment, une sous-commission pourrait être chargée de travaux préparatoires d'une décision qui, sur le plan formel, sera prise par le comité directeur investi de ce pouvoir par la loi. Le libellé très vague du CAS, repris dans le CSS, permettrait aux comités de la CNS et de la CNAP d'abandonner l'essentiel de ses attributions à une sous-commission dont la composition n'offrirait jamais les mêmes garanties. Une telle délégation s'apparente à une démission de leurs responsabilités de la part des comités directeurs respectifs. Or, faut-il rappeler qu'aux termes de l'article 45, alinéa 1, la CNS est placée „sous la responsabilité“ du comité directeur ?* »<sup>2</sup>.

La pratique actuelle montre que le libellé trop large des dispositions qu'il est proposé de modifier ne permet plus de respecter la volonté du législateur. Dans le cadre du contrôle tutélaire des décisions des conseils d'administration des institutions de sécurité sociale, il y a lieu d'observer une confusion croissante sur la dénomination et la compétence de telles commissions. En effet, ont été mis en place des groupes à dénomination diverse : comité restreint (bureau) du conseil d'administration, comité, commission, groupe de travail. Cette confusion se fait non seulement au niveau de la dénomination, mais aussi au niveau des attributions et du pouvoir décisionnel. Il est dès lors indispensable de clarifier les textes afférents pour éviter toute insécurité juridique dans le processus décisionnel des conseils d'administration des institutions de sécurité sociale.

Les règles de gouvernance mises en place par la loi du 9 août 2018 modifiant 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. la loi du 27 juin 2018 ayant pour objet l'organisation de l'Université du Luxembourg ; 3. la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité modifiant certaines dispositions du Code de la sécurité sociale exigent de distinguer entre d'un côté les attributions du conseil d'administration et d'un autre côté l'organisation du travail interne des différents services sous la direction de l'institution. Dans la lignée de cette loi, la présente modification a pour objet de mieux définir les pouvoirs des conseils d'administration des institutions de sécurité sociale et de tracer le cadre dans lequel les conseils d'administration peuvent créer des groupes de travail. À noter que si conformément aux textes actuels du Code, les conseils d'administration ne pouvaient créer des commissions qu'en son sein, en pratique il a été constaté que des agents des services internes des institutions ne faisant pas partie des conseils d'administration étaient amenés à y participer en raison de leurs compétences et connaissances techniques indispensables pour instruire un sujet. Le nouveau texte tient compte de la nécessité, pour les membres des conseils d'administrations, de disposer d'une expertise technique interne au moyen de ces groupes de travail. La présente modification a dès lors pour objet de remplacer le libellé actuel et de préciser que le conseil d'administration peut, dans le cadre de ses attributions, décider la mise en place d'un groupe de travail pour préparer un sujet. Un tel groupe de travail n'a pas de pouvoir décisionnel et doit être distingué du conseil d'administration lui-même, de sorte qu'il lui appartient uniquement de préparer le dossier sur le sujet demandé pour le conseil d'administration et de lui rendre compte de l'avancement.

1 G. Ravarani, *La responsabilité civile des personnes privées et publiques*, Pasirisie luxembourgeoise 2006, 2e édition, p.42.

2 Avis complémentaire du Conseil d'État du 8 avril 2008 sur le projet portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé et modifiant: 1. le Code du travail; 2. le Code des assurances sociales; 3. la loi modifiée du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension; 4. la loi modifiée du 4 avril 1924 portant création de chambres professionnelles à base élective; 5. le chapitre VI du Titre I de la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire; 6. la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu; 7. la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État (Doc. parl. n° 5750 (7), page 4).

cement des travaux. Une fois les travaux de préparation terminés, le dossier repasse en conseil d'administration pour discussion, délibération et le cas échéant pour vote et décision.

14° *Article 47 du Code de la sécurité sociale*

La modification proposée a pour objet d'inscrire dans le Code de la sécurité sociale la possibilité pour le conseil d'administration de l'institution de sécurité sociale de recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance pour pouvoir assurer l'évacuation des oppositions des assurés dans les dossiers individuels endéans un délai raisonnable et alléger ainsi l'ordre du jour (voir également les modifications proposées en ce sens aux articles 51, 146, 254, 316, 382 et 416 du Code de la sécurité sociale).

15° *Article 50 du Code de la sécurité sociale*

Il est renvoyé au commentaire du nouvel article 46, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale (article 1<sup>er</sup>, point 13°, lettre a) du présent projet).

16° *Article 51 du Code de la sécurité sociale*

Il est renvoyé au commentaire de la modification de l'article 47 du Code de la sécurité sociale (article 1<sup>er</sup>, point 14° du présent projet).

17° *Article 54 du Code de la sécurité sociale*

En remplaçant à l'article 54, alinéa 2, point 3) le renvoi à l'article L. 111-14, abrogé, par un renvoi à l'article L. 111-8, paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 2, sous point 3 du Code du travail, la loi du 13 décembre 2017 (Journal Officiel du Grand-duché du Luxembourg n° 1063 du 15 décembre 2017) a supprimé par erreur la dernière partie du point 3) dans sa teneur issue de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique (Journal Officiel du Grand-duché du Luxembourg n° 60 du 15 mai 2008), bout de phrase limitant à trois mois la période d'essai à prendre en compte pour le remboursement intégral du salaire par la Mutualité des employeurs. Il y a lieu de rectifier cette erreur matérielle.

18° *Article 58 du Code de la sécurité sociale*

Il est renvoyé au commentaire du nouvel article 46, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale (article 1<sup>er</sup>, point 13°, lettre a) du présent projet).

19° *Article 60quater du Code de la sécurité sociale*

a) Suivant l'article 6 intitulé « *Licéité du traitement* » du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE, la durée de conservation des données qui sont traitées par un responsable du traitement peut être réglée dans la loi nationale.

En application du principe de la matière réservée édicté par l'article 11, paragraphe 5 de la Constitution, les principes essentiels doivent être contenus dans une loi, alors que les détails sont réglés par le pouvoir réglementaire.

D'ailleurs, la Commission nationale pour la protection des données avait déjà estimé dans son avis du 5 avril 2018, pris dans le cadre du projet de règlement grand-ducal précisant les modalités et conditions de mise en place du dossier de soins partagé, que les dispositions concernant la durée de conservation des données traitées au dossier de soins partagé devraient être prévues par l'article 60quater du Code de la sécurité sociale.

Actuellement, c'est le règlement grand-ducal du 6 décembre 2019 précisant les modalités et conditions de mise en place du dossier de soins partagé qui prévoit la durée de conservation des données versées dans le dossier de soins partagé.

La présente modification a pour objet d'inscrire le principe de la durée de conservation des données traitées avec les dérogations garantissant une flexibilité, tel que retenu au moment de l'élaboration du règlement grand-ducal, dans l'article 60quater du Code de la sécurité sociale.

b) Au point 1) du paragraphe 7 nouveau (ancien paragraphe 6), les termes « *de fermeture* » sont insérés entre les termes « *de création* » et « *et de suppression du dossier de soins partagé* » afin d'y apporter la précision que les modalités de la procédure de fermeture du dossier de soins partagé relèvent

également du règlement grand-ducal du 6 décembre 2019 précisant les modalités et conditions de mise en place du dossier de soins partagé.

*20° Article 61 du Code de la sécurité sociale*

La notion de centre de convalescence n'existe plus dans la loi hospitalière. Depuis l'entrée en vigueur de la loi 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, l'ancien centre de convalescence de Colpach, renommé en Centre de réhabilitation du Château de Colpach, exploite deux services nationaux au sens de la loi hospitalière et dispose du statut d'établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation physique et post-oncologique.

Au niveau de la sécurité sociale, le statut du centre de Colpach a donc changé par l'entrée en vigueur de la loi hospitalière. Il n'est plus qualifié de prestataire du secteur extrahospitalier en droit de la sécurité sociale, mais dispense des prestations du secteur hospitalier selon l'article 60, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale. Le financement se fait via l'enveloppe budgétaire globale.

La notion de centre de convalescence est dès lors à supprimer à l'article 61, alinéa 2, point 5).

*21° Article 62 du Code de la sécurité sociale*

Le cadre mis en place par le Code de la sécurité sociale régissant les rapports entre l'assurance maladie et les prestataires au fil des modifications législatives confie à deux autorités distinctes le règlement de conflits collectifs.

D'une part, le règlement des litiges entre assurance maladie et prestataires naissant de la négociation de la valeur de la lettre-clé est confié au Conseil supérieur de la sécurité sociale (article 70, paragraphe 1<sup>er</sup>). Par voie de sentence arbitrale, des magistrats professionnels indépendants du pouvoir exécutif tranchent un litige en mettant en relation les différents aspects d'une valeur financière, c'est-à-dire un élément qui détermine tant une partie de la rémunération des prestations qu'un instrument de régulation des dépenses de l'assurance maladie.

Il en est de même du règlement des différends relatifs à la représentativité ou au défaut de qualité du groupement professionnel représentant les prestataires concernés que le législateur confie au Conseil supérieur de la sécurité sociale en vue d'un arbitrage judiciaire (article 62, alinéa 2).

D'autre part, lorsqu'un litige collectif concerne les dispositions de la convention, le Code de la sécurité sociale confie au pouvoir exécutif le soin de mettre en place le cadre normatif régissant les rapports entre l'assurance maladie et les prestataires (article 70, paragraphe 2).

Par conséquent, l'article 62, alinéa 3 est modifié pour remplacer l'arrêté ministériel par la voie du règlement grand-ducal, par parallélisme avec l'article 70, paragraphe 2. Dans les hypothèses visées par ces deux articles, il revient au pouvoir exécutif de fixer par voie de règlement grand-ducal le cadre normatif régissant les relations entre l'assurance maladie et les prestataires.

*22° Article 64 du Code de la sécurité sociale*

L'avant-dernier alinéa de l'article 64 est complété par un renvoi à l'article 61, alinéa 2 sous point 13) pour rendre obligatoire à la convention conclue entre l'assurance maladie-maternité et les psychothérapeutes, la détermination de dispositions relatives aux normes de qualité, ciblant plus particulièrement les modalités de la documentation des soins, de la facturation et du paiement des prestations fournies ainsi que de leur vérification.

*23° Article 68 du Code de la sécurité sociale*

Suivant le cadre actuel du Code de la sécurité sociale, le règlement des différends conventionnels est confié à deux pouvoirs distincts en fonction de la nature du conflit. Il y a lieu de distinguer entre le volet du tarif des prestations et le reste du cadre normatif de la convention.

D'un côté, les conflits surgissant au sujet des négociations pour la fixation de la valeur de la lettre-clé ou des tarifs conventionnels aboutissent à une sentence arbitrale du Conseil supérieur de la sécurité sociale statuant en dernier ressort (article 70, paragraphe 1<sup>er</sup>). D'un autre côté, en cas de conflit collectif relatif au cadre normatif général de la convention, c'est le pouvoir exécutif qui est invité à déterminer par voie de règlement grand-ducal le cadre normatif régissant les rapports entre l'assurance maladie et les prestataires (article 70, paragraphe 2).

Cette distinction s'impose du fait que le Conseil supérieur de la sécurité sociale relève du pouvoir judiciaire et ne peut pas intervenir pour mettre en place le cadre normatif conventionnel de l'assurance

maladie. Le Conseil supérieur de la sécurité sociale intervient dans les seuls litiges portant sur la fixation de la lettre-clé, une unité monétaire, dans une fonction d'arbitrage judiciaire.

Lors de la réforme du système des soins de santé par la loi du 17 décembre 2010, le législateur a pris le soin de préciser l'article 70 du Code de la sécurité sociale en ce sens. Néanmoins, l'article 68 est resté inchangé depuis son introduction dans le code par la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé et ne rend pas compte de la répartition actuelle des compétences décrite ci-dessus en ce qui concerne l'exercice de son pouvoir de contrôle de tutelle par le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions.

Ainsi, il n'est pas conforme au cadre mis en place par le Code de la sécurité sociale pour le règlement des litiges collectifs qu'un constat d'illégalité de la convention soit réglé par le Conseil supérieur de la sécurité sociale, lorsque l'illégalité concerne une disposition de la convention autre que la valeur de la lettre-clé.

Il est dès lors important de bien distinguer aussi au niveau de l'article 68, pour le contrôle tutélaire des dispositions conventionnelles, entre le volet de la fixation d'une unité monétaire, d'une part, et la fixation des dispositions générales, c'est-à-dire le cadre normatif général de la convention. Pour le premier volet, il est admis que le Conseil supérieur de la sécurité sociale intervienne en son pouvoir d'arbitrage judiciaire, alors que pour la mise en place du cadre normatif général régissant les relations entre l'assurance maladie et les prestataires il y a lieu de se référer au pouvoir de tutelle applicable en matière de Sécurité sociale. Lorsque le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions constate une illégalité au niveau des dispositions conventionnelles dans le cadre de son pouvoir de tutelle, lequel s'exerce par l'Inspection générale de la sécurité sociale conformément à l'article 409 du Code de la sécurité sociale, il doit être en mesure d'en empêcher l'entrée en vigueur en refusant l'approbation et la publication au Journal officiel. La présente modification a pour objet d'apporter cette précision à l'article 68 du Code de la sécurité sociale.

#### *24° Article 70 du Code de la sécurité sociale*

L'article 70, paragraphe 2, alinéa 2 est reformulé par analogie à l'article 62, alinéa 3. En cas d'échec des négociations conventionnelles relatives au contenu de la convention, le pouvoir exécutif fixe par voie de règlement grand-ducal le cadre normatif régissant les relations entre l'assurance maladie et les prestataires.

#### *25° Article 74 du Code de la sécurité sociale*

La terminologie est adaptée à celle de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

La notion plus large d'établissement hospitalier à l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière englobe l'hôpital, l'établissement d'accueil pour personnes en fin de vie, l'établissement de cures thermales et le centre de diagnostic. Les établissements hospitaliers spécialisés sont des hôpitaux (comme par exemple le Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation ou le Centre hospitalier neuropsychiatrique). Au paragraphe 3 de l'article 1<sup>er</sup> de la loi hospitalière, le législateur distingue entre l'hôpital, le centre hospitalier et l'établissement hospitalier spécialisé. Il convient de veiller aux établissements visés par les renvois.

Il y a lieu d'être vigilant dans l'utilisation des termes, tous les établissements hospitaliers selon la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière n'étant pas des prestataires de soins du domaine hospitalier au niveau de la sécurité sociale. Un renvoi aux prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale est nécessaire.

#### *26° Article 76 du Code de la sécurité sociale*

La terminologie est adaptée à celle de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Il est renvoyé au commentaire de la modification de l'article 74 du Code de la sécurité sociale.

#### *27° Article 77 du Code de la sécurité sociale*

La terminologie est adaptée à celle de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Il est renvoyé au commentaire de la modification de l'article 74 du Code de la sécurité sociale.

*28° Article 78 du Code de la sécurité sociale*

La terminologie est adaptée à celle de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Il est renvoyé au commentaire de la modification de l'article 74 du Code de la sécurité sociale.

*29° Article 79 du Code de la sécurité sociale*

La terminologie est adaptée à celle de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Il est renvoyé au commentaire de la modification de l'article 74 du Code de la sécurité sociale.

*Article 2*

*1° Article 88 du Code de la sécurité sociale*

- a) La loi du 27 juin 2016 concernant le soutien au développement durable des zones rurales a abrogé la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural (à l'exception de ses articles 9, 10 et 57), de sorte qu'il y a de remplacer le renvoi aux dispositions de l'ancienne loi modifiée du 18 avril 2008 abrogée par un renvoi aux dispositions équivalentes de la loi modifiée du 27 juin 2016 actuellement en vigueur.
- b) Il est renvoyé au commentaire de la modification proposée à l'article 4 du Code de la sécurité sociale.

*2° Article 96 du Code de la sécurité sociale*

L'alinéa 2 est adapté pour tenir compte de la modification de la terminologie du personnel des institutions de sécurité sociale faite par l'article 1<sup>er</sup>, point 47° de la loi du 9 août 2018 modifiant 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. la loi du 27 juin 2018 ayant pour objet l'organisation de l'Université du Luxembourg ; 3. la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité à l'article 404 du Code de la sécurité sociale.

*3° Article 98 du Code de la sécurité sociale*

- a) L'ordre des alinéas de l'article 98 du Code de la sécurité sociale est modifié afin d'éviter toute confusion. En effet, les termes du paragraphe 8 actuel sont de nature à induire en erreur. Les prestations prévues actuellement aux paragraphes 3 à 5 sont remboursées directement par l'Association d'assurance accident tandis que celles visées aux paragraphes 2, 6 et 7 sont payées par la Caisse nationale de santé. Il est proposé de réagencer les paragraphes afin de regrouper ceux visant les prestations directement prises en charge par l'Association d'assurance accident et celles liquidées par la Caisse nationale de santé pour compte de l'Association d'assurance accident.
- b) La modification au paragraphe 10 est une conséquence du réagencement des paragraphes du point précédent.

*4° Article 99 du Code de la sécurité sociale*

Dans un souci de traitement égalitaire de tous les assurés, il y a lieu de déduire un taux d'amortissement du montant remboursé par l'Association d'assurance accident, peu importe que l'indemnisation se fasse sur présentation d'une facture ou de façon forfaitaire, étant précisé que l'assuré doit indiquer sur sa demande d'indemnisation la date d'achat du vêtement détérioré lors de l'accident. Voilà pourquoi il est proposé d'ajouter à la deuxième phrase du paragraphe 2 de l'article 99 les termes « *déduction faite du taux d'amortissement statutaire* », la phrase précédente prévoyant que le taux d'amortissement est fixé par les statuts.

*5° Intitulé de la section 2 du chapitre II – Prestations de l'assuré du livre II du Code de la sécurité sociale*

Actuellement, la section 2 du chapitre II du livre II du Code de la sécurité sociale est encore intitulée « *Prestations en espèces pendant les cinquante-deux premières semaines* », alors même que l'article 101 de cette section dispose que l'assuré a droit à une indemnité pécuniaire calculée et payée conformément aux articles 9 à 16 du Code de la sécurité sociale. La 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 a porté à l'article 14, alinéa 2 le droit

à l'indemnité pécuniaire de maladie de cinquante-deux à soixante-dix-huit semaines pour une période de référence de cent quatre semaines, de sorte qu'il y a lieu de modifier en conséquent le titre de la section 2 susmentionné, adaptation oubliée par le législateur en 2018.

*6° Article 101 du Code de la sécurité sociale*

La présente modification a pour objet d'adapter un renvoi. La dernière phrase de l'article 101 renvoie encore à l'ancien alinéa 4 de l'article 98, qui est devenu l'actuel paragraphe 8 de l'article 98 suite à la modification de l'article 98 par la loi du 9 août 2018 modifiant 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. la loi du 27 juin 2018 ayant pour objet l'organisation de l'Université du Luxembourg ; 3. la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité modifiant certaines dispositions du Code de la sécurité sociale. Le paragraphe 8 deviendra le paragraphe 5 suite à la modification prévue à l'article 2, point 3 du présent projet.

*7° Article 127 du Code de la sécurité sociale*

L'article 127 est modifié afin de préciser à l'alinéa 4, à l'instar des articles 211, 315 et 367 du CSS, les hypothèses dans lesquelles les prestations de l'assurance accident peuvent être adaptées ou supprimées et à l'alinéa 5, à l'instar de l'article 315 du CSS, la récupération des prestations payées en trop par l'assurance accident peu importe la raison du versement indu, donc également en l'absence de mauvaise foi de l'assuré, par exemple en cas de simple erreur matérielle. Cette modification permet ainsi à l'Association d'assurance accident de récupérer les prestations payées par erreur ou celles payées postérieurement au décès du bénéficiaire lorsque ses héritiers ont omis de signaler son décès ou l'ont signalé tardivement.

*8° Article 139 du Code de la sécurité sociale*

L'article 139 traite du recours de l'Association d'assurance accident contre le tiers responsable de l'accident et son assureur. La modification proposée à l'alinéa 4 vise à pallier à un oubli du législateur alors que la compensation y prévue doit pouvoir jouer non seulement pour les indemnités touchées par l'assuré, mais également pour celles touchées par les ayants droit de l'assuré.

*9° Article 144 du Code de la sécurité sociale*

Il est renvoyé au commentaire du nouvel article 46, alinéa 7 du Code de la sécurité sociale (article 1<sup>er</sup>, point 13°, lettre b) du présent projet).

*10° Article 145 du Code de la sécurité sociale*

Il est renvoyé au commentaire du nouvel article 46, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale (article 1<sup>er</sup>, point 13°, lettre a) du présent projet).

*11° Article 146 du Code de la sécurité sociale*

Il est renvoyé au commentaire de la modification de l'article 47 du Code de la sécurité sociale (article 1<sup>er</sup>, point 14 du présent projet).

*12° Article 151 du Code de la sécurité sociale*

À l'instar des autres livres du Code de la sécurité sociale, il convient d'inscrire, dans un souci de sécurité juridique, au livre II du Code de la sécurité sociale que la dette de cotisation naît à la fin de chaque mois, excepté pour les assurés visés par l'article 89 du Code de la sécurité sociale, pour lesquels le montant de la cotisation, calculé annuellement par hectare, est dû annuellement pour un exercice entier et non mensuellement.

*13° Article 156 du Code de la sécurité sociale*

Il est renvoyé au commentaire de l'article 1<sup>er</sup>, point 12, lettre a) du présent projet (modification de l'article 39 du Code de la sécurité sociale) : à l'exception de l'adaptation du salaire social minimum en fonction de l'âge de l'assuré, les autres réductions légalement prévues de l'assiette de cotisation sont toutes listées de manière exhaustive à l'article 156. Il est donc préférable de recourir à une formulation plus exacte de réduction de l'assiette cotisable pour cause d'âge de l'assuré. À noter que si contrairement aux articles 39 et 241 du Code de la sécurité sociale, l'article 156 ne contient actuellement

pas la précision qu'en matière d'assurance accident, l'assiette de cotisation ne peut être inférieure au salaire social minimum « *sauf causes de réduction légalement prévues* », il résulte néanmoins du projet de loi n° 2781 cité au commentaire de l'article 1<sup>er</sup>, point 12, lettre a) susmentionné du présent projet et ayant abouti à la loi du 23 mai 1984 portant réforme du système de financement des régimes de pension contributifs que « *les dispositions relatives à l'assiette des cotisations en matière d'assurance maladie (article 63) et en matière d'assurance accidents (article 141) sont harmonisées avec celles en vigueur en matière d'assurance pension* ». Jusqu'avant la réforme de l'assurance accident en 2010, l'ancien article 142 disposait que « *l'assiette de cotisation (...) ne peut être inférieure au SSM sauf causes de réduction légalement prévues* », la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident ayant supprimé ce bout de phrase, sans que le législateur ait voulu modifier le principe, puisqu'il résulte du commentaire du nouveau article 156 (projet de loi n° 5899) que « *reprises de l'article 142, alinéa 2 et 3, les dispositions sous examen définissent le minimum et le maximum cotisables qui coïncident d'ailleurs avec ceux en vigueur en matière d'assurance maladie et d'assurance pension.* ».

### Article 3

#### 1° Article 171 du Code de la sécurité sociale

- a) La présente modification a pour objet de clarifier le point 7 de l'article 171 afin de bien distinguer entre l'accord des parents et l'absence d'accord des parents pour la mise en compte de la période d'assurance d'éducation d'un enfant. La loi du 27 juin 2018 instituant le juge aux affaires familiales, portant réforme du divorce et de l'autorité parentale prévoit que désormais l'autorité parentale est en principe exercée conjointement par les parents, même en cas de divorce. L'autorité parentale étant partagée, le point 7 est adapté et il y est précisé qu'en cas de désaccord des parents au sujet de l'attribution de ladite période d'assurance et à défaut de preuve qu'un des deux parents s'est occupé exclusivement de l'éducation de l'enfant, elle est partagée par moitié entre les deux. Il est procédé à une adaptation de la terminologie en remplaçant « *répartir* » par « *partager* ».

Les parents ne peuvent pas revenir sur leur décision de répartition de la période d'assurance lorsqu'ils estiment qu'une autre répartition leur serait plus favorable en raison de leur départ respectif à la pension. Pour éviter de telles tentatives de spéculation quant à l'âge de départ à la pension et afin de ne pas détourner la disposition de sa finalité initiale, c'est-à-dire garantir au parent ayant droit le bénéfice de ladite période d'assurance, il est précisé dans l'article que les parents ne peuvent pas revenir sur leur décision. Cette proposition s'inspire du droit français qui en son article L. 351-4 du Code de la sécurité sociale prévoit précisément que la décision des parents ou l'attribution de la majoration ne peut être modifiée. Ainsi, si les parents ont par exemple en 2015 décidé d'attribuer la période d'assurance de vingt-quatre mois à la mère car c'est elle qui s'est occupée de l'éducation de l'enfant et qu'en 2017 le père devient invalide et touche par conséquence une pension d'invalidité, ils ne peuvent néanmoins pas revenir sur leur décision de 2015 et ceci même s'ils estiment en 2017 que du fait que le père touche déjà en 2017 une pension et non pas comme pensé beaucoup plus tard, ils auraient mieux fait d'attribuer cette période au père.

- b) Modification du point 19)

La loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti a été abrogée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019 par la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale. La modification proposée n'est qu'une mise à jour ayant pour but de remplacer dans l'article la référence à la loi abrogée par celle à la loi actuellement en vigueur et de remplacer l'ancienne terminologie par celle employée par la loi actuellement en vigueur.

#### 2° Article 173 du Code de la sécurité sociale

L'article 173, alinéa 1<sup>er</sup> contient encore une référence à la loi du 26 juillet 1986 portant création du droit à un revenu minimum garanti. Cette loi a été abrogée par la loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti qui elle-même a été abrogée par la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale. La modification est donc proposée pour la même raison que celle exposée au point 1°, b) ci-avant (article 171, alinéa 1<sup>er</sup>, point 19 du Code de la sécurité sociale).

#### 3° Article 174 du Code de la sécurité sociale

La finalité de l'article 174, alinéa 1<sup>er</sup> consiste à combler les lacunes dans la carrière d'assurance d'une personne, donc de compléter une période d'assurance incomplète. Il a donc une finalité protectrice. Lorsque l'assuré a déjà effectué un achat rétroactif sur une période déterminée, sa carrière d'as-

surance ne présente plus de lacunes sur cette période. Ainsi, la finalité même de l'article 174, alinéa 1<sup>er</sup> s'oppose à ce que l'assuré puisse faire un nouvel achat sur cette même période. Permettre à un assuré de procéder à un achat rétroactif sur une période déjà couverte par un achat rétroactif donnerait une finalité différente à l'article 174, alinéa 1<sup>er</sup>.

La Cour de cassation a ainsi eu l'occasion de préciser dans un arrêt du 4 mai 2017 (numéro 3786 du registre) que l'article 174 impose l'absence d'affiliation à un régime d'assurance pension vieillesse étranger pendant la période que l'affilié se propose d'acheter rétroactivement. Par analogie et conformément à la finalité de l'article 174, il est possible d'en déduire que cet article impose également l'absence d'affiliation à un régime d'assurance pension vieillesse national.

