



CHAMBRE DES DEPUTES

Session extraordinaire 2013-2014

MB/AF

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

Procès-verbal de la réunion du 31 mars 2014

ORDRE DU JOUR :

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 17 mars 2014
2. 6554 Projet de loi portant
 - 1) 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 ;
 - 2) modification du Code de la sécurité sociale ;
 - 3) modification de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
 - 4) modification de la loi modifiée du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien ;
 - 5) modification de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé
 - Désignation d'un nouveau rapporteur
 - Adoption définitive des amendements parlementaires
3. 6666 Projet de loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2014
 - Rapporteur : Monsieur Eugène Berger
 - Examen du projet de budget du Ministère de la Sécurité sociale
4. 6634 Débat d'orientation sur le rapport d'activité de la Médiateure 2013
 - Rapporteur : Monsieur Marco Schank
 - Examen des volets concernant la Sécurité sociale et le Travail et l'Emploi

*

Présents : M. Frank Arndt, Mme Taina Bofferding, M. Félix Eischen, M. Georges Engel, M. Aly Kaes, M. Alexander Krieps, M. Edy Mertens remplaçant Mme Joëlle

Elvinger, M. Paul-Henri Meyers, M. Marc Spautz, M. Serge Urbany, Mme
Christiane Wickler, M. Serge Wilmes

M. Gast Gibéryen, observateur

M. Romain Schneider, Ministre de la Sécurité sociale

Mme Karin Manderscheid, M. Marc Mathekowitsch, Ministère de la Sécurité
sociale

M. Mike Schwebag, Ministère de la Santé

Mme Toinie Wolter, Inspection générale de la Sécurité sociale

M. Martin Bisenius, Administration parlementaire

*

Présidence : M. Georges Engel, Président de la Commission

*

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 17 mars 2014

Le projet de procès-verbal de la réunion du 17 mars 2014 est approuvé.

2. 6554 Projet de loi portant

**1) 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 ;**

2) modification du Code de la sécurité sociale ;

**3) modification de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des
professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;**

**4) modification de la loi modifiée du 31 juillet 1991 déterminant les
conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien ;**

**5) modification de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la
revalorisation de certaines professions de santé**

Le président M. Georges Engel est désigné comme rapporteur du projet de loi 6554.

Par la voie du courrier électronique du 27 mars 2014, la Commission a obtenu communication du projet de lettre portant transmission au Conseil d'Etat des amendements retenus en principe au cours de la dernière réunion.

Sur base de ce projet de lettre et suite à un échange de vues, la commission adopte définitivement ces amendements dont l'énoncé et la motivation se présentent comme suit:

Intitulé

Pour tenir compte des nouvelles dispositions modificatives introduites par l'amendement 5 ci-dessous exposée, l'intitulé du projet de loi doit être complété comme suit:

"Projet de loi portant

1) 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;

2) modification du Code de la sécurité sociale;

3) modification de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire;

4) modification de la loi modifiée du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien;

5) modification de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé ;

6) modification de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments ;

7) modification de la loi modifiée du 16 janvier 1990 relative aux dispositifs médicaux."

Amendement 1

Au point 1° de l'article I du projet de loi, la commission propose de conférer à l'article 20, paragraphe 1 du Code de la sécurité sociale la teneur amendée suivante:

"(1) Si les prestations de soins de santé, énumérées à l'article 17, alinéa 1, sont dispensées ou prescrites dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, la prise en charge se fait ~~suivant les conditions et modalités déterminées par les statuts~~ en vertu du présent Code."

Commentaire

En proposant cet amendement, la commission entend transposer l'obligation de prise en charge égalitaire entre soins de santé nationaux et soins de santé transfrontaliers imposée par la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers tout en tenant compte des observations soulevées par le Conseil d'Etat dans son avis du 22 octobre 2013. En effet, la directive 2011/24/UE consacre le principe que la prise en charge des soins de santé transfrontaliers doit se faire d'après les mêmes modalités que celles applicables aux soins de santé prestés sur le territoire de l'Etat membre d'affiliation, donc en l'espèce au Luxembourg. Ainsi l'article 7, paragraphe 1 de la directive 2011/24/UE précise que : « (...), l'Etat membre d'affiliation veille à ce que les frais engagés par une personne assurée qui reçoit des soins de santé transfrontaliers soient remboursés, si les soins de santé en question font partie des prestations auxquelles la personne assurée a droit dans l'Etat membre d'affiliation. »