Pour éviter toute ambiguïté et tout doute par rapport à l'interprétation et l'application de l'article 174 et dans un but de sécurité juridique, il est proposé de compléter « *par un achat rétroactif* » par la formulation « *par un seul achat rétroactif sur une même période* ». Ainsi, il ressort clairement de la loi qu'il est uniquement possible de faire un seul achat sur une même période. À titre d'exemple, si un assuré a fait un achat sur base du simple salaire social minimum sur une période déterminée, il ne peut pas ultérieurement procéder pour la même période à un deuxième achat sur base du double du salaire social minimum.

#### *4° Article 179 du Code de la sécurité sociale*

Il est renvoyé au commentaire de la modification proposée à l'article 4 du Code de la sécurité sociale.

#### *5° Article 180 du Code de la sécurité sociale*

- a) La loi du 27 juin 2016 concernant le soutien au développement durable des zones rurales a abrogé la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural (à l'exception de ses articles 9, 10 et 57), de sorte qu'il y a de remplacer le renvoi aux dispositions de l'ancienne loi modifiée du 18 avril 2008 abrogée par un renvoi aux dispositions équivalentes de la loi modifiée du 27 juin 2016 actuellement en vigueur.
- b) Il est renvoyé au commentaire de la modification proposée à l'article 4 du Code de la sécurité sociale.

#### *6° Article 186 du Code de la sécurité sociale*

La modification est proposée pour la même raison que celle exposée au point 1°, b) du présent article (article 171, alinéa 1<sup>er</sup>, point 19 du Code de la sécurité sociale).

#### *7° Article 195 du Code de la sécurité sociale*

La modification est proposée pour la même raison que celle exposée au point 1°, b) du présent article (article 171, alinéa 1<sup>er</sup>, point 19 du Code de la sécurité sociale).

#### *8° Article 206 du Code de la sécurité sociale*

L'article XVIII, point 2) de la loi modifiée du 27 juillet 1987 concernant l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie prévoyait que les pensions d'orphelin sont versées provisoirement sans limite d'âge au profit des descendants qui, par suite d'infirmités physiques ou intellectuelles, se trouvent hors d'état de gagner leur vie, à condition que l'infirmité ait été constatée avant l'âge de dix-huit ans. Le but recherché par le législateur lors de l'introduction de cet article était de ne pas laisser sans ressources les personnes handicapées en cas de décès d'un ou des deux parents et de leur permettre de pouvoir subvenir à leurs besoins.

Cet article a été abrogé par l'article 35 de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées, qui a précisé que ces dispositions continuent toutefois à s'appliquer aux personnes handicapées ayant droit à la pension d'orphelin avant l'entrée en vigueur de la loi.

La prédite loi modifiée du 27 juillet 1987 a également introduit l'actuel article 206, alinéa 2 dans le Code de la sécurité sociale, qui précise que la pension d'orphelin cesse en cas d'octroi d'une pension d'invalidité. Lors de l'introduction de cet article, il a été supposé qu'avec une très grande probabilité les personnes handicapées visées à l'article XVIII, point 2) ne pourraient jamais acquérir un stage de dix ans d'assurance pour pouvoir prétendre à une pension de vieillesse. Cela explique pourquoi le législateur n'a pas prévu la cessation de la pension d'orphelin en cas d'octroi d'une pension de vieillesse.

Or aujourd'hui, beaucoup de personnes handicapées, avec ou sans le statut de travailleur handicapé, exercent une activité professionnelle cotisable et peuvent faire valoir un droit à une pension de vieil-



lesse. Lorsqu'une personne handicapée bénéficie d'une pension de vieillesse, le cumul avec une pension d'orphelin n'est plus justifié. Ainsi il est proposé de préciser que la pension d'orphelin cesse en cas d'octroi d'une pension personnelle.

*9° Article 225bis du Code de la sécurité sociale*

Selon la définition légale actuelle, 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 en cotisations du régime général de pension. Le régime général de pension comprend d'une part la Caisse nationale d'assurance pension et d'autre part le Fonds de compensation. En application de la définition actuelle, lorsque l'écart de réévaluation de l'organisme de placement collectif du Fonds de compensation correspond à une moins-value, ce montant est comptabilisé dans les dépenses courantes du régime général de pension et influence ainsi la détermination de la prime de répartition.

Lorsque la prime de répartition pure dépasse les 24%, le système de financement connaît un problème d'ordre structurel auquel il faudra apporter des solutions. Le même article 225bis du Code de la sécurité sociale prévoit que si la prime de répartition pure de l'avant-dernière année précédant celle de la révision dépasse le taux de cotisation global visé à l'article 238 du Code de la sécurité sociale, le Gouvernement soumet à la Chambre des députés un rapport accompagné, le cas échéant, d'un projet de loi portant refixation du modérateur de réajustement à une valeur inférieure ou égale à 0,5 pour les années à partir de l'année précédant la révision. Afin de donner un sens au déclenchement de ce mécanisme, le résultat de la gestion de la réserve de compensation du Fonds de compensation est à ignorer, car dans un modèle de financement par répartition pure, le niveau de la réserve joue un rôle subalterne.

Pour cette raison, l'écart de réévaluation de l'organisme de placement collectif est à ignorer pour la détermination de la prime de répartition pure et l'article est à modifier afin que la prime de répartition pure soit déterminée exclusivement sur base des données de la Caisse nationale d'assurance pension.

*10° Article 228 du Code de la sécurité sociale*

L'article 228 du Code de la sécurité sociale fait référence à la veuve, au veuf et à l'ancien partenaire. La terminologie « *ancien partenaire* » équivaut en cas de mariage au conjoint divorcé et non à la veuve ou au veuf, dont l'équivalent en cas de partenariat est le partenaire survivant. Or, ici le législateur n'a pas voulu viser les anciens partenaires ou conjoints divorcés, mais les conjoints ou partenaires actuels des personnes décédées au moment de leur décès. La première modification proposée a donc comme but de modifier cette erreur terminologique et de remplacer « *ancien partenaire* » par « *partenaire survivant* ». La deuxième modification proposée a pour objet de remplacer les termes « *d'une veuve, d'un veuf* » par celui de « *conjoint survivant* », afin d'aligner la terminologie utilisée à l'article 228 à celle des autres articles du Code de la sécurité sociale.

*11° Article 241 du Code de la sécurité sociale*

Il est renvoyé au commentaire de l'article 1<sup>er</sup>, point 12, lettre a) du présent projet (modification de l'article 39 du Code de la sécurité sociale) : à l'exception de l'adaptation du salaire social minimum en fonction de l'âge de l'assuré, les autres réductions légalement prévues de l'assiette de cotisation sont toutes listées de manière exhaustive à l'article 241. Il est donc préférable de recourir à une formulation plus exacte de réduction de l'assiette cotisable pour cause d'âge de l'assuré.

*12° Article 252 du Code de la sécurité sociale*

Il est renvoyé au commentaire du nouvel article 46, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale (article 1<sup>er</sup>, point 13°, lettre a) du présent projet).

*13° Article 253 du Code de la sécurité sociale*

Il est renvoyé au commentaire du nouvel article 46, alinéa 7 du Code de la sécurité sociale (article 1<sup>er</sup>, point 13°, lettre b) du présent projet).

*14° Article 254 du Code de la sécurité sociale*

Il est renvoyé au commentaire de la modification de l'article 47 du Code de la sécurité sociale (article 1<sup>er</sup>, point 14° du présent projet).

15° Article 262 du Code de la sécurité sociale

Il est renvoyé au commentaire du nouvel article 46, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale (article 1<sup>er</sup>, point 13°, lettre a) du présent projet).

Article 4

1° Article 277 du Code de la sécurité sociale

Avant la réforme issue de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé de 2010, les prestations en nature liées à la maternité, dont les prestations des sages-femmes, étaient prévues à l'article 26 du Code de la sécurité sociale. Cet article a été abrogé par la loi du 17 décembre 2010, abrogation commentée comme suit (doc. parl. n° 6196) : « *L'actuel article 26 énumère les prestations en nature de maternité: les soins d'une sage-femme, l'assistance médicale, le séjour dans une maternité ou clinique, les fournitures pharmaceutiques et les produits diététiques pour nourrissons. Actuellement ces prestations sont prises en charge forfaitairement suivant les modalités fixées chaque année par règlement grand-ducal. Du fait de l'intégration du financement des prestations de maternité dans le financement normal par cotisations des soins de santé, les articles généraux 8 et 17 ont été adaptés et lesdites prestations de maternité sont incluses dans les prestations de soins de santé. La fixation par règlement grand-ducal d'un forfait d'accouchement annuel devient dès lors superfétatoire.* ».

Les prestations en nature liées à la maternité, dont les prestations des sages-femmes, ont ainsi été intégrées dans les soins de santé prévus à l'article 17 du Code de la sécurité sociale. Or, la dernière phrase de l'article 277, paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale dispose actuellement encore que « *Les consultations des sages-femmes seront prises en charge par l'Etat* ». Il y a lieu de supprimer cette phrase puisque depuis l'entrée en vigueur de la loi du 17 décembre 2010, le financement des prestations de maternité est intégré dans le régime normal de l'assurance maladie.

2° Article 280 du Code de la sécurité sociale

L'article 277, paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale prévoit, dans le cadre de l'allocation prénatale, que des consultations complémentaires peuvent être prestées par des sages-femmes, dont les modalités d'exécution sont précisées par règlement grand-ducal.

L'article 4, paragraphe 4 du règlement grand-ducal du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale dispose que « *Les consultations complémentaires à exécuter par la sage-femme dans le cadre du présent règlement sont au nombre de deux, dont la première a lieu au cours de la grossesse et la seconde au cours du post-partum.* ».

Cependant, la base légale de cet article 4, à savoir l'article 277, paragraphe 1<sup>er</sup> du Code de la sécurité sociale, ne concerne que la période prénatale, de sorte qu'actuellement la consultation complémentaire des sages-femmes exécutée en post-partum n'a pas de base légale. Il convient dès lors de compléter l'article 280 du Code de la sécurité sociale afin de créer une base légale pour la consultation complémentaire des sages-femmes exécutée en post-partum, base légale similaire à celle prévue à l'article 277 pour la consultation complémentaire des sages-femmes exécutée en cours de grossesse.

Par ailleurs, il est procédé au paragraphe 4 à une rectification du renvoi.

3° Article 316 du Code de la sécurité sociale

Il est renvoyé au commentaire de la modification de l'article 47 du Code de la sécurité sociale (article 1<sup>er</sup>, point 14° du présent projet).

4° Article 333 du Code de la sécurité sociale

- a) Il est renvoyé au commentaire du nouvel article 46, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale (article 1<sup>er</sup>, point 13°, lettre a) du présent projet).
- b) Il est renvoyé au commentaire du nouvel article 46, alinéa 7 du Code de la sécurité sociale (article 1<sup>er</sup>, point 13°, lettre b) du présent projet).

Article 5

1° Article 381 du Code de la sécurité sociale

- a) Il est renvoyé au commentaire du nouvel article 46, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale (article 1<sup>er</sup>, point 13°, lettre a) du présent projet).

b) L'article 381, alinéa 9 (nouvel alinéa 10 suite à la modification commentée au point a) ci-dessus) contient une erreur de renvoi qu'il convient de corriger. En effet, dans le nouvel alinéa 9 introduit dans le Code de la sécurité sociale par la loi du 9 août 2018 modifiant 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. la loi du 27 juin 2018 ayant pour objet l'organisation de l'Université du Luxembourg ; 3. la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité modifiant certaines dispositions du Code de la sécurité sociale, le législateur a voulu renvoyer, dans le cadre de la mise en œuvre des mesures nécessaires à la réalisation des objectifs fixés par le conseil d'administration dans le cadre de la planification triennale, à l'article 47, alinéa 6, qui dispose notamment que le président de la Caisse nationale de santé met en œuvre les mesures nécessaires à la réalisation des objectifs fixés par le conseil d'administration dans le cadre de la planification triennale, et non à l'article 47, alinéa 5, qui a trait aux litiges opposant les prestataires de soins à la Caisse nationale de santé.

#### *2° Article 382 du Code de la sécurité sociale*

Il est renvoyé au commentaire de la modification de l'article 47 du Code de la sécurité sociale (article 1<sup>er</sup>, point 14° du présent projet).

#### *3° Article 388bis du Code de la sécurité sociale*

La présente modification a pour objet d'assurer le parallélisme entre l'assurance maladie et l'assurance dépendance pour le cadre régissant les relations entre la Caisse nationale de santé et les prestataires du secteur extrahospitalier. Ainsi, il est précisé au livre V du Code de la sécurité sociale que les articles 61, alinéa 3, 68, 69 et 70 sont applicables, par ailleurs la précision que l'article 62 est applicable est transférée de l'alinéa 6 à l'alinéa 2 de l'article 388bis.

### *Article 6*

#### *1° Article 397 du Code de la sécurité sociale*

L'article 397, alinéa 3 dispose que « *le président [d'une institution de sécurité sociale] peut déléguer l'évacuation des affaires courantes et la représentation devant les juridictions de sécurité sociale et autres instances à un fonctionnaire de l'État ou fonctionnaire dirigeant y assimilé de l'institution de sécurité sociale* ». Ce libellé est issu de la loi du 9 août 2018 modifiant 1. Le Code de la sécurité sociale; 2. la loi du 27 juin 2018 ayant pour objet l'organisation de l'Université du Luxembourg ; 3. la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité modifiant certaines dispositions du Code de la sécurité sociale. Avant cette modification législative, l'article 397, alinéa 3 prévoyait que la délégation y visée pouvait également se faire à un employé dirigeant de l'institution de sécurité sociale.

Il est dès lors proposé de compléter l'inventaire des personnes pouvant bénéficier d'une délégation par un « *employé assimilé aux employés de l'État* », conformément à l'ancien texte mais avec la nouvelle terminologie issue de la loi du 9 août 2018, afin de permettre aux présidents des institutions de sécurité sociale de déléguer l'évacuation des affaires courantes et la représentation devant les juridictions de sécurité sociale et autres instances également à des employés assimilés aux employés de l'État, ce qui peut s'avérer nécessaire notamment lorsqu'ils ne disposent pas de suffisamment de fonctionnaires assimilés aux fonctionnaires de l'État présentant le profil souhaité. Dans cette même approche, le terme « *dirigeant* » est supprimé, alors que face au développement du contentieux, les institutions de sécurité sociale doivent disposer de suffisamment d'agents pour les représenter devant les tribunaux, de sorte qu'elles ne sauraient avoir recours uniquement à des agents dirigeants, terme devenu d'ailleurs désuet compte tenu du fait que les institutions de sécurité sociale disposent aujourd'hui de services juridiques au sein desquels n'importe quel juriste doit pouvoir aller plaider les affaires devant les juridictions sociales, peu importe qu'il dirige le service ou non.

#### *2° Article 404 du Code de la sécurité sociale*

L'alinéa 3 est adapté pour tenir compte de la modification de la terminologie du personnel des institutions de sécurité sociale faite par l'article 1<sup>er</sup>, point 47° de la loi du 9 août 2018 modifiant 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. la loi du 27 juin 2018 ayant pour objet l'organisation de l'Université du Luxembourg ; 3. la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité à l'article 404, alinéas 1<sup>er</sup> et 2 du Code de la sécurité sociale.

### 3° Article 410 du Code de la sécurité sociale

L'organisation de l'assurance sociale en droit de la sécurité sociale se caractérise par une décentralisation administrative par services, le législateur ayant fait le choix de conférer la gestion du risque social respectif à une institution de sécurité sociale et de créer des établissements publics dotés de la personnalité civile. Le choix de donner à ces institutions la forme d'établissements publics se justifie par l'autonomie conférée aux partenaires sociaux dans la gestion du risque social concerné et par l'impossibilité de gérer la sécurité sociale par la comptabilité publique centrale.

L'autonomie dont jouissent les institutions de sécurité sociale est toutefois limitée par le cadre fixé dans le respect de l'article 108*bis* de la Constitution. Ainsi, les institutions de sécurité sociale énumérées à l'article 396 du Code de la sécurité sociale sont soumises au contrôle tutélaire du Gouvernement, exercé par l'Inspection générale de la sécurité sociale pour le ministre de la Sécurité sociale.

La surveillance de l'Etat sur les institutions de sécurité sociale consiste en une tutelle financière et administrative et s'exerce au moyen de diverses mesures de tutelle, dont celle de la suspension, suivie de l'annulation.

Selon l'article 409, alinéa 2 du Code 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* ».

Il est précisé à l'article 410 du Code de la sécurité sociale : « *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.*

*Les motifs de la suspension sont communiqués au président de l'institution concernée dans les cinq jours de la suspension; celui-ci peut, le cas échéant, présenter des observations endéans la quinzaine. Si l'annulation de la décision par le ministre n'intervient pas dans les quarante jours à partir de la communication au président, la suspension est levée ».*

La surveillance de l'Etat sur les organismes de sécurité sociale est inscrite dans le droit de la sécurité sociale depuis la loi du 17 décembre 1925, concernant le Code des assurances sociales. Dès la loi du 24 avril 1954 ayant eu pour objet de rétablir le Code des assurances sociales après la deuxième guerre mondiale, la surveillance des caisses est exercée par une inspection, à l'époque l'Inspection des institutions sociales, sous le contrôle du ministre de Travail et de la Sécurité sociale pour le Gouvernement. En 1974, est créée l'Inspection générale de la sécurité sociale par la loi du 25 avril 1974 qui devient l'autorité de surveillance dont une mission est celle de veiller à l'observation des prescriptions légales et statutaires. A l'époque, en cas d'illégalité, des peines disciplinaires pouvaient être décidées à l'encontre des membres des organes des caisses de maladie.

Au moment de la réforme législative du 27 juillet 1992, les organismes d'assurances sociales deviennent des établissements publics, profitant d'une plus large autonomie sous la tutelle du Gouvernement confiée à l'Inspection générale de la sécurité sociale pour le compte du ministre de la Sécurité sociale. Souhaitant se défaire d'un système basé avant 1992 sur un pouvoir disciplinaire exercé à l'encontre des membres des organes de l'organisme concerné pour mettre en place un système de contrôle de la légalité des actes, le législateur s'est inspiré de la tutelle administrative générale de suspension et d'annulation en place au niveau communal.

L'Inspection générale de la sécurité sociale se voit confier le contrôle de la légalité et le pouvoir de suspendre toute décision d'un organisme de sécurité sociale contraire au cadre normatif. Si, après consultation de l'organisme concerné, les motifs de la suspension révélant une contrariété aux lois, règlements, conventions ou statuts en vigueur sont confirmés, la suspension est suivie d'une annulation par le ministre de la Sécurité sociale. En regroupant, par la loi du 13 mai 2008 (loi portant introduction d'un statut unique), les articles relatifs à la surveillance étatique dans les articles 409 et 410 du Code de la sécurité sociale, le législateur n'a pas remis en cause cette mesure de tutelle.

Comme en matière de tutelle communale, en droit de la sécurité sociale, la suspension, et l'annulation qui s'en suit, est une mesure de tutelle administrative générale. La tutelle est le corolaire de l'autonomie confiée aux établissements publics, lesquels sont soumis à la surveillance étatique par la Constitution, de même que les autorités communales. Il s'agit d'une mesure de tutelle facultative. Ce qualificatif de facultatif dans l'exercice de la mesure de tutelle générale s'explique pour des raisons de nécessité administrative, l'Inspection générale de la sécurité sociale ne pouvant pas être tenue de contrôler toute décision de toute institution de sécurité sociale. Les documents parlementaires à l'ori-

gine des articles 103 et 104 de l'actuelle loi communale modifiée du 13 décembre 1988 précisent d'ailleurs que « *Le caractère facultatif de la tutelle d'annulation apparaît comme le corollaire de son caractère de généralité. Pour des raisons évidentes de nécessité administrative, le législateur ne peut obliger le Grand-Duc à statuer sur la régularité et la conformité à l'intérêt général de tous les actes émanant des autorités communales.* » (Documents parlementaires no 2675).

L'Inspection générale de la sécurité sociale est dès lors investie d'un pouvoir de tutelle générale qui lui permet d'examiner la légalité des décisions des institutions de sécurité sociale, sans pouvoir être obligée de statuer sur la régularité de toute décision prise par toute institution de sécurité sociale.

Néanmoins, il existe une différence de taille entre la mesure de tutelle sur les institutions de sécurité sociale et la tutelle communale. En droit communal, deux autorités distinctes se voient confier un pouvoir distinct. D'une part, l'article 103 de la loi communale modifiée précitée confie au Grand-Duc le pouvoir d'annuler directement une décision d'une autorité communale illégale ou contraire à l'intérêt général. D'autre part, l'article 104 de la même loi donne au ministre de l'Intérieur le pouvoir de suspendre l'exécution de l'acte par lequel une autorité communale viole la loi ou lèse l'intérêt général. L'acte de suspension doit être suivi d'un acte d'annulation du Grand-Duc.

A la différence de la loi communale actuellement en vigueur, en droit de la sécurité sociale, la suspension est un préalable nécessaire de l'annulation. L'initiative et l'exercice du contrôle tutélaire appartiennent à l'Inspection générale de la sécurité sociale. La suspension et l'annulation sont liées, le ministre de la Sécurité sociale ne pouvant pas annuler une décision prise par une institution de sécurité sociale, contraire aux lois, règlements, conventions et statuts, sans suspension préalable de l'Inspection générale de la sécurité sociale. L'initiative de suspendre une décision illégale relève des pouvoirs de l'Inspection générale de la sécurité sociale. Ce n'est que si la décision est suspendue et que les motifs d'illégalité sont confirmés que le ministre de la Sécurité sociale l'annule pour des motifs liés à l'illégalité de la décision et non pour des considérations d'opportunité. Par l'annulation, la décision illégale disparaît du paysage juridique comme si elle n'avait jamais existé et aucun doute quant à son applicabilité ne peut subsister.

Ainsi, il est proposé de modifier l'article 410 du Code de la sécurité sociale en vue de préciser les textes de la tutelle en matière de sécurité sociale sur ce point. Le principe de la mesure de tutelle administrative générale fixé à l'alinéa 1<sup>er</sup> reste inchangé. L'alinéa 2 qui détermine la procédure à suivre pour l'exercice de la mesure de tutelle est modifié afin de clarifier le lien nécessaire entre la suspension et l'annulation.

#### *4° Article 413 du Code de la sécurité sociale*

A l'alinéa 1<sup>er</sup>, point 4) il est procédé à une rectification d'un oubli dans l'énumération.

#### *5° Article 414 du Code de la sécurité sociale*

- a) Il est procédé à une adaptation formelle de terminologie.
- b) Il est renvoyé au commentaire du nouvel article 46, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale (article 1<sup>er</sup>, point 13°, lettre a) du présent projet).

#### *6° Article 416 du Code de la sécurité sociale*

Il est renvoyé au commentaire de la modification de l'article 47 du Code de la sécurité sociale (article 1<sup>er</sup>, point 14° du présent projet).

#### *7° Article 421 du Code de la sécurité sociale*

Il y a lieu de remplacer le renvoi à l'ancienne loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, abrogée, par un renvoi à la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

#### *8° Article 426 du Code de la sécurité sociale*

L'article 426, alinéa 4 est né de considérations politiques concernant le besoin ressenti de certains employeurs de maintenir une protection accrue des salariés rémunérés au-dessus du septuple du salaire social minimum. Cette protection accrue était obtenue en permettant à l'employeur de déclarer en bloc la somme des revenus des personnes concernées afin que les revenus individuels de ces personnes ne soient pas connus et identifiables, de manière à ce que le Centre commun de la sécurité sociale ne

dispose pas des salaires détaillés. Un tel traitement n'est plus justifié. En effet, la nouvelle réglementation européenne et la législation luxembourgeoise en matière de protection des données personnelles prévoient une protection renforcée qui est adéquate indépendamment du niveau du salaire. Cette réglementation a en outre conduit à la mise en place d'une panoplie d'outils et de procédures qui renforcent les voies et moyens de toute personne concernée qui se sentirait lésée par l'un ou l'autre responsable de traitement de ses données personnelles, que ce soit une administration publique ou un service de la gestion des ressources humaines auprès de l'employeur de la personne concernée (droit d'être informé, mise en place d'un registre de traitement, existence d'un délégué à la protection des données ou encore procédure de notification d'un « data leak »). En outre, le nombre d'employeurs ayant eu recours à cette procédure dite des « déclarations XXL » prévue à l'alinéa 4 a fortement diminué à partir de 2012. Actuellement, aucun employeur satisfaisant aux conditions prévues à l'article 426, alinéa 4 n'utilise cette procédure, de sorte que ce traitement est tombé en désuétude et peut être aboli. Le conseil d'administration du Centre commun de la sécurité sociale, dans sa séance du 26 septembre 2019, a donc décidé de proposer l'abolition de la procédure de déclaration spécifique actuellement prévue à l'article 426, alinéa 4, étant précisé que les représentants des employeurs se sont abstenus du vote.

*9° Article 440 du Code de la sécurité sociale*

Il est renvoyé au commentaire de l'article 2, point 7° du présent projet modifiant l'article 127 du Code de la sécurité sociale.

*10° Article 459 du Code de la sécurité sociale*

La modification s'explique par le fait qu'il est sans aucun intérêt pratique pour l'employeur de recevoir de la part de la Caisse nationale d'assurance pension communication des décisions de rejet de la pension d'invalidité demandée par un salarié. Il est tout à fait logique de lui communiquer les décisions qui accordent la pension d'invalidité à un salarié, puisque le contrat de travail de ce dernier prend fin avec l'octroi d'une pension d'invalidité. Or, comme le refus d'une pension d'invalidité n'a aucun effet sur le contrat de travail du salarié, une communication de ce refus à l'employeur n'est pas justifiée.

En outre, la modification proposée s'impose d'un point de vue protection des données. En effet, la demande d'une pension d'invalidité est une information se rapportant à une personne physique identifiée et est donc une donnée à caractère personnel. Il n'est pas possible de communiquer le refus de la pension d'invalidité à l'employeur alors que cette décision n'a aucun effet pour lui.

Par ailleurs il est procédé à la suppression du renvoi à la loi du 25 juillet 2002, laquelle est abrogée et l'attribution de la nouvelle prestation de l'indemnité professionnelle d'attente relève depuis 2015 des attributions de la Commission mixte conformément aux dispositions du Code du travail.

*Article 7*

Etant donné que par la loi du 23 décembre 1994 modifiant les articles 13 et 14 de la loi modifiée du 12 mars 1973 portant réforme du salaire social minimum, le salaire social minimum de référence a été fixé au même niveau que le salaire social minimum d'un travailleur non qualifié et que donc l'équivalence entre ces deux notions a été consacrée légalement, il y a lieu de se référer dans le Code de la sécurité sociale exclusivement au salaire social minimum.

*Article 8*

*Article L. 234-52 du Code du travail*

L'article L. 234-53 du Code du travail dispose que l'absence du bénéficiaire lors d'un congé pour raisons familiales est justifiée moyennant un certificat médical attestant la maladie, l'accident ou d'autres raisons impérieuses de santé de l'enfant, la nécessité de la présence du bénéficiaire et la durée de celle-ci. L'article L. 234-52, alinéa 5 du Code du travail prévoit actuellement que la durée du congé pour raisons familiales peut être prorogée, sur avis conforme du Contrôle médical de la sécurité sociale, pour les enfants atteints d'une maladie ou d'une déficience d'une gravité exceptionnelle, à définir par règlement grand-ducal. L'article L. 234-54, paragraphe 1<sup>er</sup> dispose en sa première phrase que la période du congé pour raisons familiales est assimilée à une période d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident.

L'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale ne porte pas sur l'état de santé du bénéficiaire du congé pour raisons familiales, de sorte qu'il n'y a pas de contrôle d'une incapacité de travail au sens propre du terme, le Contrôle médical de la sécurité sociale ne contrôlant par ailleurs pas l'état de santé

de l'enfant donnant droit au congé pour raisons familiales dans le chef de ses parents. L'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, formalité purement administrative, est partant supprimée du texte, alors que si l'absence du bénéficiaire lors d'un congé pour raisons familiales est justifiée moyennant un certificat médical attestant la maladie, l'accident ou d'autres raisons impérieuses de santé de l'enfant, la nécessité de la présence du bénéficiaire et la durée de celle-ci, la durée du congé pour raisons familiales doit pouvoir être prorogée de la même manière, le fait que le médecin traitant certifie que l'état de santé de l'enfant nécessite toujours la présence d'un de ses parents étant suffisant.

#### *Article 9*

*Article 5 de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale*

Le Contrôle médical de la sécurité sociale nécessitant des médecins-dentistes, il y a lieu de compléter le cadre de son personnel en ce sens.

#### *Article 10*

*1° Article 1<sup>er</sup> de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension*

La loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État, ainsi que la loi du 7 août 1912 concernant la création d'une Caisse de prévoyance pour les fonctionnaires et employés des communes et des établissements publics placés sous la surveillance des communes ont été abrogées à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015 par la loi du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois. Le contenu de l'arrêté grand-ducal modifié du 27 août 1957 approuvant le règlement sur la pension des agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois a été repris dans la loi précitée du 25 mars 2015. La modification proposée n'est donc qu'une mise à jour ayant pour but de remplacer dans l'article en question la référence aux lois abrogées et à l'arrêté de 1957 par celle à la loi actuellement en vigueur. À noter que le libellé actuel de l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 2 contient deux erreurs matérielles dans la mesure où il ne s'agit pas de la loi du 16 août 1912, mais du 7 août 1912 concernant la création d'une Caisse de prévoyance pour les fonctionnaires et employés des communes et des établissements publics placés sous la surveillance des communes et qu'il ne s'agit pas de l'arrêté grand-ducal modifié par la loi du 27 août 1957, mais de l'arrêté grand-ducal modifié du 27 août 1957 approuvant le règlement sur la pension des agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

*2° Article 2 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension*

La loi du 25 juillet 2018 portant création du Centre de gestion du personnel et de l'organisation de l'État a créé le Centre de gestion du personnel et de l'organisation de l'État qui remplace l'Administration du personnel de l'État. L'article 5 de ladite loi précise que toute référence à l'Administration du personnel de l'État s'entend comme référence au Centre de gestion du personnel et de l'organisation de l'État. La modification visant à remplacer « *Administration du personnel de l'État* » par « *Centre de gestion du personnel et de l'organisation de l'État* » est une simple mise à jour terminologique.

La loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État, ainsi que la loi du 7 août 1912 concernant la création d'une Caisse de prévoyance pour les fonctionnaires et employés des communes et des établissements publics placés sous la surveillance des communes ont été abrogées à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015 par la loi modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois. Alors qu'avant cette loi précitée du 25 mars 2015 plusieurs régimes spéciaux transitoires existaient, la loi précitée introduit un seul régime spécial transitoire commun. Ainsi, la modification est proposée pour permettre une mise à jour terminologique et faire disparaître toute référence à une pluralité de régimes spéciaux transitoires.

*3° Titre du Chapitre II de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension*

La modification est proposée pour la même raison que celle exposée au commentaire de l'article 10, point 2° (modification de l'article 2 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination

des régimes légaux de pension) du présent projet et est nécessaire du fait qu'il n'existe plus qu'un seul régime spécial transitoire commun.

*4° Article 3 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension*

La modification est proposée pour la même raison que celle exposée au commentaire de l'article 10, point 2° (modification de l'article 2 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension) du présent projet et est nécessaire du fait qu'il n'existe plus qu'un seul régime spécial transitoire commun.

*5° Article 4 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension*

La modification proposée n'est qu'une mise à jour ayant pour but de remplacer dans l'article les références à la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État qui a été abrogée par la loi du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

En ce qui concerne le remplacement des termes « *d'un régime spécial transitoire* » par « *du régime spécial transitoire* », la modification est proposée pour la même raison que celle exposée au commentaire de l'article 10, point 2° (modification de l'article 2 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension) du présent projet.

*6° Article 5 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension*

La modification est proposée pour les mêmes raisons que celles exposées au commentaire de l'article 10, point 2° (modification de l'article 2 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension) du présent projet, nécessaire du fait qu'il n'existe plus qu'un seul régime spécial transitoire commun et au commentaire de l'article 10, point 5° (modification de l'article 4 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension).

*7° Article 7 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension*

La modification est proposée afin de clarifier le texte de l'article et de le rendre plus cohérent. L'article prévoit en effet que pour apprécier les conditions d'ouverture du droit à pension, il faut prendre en compte les périodes comptant pour le calcul au lieu de prévoir qu'il faut prendre en compte les périodes comptant pour l'ouverture du droit, c'est-à-dire les périodes comptant pour le stage.

Pour apprécier les conditions d'ouverture du droit, il découle de source qu'il faut prendre en compte les périodes comptant pour l'ouverture du droit et non celles comptant pour le calcul. Les périodes comptant pour l'ouverture du droit sont d'ailleurs toujours plus importantes que celles prises en compte pour le calcul de la pension de sorte que cette modification n'implique aucun désavantage pour l'assuré.

*8° Article 9 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension*

La modification est proposée pour la même raison que celle exposée au commentaire de l'article 10, point 2° (modification de l'article 2 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension) du présent projet et est nécessaire du fait qu'il n'existe plus qu'un seul régime spécial transitoire commun.

*9° Article 9bis de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension*

La modification est proposée pour la même raison que celle exposée au commentaire de l'article 10, point 2° (modification de l'article 2 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension) du présent projet et est nécessaire du fait qu'il n'existe plus qu'un seul régime spécial transitoire commun.



*10° Article 10 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension*

La modification est proposée pour la même raison que celle exposée au commentaire de l'article 10, point 2° (modification de l'article 2 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension) du présent projet et est nécessaire du fait qu'il n'existe plus qu'un seul régime spécial transitoire commun.

*11° Article 12 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension*

La modification est proposée pour la même raison que celle exposée au commentaire de l'article 10, point 5° (modification de l'article 4 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension), la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État ayant été abrogée par la loi du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

*12° Nouvel article 13 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension*

La modification proposée a pour but de combler un vide juridique auquel est confronté le bénéficiaire d'une pension relevant du régime spécial transitoire qui exerce une activité professionnelle relevant du régime général.

À noter qu'en principe, l'échéance du risque dans le régime spécial transitoire suppose la mise à la pension du fonctionnaire, mais que l'introduction de la pension progressive et l'application libérale des dispositions légales permettent au fonctionnaire de continuer à exercer une activité professionnelle notamment dans le régime général. Le vide juridique entraîné par cette situation rend la modification proposée indispensable.

Il y a bien des règles spécifiques lorsque le bénéficiaire d'une pension exerce une activité professionnelle qui relève du même régime de pension. Ainsi, une pension relevant du régime spécial transitoire est recalculée au moment de la cessation de l'activité professionnelle du bénéficiaire et une pension du régime général est recalculée au moment des soixante-cinq ans du bénéficiaire.

Au contraire, il n'existe pas de règles lorsque le bénéficiaire d'une pension exerce une activité professionnelle relevant d'un autre régime. La modification proposée poursuit donc le but de remédier à cette absence en fixant le point de départ du droit à des prestations de pension du régime général basées sur des cotisations payées par un bénéficiaire d'une pension relevant du régime spécial transitoire qui exerce une activité professionnelle relevant du régime général.

L'ajout de ce nouvel article 13 a pour conséquence que le bénéficiaire d'une pension relevant du régime spécial transitoire se voit appliquer les règles du régime général lorsqu'il exerce une activité professionnelle relevant de ce régime en prévoyant que la part de pension relevant du régime général ne prend cours qu'à l'âge de soixante-cinq ans. L'idée est donc d'appliquer au point de départ les règles applicables au régime de pension duquel relève l'activité professionnelle exercée par le bénéficiaire de pension.

À priori, une autre possibilité aurait pu être envisagée, à savoir l'attribution d'une pension du régime général dès réalisation des conditions d'octroi dans ce régime en tenant compte de la totalisation des périodes. Cette possibilité n'a pas été retenue puisqu'elle aurait créé une deuxième échéance du risque et qu'elle aurait mené à un traitement plus favorable du bénéficiaire d'une pension relevant du régime spécial transitoire par rapport au bénéficiaire d'une pension relevant du régime général.

*13° Article 14 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension*

La modification est proposée pour la même raison que celle exposée au commentaire de l'article 10, point 5° (modification de l'article 4 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension), la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État ayant été abrogée par la loi du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

*14° Article 19 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension*

Les modifications proposées ont le même objectif que celui exposé au commentaire du nouvel article 13 (cf. article 10, point 12° ci-dessus), à savoir combler un vide juridique, avec la différence que cet article vise la coordination du régime général et des régimes spéciaux et non comme au nouvel article 13 proposé, la coordination du régime général et du régime spécial transitoire.

Avant l'échéance du risque, la coordination entre le régime général et le régime spécial de pension se fait sur base d'une carrière d'assurance unique. Si le bénéficiaire d'une pension exerce après l'échéance du risque une activité professionnelle relevant du même régime, il y a des règles spécifiques applicables pour déterminer à quel moment l'organisme compétent doit procéder au recalcul de la pension. Or, si le bénéficiaire d'une pension exerce après l'échéance du risque une activité professionnelle relevant d'un autre régime de pension, tant le Code de la sécurité sociale pour le régime général, que la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de Fer luxembourgeois pour les régimes spéciaux restent muet sur la prise en compte de revenus cotisables d'un régime spécial obtenus parallèlement au bénéfice d'une pension relevant du régime général et vice-versa.

Pour combler ce vide juridique, il est proposé de procéder au moment de la cessation de l'activité professionnelle au recalcul de la pension conformément aux règles du régime spécial dans l'hypothèse où le bénéficiaire d'une pension relevant du régime général exerce une activité professionnelle relevant d'un régime spécial et à l'âge de 65 ans conformément aux règles du régime général dans l'hypothèse où le bénéficiaire d'une pension relevant d'un régime spécial exerce une activité professionnelle relevant du régime général.

Les règles proposées ont l'avantage d'éviter tout changement de compétence de l'organisme calculant les pensions, d'éviter l'apparition d'une deuxième échéance de risque et d'éviter un calcul complet avec changement de paramètres dans le régime de l'activité exercée par le bénéficiaire de pension.

*15° Article 20 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension*

La modification est proposée pour la même raison que celle exposée au commentaire de l'article 10, point 2° (modification de l'article 2 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension) du présent projet et est nécessaire du fait qu'il n'existe plus qu'un seul régime spécial transitoire commun.

*16° Article 26 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension*

La modification est proposée pour la même raison que celle exposée au commentaire de l'article 10, point 2° (modification de l'article 2 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension) du présent projet et est nécessaire du fait qu'il n'existe plus qu'un seul régime spécial transitoire commun.

*17° Nouvel article 26bis de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension*

L'article 441 du Code de la sécurité sociale prévoit déjà la compensation des créances réciproques entre les institutions de sécurité sociale. L'introduction de ce nouvel article a pour objectif d'étendre cette possibilité pour permettre la compensation des créances réciproques entre les organismes qui interviennent dans le champ d'application de la loi modifiée du 28 juillet 2000. La modification est donc proposée afin de rendre plus facile l'extinction de créances réciproques entre les organismes concernés.

## TEXTE COORDONNE

### CODE DE LA SECURITE SOCIALE

#### Livre I<sup>er</sup> – Assurance maladie-maternité

#### Chapitre I. – Etendue de l'assurance

##### *Assurance obligatoire*

**Art. 1<sup>er</sup>.** Sont assurés obligatoirement conformément aux dispositions qui suivent:

- 1) les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg contre rémunération une activité professionnelle pour le compte d'autrui;
- 2) les apprentis bénéficiant au Grand-Duché de Luxembourg d'une formation professionnelle indemnisée;
- 3) les gens de mer occupés sur un navire battant pavillon luxembourgeois et qui, soit possèdent la nationalité luxembourgeoise ou celle d'un pays avec lequel le Luxembourg est lié par un instrument bi- ou multilatéral de sécurité sociale, soit résident au Grand-Duché de Luxembourg;
- 4) les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg pour leur propre compte une activité professionnelle ressortissant de la chambre des métiers, de la chambre de commerce ou de la chambre d'agriculture ou une activité professionnelle ayant un caractère principalement intellectuel et non commercial.

Sont assimilés à ces personnes:

- les associés de sociétés en nom collectif, de sociétés en commandite simple ou de sociétés à responsabilité limitée ayant pour objet une telle activité qui détiennent plus de vingt-cinq pour cent des parts sociales,
- les administrateurs, commandités ou mandataires de sociétés anonymes, de sociétés en commandite par actions ou de sociétés coopératives ayant pour objet une telle activité qui sont délégués à la gestion journalière,

à condition qu'il s'agisse de personnes sur lesquelles repose l'autorisation d'établissement délivrée conformément à la loi du 2 septembre 2011 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales;

- 5) le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats et, pour les activités ressortissant de la Chambre d'agriculture, les parents et alliés en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré inclusivement d'un assuré au titre du numéro 4), première phrase pourvu que le conjoint, le partenaire, le parent ou allié soit âgé de dix-huit ans au moins et prête à cet assuré des services nécessaires dans une mesure telle que ces services peuvent être considérés comme activité principale;
- 6) les membres d'associations religieuses et les personnes pouvant leur être assimilée exerçant au Grand-Duché de Luxembourg une activité dans l'intérêt des malades et de l'utilité générale;
- 7) les personnes visées par la loi du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement de même que celles visées par la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix dans le cadre d'organisations internationales;
- 8) les bénéficiaires d'une pension personnelle ou d'une pension de survie en vertu du livre III du présent code ou de la législation et réglementation sur les pensions d'un régime spécial transitoire luxembourgeois, lorsqu'ils résident au Grand-Duché de Luxembourg;
- 9) les bénéficiaires d'une ou de plusieurs rentes personnelles pour une réduction de la capacité de travail de cinquante pour cent au moins ainsi que d'une rente de survie en vertu de la législation concernant les dommages de guerre, à condition qu'ils résident au Grand-Duché de Luxembourg et qu'ils ne soient pas affiliés obligatoirement à un autre titre;
- 10) les personnes bénéficiant d'un revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisation au titre de la législation luxembourgeoise sur l'assurance maladie est prévue;

- 11) les bénéficiaires ~~d'un complément~~ **d'une allocation** au titre de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti **28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale** ;
- 12) les membres de la chambre des députés et les représentants luxembourgeois à l'assemblée des communautés européennes pendant la durée de leur mandat, à condition qu'ils ne soient pas assurés obligatoirement à un autre titre;
- 13) les enfants âgés de moins de dix-huit ans résidant au Grand-Duché de Luxembourg qui ne sont pas assurés à un autre titre et qui ne bénéficient pas d'une protection en vertu de l'article 7;
- 14) les personnes âgées de plus de dix-huit ans poursuivant au Grand-Duché de Luxembourg des études ou une formation professionnelle non indemnisée au titre d'un apprentissage, qui ne sont pas assurées à un autre titre et qui ne bénéficient pas d'une protection en vertu de l'article 7;
- 15) les personnes résidant au Grand-Duché de Luxembourg qui par suite d'infirmité physique ou intellectuelle se trouvent hors d'état de gagner leur vie, qui ne sont pas assurées à un autre titre et qui ne bénéficient pas d'une protection en vertu de l'article 7;
- 16) les volontaires de l'armée au sens de la loi du 2 août 1997 portant réorganisation de l'armée et modification de la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix (OMP) dans le cadre d'organisations internationales, les personnes participant, sous l'égide d'organisations internationales, comme observateurs aux missions officielles d'observation aux élections à l'étranger, ainsi que celles remplissant la mission d'observateur prévue par la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration et ses règlements d'exécution et qui assistent à l'exécution d'une mesure d'éloignement;
- 17) les jeunes qui exercent un service volontaire conformément à la loi du 31 octobre 2007 sur le service volontaire des jeunes;
- 18) aux salariés handicapés occupés dans les ateliers protégés et aux personnes bénéficiant d'un revenu pour personnes gravement handicapées au sens de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées;
- 19) les sportifs d'élite qui participent à des activités d'élite dans le cadre de la loi du 3 août concernant le sport;
- 20) les bénéficiaires d'une rente partielle ou complète, d'une rente professionnelle d'attente ou d'une rente de survie en vertu du livre II du présent code du chef d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée après le 31 décembre 2010;
- 21) les jeunes au pair séjournant dans une famille d'accueil conformément à la loi du 18 février 2013 sur les jeunes au pair.

L'assurance peut être étendue suivant des conditions et modalités à déterminer par règlement grand-ducal aux personnes poursuivant des mesures d'insertion ou de réinsertion professionnelles.

Sont assurées obligatoirement dans les conditions applicables aux personnes visées au numéro 1) de l'alinéa 1 du présent article les personnes exerçant au Grand-Duché de Luxembourg une activité professionnelle rémunérée pour un tiers sans être établies légalement à leur propre compte ou celles effectuant un stage rémunéré ou non sans être assurées au titre de l'article 91.

#### *Assurance volontaire*

**Art. 2.** La personne qui est âgée de dix-huit ans au moins, qui réside au Grand-Duché de Luxembourg et qui perd la qualité d'assuré obligatoire ou la protection en qualité de membre de famille au sens de l'article 7 après en avoir bénéficié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la perte de cette qualité **et qui ne peut bénéficier autrement d'une protection en matière d'assurance maladie**, peut demander à continuer son assurance. La condition de continuité ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours. La demande doit être présentée au Centre commun de la sécurité sociale sous peine de forclusion dans un délai de trois mois suivant la perte de l'affiliation.

Les personnes résidant au Grand-Duché de Luxembourg qui ne peuvent bénéficier autrement d'une protection en matière d'assurance maladie ont la faculté de s'assurer volontairement. Le droit aux prestations n'est ouvert qu'après un stage d'assurance de trois mois à partir de la présentation de la demande au Centre commun de la sécurité sociale.

Dans les conditions prévues à l'alinéa 2, l'État procède à l'affiliation des personnes occupées auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger, pour autant que ces personnes ne sont pas soumises à un autre titre à un régime d'assurance maladie.

Les conditions et modalités de l'assurance continuée et de l'assurance facultative peuvent être précisées par règlement grand-ducal.

#### *Exemption et dispense de l'assurance*

**Art. 4.** Sont dispensées de l'assurance obligatoire les personnes qui exercent leur activité professionnelle uniquement d'une façon occasionnelle et non habituelle et ce pour une durée déterminée à l'avance qui ne doit pas dépasser trois mois par année de calendrier.

Ne sont en outre pas assujetties à l'assurance en vertu de la présente loi, les personnes soumises à un régime d'assurance maladie en raison de leur activité au service d'un organisme international ou en vertu d'une pension leur accordée à ce titre.

L'occupation d'élèves et d'étudiants pendant leurs vacances scolaires ne donne pas lieu à affiliation.

Sur demande de l'intéressé, l'activité exercée à titre accessoire dans le domaine culturel ou sportif au service d'une association ne poursuivant pas de but lucratif est dispensée de l'assurance, si le revenu professionnel en retiré ne dépasse pas deux tiers du salaire social minimum par an. **Si cette activité ne couvre pas une année civile entière, le revenu professionnel annuel est calculé en fonction de la période d'activité effective.**

**Art. 5.** Est dispensé sur sa demande le conjoint ou le partenaire visé à l'article 1<sup>er</sup>, sous 5) excepté celui d'un assuré ou d'un aidant agricole. La demande comporte l'application des articles 88, alinéa 1 et 180, alinéa 1.

Sont dispensées de l'assurance les personnes visées à l'article 1<sup>er</sup>, sous 4), si le revenu professionnel retiré de l'activité autre qu'agricole exercée à titre principal ou accessoire ne dépasse pas un tiers du salaire social minimum par an ou si elles exercent l'activité dans une exploitation agricole dont la dimension économique n'atteint pas le seuil fixé en application de ~~l'article 2, paragraphes (8) et (9) de la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural~~ **l'article 2, paragraphes 3, 5 et 8 de la loi modifiée du 27 juin 2016 concernant le soutien au développement durable des zones rurales. Si l'activité ne couvre pas une année civile entière, le revenu professionnel annuel est calculé en fonction de la période d'activité effective.**

Toutefois, les personnes visées à l'alinéa qui précède sont admises à l'assurance obligatoire à leur demande. Si le revenu professionnel d'un ou de plusieurs exercices passe en dessous du seuil, l'assurance obligatoire est maintenue, à moins que l'assuré n'invoque expressément la dispense. La demande comporte l'application des articles 88, alinéa 3 et 180, alinéa 3.

Ne sont pas admises à l'assurance au titre de l'article 1<sup>er</sup>, numéro 1) les personnes qui exercent une activité professionnelle pour le compte du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats qui assume une activité assurée en vertu de l'article 1er, numéro 4), première phrase. Il en est de même des parents ou alliés visés à l'article 1<sup>er</sup>, numéro 5).

## **Chapitre II. – Objet de l'assurance**

(...)

### *Indemnité pécuniaire de maladie*

**Art. 9.** En cas d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, la perte de revenu professionnel est compensée par l'attribution d'une indemnité pécuniaire de maladie.

L'indemnité pécuniaire de maladie est due pendant les périodes de reprise progressive du travail accordée en vertu de l'article 14bis.

L'indemnité pécuniaire de maladie est due pareillement pendant les périodes de congé pour raisons familiales, déterminées par référence à l'article ~~L. 234-51~~ **L. 234-52** du Code du travail.

L'indemnité pécuniaire de maladie est encore due pendant les périodes déterminées par référence à l'article L. 234-66 du Code du travail.

**Art. 12.** Pour les non-salariés, l'indemnité pécuniaire est calculée sur la base du revenu professionnel défini aux articles 35 et 36 relatif aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail et respectant les limites définies à l'article 39. Si la période indemnisée est inférieure à un mois, chaque jour est compté uniformément pour un trentième du mois. Toute modification du revenu professionnel implique le recalcul de l'indemnité pécuniaire.

L'indemnité pécuniaire ne peut dépasser le quintuple du salaire social minimum de référence.

L'indemnité pécuniaire accordée aux non-salariés reste suspendue jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de ~~douze mois~~ **dix-huit mois** de calendrier successifs. L'indemnité pécuniaire est de nouveau suspendue au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte.

**Art. 13.** En cas d'exercice de plusieurs activités de nature différente, salariées ou non salariées, les différentes indemnités pécuniaires peuvent être cumulées jusqu'à concurrence du quintuple du salaire social minimum de référence. En cas de dépassement de ce plafond, les indemnités pécuniaires sont réduites proportionnellement. Pour la computation du minimum prévu à l'article 10, alinéa final, il est également tenu compte de l'ensemble des différentes indemnités pécuniaires.

#### *Prestations de soins de santé*

**Art. 17.** Sont pris en charge dans une mesure suffisante et appropriée:

- 1) les soins de médecine;
- 2) les soins de médecine dentaire;
- 3) les traitements effectués par les professionnels de santé;
- 4) les analyses de biologie médicale;
- 5) les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires;
- 6) les médicaments, le sang humain et les composants sanguins;
- 7) les dispositifs médicaux et les produits d'alimentation médicale;
- 8) les traitements effectués en milieu hospitalier;
- 9) les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation sauf pour le cas de simple hébergement;
- 10) les cures thérapeutiques ~~et de convalescence~~ ;
- 11) les soins de réhabilitation physique et post-oncologique ;**
- ~~11) 12) les soins de rééducations et de réadaptations fonctionnelles;~~
- ~~12) 13) les frais de transport des malades;~~
- ~~13) 14) les soins palliatifs suivant les modalités d'attribution précisées par règlement grand-ducal;~~
- ~~14) 15) les psychothérapies visant le traitement d'un trouble mental.~~

Est considéré comme simple hébergement le séjour à l'hôpital d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier. Ces critères peuvent être précisés par règlement grand-ducal.

Des mesures de médecine préventive peuvent être organisées en collaboration avec la Direction de la santé dans le cadre de conventions de partenariat conclues entre les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale, la Caisse nationale de santé et, le cas échéant, des services spécialisés.

**Art. 20.** (1) Si les prestations de soins de santé, énumérées à l'article 17, alinéa 1, sont dispensées ou prescrites dans un État membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, la prise en charge se fait en vertu du présent Code.

(2) Si ces prestations de soins de santé transfrontaliers impliquent :

- 1) le séjour de l'assuré dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé ou un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie au sens de la ~~loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers~~ **loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière** pour au moins une nuit, ou
- 2) le recours aux infrastructures hautement spécialisées et coûteuses que sont les ~~centres réseaux de compétences nationaux~~, **les centres de diagnostic**, les services nationaux et les établissements **hospitaliers spécialisés de réhabilitation neuropsychiatrique**, de rééducation **fonctionnelle**, de ~~convalescence~~, **de rééducation gériatrique**, **de réhabilitation physique et post-oncologique** et de cures thermales ou à des équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux, ~~déterminés au plan hospitalier national en exécution de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers~~, **nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières, dont l'acquisition est soumise à l'obtention d'une autorisation ministérielle selon la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière**,

la prise en charge est soumise à l'obtention d'une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé, sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale. Avant de saisir le Contrôle médical de la sécurité sociale pour avis, la Caisse nationale de santé décide de la recevabilité de la demande quant au respect des conditions de forme déterminées par les statuts.

Le refus de faire droit à une demande d'autorisation préalable pour des soins de santé transfrontaliers est à motiver en vertu des critères des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1.

Toutefois, la Caisse nationale de santé ne peut refuser d'accorder une autorisation préalable:

- 1) si les prestations de soins de santé transfrontaliers font partie de la prise en charge de l'article 17, alinéa 1, mais que ces prestations ne peuvent pas être dispensées sur le territoire luxembourgeois dans un délai acceptable sur le plan médical, suivant évaluation par le Contrôle médical de la sécurité sociale sur base des critères fixés dans les statuts, ou
- 2) si les prestations de soins de santé transfrontaliers, indispensables suivant avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, ne sont pas prévues par la législation luxembourgeoise.

(3) La prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers visées aux paragraphes 1<sup>er</sup> et 2 est effectuée sur base des conditions, modalités, taux et tarifs applicables au Luxembourg sans pouvoir dépasser les frais effectivement exposés par l'assuré.

Pour les prestations de soins de santé transfrontaliers du secteur hospitalier au sens de l'article 60, alinéa 2, la prise en charge est effectuée jusqu'à concurrence du coût moyen d'hospitalisation au Luxembourg fixé par la Caisse nationale de santé, sans pouvoir dépasser les frais effectivement exposés par l'assuré. Les statuts de la Caisse nationale de santé détaillent les modalités de calcul de la prise en charge des frais hospitaliers liés aux traitements de soins de santé transfrontaliers ambulatoires.

Pour les prestations de soins de santé transfrontaliers, indispensables suivant avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, qui ne sont pas prévues par la législation luxembourgeoise, la prise en charge est fixée par le Contrôle médical de la sécurité sociale en assimilant la prestation à une autre prestation de même importance.

**Art. 22ter.** Les décisions relatives à la fixation des prix des médicaments à usage humain, à l'exception des préparations galéniques **du prix des préparations de formules magistrales et officinales**, sont prises par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Les critères, les conditions et la procédure se rapportant à cette fixation sont déterminés par règlement grand-ducal.

**Art. 23.** Les prestations à charge de l'assurance maladie accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés. ~~Elles~~ **Les prestations à charge de l'assurance maladie** ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale.

Les statuts de la Caisse nationale de santé prévoient à titre de sanction l'avertissement, la domiciliation auprès d'un prestataire déterminé, une participation plus élevée ou le refus de la prise en charge des prestations dans le chef d'assurés dont la consommation de prestations à charge de l'assurance

maladie est considérée comme abusive d'après des normes y établies, le Contrôle médical de la sécurité sociale entendu en son avis. L'assuré doit restituer les prestations indûment touchées. Les montants à payer ou à restituer par l'assuré peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances de l'assuré ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429.

### Chapitre III. – Financement

(...)

#### *Charge des cotisations*

(...)

**Art. 32.** En dehors de l'intervention de l'État conformément à l'article qui précède, la charge des cotisations à supporter par les assurés incombe:

- par parts égales aux assurés et aux employeurs en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1<sup>er</sup>, **alinéa 1<sup>er</sup>** sous 1), 2) et 3);
- par parts égales à l'État et aux assurés visés à l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 1, sous 7) et 12) et à l'article 2, alinéa 3;
- entièrement à charge de l'employeur en ce qui concerne les membres de l'Armée, le personnel du cadre policier de la Police, l'inspecteur général de la Police, l'inspecteur général adjoint de la Police et le personnel du cadre policier de l'Inspection générale de la Police, ainsi que le personnel des établissements pénitentiaires, et le personnel du Centre de rétention **et le personnel de l'unité de sécurité du centre socio-éducatif de l'État;**
- par parts égales aux assurés et aux institutions débitrices des prestations en cause en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1<sup>er</sup>, **alinéa 1<sup>er</sup>** sous 8), 9), 10), 11) et 20);
- entièrement à charge de la congrégation en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1<sup>er</sup>, **alinéa 1<sup>er</sup>** sous 6), pour autant qu'ils sont occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation;
- entièrement à charge des assurés visés à l'article 1<sup>er</sup>, **alinéa 1<sup>er</sup>** sous 4) et 14);
- aux assurés visés à l'article 1<sup>er</sup>, **alinéa 1<sup>er</sup>** sous 4) en lieu et place de leurs aidants visés au numéro 5) du même article;
- à l'État en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 1, sous 13), 15), 16), 17) et 19);
- entièrement à charge des personnes assurées en vertu de l'article 2;
- par parts égales à l'État ou l'atelier protégé et aux assurés visés à l'article 1<sup>er</sup>, **alinéa 1<sup>er</sup>** sous 18);
- entièrement à charge de la famille d'accueil pour les assurés visés à l'article 1<sup>er</sup>, **alinéa 1<sup>er</sup>** sous 21).

Le paiement des cotisations à charge des assurés visés à l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 1, point 14, incombe aux établissements d'enseignement secondaire et secondaire technique, à l'Université du Luxembourg, aux établissements d'enseignement supérieur et centres de recherche établis et accrédités au Grand-Duché de Luxembourg.

#### *Assiette de cotisation*

**Art. 33.** L'assiette de cotisation comprend:

- le revenu professionnel visé aux articles 34 à 37 ainsi que les gratifications, participations et autres avantages même non exprimés en espèces dont l'assuré jouit en raison de son occupation soumise à l'assurance, à l'exclusion toutefois des majorations sur les heures supplémentaires; la valeur des rémunérations en nature est portée en compte suivant la valeur fixée par règlement grand-ducal;
- l'ensemble des pensions et rentes de l'assuré visées à l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 1, numéros 8) et 9);
- tout revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisation au titre de la législation luxembourgeoise sur l'assurance maladie est prévue.

Pour les assurés volontaires, l'assiette de cotisation est fixée dans le cadre du règlement grand-ducal prévu à l'article 2, alinéa 4.



Pour les membres d'associations religieuses et les personnes qui leur sont assimilées, occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation, l'assiette cotisable est constituée par le salaire social minimum de référence pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins

Pour les personnes bénéficiant d'un régime de pension spécial ou d'un régime de pension transitoire spécial pour les fonctionnaires et pour les personnes leur assimilées, l'assiette de cotisation est constituée par les éléments de rémunération visés aux articles 60, 80 et 85 de la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois, y compris l'allocation de fin d'année.

Pour les personnes âgées de plus de dix-huit ans poursuivant au Grand-Duché de Luxembourg des études ou une formation professionnelle visées à l'article 1er, alinéa 1, point 14, l'assiette cotisable est constituée par un tiers du salaire social minimum pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

**Art. 35.** Pour les activités non salariées autres qu'agricoles, le revenu professionnel visé à l'article 33 est constitué par le revenu net au sens de l'article 10, numéros 1 et 3 de la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu.

En attendant l'établissement du revenu professionnel de l'exercice en cause par l'administration des contributions directes, les cotisations sont calculées provisoirement sur base du dernier revenu connu ou, pour un assuré nouveau, sur base du minimum cotisable, à moins que l'assuré ne justifie la mise en compte d'un revenu différent notamment par une déclaration faite à cette administration. Après l'émission du bulletin d'impôts définitif, elles font d'office l'objet d'un recalcul, sans préjudice de l'application de la dernière phrase de l'article 241, alinéa 10.

Le revenu professionnel, le cas échéant, est divisé par le nombre des assurés principaux et des aidants affiliés. Toutefois, pour le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats aidant de l'assuré principal, le revenu cotisable ne peut pas dépasser le double du salaire social minimum de référence; le surplus éventuel est mis en compte à l'assuré principal.

**Art. 39.** L'assiette de cotisation mensuelle ne peut être inférieure au salaire social minimum de référence prévu pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins ~~sauf causes de réduction légalement prévues~~ **gradué le cas échéant en raison de l'âge conformément à l'article L. 222-5 du Code du travail.** En cas d'apprentissage, l'assiette de cotisation se limite à l'indemnité d'apprentissage. De même, elle se limite au complément au titre de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit au revenu minimum garanti à l'allocation d'inclusion au titre de la loi modifiée du **28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale**, au forfait d'éducation, à la rente accident partielle ou à l'assiette prévue à l'article 33, alinéa 5, à moins qu'elle ne comprenne un autre revenu cotisable.

Le minimum est augmenté de trente pour cent pour le groupe des bénéficiaires de pension en ce qui concerne les soins de santé.

En cas d'occupation à temps partiel, le minimum cotisable est réduit proportionnellement en fonction de la durée de l'occupation par rapport à une occupation normale de cent soixante-treize heures par mois.

Si les pensions ou rentes n'atteignent pas le minimum prévu, le bénéficiaire ne doit la cotisation que jusqu'à concurrence du montant effectif de sa pension, le restant étant à charge de l'organisme débiteur de la pension ou rente.

Pour une activité au service d'un employeur ou pour toute autre activité ou prestation soumise à l'assurance, l'assiette de cotisation ne peut être supérieure au quintuple des douze salaires sociaux minima mensuels de référence pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. Toutefois, pour une personne dont l'assurance obligatoire ou volontaire ne couvre pas une année civile entière, le maximum cotisable correspond au quintuple des salaires sociaux minima mensuels de référence relatifs à la période d'affiliation effective.

Pour la computation du minimum et du maximum, les pensions des survivants représentant un même assuré sont prises en considération dans leur ensemble.

## Chapitre IV. – Organisation

(...)

### *Caisse nationale de santé*

(...)

**Art. 46.** Le conseil d'administration se compose en dehors du président, fonctionnaire de l'État, nommé par le Grand-Duc sur proposition du Gouvernement:

- 1) de cinq délégués des salariés du secteur privé désignés par la Chambre des salariés à l'exception du groupe des agents du chemin de fer;
- 2) d'un délégué des cheminots désigné par le groupe des agents du chemin de fer de la Chambre des salariés;
- 3) d'un délégué des salariés du secteur public désigné par le groupe des fonctionnaires et employés communaux de la Chambre des fonctionnaires et employés publics;
- 4) d'un délégué des salariés du secteur public désigné par la Chambre des fonctionnaires et employés publics à l'exception du groupe des fonctionnaires et employés communaux;
- 5) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre de commerce;
- 6) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre des métiers;
- 7) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre d'agriculture;
- 8) de cinq délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce et par la Chambre des métiers suivant une clé de répartition à déterminer par règlement grand-ducal sur proposition des dites chambres.

Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs.

En matière de frais de soins de santé avancés par les assurés, d'indemnités pécuniaires de maladie et de maternité, d'indemnité funéraire concernant des assurés de la Caisse nationale de santé, le conseil d'administration siège en l'absence des délégués visés à l'alinéa 1, sous 2), 3) et 4), qui sont remplacés en l'occurrence par trois suppléants désignés par la Chambre des salariés parmi les suppléants des délégués visés à l'alinéa 1, sous 1).

Les décisions sont prises à la majorité des voix. Dans tous les votes, chaque délégué dispose d'un nombre de voix pondéré en fonction du nombre des assurés relevant de la compétence des différentes chambres professionnelles et de leurs sous-groupes. Les délégués employeurs disposent, ensemble avec les délégués des assurés non-salariés, du même nombre de voix que les délégués des assurés salariés. Il en est de même pour le président. Le nombre de voix dont disposent les délégués employeurs et le président est recalculé au début de chaque séance du conseil d'administration en tenant compte des présences effectives.

Un règlement grand-ducal détermine les modalités de la désignation des délégués et du remplacement par un suppléant et du vote par procuration, ainsi que la pondération et le calcul des voix.

**Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

~~Le conseil d'administration peut nommer en son sein des commissions auxquelles il peut confier l'accomplissement de certaines tâches ou l'exercice de certaines de ses attributions. Les modalités de la nomination sont déterminées par le règlement d'ordre intérieur~~ **décider de la mise en place de groupes de travail chargés des travaux préparatoires pour l'examen de sujets portant sur une problématique spécifique en relation avec ses attributions et composés de deux représentants effectifs du conseil d'administration et d'agents des services internes de la Caisse nationale de santé en charge du sujet. L'objet de chaque groupe de travail est défini par le conseil d'administration. Chaque groupe de travail est tenu d'informer le conseil d'administration périodiquement de l'avancement de ses travaux. Les modalités de fonctionnement et d'organisation des groupes de travail sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

**Art. 47.** Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière d'assurance maladie-maternité peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition, qui n'a pas d'effet suspensif, est vidée par le conseil d'administration. **Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

La cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'assuré dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le conseil d'administration. Ces décisions de la Caisse nationale de santé sont notifiées pour information à l'employeur, auquel elles s'imposent.

Tout litige au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions ou au sujet d'un dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3 fait l'objet d'une décision du président du conseil d'administration ou de son délégué. Cette décision est notifiée à l'assuré et au prestataire de soins en cause. L'assuré ou le prestataire de soins peuvent porter le litige dans les quarante jours de la notification devant la Commission de surveillance prévue à l'article 72.

Si un litige porte tant sur une question visée à l'alinéa 1 que sur une question visée à l'alinéa 3 3), le litige visé à l'alinéa 3 doit être vidé préalablement.

Tout litige opposant un prestataire de soins à la Caisse nationale de santé dans le cadre de la prise en charge directe prévue à l'article 24 fait l'objet d'une décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par le prestataire dans les quarante jours de la notification. L'opposition, qui n'a pas d'effet suspensif, est vidée par la Commission de surveillance prévue à l'article 72 ou, s'il s'agit d'un hôpital, par la commission des budgets hospitaliers prévue à l'article 77.

Le président décrit les services, les postes ainsi que la structuration de la coordination du travail de l'institution et en établit un organigramme. Il décide de l'affectation du personnel aux postes créés. Pour assurer la direction de l'institution, il est assisté par les fonctionnaires de l'État et fonctionnaires y assimilés de la carrière supérieure désignés par lui. En cas d'absence, le président est remplacé par un des fonctionnaires visés à l'article 404, alinéa 2 qu'il désigne à cet effet dès sa nomination. Le président assure la mise en œuvre des mesures nécessaires à la réalisation des objectifs fixés par le conseil d'administration dans le cadre de la planification triennale visée à l'article 408bis.

#### *Les caisses de maladie*

(...)

**Art. 50.** Dans la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics le conseil d'administration se compose:

- de six délégués des assurés désignés par les membres de la Chambre des fonctionnaires et employés publics, à l'exception de ceux représentant les fonctionnaires et employés communaux;
- de six délégués des employeurs, désignés par le Gouvernement en Conseil.

Dans la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux le conseil d'administration se compose:

- de six délégués des assurés désignés par les membres de la Chambre des fonctionnaires et employés publics qui représentent les fonctionnaires et employés communaux;
- de six délégués des employeurs, désignés par le Syndicat intercommunal des villes et communes luxembourgeoises.

Dans l'entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois le conseil d'administration se compose du chef d'entreprise ou de son représentant comme président et de six délégués des assurés, désignés par le groupe des agents du chemin de fer de la Chambre des salariés.

Il y a autant de délégués suppléants qu'il y a de délégués effectifs.

Lors de sa constitution, le conseil d'administration procède à l'élection en son sein d'un président et d'un vice-président. Le président et le vice-président sont élus alternativement et pour une période quinquennale par les délégués des assurés et les délégués des employeurs du conseil d'administration. Dans l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois il n'est procédé qu'à l'élection d'un vice-président par les membres assurés du conseil d'administration. Dans la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux, en cas d'absence prolongée, le président est remplacé par le vice-président. Dans l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois, en cas d'absence prolongée, le président est remplacé par un employé supérieur de l'entreprise.

**Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du Conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

**Art. 51.** A la demande de l'assuré toute question à portée individuelle à son égard en matière de prestations ou d'amendes d'ordre fait l'objet d'une décision du président du conseil d'administration ou d'un employé de la caisse délégué à cette fin par le président. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite de l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition, qui n'a pas d'effet suspensif, est vidée par le conseil d'administration. **Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

Tout litige au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions ou au sujet d'un dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 2) fait l'objet d'une décision du président du conseil d'administration ou de son délégué. Cette décision est notifiée à l'assuré et au prestataire de soins en cause. L'assuré ou le prestataire de soins peuvent porter le litige dans les quarante jours de la notification devant la Commission de surveillance prévue à l'article 72.

Si un litige porte tant sur une question visée à l'alinéa 1 que sur une question visée à l'alinéa 2, le litige visé à l'alinéa 2 doit être vidé préalablement.

#### *Mutualité des employeurs*

(...)

**Art. 54.** Les statuts de la Mutualité déterminent les conditions, modalités et limites des remboursements qui peuvent être différenciés suivant des critères qu'ils fixent. Les remboursements sont effectués par le Centre commun de la sécurité sociale pour compte de la Mutualité.

Pendant la période de conservation légale visée à l'article L. 121-6, paragraphe (3), alinéa 2 du Code du travail, la Mutualité assure en outre le remboursement intégral du salaire et autres avantages, charges patronales incluses, avancés par l'employeur pour les incapacités de travail concernant:

- 1) le congé pour raisons familiales;
- 2) le congé d'accompagnement;
- 3) les périodes d'essai des apprentis et des salariés prévues aux articles L. 111-8, paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 2, sous **point 3.**, L. 121-5 et L. 122-11 du Code du travail ; **la période à prendre en considération comprend le mois de calendrier entier au cours duquel se situe la fin de la période d'essai ou la fin des trois premiers mois d'une période d'essai plus longue.**

Pendant la période de suspension prévue à l'article 12, alinéa 3, la Mutualité assure également le paiement aux non-salariés du montant intégral des indemnités pécuniaires dues au titre:

- 1) du congé pour raisons familiales;
- 2) du congé d'accompagnement.

**Art. 58.** Le conseil d'administration a notamment pour mission:

- 1) de statuer sur le budget annuel;
- 2) de fixer les taux de cotisation, sans préjudice des dispositions de l'article 55;

- 3) d'établir et de modifier les statuts;
- 4) de statuer sur le décompte annuel des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan;
- 5) de gérer le patrimoine;
- 6) de prendre les décisions concernant le personnel;
- 7) d'établir son règlement d'ordre intérieur;
- 8) d'établir un code de conduite.

Les décisions prévues aux points 1) à 4) et 7) sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale. Les statuts et les modifications afférentes n'entrent en vigueur qu'après leur publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg. Le règlement d'ordre intérieur est publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg. Le code de conduite et le décompte annuel sont publiés sur le site internet de la Mutualité des employeurs.

Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité absolue des voix exprimées. En cas de partage des votes, la voix du président ou de son remplaçant est prépondérante.

**Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

Dans l'accomplissement de sa mission, la Mutualité peut recourir aux services administratifs de la Caisse nationale de santé et du Centre commun de la sécurité sociale. Toutefois, la Mutualité peut, de l'accord du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, l'Inspection générale de la sécurité sociale entendue en son avis, engager moyennant contrat de travail des experts en vue de la réalisation de missions spécifiques.

## Chapitre V. – Relations avec les prestataires de soins

(...)

**Art. 60<sup>quater</sup>.** (1) L'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé tient à la disposition des prestataires et des patients un dossier de soins partagé.

(2) Le dossier de soins partagé regroupe les données médicales et autres informations concernant le patient, utiles et pertinentes afin de favoriser la sécurité, la continuité des soins, la coordination des soins, ainsi qu'une utilisation efficiente des services de soins de santé. Il comporte ainsi:

- 1) les actes et données médicaux mentionnés à l'article 60bis, alinéa 1;
- 2) les prescriptions effectuées dans le domaine des analyses de biologie médicale d'imagerie médicale et de médicaments, et le cas échéant les résultats y afférents;
- 3) l'historique et les comptes rendus de la prise en charge de certaines prestations de soins de santé;
- 4) des informations ou déclarations introduites par le patient lui-même.

(3) Dans le respect du secret médical et des finalités visées au présent article, l'accès au dossier de soins partagé est réservé au médecin référent, au médecin traitant et aux professionnels de santé participant à la prise en charge du patient.

(4) Chaque patient a un droit d'accès à son dossier de soins partagé et a un droit d'information sur les accès et l'identité des personnes ayant accédé à ce dossier. Il peut à tout moment s'opposer au partage de données le concernant au sein d'un dossier de soins partagé.

(5) L'Agence, la Direction de la santé, le Laboratoire national de santé, l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Caisse nationale de la santé, échangent à l'aide de procédés automatisés ou non des informations rendues anonymes à des fins statistiques ou épidémiologiques. Les procédés automatisés se font moyennant interconnexion de données et sous garantie d'un accès sécurisé, limité et contrôlé.

**(6) Les données sont conservées au dossier de soins partagé pendant dix ans à compter de leur versement au dossier.**

**Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, le prestataire de soins peut, avec l'accord du patient, déterminer une durée de conservation plus courte en fonction de l'utilité et de la pertinence de la donnée pour l'état de santé du patient. Cette durée peut être modifiée d'un commun accord par la suite selon l'évolution de l'état de santé du patient.**

**Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, le prestataire de soins peut, avec l'accord du patient, déterminer que certaines données médicales jugées utiles et pertinentes à vie pour l'état de santé du patient, sont conservées jusqu'à la fermeture du dossier de soins partagé.**

**(6) (7)** La Commission nationale pour la protection des données demandée en son avis, un règlement grand-ducal précise les modalités et conditions de la mise en place du dossier de soins partagé, notamment en ce qui concerne:

- 1) la procédure détaillée de création, **de fermeture** et de suppression du dossier de soins partagé;
- 2) la procédure et les modalités d'accès au dossier par le patient et les prestataires et les modalités d'après lesquels le patient peut accéder aux traces d'accès à son dossier de soins partagé;
- 3) la détermination de niveaux d'accès différents tenant compte des attributions des différentes catégories de prestataires et des différentes catégories de données;
- 4) les mesures nécessaires pour assurer un niveau de sécurité particulièrement élevé de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé;
- 5) les procédures, les nomenclatures et les terminologies standardisées, les formats et autres normes, de même que les modalités techniques suivant lesquelles les informations et documents électroniques sont à verser au dossier de soins partagé;
- 6) les délais dans lesquels les prestataires de soins, la Caisse nationale de santé et tout autre dépositaire ou détenteur d'éléments du dossier doit les verser au dossier de soins partagé;
- 7) le cas échéant, l'ouverture d'un dossier de soins partagé pour les bénéficiaires de soins de santé au pays qui ne sont pas des assurés résidents;
- 8) le cas échéant, les modalités de coopération et de transfert de données transfrontalières avec les autorités afférentes d'un autre État membre un autre État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Ce règlement grand-ducal précise également les modalités d'établissement et la forme des informations et des documents à verser au dossier de soins partagé.

#### *Relations dans le secteur extra-hospitalier*

**Art. 61.** Sans préjudice de la disposition de l'alinéa 3 de l'article 60, les rapports entre L. 27.7.92 l'assurance maladie et les prestataires de soins exerçant légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg en dehors du secteur hospitalier sont définis par des conventions écrites ou par des sentences arbitrales conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Il est conclu une convention distincte:

- 1) pour les médecins ;
- 2) pour les médecins-dentistes ;
- 3) séparément pour les différentes professions de la santé ;
- 4) pour les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique ;
- 5) pour les établissements de cures thérapeutiques ~~et les centres de convalescence~~ ;
- 6) pour les services prestés dans le domaine de la psychiatrie extrahospitalière ;
- 7) pour les fournisseurs de prothèses orthopédiques, d'orthèses et d'épithèses ;
- 8) pour les pharmacies ;
- 9) pour les opticiens ;
- 10) pour la Croix Rouge Luxembourgeoise pour la transfusion sanguine, le conditionnement et la fourniture de sang humain et de ses dérivés ;
- 11) pour les personnes s'occupant particulièrement du transport des malades ou accidentés.

12) concernant les soins palliatifs, pour les réseaux d'aides et de soins, les établissements d'aides et de soins visés respectivement aux articles 389 à 391 ;

13) pour les psychothérapeutes.

Tout arrangement conclu par les parties à quelque titre que ce soit, qui ne suit pas les procédures ou ne revêt pas les formes prescrites, est nul et non avenu.

**Art. 62.** Les conventions sont conclues par la Caisse nationale de santé et par les groupements professionnels possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif. La représentativité des groupements professionnels s'apprécie au niveau de la profession en fonction des effectifs, de l'expérience et de l'ancienneté du groupement.

S'il surgit un litige au sujet de la représentativité ou du défaut de qualité, celui-ci doit être porté par tout groupement professionnel intéressé devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale statuant conformément à l'article 70 dans les dix jours au plus tard après la date fixée pour le début des négociations. Le Conseil supérieur de la sécurité sociale statue sur le fond du litige et en dernière instance dans les quinze jours de la saisine.

A défaut de groupement professionnel remplissant les conditions de représentativité ou de qualité ainsi qu'en cas d'absence de négociateurs, les dispositions tenant lieu de convention sont arrêtées par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale et, le cas échéant, sur base de la convention-type proposée par la Caisse nationale de santé **sont fixées par voie de règlement grand-ducal.**

Lorsque des prestations sont dispensées par un service public ne disposant pas de la personnalité juridique, le service intéressé est valablement admis à titre de partie aux conventions par l'organe du responsable de sa direction ou de son remplaçant dûment mandaté.

**Art. 64.** Les conventions déterminent obligatoirement:

- 1) les dispositions organisant la transmission et la circulation des données et informations entre les prestataires de soins, les assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé ainsi que les caisses de maladie, notamment par des formules standardisées pour les honoraires et les prescriptions, par des relevés ou par tout autre moyen de communication;
- 2) les engagements relatifs au respect de la nomenclature des actes pour les prestataires concernés, y compris dans leurs relations envers un assuré d'un autre État membre de l'Union européenne, de la Suisse ou d'un pays de l'Espace économique européen, ou envers un assuré d'un pays avec lequel le Grand-Duché de Luxembourg est lié par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie, lorsqu'il se trouve dans une situation médicale comparable à celle d'un assuré affilié au Luxembourg;
- 3) en cas de prise en charge directe par la Caisse nationale de santé, les conditions et les modalités de la mise en compte des intérêts légaux en cas de paiement tardif, au taux d'intérêt légal tel que prévu aux articles 12 et suivants de la loi modifiée du 18 avril 2004 relative aux délais de paiement et aux intérêts de retard;
- 4) les tarifs conventionnels non établis moyennant lettre-clé et la périodicité de négociation de ces tarifs;
- 5) les modalités de l'application rétroactive des nouveaux tarifs à partir de la date d'échéance des anciens tarifs pour le cas exceptionnel où la valeur de la lettre-clé ou le tarif n'aurait pas pu être adapté avant cette échéance;
- 6) les engagements relatifs au respect de la précision du lieu d'exécution de la prestation de soins de santé.

Pour les médecins et pour les médecins-dentistes, la convention détermine en outre obligatoirement :

- 1) les engagements relatifs au respect, dans le cadre des dispositions légales et réglementaires, de la liberté d'installation du médecin, du libre choix du médecin par le malade, de la liberté de prescription du médecin, du secret professionnel;
- 2) les dispositions garantissant une médication économique compatible avec l'efficacité du traitement, conforme aux données acquises par la science et conforme à la déontologie médicale;
- 3) les modalités du dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3;

- 4) les modalités de diffusion des standards de bonne pratique médicale tels que définis à l'article 65*bis*;
- 5) les modalités de l'établissement des rapports d'activité des prestataires de soins prévus à l'article 419 ;
- 6) les domaines d'application de la rémunération salariée;
- 7) les rapports avec le médecin référent.

Pour les prestataires de soins autres que les médecins et médecins-dentistes constitués sous forme de personne morale, la convention détermine en outre obligatoirement l'engagement de tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique et de la transmettre à la Caisse nationale de santé. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique et de la transmission sont fixés par la Caisse nationale de santé.

Pour les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, **sous points 3), et 12) et 13)**, la convention détermine en outre obligatoirement:

- les lignes directrices ainsi que les standards de référence en matière de qualité;
- l'engagement d'assurer la continuité des soins;
- les modalités de la documentation des soins, de la facturation et du paiement des prestations fournies ainsi que de leur vérification.

Pour les pharmaciens, la convention détermine en outre obligatoirement les règles applicables en cas de substitution d'un médicament à un autre dans le cadre de l'application de l'article 22*bis*.

**Art. 68.** Les conventions et leurs avenants, y compris ceux ayant pour objet l'adaptation de la valeur de la lettre-clé, sont notifiés sans retard au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale qui, s'il les estime contraires aux lois et règlements, dispose d'un délai d'un mois pour saisir le Conseil supérieur de la sécurité sociale statuant conformément à l'article 70.

**Les conventions et leurs avenants sont soumis à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale, avant leur publication prévue à l'article 70, paragraphe 3.**

**Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, les adaptations conventionnelles de la valeur de la lettre-clé sont notifiées sans retard au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale qui, s'il les estime contraires aux lois et règlements, dispose d'un délai d'un mois pour saisir le Conseil supérieur de la sécurité sociale statuant conformément à l'article 70, paragraphe 1<sup>er</sup>.**

**Art. 70.** (1) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 1, n'aboutit pas à un accord sur l'adaptation de la lettre-clé ou des tarifs conventionnels non établis moyennant lettre-clé, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Le Conseil supérieur de la sécurité sociale rend une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours. Elle doit être prononcée avant l'expiration de l'ancienne convention.

(2) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 2 n'aboutit pas, dans un délai de trois mois à partir de la nomination d'un médiateur, à une convention ou à un accord sur les dispositions conventionnelles obligatoires, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Les dispositions obligatoires de la **tenant lieu de** convention sont alors fixées par voie de règlement grand-ducal.

(3) Les conventions et les sentences arbitrales s'appliquent à l'ensemble des prestataires dans leurs relations avec les personnes couvertes par l'assurance maladie-maternité. Elles sont applicables non seulement aux prestataires exerçant pour leur propre compte, mais également aux médecins et médecins-dentistes exerçant sous tout autre régime ainsi qu'aux autres prestataires exerçant dans le secteur extra-hospitalier sous le régime du contrat de travail ou d'entreprise. Les conventions et les sentences arbitrales sont publiées au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg, le cas échéant, sous forme coordonnée.



*Relations avec le secteur hospitalier*

**Art. 74.** Sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de la santé et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandées en leur avis, le gouvernement fixe dans les années paires, au 1<sup>er</sup> octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir.

Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et en tenant compte de la croissance économique du pays. L'enveloppe budgétaire globale et les budgets spécifiques des hôpitaux tiennent compte des dispositions de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, des autorisations d'exploitation et des autorisations de services des établissements hospitaliers, des spécificités des services spécialisés et nationaux et des réseaux de compétences, ainsi que des obligations découlant de la participation au service médical d'urgence.

Un règlement grand-ducal précise les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux, ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire.

En tenant compte de l'enveloppe budgétaire globale, la Caisse nationale de santé prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque **hôpital prestataire de soins** visé à l'article 60, alinéa 2 sur base de son activité prévisible pour deux exercices à venir. Sont opposables à la Caisse nationale de santé les coûts convenus entre la Caisse nationale de santé et l'**hôpital le prestataire de soins** des activités dûment autorisées en application de la **législation hospitalière loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière**. Les budgets comprennent l'amortissement des investissements mobiliers et immobiliers dans la mesure où ils sont conformes au ~~plan hospitalier~~ **à la planification hospitalière** et n'ont pas été financés par les pouvoirs publics. Dans la mesure où l'investissement est soumis à une autorisation préalable en vertu d'une disposition légale ou réglementaire, l'amortissement n'est opposable que si cette autorisation a été accordée.

Ne sont pas opposables à la Caisse nationale de santé les prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie tel que défini à l'article 17 et de l'assurance accidents tel que défini à l'article 97, celles faites à titre de convenance personnelle de la personne protégée et celles fournies à des personnes non protégées au titre des livres I et II du présent code ou d'une convention bi- ou multilatérale en matière de sécurité sociale.

Sont portées en déduction des budgets hospitaliers opposables, les coûts des prestations opposables, rémunérées individuellement ou sous forme de forfaits, et les participations des personnes protégées.

Pour les activités administratives, logistiques et auxiliaires médicales, la prise en charge peut être subordonnée à une organisation nationale des activités visées conformément aux dispositions prévues dans la ~~loi sur les établissements hospitaliers~~ **loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière**.

Les actes et prestations dispensés par un laboratoire hospitalier en milieu extrahospitalier et figurant dans la nomenclature des actes et des services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique sont pris en charge suivant les modalités régissant le milieu extrahospitalier. Un acte ou une prestation sont considérés comme effectués en milieu extra-hospitalier s'ils sont dispensés au bénéfice d'un patient ambulatoire sans qu'un lien direct existe avec une prise en charge médicale concomitante en polyclinique ou sur un plateau médicotechnique de l'établissement hospitalier en question.

Chaque **hôpital prestataire de soins visé à l'article 60, alinéa 2** doit tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique reflétant les coûts liés aux différents services hospitaliers et différenciant les charges et recettes liées aux activités opposables ou non-opposables à l'assurance maladie-maternité. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par la Caisse nationale de santé.

Afin que la comptabilité analytique puisse prendre en compte le coût de l'activité médicale hospitalière et différencier les coûts liés aux différents traitements et aux prestations fournies par patient, la Caisse nationale de santé met à disposition de l'établissement hospitalier le relevé des actes prestés aux patients par les médecins y agréés.

Pour les prestations de soins de santé transfrontaliers fournies sur le territoire luxembourgeois à un assuré d'un autre État membre de l'Union européenne, de la Suisse ou d'un pays de l'Espace écono-

mique européen, se trouvant dans une situation médicale comparable à celle d'un assuré affilié au Luxembourg, l'hôpital applique **les prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2** appliquent un coût calculé sur base des critères visés à l'alinéa 9.

**Art. 76.** Sous réserve des dispositions légales et réglementaires régissant les **hôpitaux établissements hospitaliers** ainsi que des conventions collectives de travail, la convention détermine obligatoirement:

- les prestations non opposables au titre de l'article 74, alinéa 2 ;
- les prestations portées en déduction des prestations opposables au titre de l'article 74, alinéa 3 ;
- la répartition des frais directement proportionnels au niveau de l'activité et de ceux non liés à l'activité en vue du règlement du budget prévu à l'article 78 ;
- l'énumération et la définition des différentes entités fonctionnelles avec les unités d'œuvre correspondantes exprimant la production de chaque entité ;
- les prestations prises en charge, le cas échéant, en dehors du budget soit individuellement, soit sous forme de forfaits. Ces forfaits sont établis pour des groupes de malades présentant des caractéristiques communes du point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources hospitalières utilisées;
- la communication sous forme anonyme des données nécessaires à l'établissement des forfaits précités;
- les modalités relatives à la transmission et à la circulation des données et informations entre les hôpitaux, les prestataires de soins, les assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale et la Caisse nationale de santé;
- les règles communes relatives à la détermination des dotations en personnel compte tenu de la structure et de l'activité des différents **hôpitaux prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2**;
- les modalités de désignation des membres de la commission des budgets hospitaliers visée à l'article 77, les modalités d'intervention de cette commission ainsi que la procédure à suivre;
- toutes autres règles communes relatives à l'établissement et à la rectification du budget ainsi que l'imputation des dépenses sur la partie opposable ou non opposable du budget.

**Art. 77.** Annuellement avant le 1<sup>er</sup> avril, l'Inspection générale de la sécurité sociale élabore une circulaire servant aux **hôpitaux prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2** pour l'établissement de leurs budgets et comprenant l'estimation de l'évolution prévisible des facteurs économiques exogènes intervenant dans l'établissement des budgets.

Chaque **établissement hospitalier prestataire de soins** soumet son budget pour les deux exercices à venir au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet à la Caisse nationale de santé.

Avant le 1<sup>er</sup> janvier, la Caisse nationale de santé soumet par écrit tout différend éventuel à une commission des budgets hospitaliers instituée dans le cadre de la convention prévue à l'article 75. Cette commission est composée de deux représentants de la Caisse nationale de santé et de deux représentants ~~des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné~~ **des prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2, dont un du prestataire de soins concerné**, ainsi que d'un président désigné d'un commun accord par les parties. Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du président, celui-ci est désigné d'après les modalités prévues à l'article 69, alinéa 2.

La commission est chargée d'une mission de conciliation dans le cadre de l'établissement des budgets à arrêter entre la Caisse nationale de santé et les différents **hôpitaux prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2**. Si la commission ne parvient pas à concilier les parties dans les deux mois de la saisine, elle tranche le litige en dernier ressort avant le 1<sup>er</sup> mars.

**Art. 78.** La Caisse nationale de santé verse au début de chaque mois à chaque **hôpital prestataire de soins visé à l'article 60, alinéa 2** un montant correspondant à un douzième des frais annuels non liés à l'activité, prévus au budget établi conformément aux dispositions de l'article qui précède.

Les frais directement proportionnels à l'activité non couverts par des forfaits sont payés mensuellement en fonction des unités d'œuvre accomplies dans les différentes entités fonctionnelles ~~de l'hôpital~~ **des prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2** sur base d'un état justificatif comprenant par cas traité les unités d'œuvre réalisées.

Les forfaits sont payés mensuellement sur base d'un état justificatif.

**Art. 79.** Le budget peut être rectifié, à la demande de l'hôpital des prestataires de soins visés à l'article 60, alinéa 2 ou de la Caisse nationale de santé, compte tenu de l'évolution réelle des facteurs visés à l'article 77, alinéa 1 et en cas de modifications importantes et imprévisibles des conditions de son établissement.

Tout différend est porté par la partie la plus diligente avant le 1<sup>er</sup> mars suivant la période pour laquelle le budget a été établi devant la commission des budgets hospitaliers qui tranche définitivement dans le délai d'un mois.

Au plus tard douze mois après la fin de l'exercice en question, la Caisse nationale de santé arrête le décompte définitif.

## Livres II – Assurance accident

### Chapitre I. – Champ d'application

#### *Section 1. – Personnes assurées*

(...)

**Art. 88.** Est dispensé sur sa demande le conjoint ou le partenaire visé à l'article 85, numéro 8) excepté celui d'un assuré ou d'un aidant agricole. La demande comporte l'application des articles 5, alinéa 1 et 180, alinéa 1.

Sont dispensées de l'assurance les personnes visées à l'article 85, sous 7), si le revenu professionnel retiré de l'activité autre qu'agricole exercée à titre principal ou accessoire ne dépasse pas un tiers du salaire social minimum par an ou si elles exercent l'activité dans une exploitation agricole dont la dimension économique n'atteint pas le seuil fixé en application de l'article 2, paragraphes (8) et (9) de la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural 3, 5 et 8 de la loi modifiée du 27 juin 2016 concernant le soutien au développement durable des zones rurales. Si l'activité ne couvre pas une année civile entière, le revenu professionnel annuel est calculé en fonction de la période d'activité effective.

Toutefois, les personnes visées à l'alinéa qui précède sont admises à l'assurance obligatoire à leur demande. Si le revenu professionnel d'un ou de plusieurs exercices passe en dessous du seuil, l'assurance obligatoire est maintenue, à moins que l'assuré n'invoque expressément la dispense. La demande comporte l'application des articles 5, alinéa 3 et 180, alinéa 3.

#### *Section 2. – Risques couverts*

(...)

**Art. 96.** Les accidents de travail et les maladies professionnelles sont déclarés et instruits dans les délais et suivant les modalités à déterminer par règlement grand-ducal.

Les enquêtes sont menées par les fonctionnaires **assimilés aux fonctionnaires de l'État** et employés statutaires **assimilés aux employés de l'État** de l'Association d'assurance accident assermentés conformément à l'article 411 qui doivent, dans l'exercice de leur mission de contrôle, être munis de leur carte de légitimation qu'ils présentent sur demande. Dans l'exercice de leur mission, ils ont le droit notamment de visiter et de contrôler les lieux de travail et terrains d'entreprise sans avertissement préalable obligatoire.

### Chapitre II. – Prestations de l'assuré

#### *Section 1. – Prestations en nature*

**Art 98.** (1) Les prestations de soins de santé, au sens de l'article 17, imputables à un accident ou une maladie professionnelle sont prises en charge d'après les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires applicables en matière d'assurance maladie, sans que l'assuré ne doive les avancer et sans tenir compte des participations de l'assuré.

Pour les prestations soumises à un devis préalable, un titre de prise en charge, une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale ou une validation par la Caisse nationale de santé, la prise en charge par l'Association d'assurance accident est subordonnée à la condition que la date du devis, de l'ordonnance ou de la demande d'autorisation se situe avant la date de clôture de la prise en charge par l'Association d'assurance accident.

(2) Sont pris en charge intégralement au sens du paragraphe 1<sup>er</sup>:

- a) les tarifs des actes et services médicaux fixés conformément à l'article 66, alinéas 1<sup>er</sup> et 2;
- b) les tarifs pour les prothèses dentaires et l'orthodontie sur devis préalable et jusqu'à concurrence d'un maximum à déterminer par les statuts de l'Association d'assurance accident en fonction des honoraires moyens facturés par les médecins-dentistes;
- c) les prestations de soins dentaires sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 180 euros par dent;
- d) les tarifs des actes et services des infirmiers, des kinésithérapeutes, des orthophonistes et des psychomotriciens fixés conformément à l'article 66, alinéas 1<sup>er</sup> et 2;
- e) les tarifs des actes de laboratoire fixés conformément à l'article 66, alinéa 1<sup>er</sup>;
- f) les forfaits pour cures de convalescences et cures thérapeutiques inscrites dans la nomenclature des actes visée à l'article 65;
- g) les prestations de rééducation fonctionnelle et de réadaptation rendues aux assurés;
- h) les frais pour prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses inscrites dans la nomenclature des actes visée à l'article 65;
- i) les greffes d'organes;
- j) la prise en charge des médicaments repris sur la liste positive établie sur base de l'article 22;
- k) lorsque l'accident a provoqué une lésion des yeux ou une lésion corporelle, les verres de lunettes et les lentilles de contact jusqu'à concurrence des montants moyens facturés par les fournisseurs, les montures étant prises en charge jusqu'à concurrence d'un montant maximal à déterminer par les statuts de l'Association d'assurance accident;
- l) les produits sanguins;
- m) les soins hospitaliers;
- n) les dispositifs médicaux et fournitures diverses visés à l'article 22, paragraphe 4, et délivrés dans les pharmacies.

Les statuts de l'Association d'assurance accident déterminent les modalités de la prise en charge des prestations énumérées sous les lettres a) à n).

~~(3) Les prestations en nature suivantes sont prises en charge directement par l'Association d'assurance accident:~~

- ~~a) sur demande de l'assuré, les frais de voyage exposés par l'assuré pour se rendre en voiture privée ou par un moyen de transport public auprès d'un prestataire de soins;~~
- ~~b) sans demande de l'assuré, les frais de voyage exposés par l'assuré pour se rendre en voiture privée ou par un moyen de transport public aux convocations par le Contrôle médical de la sécurité sociale ou d'un expert désigné par celui-ci. Ces frais sont pris en charge de façon forfaitaire sans pouvoir dépasser les frais réels;~~
- ~~c) les frais de voyage d'une personne accompagnante sur présentation d'un certificat médical dûment motivé et sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, aucun certificat n'étant requis pour l'accompagnement d'un mineur d'âge.~~

~~Les statuts de l'Association d'assurance accident déterminent les modalités de la prise en charge ainsi que les forfaits visés à la lettre b).~~

**(6) Le droit aux prestations en nature des gens de mer visés à l'article 85, alinéa 1<sup>er</sup>, point 3, est suspendu tant et pour autant que l'armateur est obligé d'en assumer la charge conformément à l'article 101 de la loi modifiée du 9 novembre 1990 ayant pour objet la création d'un registre public maritime luxembourgeois.**

(4) L'Association d'assurance accident rembourse, sur présentation des factures acquittées et sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les frais de séjour de l'assuré ou de la personne accompagnante, jusqu'à concurrence d'un maximum équivalant au montant prévu par les statuts de la Caisse nationale de santé et à condition de ne pas avoir été pris en charge à titre de prestation en nature. Pour la prise en charge des frais de voyage et de séjour d'une personne accompagnante, le demandeur doit obligatoirement présenter un certificat médical dûment motivé. Aucun certificat n'est requis pour l'accompagnement d'un mineur d'âge.

**(7) Si, après évaluation par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, l'assuré est à considérer comme dépendant au sens des articles 348 et 349 et si son état de dépendance est imputable, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, principalement aux séquelles d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les montants des aides techniques et des adaptations au logement pris en charge par l'assurance dépendance peuvent être portés au double sur avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. En vue de l'obtention des prestations de l'assurance dépendance à charge de l'Association d'assurance accident, l'assuré doit présenter une demande auprès de la Caisse nationale de santé.**

(5) L'Association d'assurance accident prend en charge, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, le rapatriement d'une personne assurée, victime d'un accident du travail, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle, d'une clinique étrangère vers un établissement hospitalier du pays de résidence de la victime pour la continuation d'un traitement stationnaire ou vers son domicile, à condition que le moyen de transport et la destination soient documentés sur une ordonnance médicale émanant du médecin étranger ayant autorisé la sortie d'hôpital. Cette disposition s'applique également si la victime est décédée à l'étranger.

**(8) Les prestations prévues aux paragraphes qui précèdent sont payées par la Caisse nationale de santé pour compte de l'Association d'assurance accident et font l'objet d'un remboursement, le cas échéant forfaitaire, augmenté des charges administratives à fixer par règlement grand-ducal.**

(6) Le droit aux prestations en nature des gens de mer visés à l'article 85, alinéa 1er, point 3, est suspendu tant et pour autant que l'armateur est obligé d'en assumer la charge conformément à l'article 101 de la loi modifiée du 9 novembre 1990 ayant pour objet la création d'un registre public maritime luxembourgeois.

**(3) Les prestations en nature suivantes sont prises en charge directement par l'Association d'assurance accident:**

- a) sur demande de l'assuré, les frais de voyage exposés par l'assuré pour se rendre en voiture privée ou par un moyen de transport public auprès d'un prestataire de soins;
- b) sans demande de l'assuré, les frais de voyage exposés par l'assuré pour se rendre en voiture privée ou par un moyen de transport public aux convocations par le Contrôle médical de la sécurité sociale ou d'un expert désigné par celui-ci. Ces frais sont pris en charge de façon forfaitaire sans pouvoir dépasser les frais réels;
- c) les frais de voyage d'une personne accompagnante sur présentation d'un certificat médical dûment motivé et sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, aucun certificat n'étant requis pour l'accompagnement d'un mineur d'âge.

Les statuts de l'Association d'assurance accident déterminent les modalités de la prise en charge ainsi que les forfaits visés à la lettre b).

(7) Si, après évaluation par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, l'assuré est à considérer comme dépendant au sens des articles 348 et 349 et si son état de dépendance est imputable, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, principalement aux séquelles d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les montants des aides techniques et des adaptations au logement pris en charge par l'assurance dépendance peuvent être portés au double sur avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. En vue de l'obtention des prestations de l'assurance dépendance à charge de l'Association d'assurance accident, l'assuré doit présenter une demande auprès de la Caisse nationale de santé.

(4) **L'Association d'assurance accident rembourse, sur présentation des factures acquittées et sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les frais de séjour de l'assuré ou de la personne accompagnante, jusqu'à concurrence d'un maximum équivalant au montant prévu par les statuts de la Caisse nationale de santé et à condition de ne pas avoir été pris en charge à titre de prestation en nature. Pour la prise en charge des frais de voyage et de séjour d'une personne accompagnante, le demandeur doit obligatoirement présenter un certificat médical dûment motivé. Aucun certificat n'est requis pour l'accompagnement d'un mineur d'âge.**

(8) ~~Les prestations prévues aux paragraphes qui précèdent sont payées par la Caisse nationale de santé pour compte de l'Association d'assurance accident et font l'objet d'un remboursement, le cas échéant forfaitaire, augmenté des charges administratives à fixer par règlement grand-ducal.~~

(5) **L'Association d'assurance accident prend en charge, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, le rapatriement d'une personne assurée, victime d'un accident du travail, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle, d'une clinique étrangère vers un établissement hospitalier du pays de résidence de la victime pour la continuation d'un traitement stationnaire ou vers son domicile, à condition que le moyen de transport et la destination soient documentés sur une ordonnance médicale émanant du médecin étranger ayant autorisé la sortie d'hôpital. Cette disposition s'applique également si la victime est décédée à l'étranger.**

(9) Les montants inscrits au présent article correspondent au nombre indice 100 et sont multipliés par le nombre indice applicable au moment du paiement.

(10) Les statuts de l'Association d'assurance accident peuvent préciser les modalités de la prise en charge prévue aux paragraphes 4 à 8 **3 à 5, 7 et 8.**

**Art. 99.** (1) Si l'accident a donné lieu à une lésion corporelle, l'assuré a droit à la réparation des dégâts matériels accessoires auxquels peut avoir donné lieu l'accident. Les dommages causés aux prothèses sont pris en charge même dans le cas où l'accident n'a pas donné lieu à une lésion corporelle.

(2) Le dégât causé aux vêtements et autres effets personnels est remboursé sur présentation de la facture, déduction faite du taux d'amortissement à fixer par les statuts. À défaut de présentation d'une facture, la prise en charge du remboursement se fait de façon forfaitaire, **déduction faite du taux d'amortissement statutaire**, les forfaits étant fixés par les statuts de l'Association d'assurance accident.

(3) L'assuré a droit à l'indemnisation du dégât causé au véhicule automoteur utilisé au moment de l'accident survenu sur la voirie publique dans la limite d'une franchise fixée à deux tiers du salaire social minimum et d'un maximum fixé à cinq fois le salaire social minimum lorsqu'il s'agit d'un accident de trajet et à sept fois le salaire social minimum lorsqu'il s'agit d'un accident de travail. Cette indemnisation ne s'opère que dans la mesure où le préjudice n'est pas indemnisable à un autre titre.

Les personnes visées à l'article 91, point 1), ne bénéficient de l'indemnisation des dégâts matériels accessoires subis par un véhicule automoteur que dans la mesure où, pour des motifs sérieux et indépendants de leur volonté, ils n'ont pas pu utiliser des transports en commun.

Le dégât au véhicule automoteur visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> est indemnisé sur demande et déterminé sur base d'une expertise émanant d'un expert en automobiles agréé. Les frais de réparation sont remboursés intégralement sur présentation d'une facture acquittée par un professionnel légalement établi.

À défaut d'expertise, l'Association d'assurance accident détermine la valeur du véhicule avant l'accident de façon forfaitaire par référence à la valeur d'un véhicule similaire sur le marché de l'occasion. Dans ce cas, les frais de réparation ne sont remboursés que jusqu'à cette valeur.

En cas d'abandon du véhicule, le prix de vente de l'épave est porté en déduction de la valeur du véhicule visée à l'alinéa précédent. À défaut d'une preuve attestant le prix de vente de l'épave, la valeur du véhicule est diminuée d'un montant forfaitaire de 110 euros représentant la valeur de l'épave. Il est toutefois loisible à l'assuré d'établir la valeur moins élevée de l'épave par une facture émanant d'un professionnel légalement établi.

L'Association d'assurance accident rembourse les frais d'expertise si celle-ci a été effectuée à la demande de l'assuré et si ce dernier les a pris en charge. Les frais de dépannage, de remorquage, de

gardienage et de remplacement du véhicule ainsi que tout autre dégât causé aux biens d'un tiers ne sont pas pris en charge.

(4) Les montants inscrits au présent article correspondent au nombre-indice 100 et sont multipliés par le nombre-indice applicable au moment du paiement.

(5) Les statuts de l'Association d'assurance accident déterminent les modalités de l'indemnisation du dégât matériel prévu au présent article.

*Section 2.– Prestations en espèces pendant les cinquante-deux  
soixante-dix-huit premières semaines*

(...)

**Art. 101.** L'assuré ayant exercé une activité professionnelle soumise à l'assurance obligatoire avant d'être atteint d'incapacité de travail totale par suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle a droit pour les périodes de cette incapacité à une indemnité pécuniaire, calculée et payée conformément aux articles 9 à 16 ainsi qu'aux dispositions réglementaires et statutaires afférentes. ~~L'alinéa 4~~ **Le paragraphe 5** de l'article 98 est applicable.

*Section 8.– Détermination, révision, limitation et prescription des prestations*

(...)

**Art. 127.** Un règlement grand-ducal peut préciser les conditions et modalités d'octroi, de suspension, de refus, de révision, de limitation et de retrait des rentes et des autres prestations.

Les prestations prévues aux articles 99 et 100, les rentes et les indemnités pour préjudices extra-patrimoniaux ne sont pas payées ou sont suspendues:

- tant que l'assuré se soustrait sans motif valable au contrôle médical;
- tant que l'assuré se soustrait sans motif valable aux examens médicaux prévus à l'article L. 552-2, paragraphe 2 du Code du travail;
- tant que l'assuré ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par l'Association d'assurance accident.

Le Fonds pour l'emploi, le Fonds national de solidarité, l'organisme d'assurance pension ou l'Office social qui a versé des prestations à un bénéficiaire de rente pour une période pendant laquelle celui-ci avait droit à une rente a droit, sur demande présentée sous forme de simple lettre, au remboursement des arrrages de rente, redus pour cette période et non encore versés au bénéficiaire, jusqu'à concurrence des prestations allouées durant la même période.

~~Les rentes et l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément accordées ou liquidées par suite d'une erreur matérielle ne peuvent être supprimées ou réduites qu'à partir du mois qui suit celui de la notification de la décision rectificative. Toute prestation est supprimée si les conditions qui l'ont motivée viennent à défaillir. Si les éléments de calcul se modifient ou s'il est constaté qu'elle a été accordée par suite d'une erreur matérielle, la prestation est relevée, réduite ou supprimée.~~

~~Les prestations octroyées ou liquidées indûment sont récupérées si le bénéficiaire a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après l'attribution. Les prestations octroyées ou liquidées de trop seront récupérées sur les prestations à échoir ou les arrrages restant dus. Les sommes indûment touchées qui ne peuvent pas être récupérées conformément à ce qui précède, sont à restituer par celui qui les a indûment touchées quelle que soit la raison du versement indu.~~

#### Chapitre IV. – Responsabilités et immunités

(...)

**Art. 139.** Les tiers non visés par les articles 135 et 136 ainsi que les personnes visées par l'article 138 sont responsables conformément aux principes de droit commun.

Toutefois, les droits du créancier de l'indemnité passent à l'Association d'assurance accident jusqu'à concurrence de ses prestations et pour autant qu'ils concernent des éléments de préjudice indemnisés par cette association.

Pour l'exercice de ce recours, les indemnités versées sous forme de mensualités sont converties en capitaux à l'aide de facteurs de capitalisation à déterminer par règlement grand-ducal.

Au cas où l'assuré **a ou ses ayants droit ont** touché l'indemnité due par le tiers responsable nonobstant les dispositions qui précèdent, les prestations non encore payées sont compensées avec cette indemnité dans la mesure où elles concernent les mêmes éléments de préjudice.

## Chapitre V. – Organisation

(...)

**Art. 144.** ~~Le conseil d'administration peut nommer en son sein des commissions auxquelles il peut confier l'accomplissement de certaines tâches ou l'exercice de certaines de ses attributions. Le règlement d'ordre intérieur détermine la composition et les attributions des commissions ainsi que les modalités de la nomination de leurs membres~~ **décider de la mise en place de groupes de travail chargés des travaux préparatoires pour l'examen de sujets portant sur une problématique spécifique en relation avec ses attributions et composés de deux représentants effectifs du conseil d'administration et d'agents des services internes de l'Association d'assurance accident en charge du sujet. L'objet de chaque groupe de travail est défini par le conseil d'administration. Chaque groupe de travail est tenu d'informer le conseil d'administration périodiquement de l'avancement de ses travaux. Les modalités de fonctionnement et d'organisation des groupes de travail sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

**Art. 145.** Les délégués des salariés ont voix délibérative en matière de prestations et de prévention et voix consultative dans les autres matières.

Le président et les délégués des employeurs ont voix délibérative dans toutes les matières.

Les décisions sont prises à la majorité des voix. La voix du président prévaut en cas d'égalité des voix.

**Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

**Art. 146.** Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière de prestations, d'amendes d'ordre, de classement dans une classe de risque et de diminution ou de majoration du taux de cotisation conformément à l'article 158 peut faire l'objet d'une décision du président de l'Association d'assurance accident ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré ou de l'employeur. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition, qui n'a pas d'effet suspensif, est vidée par le conseil d'administration. **Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

Tout litige opposant un prestataire de soins à l'Association d'assurance accident dans le cadre de la prise en charge directe prévue à l'article 98 fait l'objet d'une décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par le prestataire dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par la Commission de surveillance prévue à l'article 72 ou, s'il s'agit d'un hôpital, par la commission des budgets hospitaliers prévue à l'article 77.

Le président décrit les services, les postes ainsi que la structuration de la coordination du travail de l'institution et en établit un organigramme. Il décide de l'affectation du personnel aux postes créés. Pour assurer la direction de l'institution, il est assisté par les fonctionnaires de l'État et fonctionnaires y assimilés de la carrière supérieure désignés par lui. En cas d'absence, le président est remplacé par un des fonctionnaires visés à l'article 404, alinéa 2 qu'il désigne à cet effet dès sa nomination. Le



président assure la mise en oeuvre des mesures nécessaires à la réalisation des objectifs fixés par le conseil d'administration dans le cadre de la planification triennale visée à l'article 408bis.

## Chapitre VI. – Financement

### Section 1.– Régime général

(...)

**Art. 151.** A l'exception de la cotisation pour l'assurance volontaire prévue à l'article 89, la dette de cotisation naît à la fin de chaque mois et la cotisation est perçue chaque mois.

**Art. 156.** L'assiette de cotisation mensuelle ne peut être inférieure au salaire social minimum prévu pour un salarié un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins, gradué le cas échéant en raison de l'âge conformément à l'article L. 222-5 du Code du travail.

En cas d'apprentissage, l'assiette de cotisation se limite à l'indemnité d'apprentissage.

En cas d'occupation à temps partiel, le minimum cotisable est réduit proportionnellement en fonction de la durée de l'occupation par rapport à une occupation normale de cent soixante-treize heures par mois.

## Livre III – Assurance pension

### Chapitre I. – Etendue de l'assurance

#### Assurance obligatoire

(...)

**Art. 171.** Comptent comme périodes effectives d'assurance obligatoire, toutes les périodes d'activité professionnelle ou périodes y assimilées pour lesquelles des cotisations ont été versées, à savoir:

- 1) les périodes correspondant à une activité professionnelle exercée pour le compte d'autrui; y sont assimilées les périodes pendant lesquelles une personne exerce une activité professionnelle rémunérée pour un tiers sans être établie légalement à son propre compte ainsi que celles pendant lesquelles une personne effectue un stage rémunéré ou non sans être assurée au titre de l'article 91;
- 2) les périodes correspondant à une activité professionnelle exercée pour le propre compte, ressortissant de la chambre des métiers, de la chambre de commerce ou de la chambre d'agriculture ou ayant un caractère principalement intellectuel et non commercial.

Y sont assimilées les périodes pendant lesquelles:

- les associés de sociétés en nom collectif, de sociétés en commandite simple ou de sociétés à responsabilité limitée ayant pour objet une telle activité détiennent plus de vingt-cinq pour cent des parts sociales,
- les administrateurs, commandités ou mandataires de sociétés anonymes, de sociétés en commandite par actions ou de sociétés coopératives ayant pour objet une telle activité sont délégués à la gestion journalière,

à condition qu'il s'agisse de personnes sur lesquelles repose l'autorisation d'établissement délivrée conformément à la loi du 2 septembre 2011 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales ;

- 3) les périodes pour lesquelles est versé un revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisations au titre de l'assurance pension est prévue;
- 4) les périodes correspondant à des périodes d'activité exercée par des membres d'associations religieuses et des personnes pouvant leur être assimilées, dans l'intérêt des malades et de l'utilité générale;
- 5) les périodes correspondant au titre d'un apprentissage pratique à des périodes de formation professionnelle indemnisées, pour autant qu'elles se situent après l'âge de quinze ans accomplis;

- 6) les périodes accomplies par le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats et, pour les activités ressortissant de la chambre d'agriculture, par les parents et alliés en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré inclusivement d'un assuré au titre du numéro 2), première phrase pourvu que le conjoint, le partenaire, le parent ou allié soit âgé de dix-huit ans au moins et prête au crédit assuré des services nécessaires dans une mesure telle que ces services peuvent être considérés comme activité principale;
- 7) sur demande, une période de vingt-quatre mois dans le chef de l'un ou des deux parents se consacrant au Luxembourg à l'éducation d'un enfant légitime, légitimé, naturel ou adoptif âgé de moins de quatre ans lors de l'adoption, à condition que l'intéressé justifie de douze mois d'assurance au titre de l'article 171 pendant une période de référence de trente-six mois précédant celui de la naissance ou de l'adoption de l'enfant. Cette période de référence est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes visées à l'article 172, alinéa 1, sous 4). La période de vingt-quatre mois mise en compte ne doit pas se superposer avec une période couverte auprès d'un régime spécial luxembourgeois ou d'un régime étranger. Elle prend cours le mois suivant la naissance ou l'adoption de l'enfant, ou, le cas échéant, le mois suivant la date de l'expiration de l'indemnité pécuniaire de maternité. Elle est étendue à quarante-huit mois si, au moment de la naissance ou de l'adoption de l'enfant, l'intéressé élève dans son foyer au moins deux autres enfants légitimes, légitimés, naturels ou adoptifs ou si l'enfant est atteint d'une ou de plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou d'une diminution permanente d'au moins cinquante pour cent de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge. ~~La période de vingt-quatre ou quarante-huit mois peut être répartie entre les parents, à condition que les demandes présentées par les deux parents n'excèdent pas cette durée maximale. A défaut d'accord des deux parents au sujet de la répartition de la période, la mise en compte s'effectue prioritairement en faveur de celui des parents qui s'occupe principalement de l'éducation de l'enfant.~~ **Les parents désignent le bénéficiaire de la période d'assurance ou, le cas échéant, se prononcent pour le partage de la période au moyen d'une demande commune. Cette décision ne peut être modifiée. A défaut d'un accord entre les parents et en absence de la preuve rapportée par le parent demandeur qu'il a assumé exclusivement l'éducation de l'enfant, ladite période est partagée par moitié entre les deux parents.** La validation de la période se fait au moment de l'échéance du risque. La condition que des cotisations aient été versées ne s'applique pas;
- 8) les périodes accomplies dans un pays en voie de développement conformément à la loi du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement;
- 9) les périodes prévues à la loi du 25 février 1967 ayant pour objet diverses mesures en faveur de personnes devenues victimes d'actes illégaux de l'occupant et à l'article 5 de la loi du 28 juillet 1969 relative à l'achat rétroactif de périodes d'assurance auprès de différents régimes de pension contributifs;
- 10) les périodes de service militaire obligatoire, accomplies dans l'armée luxembourgeoise, compte tenu des périodes de rappel ainsi que des périodes d'incapacité de travail résultant d'un accident subi ou d'une maladie grave contractée à l'occasion de ce service, pour autant que ces périodes ne soient pas autrement couvertes par des cotisations de sécurité sociale;
- 11) les périodes pendant lesquelles l'intéressé a participé à une opération pour le maintien de la paix conformément à la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix (OMP) dans le cadre d'organisations internationales;
- 12) les périodes pendant lesquelles l'intéressé était volontaire au service de l'armée au sens de la loi du 2 août 1997 portant réorganisation de l'armée et modification de la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix (OMP) dans le cadre d'organisations internationales;
- 13) les périodes pendant lesquelles une personne a assuré des aides et des soins à une personne dépendante au sens du livre V, sans qu'il s'agisse d'une activité professionnelle au sens des numéros 1), 2) et 4) visés ci-dessus;
- 14) les périodes pendant lesquelles une personne a accueilli un enfant en placement de jour et de nuit ou en placement de jour et que ce placement a été effectué par un organisme agréé conformément à la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique;

- 15) les périodes pendant lesquelles l'intéressé a exercé un service volontaire conformément à la loi du 31 octobre 2007 sur le service volontaire des jeunes;
- 16) les périodes correspondant au congé parental dont l'assuré a bénéficié au titre de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales.
- 17) aux salariés handicapés occupés dans les ateliers protégés au sens de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées.
- 18) les périodes pendant lesquelles l'intéressé a une activité sportive d'élite conformément à la loi du 3 août 2005 concernant le sport;
- 19) les périodes pendant lesquelles une personne a bénéficié de l'allocation complémentaire conformément à l'article 18, alinéa 3 de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un ~~revenu minimum garanti~~ **d'inclusion conformément à l'article 6, alinéa 3 de la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale;**
- 20) les périodes pendant lesquelles une personne a bénéficié du revenu pour personnes gravement handicapées conformément à l'article 27bis de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées.

Les périodes visées aux numéros 1) et 5) de l'alinéa qui précède sont prises en compte, même si les cotisations dues n'ont pas été versées, à condition toutefois d'avoir fait l'objet d'une déclaration dans un délai de cinq années consécutives à l'année à laquelle elles se rapportent. Ce délai est porté à trente ans s'il est prouvé par les livres de l'employeur, par des décomptes réguliers de salaires ou une condamnation en vertu de l'article 449, alinéa 1, sous 3) que des cotisations ont été retenues sur les salaires sans avoir été versées dans les délais impartis.

Peuvent être mises en compte au titre des numéros 1) à 5) du premier alinéa suivant des conditions et modalités à déterminer par règlement grand-ducal les périodes accomplies en vue d'une insertion ou réinsertion professionnelle.

#### *Assurance continuée*

**Art. 173.** Les personnes qui justifient de douze mois d'assurance au titre de l'article 171 pendant la période de trois années précédant la perte de la qualité d'assuré obligatoire ou la réduction de l'activité professionnelle peuvent demander de continuer ou de compléter leur assurance. La période de référence de trois ans est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes visées à l'article 172 ainsi qu'à des périodes d'assurance continuée ou complémentaire antérieures ou correspondant au bénéfice ~~du complément prévu par la loi modifiée du 26 juillet 1986 portant création du droit à un revenu minimum garanti~~ **de l'allocation d'inclusion prévue par la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale** ou au bénéfice du revenu pour personnes gravement handicapées prévus par la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées. La demande visant la continuation de l'assurance doit être présentée sous peine de forclusion au Centre commun de la sécurité sociale, au titre du régime auprès duquel l'assuré était affilié en dernier lieu dans un délai de six mois suivant la perte de l'affiliation.

Le délai prévu de six mois est suspendu à partir du jour de la demande en obtention d'une pension d'invalidité jusqu'à la date où la décision est coulée en force de chose jugée.

Les modalités de l'assurance continuée sont déterminées par un règlement grand-ducal qui prévoit également les conditions et modalités dans lesquelles une personne peut compléter par des cotisations volontaires celles versées au titre de l'assurance obligatoire.

#### *Achat de périodes*

**Art. 174.** Les personnes qui ont, soit abandonné ou réduit leur activité professionnelle pour des raisons familiales, soit quitté un régime de pension étranger non visé par un instrument bi- ou multilatéral de sécurité sociale ou un régime de pension d'une organisation internationale prévoyant un forfait de rachat ou d'un équivalent actuariel peuvent couvrir ou compléter les périodes correspondantes par un **seul** achat rétroactif **sur une même période**, à condition qu'elles résident au Grand-Duché de Luxembourg, qu'elles aient été affiliées au titre de l'article 171 pendant au moins douze mois et qu'au moment de la demande elles n'aient ni dépassé l'âge de soixante-cinq ans ni droit à une pension personnelle.

Le conjoint créancier au titre de l'article 252, paragraphe 2 du Code civil peut effectuer un achat rétroactif par mois entiers pour la période du mariage pendant laquelle l'abandon ou la réduction de l'activité professionnelle a eu lieu sur base d'une cotisation déterminée en fonction du montant visé à l'article 252, paragraphe 1<sup>er</sup> du Code civil, augmenté de la charge de l'État telle que définie à l'article 239 du Code de la sécurité sociale.

Un règlement grand-ducal précise les conditions de l'achat rétroactif, en détermine les modalités et définit les périodes pouvant être couvertes.

Les périodes correspondant à un achat effectué conformément à la loi modifiée du 28 juillet 1969 relative à l'achat rétroactif de périodes d'assurance auprès des différents régimes de pension contributifs sont prises en compte comme périodes d'assurance au titre du présent article, à l'exception de celles prévues à l'article 5 de cette même loi.

#### *Exemption et dispense de l'assurance*

(...)

**Art. 179.** Sont dispensées de l'assurance obligatoire les personnes qui exercent leur activité professionnelle uniquement d'une façon occasionnelle et non habituelle et ce pour une durée déterminée à l'avance qui ne doit pas dépasser trois mois par année de calendrier.

Sur demande de l'intéressé, l'activité exercée à titre accessoire dans le domaine culturel, ou sportif au service d'une association ne poursuivant pas de but lucratif est dispensée de l'assurance, si le revenu professionnel en retiré ne dépasse pas deux tiers du salaire social minimum par an. **Si cette activité ne couvre pas une année civile entière, le revenu professionnel annuel est calculé en fonction de la période d'activité effective.**

L'occupation d'élèves et d'étudiants pendant leurs vacances scolaires ne donne pas lieu affiliation.

**Art. 180.** Est dispensé sur sa demande le conjoint ou le partenaire visé à l'article 171, sous 6) excepté celui d'un assuré ou d'un aidant agricole.

Sont dispensées de l'assurance les personnes exerçant à titre principal ou accessoire une activité au sens de l'article 171, sous 2), si le revenu professionnel retiré de l'activité autre qu'agricole ne dépasse pas un tiers du salaire social minimum par an ou si elles exercent l'activité dans une exploitation agricole dont la dimension économique n'atteint pas le seuil fixé en application de ~~l'article 2, paragraphes 8 et 9 de la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural de l'article 2, paragraphes 3, 5 et 8 de la loi modifiée du 27 juin 2016 concernant le soutien au développement durable des zones rurales.~~ **Si l'activité ne couvre pas une année civile entière, le revenu professionnel annuel est calculé en fonction de la période d'activité effective.**

Toutefois, une personne exerçant une activité dispensée en vertu de l'alinéa qui précède est admise à l'assurance obligatoire à sa demande. Si le revenu professionnel d'un ou de plusieurs exercices passe en dessous du seuil, l'assurance obligatoire est maintenue, à moins que l'assuré n'invoque expressément la dispense.

Ne sont pas admises à l'assurance au titre de l'article 171, numéro 1) les personnes qui exercent une activité professionnelle pour le compte du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats qui assume une activité assurée en vertu de l'article 171, numéro 2), première phrase. Il en est de même des parents ou alliés visés à l'article 171, numéro 6).

## **Chapitre II. – Objet de l'assurance**

(...)

### *Pension d'invalidité*

**Art. 186.** A droit à une pension d'invalidité avant l'âge de soixante-cinq ans tout assuré justifiant d'un stage de douze mois d'assurance au moins au titre des articles 171, 173 et 173<sup>bis</sup> pendant les trois années précédant la date de l'invalidité constatée par le médecin de contrôle ou de l'expiration de l'indemnité pécuniaire de maladie, s'il est atteint d'une invalidité au sens de l'article 187 ci-après.

Cette période de référence de trois ans est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes visées à l'article 172 ainsi qu'à des périodes correspondant au bénéfice du complément prévu par la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti de l'allocation d'inclusion prévue par la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ou au bénéfice du revenu pour personnes gravement handicapées prévus par la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées. Toutefois, ce stage n'est pas exigé en cas d'invalidité imputable à un accident de quelque nature que ce soit ou à une maladie professionnelle reconnue en vertu des dispositions du présent code, survenus pendant l'affiliation.

#### *Pensions de survie*

**Art. 195.** A droit à une pension de survie, sans préjudice de toutes autres conditions prescrites, le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats survivant d'un bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité attribuée en vertu du présent livre ou d'un assuré si celui-ci au moment de son décès justifie d'un stage de douze mois d'assurance au moins au titre des articles 171, 173 et 173bis pendant les trois années précédant la réalisation du risque. Cette période de référence de trois ans est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes visées à l'article 172 ainsi qu'à des périodes correspondant au bénéfice du complément prévu par la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti de l'allocation d'inclusion prévue par la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ou au bénéfice du revenu pour personnes gravement handicapées prévus par la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées. Toutefois ce stage n'est pas exigé en cas de décès de l'assuré imputable à un accident de quelque nature que ce soit ou à une maladie professionnelle reconnue en vertu des dispositions du présent code, survenus pendant l'affiliation.

#### *Cessation de la pension*

(...)

**Art. 206.** Sauf en cas d'études, la pension d'orphelin cesse d'être payée à partir du mois suivant le mariage ou la déclaration de partenariat au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, du bénéficiaire.

Elle cesse pareillement en cas d'octroi d'une pension d'invalidité **personnelle**.

#### *Définition des bases de calcul*

(...)

**Art. 221.** La base de référence annuelle servant au calcul des majorations proportionnelles spéciales visée à l'article 216 est définie comme suit:

- 1) Lorsque l'échéance du risque se situe après l'âge de vingt-cinq ans accomplis, la base de référence est égale à la somme des salaires, traitements ou revenus cotisables valablement déclarés au titre des articles 171, 173, 173bis et 174 et correspondant à la période se situant entre le début de l'année civile suivant celle où l'assuré a accompli l'âge de vingt-quatre ans et l'échéance du risque, divisée par le nombre d'années se situant dans la période correspondante. Au cas où cette période est inférieure à deux années, sont prises en compte les deux années précédant l'échéance du risque.
- 2) Ne sont pas à comprendre dans le diviseur le nombre d'années se situant dans cette période et correspondant aux périodes prévues aux numéros 1) à 4) ainsi qu'au numéro 7) de l'article 172 pendant lesquelles des cotisations n'ont pas été portées en compte; au cas où des cotisations auraient été portées en compte simultanément au titre des articles 171, 173, 173bis et 174 la prise en compte de ces revenus cotisables et de ces périodes se fait suivant le mode de calcul le plus favorable pour l'assuré.
- 3) Lorsque l'échéance du risque se situe avant l'âge de vingt-cinq ans accomplis, la base de référence est égale à la somme des salaires, traitements ou revenus cotisables valablement déclarés au titre des articles 171, 173 et 174 divisés par le nombre d'années d'assurance au titre des mêmes articles.

Sont négligées tant au numérateur qu'au dénominateur les périodes pendant lesquelles l'assuré cotisait sur une assiette inférieure au salaire social minimum de référence pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. Toutefois, la base de référence ne saurait être inférieure au montant de référence prévu à l'article 222.

En aucun cas, la base de référence ne peut dépasser le quintuple du montant de référence prévu à l'article 222.

**Art. 225bis.** Les pensions calculées conformément à l'article 225 sont multipliées par le produit des différents facteurs de réajustement déterminés par année de calendrier et ce à partir de l'année postérieure au début du droit à la pension, mais au plus tôt à partir de l'année 2014.

Le facteur de réajustement représente pour une année de calendrier la somme de l'unité et du produit de la multiplication du taux de variation annuel du facteur de revalorisation entre l'avant-dernière année et l'année précédant celle-ci par le modérateur de réajustement applicable pour l'avant-dernière année.

Ce modérateur de réajustement est fixé à 1 à partir de l'année 2012.

Tous les ans, le Gouvernement examine s'il y a lieu de procéder ou non à la révision du modérateur de réajustement par la voie législative. Si la prime de répartition pure de l'avant-dernière année précédant celle de la révision dépasse le taux de cotisation global visé à l'article 238, le Gouvernement soumet à la Chambre des Députés un rapport accompagné, le cas échéant, d'un projet de loi portant refixation du modérateur de réajustement à une valeur inférieure ou égale à 0,5 pour les années à partir de l'année précédant la révision.

Toutefois, le modérateur de réajustement peut de nouveau être augmenté à une valeur ne dépassant pas 1 pour les années à partir de l'année précédant la révision, si le taux de cotisation global visé à l'article 238 pour l'avant-dernière année précédant celle de la révision dépasse la prime de répartition pure.

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 en cotisations ~~du régime général de pension de la Caisse nationale d'assurance pension~~. Un règlement grand-ducal fixe annuellement la prime de répartition pure de l'année précédente.

#### *Concours de pensions avec d'autres revenus*

(...)

**Art. 228.** En cas de concours d'une pension de survie avec une rente d'accident de survie due en vertu du présent code ou d'un régime étranger du chef d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la pension est réduite dans la mesure où elle dépasse ensemble avec la rente d'accident trois quarts des plafonds visés à l'article qui précède lorsqu'il s'agit ~~d'une veuve, d'un veuf, d'un ancien partenaire~~ **d'un conjoint survivant, d'un partenaire survivant** au sens de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats ou d'un orphelin de père et de mère, ou d'un tiers de ces plafonds lorsqu'il s'agit d'un orphelin de père ou de mère. Toutefois, l'ensemble des pensions et rentes d'accident du chef du même assuré ne peut pas dépasser les plafonds visés à l'article qui précède.

### **Chapitre III. – Voies et moyens**

(...)

#### *Assiette de cotisation*

**Art. 241.** L'assiette de cotisation est constituée dans le cadre de l'assurance pension obligatoire par le revenu professionnel des assurés et dans le cadre de l'assurance pension continuée par un montant déterminé par règlement grand-ducal.

L'assiette de cotisation mensuelle ne peut être inférieure au salaire social minimum pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins, ~~sauf causes de réduction légalement prévues et~~ **gradué le cas échéant en raison de l'âge conformément à l'article L. 222-5 du Code du travail**, sauf pour les activités non salariées exercées à titre accessoire par une personne affiliée à un régime de pension

statutaire. Par dérogation à ce principe et à la demande de l'assuré, le minimum de l'assiette de cotisation mensuelle peut dans le cadre de l'assurance pension continuée ou facultative, pour une période maximale de cinq ans, être réduit à un tiers du salaire social minimum mensuel pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

Pour une activité exercée au service d'un employeur ou pour toute autre activité ou prestation soumise à l'assurance, l'assiette de cotisation ne peut être supérieure au quintuple des douze salaires sociaux minima mensuels de référence pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. Toutefois, pour une personne dont l'assurance obligatoire ou volontaire ne couvre pas une année civile entière, le maximum cotisable correspond au quintuple des salaires sociaux minima mensuels de référence relatifs à la période d'affiliation effective.

En cas d'occupation à temps partiel, le minimum cotisable défini à l'alinéa 2 est réduit proportionnellement en fonction de la durée de l'occupation par rapport à une occupation normale de cent soixante-treize heures par mois. Le minimum cotisable ne s'applique pas à la rente accident partielle, à moins que l'assiette cotisable ne comprenne un autre revenu.

Pour les périodes correspondant à une activité salariée le revenu professionnel au sens de l'alinéa 1 est constitué par la rémunération brute gagnée, y compris tous les appointements et avantages même non exprimés en numéraire dont l'assuré jouit à raison de son occupation soumise à l'assurance, à l'exclusion de la rémunération des heures supplémentaires. Les rémunérations en nature sont portées en compte suivant la valeur fixée par règlement grand-ducal. Le règlement grand-ducal peut exclure de l'assiette de cotisation certains éléments de la rémunération non soumis à l'impôt sur le revenu.

Les indemnités légales dues par l'employeur au titre d'un préavis sont sujettes à cotisation et sont portées en compte pour la mensualité qu'elles représentent. Les rémunérations non périodiques telles que les indemnités de congé non pris et les gratifications ne sont pas cotisables pour autant qu'elles sont payées après le début du droit à la pension et se rapportent à l'activité exercée avant l'échéance du risque.

En cas de substitution au revenu professionnel d'un revenu de remplacement au sens de l'article 171, 3), ce revenu est pris en considération pour l'assiette de cotisation. En cas d'indemnité d'apprentissage, l'assiette de cotisation se limite à l'indemnité d'apprentissage.

Pour les membres d'associations religieuses et les personnes qui leur sont assimilées, occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation, l'assiette cotisable est constituée par le salaire social minimum de référence pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

Pour les périodes correspondant à une activité non salariée autre qu'agricole, le revenu professionnel visé à l'alinéa 1 est constitué par le revenu net au sens de l'article 10 numéros 1 et 3 de la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu.

En attendant l'établissement du revenu professionnel de l'exercice en cause par l'administration des contributions directes, les cotisations sont calculées provisoirement sur base du dernier revenu connu ou, pour un assuré nouveau, sur base du minimum cotisable, à moins que l'assuré ne justifie la mise en compte d'un revenu différent notamment par une déclaration faite à cette administration. Après l'émission du bulletin d'impôts définitif, elles font d'office l'objet d'un recalcul. Toutefois, les cotisations provisoires mises en compte dans la pension ne sont recalculées qu'à la demande du bénéficiaire qui peut être présenté même lorsque que la décision d'attribution de la pension est devenue définitive.

Pour les périodes correspondant à une activité non salariée agricole, le revenu professionnel visé à l'alinéa 1 est fixé forfaitairement, suivant les modalités à déterminer par règlement grand-ducal, sur base des productions végétales et animales de l'exploitation agricole au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation. Pour autant qu'elles aient été versées au cours de la même année, les aides à la production et les subventions au revenu à spécifier par règlement grand-ducal ainsi que l'indemnité de départ prévue à la loi du 7 mars 1985 portant renouvellement des mesures de reconversion économique et sociale dans l'agriculture, sont prises en compte à titre de revenu professionnel.

Il est loisible au chef d'exploitation de demander avant la fin de l'exercice de cotisation une refixation des cotisations relatives à cet exercice, lorsque la comptabilité régulièrement tenue de l'exploitation fait ressortir pour l'exercice précédant l'exercice de cotisation un revenu professionnel différant de dix pour cent au moins de celui constaté forfaitairement. Le règlement grand-ducal visé à l'alinéa précédent précise les conditions et modalités d'application du présent alinéa et définit la notion d'exploitation agricole et celle de chef d'exploitation.

**Art. 242.** Pour les travailleurs non-salariés à l'exception de ceux exerçant une activité agricole, le revenu professionnel visé à l'alinéa 1 de l'article 241 est divisé, le cas échéant, par le nombre des assurés principaux et des aidants affiliés. Toutefois pour le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats aidant de l'assuré principal le revenu ne peut dépasser le double du salaire social minimum de référence; le surplus éventuel est mis en compte à l'assuré principal.

#### Chapitre IV. – Organisation de l'assurance

##### *Gestion de l'assurance pension*

(...)

**Art. 252.** Le conseil d'administration se compose en dehors du président, fonctionnaire de l'Etat, nommé par le Grand-Duc sur proposition du Gouvernement :

- 1) de huit délégués des salariés du secteur privé, désignés par la Chambre des salariés;
- 2) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre de commerce;
- 3) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre des métiers;
- 4) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre d'agriculture;
- 5) de quatre délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce;
- 6) d'un délégué des employeurs désigné par la Chambre des métiers.

Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs.

Les décisions sont prises à la majorité des voix. Dans les votes, chaque délégué dispose d'un nombre de voix pondéré en fonction du nombre des assurés relevant de la compétence des différentes chambres professionnelles et de leurs sous-groupes. Les délégués employeurs disposent, ensemble avec les délégués des assurés non salariés, du même nombre de voix que les délégués des assurés salariés. Il en est de même pour le président. Le nombre de voix dont disposent les délégués employeurs et le président est recalculé au début de chaque séance du conseil d'administration en tenant compte des présences effectives.

Un règlement grand-ducal détermine les modalités de la désignation des délégués, du remplacement par un suppléant et du vote par procuration, ainsi que la pondération et le calcul des voix.

**Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

**Art. 253.** Le conseil d'administration peut nommer en son sein des commissions auxquelles il peut confier l'accomplissement de certaines tâches ou l'exercice de certaines de ses attributions **décider de la mise en place de groupes de travail chargés des travaux préparatoires pour l'examen de sujets portant sur une problématique spécifique en relation avec ses attributions et composés de deux représentants effectifs du conseil d'administration et d'agents des services internes de la Caisse nationale d'assurance pension en charge du sujet. L'objet de chaque groupe de travail est défini par le conseil d'administration. Chaque groupe de travail est tenu d'informer le conseil d'administration périodiquement de l'avancement de ses travaux. Les modalités de fonctionnement et d'organisation des groupes de travail sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

~~Les modalités de la nomination sont déterminées par règlement d'ordre intérieur.~~

**Art. 254.** Toute demande de l'assuré en rapport avec une prestation à charge de la Caisse est tranchée par décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition, qui n'a pas d'effet suspensif, est vidée par le conseil d'administration. **Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**



Le président décrit les services, les postes ainsi que la structuration de la coordination du travail de l'institution et en établit un organigramme. Il décide de l'affectation du personnel aux postes créés. Pour assurer la direction de l'institution, il est assisté par les fonctionnaires de l'État et fonctionnaires y assimilés de la carrière supérieure désignés par lui. En cas d'absence, le président est remplacé par un des fonctionnaires visés à l'article 404, alinéa 2 qu'il désigne à cet effet dès sa nomination. Le président assure la mise en oeuvre des mesures nécessaires à la réalisation des objectifs fixés par le conseil d'administration dans le cadre de la planification triennale visée à l'article 408bis.

#### *Fonds de compensation*

(...)

**Art. 262.** Le conseil d'administration du Fonds de compensation se compose:

- 1) du président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance pension et de trois membres désignés par le Gouvernement en Conseil;
- 2) de quatre membres délégués par les assurés;
- 3) de quatre membres délégués par les employeurs.

Pour chaque membre effectif il y a un membre suppléant.

Le mode de désignation des délégués des assurés et des employeurs et de leurs suppléants est déterminé par règlement grand-ducal.

La présidence du conseil d'administration est exercée par le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance pension. En cas d'absence du président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance pension, il est remplacé par le fonctionnaire qu'il a désigné à cet effet conformément à l'article 254, alinéa 2.

Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité absolue des voix exprimées. En cas de partage des votes, la voix du président ou de son remplaçant est prépondérante.

**Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

### **Livre IV – Prestations familiales et indemnité de congé parental**

#### **Chapitre IV – Allocation de naissance**

##### *Allocation prénatale*

**Art. 277.** (1) Pour pouvoir bénéficier de l'allocation prénatale, la femme enceinte doit se soumettre au cours de sa grossesse à au moins cinq examens médicaux et à un examen dentaire.

Les examens médicaux sont à la fois obstétricaux et généraux et doivent être effectués par un médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique pour ce qui concerne les examens obstétricaux et par un médecin spécialiste en médecine interne ou par un médecin généraliste pour ce qui concerne les examens généraux. L'examen dentaire doit être effectué par un médecin-dentiste.

Des consultations complémentaires peuvent être prestées par des sages-femmes. Les modalités d'exécution sont précisées par règlement grand-ducal. ~~Les consultations des sages-femmes seront prises en charge par l'État.~~

(2) Le médecin examinateur consigne ses observations dans le carnet de maternité dont toute femme enceinte est pourvue. Ce carnet est délivré à la future mère lors du premier examen médical. A cet effet, le ministre ayant dans ses attributions la santé met des carnets de maternité à la disposition des médecins.

(3) L'allocation prénatale n'est versée qu'à condition que la future mère ait son domicile légal au Luxembourg ou qu'elle tombe sous la législation luxembourgeoise en matière de sécurité sociale au

moment du dernier examen médical prévu au paragraphe précédent et rapporte la preuve des différents examens médicaux y prévus au moyen des certificats établis à cet effet par le médecin examinateur lors de chaque visite.

#### *Allocation postnatale*

**Art. 280.** (1) Pour pouvoir bénéficier de l'allocation postnatale, celui des parents ou toute autre personne qui en a la garde doit soumettre l'enfant à deux examens périnataux et à quatre examens subséquents jusqu'à l'âge de deux ans.

(2) Ces examens doivent être effectués soit par un médecin spécialiste en pédiatrie, soit par un médecin spécialiste en médecine interne, soit par un médecin établi en qualité de médecin généraliste.

**Des consultations complémentaires peuvent être prestées par des sages-femmes. Les modalités d'exécution sont précisées par règlement grand-ducal.**

(3) Le médecin examinateur consigne les résultats de l'examen auquel il a procédé dans le carnet de santé dont tout enfant est pourvu. Ce carnet est délivré lors de la déclaration de naissance de l'enfant à la mère ou à la personne qui a la garde de l'enfant par l'officier de l'état civil ou par l'administration de l'hôpital dans lequel l'accouchement a eu lieu.

(4) L'allocation postnatale n'est versée qu'à condition que:

- a) l'enfant soit élevé de façon continue au Luxembourg depuis la naissance ou
- b) que l'enfant soit membre de famille d'une personne définie à l'article 269-b) **269, paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 2, point b).**

(5) Pour ouvrir droit à l'allocation postnatale, la preuve des examens médicaux prescrits doit être rapportée au moyen de certificats établis à cet effet par le médecin examinateur lors de chaque visite.

(6) La condition que l'enfant doit être élevé d'une façon continue au Luxembourg depuis la naissance n'est pas requise s'il s'agit d'un enfant né à l'étranger et adopté par une personne domiciliée au Luxembourg. Dans ce cas, les conditions relatives aux examens médicaux qui auraient dû être effectués avant l'arrivée de l'enfant au Luxembourg sont présumées remplies si les examens subséquents ont été effectués.

(7) L'allocation postnatale est versée à celui qui supporte les charges d'entretien de l'enfant au moment de l'échéance de la prestation.

(8) En cas de décès de l'enfant avant l'âge de deux ans accomplis, les conditions relatives aux six examens médicaux sont présumées remplies si les examens correspondant aux tranches d'âge antérieures au décès ont été effectués. L'allocation postnatale est alors versée intégralement.

### **Chapitre VI – Dispositions communes aux prestations**

(...)

#### *Contestations et recours*

**Art. 316.** Toute question de prestations peut faire l'objet d'une décision du président du conseil d'administration de la Caisse ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition, qui n'a pas d'effet suspensif, est vidée par le conseil d'administration. **Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

Une décision attaquant devant les juridictions sociales concernant la restitution ne peut être prise qu'après que l'intéressé aura été entendu soit verbalement, soit par écrit. La décision doit être motivée.

L'opposition visée à l'alinéa 1 vaut audition de l'intéressé.

Les décisions du conseil d'administration de la Caisse sont susceptibles d'un recours, conformément aux articles 454 et 455, devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale et en appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

## Chapitre VIII – Organisation de la caisse

(...)

**Art. 333.** Le président est un fonctionnaire de l'Etat nommé par le Grand-Duc sur proposition du Gouvernement. Les autres membres du conseil d'administration sont désignés par le ministre ayant dans ses attributions la Famille parmi les candidats à présenter par les organisations et chambres concernées. Les listes des candidats doivent parvenir au ministre au moins trois mois avant l'expiration des anciens mandats.

Les décisions du conseil d'administration de la Caisse sont prises à la majorité des voix. La voix du président prévaut en cas d'égalité des voix.

**Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

Le président décrit les services, les postes ainsi que la structuration de la coordination du travail de l'institution et en établit un organigramme. Il décide de l'affectation du personnel aux postes créés. Pour assurer la direction de l'institution, il est assisté par les fonctionnaires de l'État et fonctionnaires y assimilés de la carrière supérieure désignés par lui. En cas d'absence, le président est remplacé par un des fonctionnaires visés à l'article 404, alinéa 2 qu'il désigne à cet effet dès sa nomination. Le président assure la mise en oeuvre des mesures nécessaires à la réalisation des objectifs fixés par le conseil d'administration dans le cadre de la planification triennale visée à l'article 408*bis*.

~~Le conseil d'administration peut nommer en son sein des commissions auxquelles il peut confier l'accomplissement de certaines tâches ou l'exercice de certaines de ses attributions. Le règlement d'ordre intérieur détermine la composition et les attributions des commissions ainsi que les modalités de la nomination de leurs membres~~ **décider de la mise en place de groupes de travail chargés des travaux préparatoires pour l'examen de sujets portant sur une problématique spécifique en relation avec ses attributions et composés de deux représentants effectifs du conseil d'administration et d'agents des services internes de la Caisse pour l'avenir des enfants en charge du sujet. L'objet de chaque groupe de travail est défini par le conseil d'administration. Chaque groupe de travail est tenu d'informer le conseil d'administration périodiquement de l'avancement de ses travaux. Les modalités de fonctionnement et d'organisation des groupes de travail sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

## Livre V – Assurance dépendance

### Chapitre III. – Organisation

#### *Organisme gestionnaire*

(...)

**Art. 381.** L'assurance dépendance est placée sous la responsabilité du conseil d'administration de la Caisse nationale de santé.

Dans le cadre de l'assurance dépendance, le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé a pour mission:

- 1) d'établir la planification triennale prévue par l'article 408*bis* et de statuer sur la mise à jour annuelle y visée;
- 2) de déterminer les règles de gouvernance prévues par l'article 408*bis*;

- 3) de statuer sur le budget annuel;
- 4) de statuer sur le décompte annuel des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan de l'assurance dépendance;
- 5) de préparer les négociations à mener par le président ou son délégué avec les prestataires d'aides et de soins et de se prononcer sur le résultat de ces négociations;
- 6) de prendre les décisions individuelles en matière de prestations.

Les décisions prévues aux points 3) et 4) sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Dans les matières visées ci-dessus, le conseil d'administration délibère en l'absence des délégués visés à l'article 46, alinéa 1, sous 8).

Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des voix.

Dans tous les votes, chaque délégué dispose d'un nombre de voix pondéré en fonction du nombre des assurés relevant de la compétence des différentes chambres professionnelles et de leurs sous-groupes. Le président dispose du même nombre de voix que les délégués des assurés. Le nombre de voix dont dispose le président est recalculé au début de chaque séance du conseil d'administration en tenant compte des présences effectives.

Un règlement grand-ducal détermine les modalités de la désignation des délégués, du remplacement par un suppléant et du vote par procuration, ainsi que la pondération et le calcul des voix.

**Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

Les frais d'administration propres à la Caisse nationale de santé sont répartis entre l'assurance maladie et l'assurance dépendance au prorata de leurs prestations respectives au cours du pénultième exercice.

Conformément à l'article 47, alinéa 5 6, le président de la Caisse nationale de santé met en œuvre les mesures nécessaires à la réalisation des objectifs fixés par le conseil d'administration dans le cadre de la planification triennale visée à l'article 408*bis*.

**Art. 382.** Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière d'assurance dépendance peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de Santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition, qui n'a pas d'effet suspensif, est vidée par le conseil d'administration. **Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

Les demandes en obtention de prestations et les oppositions formées à la suite d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué sont régulièrement posées si elles émanent du demandeur lui-même, de son représentant légal, de son partenaire ou d'une des personnes énumérées à l'article 106 du Nouveau Code de procédure civile comme ayant qualité de représenter le demandeur à l'audience des justices de paix. Le représentant, s'il n'est avocat, doit justifier d'une procuration écrite.

Les prérogatives visées à l'alinéa précédent peuvent être également exercées par les délégués des organisations professionnelles ou syndicales dûment mandatés, visés à l'article 2 de la loi modifiée du 10 août 1991 sur la profession d'avocat.

Les demandes en obtention de prestations sont encore régulièrement posées si sur le formulaire de demande dûment complété, le médecin traitant du demandeur certifie une incapacité d'agir de ce dernier et si le médecin certifie avoir procédé à la déclaration visée à l'article 491-1 du Code civil.

Les décisions prises en matière de prestations par le conseil d'administration sont susceptibles d'un recours, conformément aux articles 454 et 455, devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

Le Conseil arbitral de la sécurité sociale statue en dernier ressort jusqu'à la valeur de mille deux cent cinquante euros et à charge d'appel, lorsque la valeur du litige dépasse cette somme. L'appel est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Sont applicables par analogie les dispositions de l'article 47, alinéa 5 du présent Code.

#### **Chapitre IV. – Relations avec les prestataires d'aides et de soins**

##### *Conventions-cadre*

**Art. 388bis.** Les rapports entre l'assurance dépendance et les différentes catégories de prestataires d'aides et de soins visés aux articles ci-après, sont définis par des conventions-cadre.

Ces conventions sont conclues entre l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance et le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins. **L'article 62 est applicable.**

Les conventions déterminent obligatoirement:

- 1) l'engagement de fournir à la personne dépendante les aides et soins selon les prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 et de fournir ces prestations conformément aux dispositions relatives à la qualité;
- 2) les procédures et les modalités de documentation des normes de dotation et qualification du personnel visées à l'article 387bis;
- 3) l'engagement de dispenser les aides et soins de façon continue tous les jours de l'année;
- 4) les modalités de la documentation nécessaire à la facturation et au paiement des prestations fournies ainsi que de leur vérification;
- 5) les conditions et modalités suivant lesquelles la personne dépendante et le prestataire adhèrent au contrat de prise en charge et peuvent y mettre fin;
- 6) l'engagement de tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance;
- 7) les modalités de la coordination des aides et soins et de tous les services autour de la personne dépendante, ainsi que les modalités de coopération entre les différents intervenants.

Lorsque le prestataire de soins n'est pas à même de répondre aux conditions prévues à l'alinéa 1er, points 1 et 3, il doit documenter par un contrat écrit qu'il s'est assuré du concours d'un autre prestataire pour dispenser dans les conditions y prévues les aides et les soins requis par la personne dépendante qu'il a en charge.

Les conventions-cadre sont conclues pour une durée indéterminée et ne peuvent agir que pour l'avenir. Elles peuvent être modifiées à tout moment d'un commun accord par les parties signataires et être dénoncées en tout ou en partie par chacune des parties moyennant un préavis de douze mois. Les négociations pour leur renouvellement total ou partiel sont entamées endéans les deux mois suivant la dénonciation, à une date publiée au Mémorial à l'initiative de la Caisse nationale de santé.

~~L'article 62 du présent code est applicable.~~ **Les articles 61, alinéa 3, 68 à 70 sont applicables.**

Les prestataires adhèrent à la convention-cadre par un contrat d'aides et de soins conclu avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance. Le contrat d'aides et de soins précise le cercle de personnes prises en charge par le prestataire, ainsi que, pour les prestataires visés à l'article 389, la délimitation géographique de ses activités, qui ne peut être inférieure à celle correspondant au territoire d'une circonscription électorale.

Les conventions-cadre sont publiées au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg, le cas échéant, sous forme d'un texte coordonné

#### **Livre VI – Dispositions communes**

##### **Titre premier – Organisation de la sécurité sociale**

##### **Chapitre I<sup>er</sup> – Institutions de sécurité sociale**

##### *Situation juridique des institutions de sécurité sociale*

(...)

**Art. 397.** Le président de l'institution de sécurité sociale représente l'institution de sécurité sociale judiciairement et extrajudiciairement. Cette délégation s'étend aussi aux affaires et actes judiciaires pour lesquels les lois exigent une procuration spéciale.

Les actes posés par le président et le conseil d'administration dans les limites de leurs pouvoirs engagent l'institution de sécurité sociale.

Le président peut déléguer l'évacuation des affaires courantes et la représentation devant les juridictions de sécurité sociale et autres instances à un fonctionnaire de l'État ~~ou un fonctionnaire dirigeant~~ y assimilé **ou un employé assimilé à un employé de l'État** de l'institution de sécurité sociale.

#### *Personnel*

**Art. 404.** Le personnel des institutions de sécurité sociale comprend des fonctionnaires assimilés aux fonctionnaires de l'Etat, des employés assimilés aux employés de l'Etat ainsi que des salariés assimilés aux salariés de l'Etat. Le statut du personnel des institutions de sécurité sociale est régi par les dispositions légales et réglementaires applicables aux fonctionnaires de l'Etat, aux employés de l'État et aux salariés de l'État, sous réserve des modalités particulières concernant notamment la formation, les examens, la nomination, la cessation des fonctions et la mise à la retraite, déterminées par règlement grand-ducal, le Conseil d'État entendu en son avis. Ce règlement peut avoir un effet rétroactif en tant qu'il a pour objet de prendre des dispositions correspondant à celles applicables au personnel de l'Etat. Il détermine le cadre du personnel et fixe un nombre limite pour l'effectif affecté à chacune de ces institutions.

Un ou plusieurs premiers conseillers de direction peuvent être adjoints aux présidents de la Caisse nationale de santé, de l'Association d'assurance accident, de la Caisse nationale d'assurance pension, de la Caisse pour l'avenir des enfants et du Centre commun de la sécurité sociale, dont le nombre pour chacune de ces institutions est fixé par le règlement grand-ducal visé à l'alinéa 1. Les traitements et pensions des fonctionnaires sont pris en charge par les institutions conformément à l'article 408.

Les fonctionnaires ~~de l'Etat, et employés publics~~ **les fonctionnaires y assimilés et les employés assimilés aux employés de l'État** des institutions de sécurité sociale prêtent avant d'entrer en fonction entre les mains du ministre de tutelle ou de son délégué le serment suivant: « Je jure fidélité au Grand-Duc, obéissance à la Constitution et aux lois de l'Etat. Je promets de remplir mes fonctions avec intégrité, exactitude et impartialité. »

#### *Surveillance*

(...)

**Art. 410.** 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 **la décision d'annulation** du ministre de tutelle. ~~qu'elle saisit aux fins d'annulation.~~

Les motifs de la suspension sont communiqués au président de l'institution concernée dans les cinq jours de la **décision de suspension**; ~~Celui-ci peut, le cas échéant, présenter des observations à l'Inspection générale de la sécurité sociale~~ endéans la quinzaine. ~~Si l'annulation de la décision par le ministre n'intervient pas dans les quarante jours à partir de la communication au président, la suspension est levée~~ **Si les motifs de la suspension sont confirmés par l'Inspection générale de la sécurité sociale dans les quarante jours à partir de la communication au président, elle saisit le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions aux fins d'annulation de la décision.**

Au cas où l'institution de sécurité sociale refuse de remplir les obligations lui imposées par les lois, règlements, statuts ou conventions, le ministre de tutelle peut après deux avertissements consécutifs, charger l'Inspection générale de la sécurité sociale de mettre à exécution les mesures prescrites par les lois, règlements, statuts et conventions aux frais de l'institution.

Si un recours est introduit par un assuré devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale contre une décision de l'institution de sécurité sociale, la procédure prévue aux alinéas 1 et 2 du présent article ne peut s'exercer.

## Chapitre II – Centre commun de la sécurité sociale

**Art. 413.** L'institution de sécurité sociale dénommée " Centre commun de la sécurité sociale " a pour missions:

- 1) l'affiliation des assurés d'après les dispositions y relatives en matière de sécurité sociale;
- 2) le calcul, la perception et le recouvrement des cotisations de sécurité sociale ainsi que, sur demande des chambres professionnelles, des cotisations qui leur sont légalement dues;
- 3) la comptabilisation des cotisations et la répartition de celles-ci entre les différentes institutions et chambres professionnelles;
- 4) la liquidation des rémunérations et des pensions du personnel des différentes institutions de sécurité sociale **et du Fonds nationale de solidarité** ;
- 5) l'organisation de l'informatisation, le développement et l'implémentation des applications informatiques, la mise à disposition de l'infrastructure informatique, l'exploitation informatique et la gestion de la sécurité informatique pour le compte des différentes institutions de sécurité sociale, du Fonds national de solidarité, de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance et du Contrôle médical de la sécurité sociale dans le cadre des missions légales, réglementaires et statutaires dévolues à ces établissements publics et administrations;
- 6) la centralisation et le traitement informatique des données pour le compte des différentes institutions de sécurité sociale, du Fonds national de solidarité, des administrations prévues au point 5), de l'Agence pour le développement de l'emploi, de l'Inspection générale de la sécurité sociale et des administrations compétentes pour l'application des régimes spéciaux de pensions dans le cadre des missions légales, réglementaires et statutaires dévolues à ces établissements publics et administrations;
- 7) la réalisation de projets et d'études lui confiés dans le cadre de ses missions par les établissements publics et administrations prévus au point 6);
- 8) la fourniture à l'Inspection générale de la sécurité sociale de toutes données nécessaires à l'accomplissement de ses missions;
- 9) la fourniture au ministre ayant le Travail et l'Emploi dans ses attributions ainsi qu'aux administrations et services qui en relèvent des données nécessaires à l'application de la législation du travail;
- 10) la mise à disposition aux assurés et aux ayants droit d'un titre de légitimation sur support matériel ou électronique.

L'organisation et le fonctionnement du Centre ainsi que ses relations avec les institutions de sécurité sociale sont précisés par règlement grand-ducal.

**Art. 414.** Le Centre est placé sous la responsabilité d'un conseil d'administration comprenant:

- 1) les présidents de la Caisse nationale de santé, de la Caisse nationale d'assurance pension, de l'Association d'assurance accident, ~~de la Caisse nationale des prestations familiales de la Caisse pour l'avenir des enfants~~ et du Fonds national de solidarité ou leurs délégués;
- 2) cinq délégués des assurés du secteur privé désignés par la Chambre des salariés;
- 3) un délégué des assurés du secteur public désigné par la Chambre des fonctionnaires et employés publics;
- 4) cinq délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce et la Chambre des métiers;
- 5) un délégué désigné par la Chambre d'agriculture.

Il y a autant de délégués suppléants que de délégués effectifs.

La présidence du conseil d'administration est exercée par le président de l'Association d'assurance accident.

Les décisions du conseil d'administration du Centre sont prises à la majorité des voix. La voix du président prévaut en cas d'égalité des voix.

**Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité**

**au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

**Art. 416.** Toutes les questions d'affiliation, de cotisations et d'amendes d'ordre peuvent faire l'objet d'une décision du président ou de son délégué et doivent le faire à la demande de l'assuré ou de l'employeur. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite de l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition, qui n'a pas d'effet suspensif, est vidée par le conseil d'administration. **Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.**

Le président décrit les services, les postes ainsi que la structuration de la coordination du travail de l'institution et en établit un organigramme. Il décide de l'affectation du personnel aux postes créés. Pour assurer la direction de l'institution, il est assisté par les fonctionnaires de l'État et fonctionnaires y assimilés de la carrière supérieure désignés par lui. En cas d'absence, le président est remplacé par un des fonctionnaires visés à l'article 404, alinéa 2 qu'il désigne à cet effet dès sa nomination. Le président assure la mise en œuvre des mesures nécessaires à la réalisation des objectifs fixés par le conseil d'administration dans le cadre de la planification triennale visée à l'article 408*bis*.

### Chapitre III – Contrôle médical de la sécurité sociale

(...)

**Art. 421.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue 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 et convoque à cet effet les assurés.

Dans la mesure où un tel examen s'avère indispensable auprès d'un assuré hospitalisé dans un établissement hospitalier au sens de l'article 1<sup>er</sup> de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers **loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière**, 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 médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l'article 60*bis* 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 forment 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.

## Titre II – Fonctionnement de la sécurité sociale

### Chapitre I<sup>er</sup> – Affiliation et perception des cotisations

(...)

**Art. 426.** Les employeurs sont tenus de déclarer tous les mois pour chaque salarié l'ensemble des informations relatives aux assiettes cotisables et au remboursement par la Mutualité ainsi que le nombre d'heures supplémentaires prestées.

Par dérogation à l'alinéa qui précède, les employeurs déclarent les rémunérations nettes convenues, le cas échéant, avec les personnes qu'ils occupent dans le cadre de leur vie privée pour des travaux de ménage, pour la garde de leurs enfants ainsi que pour leur assurer des aides et des soins nécessaires en raison de leur état de dépendance. Un règlement grand-ducal peut prévoir que la rémunération



déclarée est adaptée d'office à l'évolution de l'indice du coût de la vie et du salaire social minimum et sert d'assiette de cotisation, à moins que l'employeur ou l'assuré ne signale dans un délai déterminé une divergence avec la rémunération effectivement payée.

Pour les occupations visées à l'alinéa qui précède, le Centre commun procède à la perception de l'impôt sur le revenu simultanément à celle des cotisations. L'impôt perçu est transmis chaque mois à l'Etat ensemble avec les données à caractère personnel servant de base à cette perception.

~~Par dérogation à l'alinéa 1, l'employeur est autorisé à limiter la déclaration de la rémunération mensuelle au septuple du salaire social minimum pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans et à déclarer annuellement, aux fins de la perception de la contribution dépendance, le montant total des rémunérations des salariés dépassant cette limite. La déclaration en bloc annuelle n'est autorisée que pour les salariés dont la rémunération dépasse le septuple du salaire social minimum pour chaque mois de l'année et uniquement au cas où cette condition est remplie dans le chef de trois salariés au moins. La déclaration de la rémunération mensuelle ainsi que la déclaration en bloc doivent parvenir au Centre sur support informatique.~~

L'employeur est tenu de fournir mensuellement les périodes d'incapacité de travail de ses salariés, y compris celles pour lesquelles ceux-ci bénéficient de la conservation légale ou conventionnelle de la rémunération.

Les employeurs occupant un nombre de salariés dépassant un seuil à déterminer par règlement grand-ducal peuvent être obligés de transmettre les déclarations visées aux alinéas 1 et 5 au Centre commun par voie électronique.

## Chapitre II – Prestations

(...)

### *Saisissabilité et cessibilité des droits*

**Art. 440.** A l'exception des rentes et pensions, les autres droits dérivant de la présente loi peuvent être engagés, cédés ou saisis sans limitation pour couvrir:

- 1) une avance qui a été faite à l'intéressé sur ses droits par son employeur, une institution de sécurité sociale ou le Fonds national de solidarité;
- 2) les créances qui compètent aux communes, aux offices sociaux et au Fonds national de solidarité, en vertu des articles 127 et 235;
- 3) les créances résultant des articles 203, 205, 206, 207, 212, 214, 230, 235, 359 et 385 du Code civil.

~~Dans tous les autres cas les prestations autres que les rentes et pensions prévues par la présente loi ne peuvent être cédées ni saisies. Les montants des prestations indûment touchées ne peuvent être répétés ou compensés par l'Association d'assurance accident que s'ils ont été obtenus, gardés ou consommés de mauvaise foi par les bénéficiaires.~~

## Chapitre IV – Recours

(...)

### *Notifications*

(...)

**Art. 459.** Les décisions prises en application des articles 9 à 16, et 97, alinéa 2, sous points 2) et 3) du présent Code ainsi que celles prises en application de la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle sont communiquées en copies à l'employeur ou à l'assuré par simple lettre à la poste.

**En ce qui concerne les décisions prises en application de l'article 187 du présent code, il y a lieu de communiquer à l'employeur les décisions d'octroi.**

## CODE DU TRAVAIL

**Art. L.234-52.** La durée du congé pour raisons familiales dépend de l'âge de l'enfant et s'établit comme suit:

douze jours par enfant si l'enfant est âgé de zéro à moins de quatre ans accomplis;

dix-huit jours par enfant si l'enfant est âgé de quatre ans accomplis à moins de treize ans accomplis;

cinq jours par enfant si l'enfant est âgé de treize ans accomplis jusqu'à l'âge de dix-huit ans accomplis et hospitalisé.

Pour les enfants visés au troisième alinéa de l'article L.234-51 la durée du congé pour raisons familiales est portée au double par tranche d'âge.

Le congé pour raisons familiales peut être fractionné.

Les deux parents ne peuvent prendre le congé pour raisons familiales en même temps.

La durée du congé pour raisons familiales peut être prorogée, ~~sur avis conforme du Contrôle médical de la sécurité sociale~~, pour les enfants atteints d'une maladie ou d'une déficience d'une gravité exceptionnelle, à définir par règlement grand-ducal. La durée maximale de la prorogation est limitée à un total de cinquante-deux semaines pour une période de référence de cent quatre semaines qui prend fin la veille du premier jour couvert par le certificat médical visé à l'article L.234-53.

\*

### LOI MODIFIEE DU 15 DECEMBRE 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale

**Art. 5.** (1) L'administration du contrôle médical de la sécurité sociale, dénommée conformément à l'article 341 du code de la sécurité sociale « Contrôle médical de la sécurité sociale » et désignée ci-après par « contrôle médical », est confiée à un médecin-directeur qui en est le chef et qui a sous ses ordres le personnel visé au présent article ainsi qu'aux articles 6 et 7 suivants.

Le cadre du personnel du contrôle médical comprend un médecin-directeur, un médecin-directeur adjoint, des médecins, des médecins dirigeants, **des médecins-dentistes**, des pharmaciens-inspecteurs, des pharmaciens-inspecteurs dirigeants et des fonctionnaires des différentes catégories de traitement telles que prévues par la loi du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'Etat.

(2) Les conditions de nomination et de promotion aux fonctions prévues au paragraphe 1, sub 1) du présent article, les modalités de recrutement, l'organisation du stage et l'organisation d'un examen de fin de stage auquel est subordonnée la nomination définitive dans la carrière supérieure du médecin et du pharmacien sont celles déterminées par la réglementation concernant le recrutement et le stage du personnel sanitaire du cadre supérieur des services de la santé, de la sécurité sociale et du travail, sans préjudice des règles générales relatives au statut des fonctionnaires de l'Etat et de celles fixées par le présent article.

Les conditions de nomination et de promotion aux fonctions prévues au paragraphe 1, sub 2) a) du présent article, les modalités de recrutement, l'organisation du stage et l'organisation d'un examen de fin de stage auquel est subordonnée la nomination définitive dans la carrière moyenne de l'assistant social ou de l'assistant d'hygiène sociale sont celles déterminées par la réglementation concernant l'admission, la nomination et la promotion du personnel paramédical de l'Etat, sans préjudice des règles générales relatives au statut des fonctionnaires de l'Etat.

Sans préjudice de l'application des règles générales relatives au statut des fonctionnaires de l'Etat les conditions de nomination aux fonctions prévues au paragraphe 1, sub 2) b) et 3), ainsi que les modalités d'un examen de promotion auquel est subordonné l'avancement aux fonctions supérieures à celles de respectivement rédacteur principal et commis adjoint sont déterminées par règlement grand-ducal.

Ce règlement pourra dispenser de l'examen de promotion prévu les fonctionnaires qui ont déjà réussi cette épreuve dans leur administration d'origine.

Sont nommés par le Grand-Duc les fonctionnaires des grades supérieurs à ceux de rédacteur principal.

Le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale nomme aux autres fonctions.

(3) En cas d'intégration dans les cadres prévus au présent article de fonctionnaires ou employés publics d'une administration de l'Etat ou d'un établissement public de sécurité sociale, il sera procédé pour la fixation du traitement à une reconstitution de carrière en tenant compte des années passées et des grades occupés auprès de l'administration d'origine, déduction faite de la période de stage légal. La disposition de l'article 7, paragraphe 6 de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'Etat n'est pas applicable.

Les employés de l'Etat à tâche complète et les employés privés à tâche complète d'une association sans but lucratif ou d'une œuvre d'utilité publique, gestionnaires d'une institution sociale et financées par l'Etat dans le cadre d'une convention, qui remplissent les conditions d'études requises pour l'admission à la carrière d'assistant d'hygiène sociale ou d'assistant social et qui peuvent faire valoir au moins cinq années de service à tâche complète dans le domaine du travail social, soit en qualité d'employé de l'Etat, soit en qualité d'employé privé d'une des associations ou œuvres sus-visées bénéficient en cas d'admission au stage auprès du contrôle médical d'une réduction du stage. Cette réduction du stage, accordée par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale, sur avis du ministre de la fonction publique, ne peut dépasser une année.

\*

## LOI DU 28 JUILLET 2000

### ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension

#### Chapitre I – Définitions

**Art. 1<sup>er</sup>.** Aux fins de l'application de la présente loi est considéré comme régime général le régime général d'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie visé par le livre III du Code de la sécurité sociale.

Sont ~~Est~~ considérés comme régimes ~~spéciaux~~ **spécial** transitoires les régimes de pension régis par la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat, par la loi modifiée du 16 août 1912 concernant la création d'une caisse de prévoyance pour les fonctionnaires et employés des communes et des établissements publics placés sous la surveillance des communes ou par l'arrêté grand-ducal modifié par la loi du 27 août 1957 approuvant le règlement sur la pension des agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois **25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.**

Sont considérés comme régimes spéciaux les régimes de pension régis par la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

**Art. 2.** Sont qualifiés d'organismes au titre de la présente loi:

- 1° la Caisse **nationale d'assurance** de pension visée à l'article 250 du Code de la sécurité sociale en ce qui concerne le régime général;
- 2° l'administration du personnel de l'Etat, **le Centre de gestion du personnel et de l'organisation de l'Etat**, la caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux, la société nationale des chemins de fer luxembourgeois et les établissements publics en ce qui concerne les régimes ~~spéciaux~~ **spécial** transitoires;
- 3° l'administration du personnel de l'Etat **le Centre de gestion du personnel et de l'organisation de l'Etat**, la caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux, **et** la société nationale des chemins de fer luxembourgeois en ce qui concerne les régimes spéciaux;
- 4° la Banque centrale du Luxembourg en ce qui concerne le régime correspondant au statut de ses agents.

Est qualifié d'organisme compétent au sens du chapitre II de la présente loi, l'organisme du régime spécial transitoire auquel l'assuré était soumis, à l'exclusion de tout organisme du régime général. Si

l'intéressé était soumis simultanément ou successivement à ~~deux~~ **au régime spécial** transitoires relevant de deux organismes, est compétent respectivement l'organisme du régime de l'activité principale ou celui auquel l'intéressé était soumis en dernier lieu.

Est qualifié d'organisme compétent au sens du chapitre III de la présente loi, l'organisme du régime auquel l'assuré était soumis en dernier lieu. Si l'assuré était soumis en dernier lieu simultanément à deux régimes, l'organisme compétent est celui de l'activité principale.

Est considérée comme activité principale celle dont le revenu est le plus élevé, sinon la plus ancienne.

## **Chapitre II – Coordination du régime général et des du régimes spéciaux spécial transitoires**

### *Champ d'application*

**Art. 3.** Le présent chapitre s'applique toutes les fois qu'une personne a été soumise de façon successive ou concomitante au régime général et à ~~un ou plusieurs régimes spéciaux transitoires~~ **au régime spécial transitoire relevant d'un ou de plusieurs organismes.**

### *Assurance rétroactive*

**Art. 4.** Toute personne relevant du champ d'application ~~d'un~~ **du** régime spécial transitoire et qui, pour quelque motif que ce soit,

- quitte le service de l'État, d'un établissement public, de la société nationale des chemins de fer ou d'un employeur relevant de la caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux sans avoir droit à pension auprès ~~d'un~~ **du** régime spécial transitoire ~~afférent~~, ou
- est déchu de tout droit à pension, ou
- décède sans avoir accompli le stage d'affiliation,

est assurée rétroactivement conformément à l'article 171 du Code de la sécurité sociale auprès de la Caisse nationale d'assurance pension pour les périodes qui auraient été computables pour le calcul des pensions dans le régime spécial transitoire. Ces périodes sont prises en compte pour leur durée effective.

De même, le fonctionnaire, l'agent ou l'employé qui a droit à une pension différée auprès ~~d'un~~ **du** régime spécial transitoire ainsi que le député ou conseiller d'État visé par l'article 55.II.5. de la loi ~~précitée du 26 mai 1954~~ **61, point 5 de la loi modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois** peuvent opter pour l'application du présent article. Le délai d'option court jusqu'au jour de l'entrée en jouissance effective de la pension. Cette option est irrévocable. Elle doit être effectuée par écrit auprès de la Caisse nationale d'assurance pension qui informe dans ce cas l'organisme du régime spécial transitoire compétent.

**Art. 5.** Les rémunérations effectives qui correspondent aux périodes visées à l'article 4 sont mises en compte dans les limites du minimum et du maximum cotisable en vigueur auprès de la Caisse nationale d'assurance pension, sans préjudice des dispositions de l'article 55.II.5. de la loi ~~précitée du 26 mai 1954~~ **61, point 5 de la loi modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.**

Pour les périodes de congé sans traitement, ~~de congé pour travail à mi-temps~~ **de service à temps partiel** et de congé parental visées à l'article 9. I. a). ~~9. 4 I. a) 6. et 7.~~ **6. et 7.** de la loi ~~précitée du 26 mai 1954~~ **modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois** et computables pour la pension dans ~~ces~~ **les** régimes concernés, sont mis en compte respectivement le dernier traitement atteint avant le début du congé sans traitement ou du congé parental et le montant ~~double~~ **double** du traitement ~~perçu pendant~~ **correspondant à une tâche complète pour** la période de travail ~~à mi-temps~~ **à temps partiel** ou du congé parental à temps partiel.

L'assurance rétroactive ouvre droit au remboursement des cotisations conformément à l'article 213 du Code de la sécurité sociale. Elle n'ouvre pas droit au remboursement de cotisations pour cessation prématurée de l'assurance.

**Art. 6.** Au moment de l'affiliation rétroactive auprès de la Caisse nationale d'assurance pension, l'organisme compétent du régime spécial transitoire procède à un transfert de cotisations pour l'ensemble des périodes visées à l'article 4.

Les cotisations sont calculées sur la base des rémunérations mises en compte conformément à l'article 5 et selon les taux de cotisation successivement appliqués d'après l'ancien régime de pension des employés privés et d'après le livre III du Code de la sécurité sociale. Le montant nominal des cotisations ainsi déterminé est augmenté des intérêts composés de quatre pour cent l'an à partir du 31 décembre de chaque année de service.

En cas de cessation de l'activité soumise au régime spécial transitoire, l'organisme compétent saisit la Caisse nationale d'assurance pension, sauf lorsqu'il existe un droit à pension différée.

En cas de rentrée ultérieure dans le secteur public, le transfert de cotisations opéré ne porte pas préjudice au caractère initial des services ayant donné lieu à assurance rétroactive.

L'assurance rétroactive n'ouvre pas droit à la restitution de la retenue pour pension opérée au-delà du maximum cotisable.

#### *Totalisation des périodes d'assurance*

**Art. 7.** Pour l'appréciation des conditions d'ouverture du droit à pension dans le régime général, les périodes de service qui sont computables pour le calcul l'ouverture du droit de la pension dans le régime spécial transitoire sont assimilées à des périodes d'assurance au titre de l'article 171 du Code de la sécurité sociale, pour autant qu'elles ne se superposent pas à des périodes visées aux articles 171, 172, 173, 173bis et 174 du même code.

**Art. 9.** Lorsqu'une personne passe du régime général à un régime spécial transitoire, les cotisations versées au régime général pour les périodes qui sont prises en considération par le régime spécial transitoire sont transférées par l'organisme de pension auprès duquel l'assuré était affilié en dernier lieu à l'organisme appelé à les prendre en charge.

Les cotisations versées pour des périodes d'affiliation qui ont donné lieu à prestation ou à remboursement de cotisations ne peuvent être transférées, à moins que ces dernières cotisations n'aient été restituées ou que les droits y attachés n'aient revécut. Sauf en cas d'assurance rétroactive ultérieure, les périodes correspondant aux cotisations transférées n'ouvrent plus droit à prestation dans le régime général.

La dernière phrase du deuxième alinéa de l'article 6 est applicable.

#### *Cumul de plusieurs activités*

**Art. 9bis.** Si une personne relevant d'un régime spécial transitoire, exerce une activité accessoire soumise à l'assurance au titre de l'article 171, alinéa 1, point 2 du Code de la sécurité sociale, les revenus se rapportant à cette activité ne sont pris en compte que jusqu'à concurrence du maximum prévu à l'article 241, alinéa 3, du même code compte tenu de la rémunération prise en compte pour la détermination de la retenue pour pension. N'est pas considéré comme activité accessoire au sens du présent article, l'exercice du mandat de membre de la Chambre des Députés, du mandat de membre du Parlement européen ou de la fonction de membre du Conseil d'État.

#### *Cumuls de prestations*

**Art. 10.** En cas d'ouverture des droits à pension sous un régime spécial transitoire, les revenus cotisables correspondant aux périodes d'assurance accomplies dans le régime général qui ne sont pas prises en considération par le régime spécial transitoire donnent lieu à des prestations conformément à l'article 12 pour autant que les conditions d'attribution soient réalisées dans le régime général compte tenu de l'application de l'article suivant.

**Art. 12.** En cas d'ouverture d'un droit à pension dans le régime spécial transitoire et dans le régime général, la pension du régime spécial transitoire est calculée suivant les dispositions légales afférentes. La part de pension du régime général se limite aux majorations proportionnelles, aux majorations proportionnelles spéciales, le cas échéant, ainsi qu'aux majorations de l'assurance supplémentaire et

correspondant aux revenus cotisables dont les périodes n'ont pas été prises en charge par le régime spécial transitoire. Sous réserve de l'application de l'alinéa final du présent article, l'allocation de fin d'année est déterminée en fonction des années accomplies dans le régime général de pensions.

Pour autant que des majorations proportionnelles et proportionnelles spéciales du régime général se superposent à des majorations spéciales allouées par le régime spécial transitoire pour une même période, les majorations spéciales sont réduites du montant de ces majorations. Si des majorations proportionnelles spéciales du régime général se superposent à des majorations du régime spécial transitoire, ces majorations sont réduites du montant des majorations proportionnelles spéciales échues pour la même période.

Le complément différentiel prévu par la loi modifiée du 26 mars 1974 portant fixation de suppléments de pension à allouer aux personnes devenues victimes d'actes illégaux de l'occupant en cas d'invalidité ou de décès précoces, déterminé au niveau du régime de pension le plus favorable, s'ajoute, le cas échéant, aux prestations ci-avant déterminées pour autant que les périodes correspondantes ne se superposent avec celles computables à un autre titre pour la pension auprès de l'un ou l'autre régime en cause.

Sauf en cas de concours d'une pension échue sur la base de l'article 55.II. de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État **61 de la loi modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois**, la mise en compte de la part de pension du régime général ne peut avoir pour effet de porter l'ensemble des prestations, soit au-delà de la pension maximum prévue dans le régime spécial transitoire, soit, dans le cas où il s'avérerait plus favorable, au-delà de la pension maximum prévue à l'article 223 du Code de la sécurité sociale. L'excédent éventuel est retenu sur la pension du régime spécial transitoire.

**Art. 13. Lorsque le bénéficiaire d'une pension du régime spécial transitoire justifie de salaires, traitements ou revenus cotisables mis en compte au titre de l'article 171 du Code de la sécurité sociale, la part correspondante de pension du régime général ne prend cours qu'à partir de l'âge de 65 ans.**

**Art. 14.** La réduction prévue à l'article 54 point 3 de la loi précitée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État **60, point 3, alinéa 2 de la loi modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois** correspond à la différence entre la pension du régime général déterminée sans application de la présente loi et la prestation du régime général fixée conformément à l'article 12.

### Chapitre III – Coordination du régime général et des régimes spéciaux

(...)

#### *Calcul de la pension*

**Art. 19.** L'organisme compétent calcule l'ensemble de la pension et de l'allocation de fin d'années en appliquant les dispositions de sa propre législation aux périodes d'assurance accomplies par l'intéressé sous les différents régimes et aux autres périodes et durées prévues par ces dispositions, pour autant qu'elles ne se superposent pas. Toutefois, la disposition du régime général fixant le plafond de cotisation ne s'applique pas aux périodes d'assurance accomplies dans un régime spécial.

La charge de la pension est répartie entre les différents régimes auxquels l'intéressé a été soumis. La part de pension incombant à chaque régime est établie au prorata des majorations proportionnelles découlant des périodes d'assurance accomplies sous ce régime par rapport au total des majorations proportionnelles résultant de l'ensemble de la carrière d'assurance.

**Lorsque le bénéficiaire d'une pension relevant du régime général justifie d'une rémunération mise en compte au titre de l'article 3 de la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pendant la période de bénéfice de la pension, celle-ci est recalculée conformément à**

**l'article 38, alinéa 2 de la loi du 3 août 1998 précitée au moment de la cessation de l'activité professionnelle.**

**Lorsque le bénéficiaire d'une pension relevant d'un régime spécial justifie de salaires, traitements ou revenus cotisables mis en compte au titre de l'article 171 du Code de la sécurité sociale pendant la période de bénéfice de la pension, celle-ci est recalculée conformément à l'article 192, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale à l'âge de soixante-cinq ans.**

#### **Chapitre IV – Dispositions communes**

##### *Mise en compte des périodes d'éducation d'enfants*

**Art. 20.** Si l'un des parents est soumis au régime général et l'autre à ~~un~~ **au** régime transitoire spécial ou à un régime spécial, la période à mettre en compte du chef de l'éducation d'un enfant commun ne saurait dépasser celle à mettre en compte si les parents sont soumis à un seul régime de pension.

##### *Contestations*

(...)

**Art. 26.** Dans les litiges concernant l'assurance rétroactive, les organismes ~~des régimes spéciaux transitoires ou spéciaux~~ **du régime spécial transitoire ou des régimes spéciaux** sont mis en intervention pour déclaration de jugement commun.

**Art. 26bis.** Les créances réciproques entre les organismes prévus à l'article 2 se compensent d'après les règles du droit commun.

\*

#### **FICHE FINANCIERE**

Le présent projet de loi n'aura pas d'impact sur le budget de l'Etat. En effet, il prévoit des changements de nature technique et de cohérence entre les divers livres du Code de la sécurité sociale ainsi que de redresser der erreurs matérielles.

\*

## FICHE D’EVALUATION D’IMPACT

### Coordonnées du projet

|  |  |
|--|--|
| <b>Intitulé du projet :</b>  | <b>Projet de loi modifiant 1° le Code de la sécurité sociale ; 2° le Code du travail ; 3° la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale ; et 4° la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension</b> |
| <b>Ministère initiateur :</b>  | <b>Ministère de la Sécurité sociale</b>  |
| <b>Auteur(s) :</b>   | <b>Toinie Wolter</b>   |
| <b>Téléphone :</b>   | <b>247-86399 / 247-86352</b>   |
| <b>Courriel :</b>  | <b>toinie.wolter@igss.etat.lu / nathalie.weber@mss.etat.lu</b>   |
| <b>Objectif(s) du projet :</b>                                       | <b>Le présent projet prévoit des changements de nature technique et de cohérence entre les divers livres du Code de la sécurité sociale ainsi que de redresser der erreurs matérielles.</b>  |
| <b>Autre(s) Ministère(s)/Organisme(s)/Commune(s)impliqué(e)(s) :</b> | <b>Ministère du Travail, de l’Emploi et de l’Économie sociale et solidaire</b>   |
|  | <b>Administrations et institutions de sécurité sociale</b>   |
| <b>Date :</b>  | <b>15/12/2020</b>  |

### Mieux légiférer

1. Partie(s) prenante(s) (organismes divers, citoyens, ...) consultée(s) : Oui  Non   
 Si oui, laquelle/lesquelles : Administrations et institutions de sécurité sociale  
 Remarques/Observations :
  
2. Destinataires du projet :
  - Entreprises/Professions libérales : Oui  Non
  - Citoyens : Oui  Non
  - Administrations : Oui  Non
  
3. Le principe « Think small first » est-il respecté ? Oui  Non  N.a.<sup>1</sup>   
 (c.-à-d. des exemptions ou dérogations sont-elles prévues suivant la taille de l’entreprise et/ou son secteur d’activité ?)  
 Remarques/Observations :
  
4. Le projet est-il lisible et compréhensible pour le destinataire ? Oui  Non   
 Existe-t-il un texte coordonné ou un guide pratique, mis à jour et publié d’une façon régulière ? Oui  Non   
 Remarques/Observations : Code de la sécurité sociale et Code du travail
  
5. Le projet a-t-il saisi l’opportunité pour supprimer ou simplifier des régimes d’autorisation et de déclaration existants, ou pour améliorer la qualité des procédures ? Oui  Non   
 Remarques/Observations :

<sup>1</sup> N.a. : non applicable.



6. Le projet contient-il une charge administrative<sup>2</sup> pour le(s) destinataire(s) ? (un coût imposé pour satisfaire à une obligation d'information émanant du projet ?) Oui  Non
- Si oui, quel est le coût administratif<sup>3</sup> approximatif total ? (nombre de destinataires x coût administratif par destinataire)
7. a) Le projet prend-il recours à un échange de données inter-administratif (national ou international) plutôt que de demander l'information au destinataire ? Oui  Non  N.a.
- Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?
- b) Le projet en question contient-il des dispositions spécifiques concernant la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel<sup>4</sup> ? Oui  Non  N.a.
- Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?
8. Le projet prévoit-il :
- une autorisation tacite en cas de non réponse de l'administration ? Oui  Non  N.a.
  - des délais de réponse à respecter par l'administration ? Oui  Non  N.a.
  - le principe que l'administration ne pourra demander des informations supplémentaires qu'une seule fois ? Oui  Non  N.a.
9. Y a-t-il une possibilité de regroupement de formalités et/ou de procédures (p.ex. prévues le cas échéant par un autre texte) ? Oui  Non  N.a.
- Si oui, laquelle : Code de la sécurité sociale et Code du travail
10. En cas de transposition de directives communautaires, le principe « la directive, rien que la directive » est-il respecté ? Oui  Non  N.a.
- Sinon, pourquoi ?
11. Le projet contribue-t-il en général à une :
- a) simplification administrative, et/ou à une Oui  Non
  - b) amélioration de la qualité réglementaire ? Oui  Non
- Remarques/Observations :
12. Des heures d'ouverture de guichet, favorables et adaptées aux besoins du/des destinataire(s), seront-elles introduites ? Oui  Non  N.a.
13. Y a-t-il une nécessité d'adapter un système informatique auprès de l'Etat (e-Government ou application back-office) ? Oui  Non
- Si oui, quel est le délai pour disposer du nouveau système ?
14. Y a-t-il un besoin en formation du personnel de l'administration concernée ? Oui  Non  N.a.
- Si oui, lequel ?
- Remarques/Observations :

2 Il s'agit d'obligations et de formalités administratives imposées aux entreprises et aux citoyens, liées à l'exécution, l'application ou la mise en oeuvre d'une loi, d'un règlement grand-ducal, d'une application administrative, d'un règlement ministériel, d'une circulaire, d'une directive, d'un règlement UE ou d'un accord international prévoyant un droit, une interdiction ou une obligation.

3 Coût auquel un destinataire est confronté lorsqu'il répond à une obligation d'information inscrite dans une loi ou un texte d'application de celle-ci (exemple: taxe, coût de salaire, perte de temps ou de congé, coût de déplacement physique, achat de matériel, etc.).

4 Loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel (www.cnpd.lu)

**Egalité des chances**

15. Le projet est-il :
- principalement centré sur l'égalité des femmes et des hommes ? Oui  Non
  - positif en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui  Non
  - Si oui, expliquez de quelle manière :
  - neutre en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui  Non
  - Si oui, expliquez pourquoi : Tous les bénéficiaires visés par les dispositions du présent projet ont les mêmes droits et obligations.
  - négatif en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui  Non
  - Si oui, expliquez de quelle manière :
16. Y a-t-il un impact financier différent sur les femmes et les hommes ? Oui  Non  N.a.
- Si oui, expliquez de quelle manière :

**Directive « services »**

17. Le projet introduit-il une exigence relative à la liberté d'établissement soumise à évaluation<sup>5</sup> ? Oui  Non  N.a.
- Si oui, veuillez annexer le formulaire A, disponible au site Internet du Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur : [www.eco.public.lu/attributions/dg2/d\\_consommation/d\\_march\\_int\\_rieur/Services/index.html](http://www.eco.public.lu/attributions/dg2/d_consommation/d_march_int_rieur/Services/index.html)
18. Le projet introduit-il une exigence relative à la libre prestation de services transfrontaliers<sup>6</sup> ? Oui  Non  N.a.
- Si oui, veuillez annexer le formulaire B, disponible au site Internet du Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur : [www.eco.public.lu/attributions/dg2/d\\_consommation/d\\_march\\_int\\_rieur/Services/index.html](http://www.eco.public.lu/attributions/dg2/d_consommation/d_march_int_rieur/Services/index.html)

<sup>5</sup> Article 15, paragraphe 2 de la directive « services » (cf. Note explicative, p. 10-11)

<sup>6</sup> Article 16, paragraphe 1, troisième alinéa et paragraphe 3, première phrase de la directive « services » (cf. Note explicative, p. 10-11)