L'article 7, paragraphe 3 de la directive 2011/24/UE précise que : « C'est à l'Etat membre d'affiliation qu'il revient de déterminer, que ce soit à un niveau local, régional ou national, les soins de santé pour lesquels une personne assurée a droit à la prise en charge

correspondante des coûts et le niveau de prise en charge desdits coûts, indépendamment du lieu où les soins de santé sont dispensés. ». L'article 7, paragraphe 7 de la directive 2011/24/UE précise que : « L'État membre d'affiliation peut imposer à une personne assurée désireuse de bénéficier du remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers, (...), les mêmes conditions, critères d'admissibilité et formalités réglementaires et administratives - que celles-ci soient fixées à un niveau local, régional ou national - que ceux qu'il imposerait si ces soins de santé étaient dispensés sur son territoire. ». Afin d'assurer cette mise à égalité, la commission propose de renvoyer d'une façon générale aux dispositions du CSS.

*

Dans la suite logique de cet amendement et complémentirement à ce qui a été retenu dans la réunion du 17 mars 2014, la commission propose de conférer au premier alinéa du paragraphe (3) la teneur amendée suivante:

"(3) La prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers visées aux paragraphes 1 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. ~~Les conditions et modalités de la prise en charge sont déterminées par les statuts de la Caisse nationale de santé."~~

Amendement 2

Au point 1° de l'article I du projet de loi, l'article 20, paragraphe 2, alinéa 1, point 2 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante :

"2) le recours aux infrastructures hautement spécialisées et coûteuses que sont les centres de compétence nationaux, les services nationaux et les établissements spécialisés de rééducation, de convalescence 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, ou

Commentaire

Le présent amendement a pour objet de tenir compte des observations soulevées par le Conseil d'Etat dans son avis du 22 octobre 2013, tout en respectant l'objectif du projet gouvernemental d'inclure dans l'énumération des infrastructures hautement spécialisées les établissements spécialisés visés aux articles 9 et 10 du plan hospitalier national, à savoir les établissements de rééducation, de convalescence et de cures thermales.

Amendement 3

Au point 1° de l'article I du projet de loi, la commission propose de supprimer le point 3 de l'article 20, paragraphe 2, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale.

Commentaire

En proposant de supprimer ce point, la commission tient compte des observations du Conseil d'Etat dans son avis du 22 octobre 2013.

Amendement 4

Au point 2° de l'article I du projet de loi, le nouvel article 20bis, paragraphe 1 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

"Art. 20bis. (1) Si les prestations de soins de santé, énumérées à l'article 17, alinéa 1, sont dispensées ou prescrites dans un pays autre qu'un Etat membre de l'Union européenne, que la Suisse ou qu'un pays de l'Espace économique européen et non lié au Grand-Duché de Luxembourg par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie, la prise en charge est liée,

1) sur avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale, aux seules prestations d'urgence reçues en cas de maladie ou d'accident survenus à l'étranger, ou

2) 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.

Les conditions et modalités de cette prise en charge sont déterminées par les statuts de la Caisse nationale de santé."

Commentaire

Le présent amendement tient compte de la demande du Conseil d'Etat que les deux situations visées par la disposition légale (prestations hors convention bilatérale ou dispensées dans un pays non membre de l'Union européenne, qui n'est pas la Suisse ou un pays de l'Espace économique européen) soient mentionnées dans la première phrase du paragraphe 1er.

Amendement 5

A la suite de l'article IV du projet de loi, la commission propose d'insérer les articles V et VI nouveaux suivants:

(A noter que suite aux discussions menées au cours de la dernière réunion, la deuxième phrase du paragraphe (2) a été complétée dans le sens ci-dessous indiqué.)

« **Art. V.** A la suite de l'article 9-1 de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments, il est inséré un nouvel article 9-2 libellé comme suit:

« 9-2 Prescription transfrontalière de médicaments

(1) Un règlement grand-ducal détermine le contenu, la forme et les modalités d'établissement des prescriptions médicales établies à la demande d'un patient qui entend les utiliser dans un autre Etat membre de l'Union européenne, en Suisse, ou dans un pays de l'Espace économique européen, en particulier en ce qui concerne la liste des éléments à y inclure, les modalités d'identification correcte du médicament, les informations destinées aux patients concernant la prescription et les instructions jointes relatives à l'utilisation du médicament.

(2) Les prescriptions établies dans un autre Etat membre de l'Union européenne, en Suisse, ou dans un pays de l'Espace économique européen, sont reconnues équivalentes aux prescriptions à contenu identique établies au Luxembourg. Si le médicament dispose d'une autorisation de mise sur le marché au Luxembourg, les

pharmaciens procèdent à la délivrance du médicament conformément à la législation luxembourgeoise en vigueur, sauf s'ils ont des doutes légitimes et justifiés quant à l'authenticité, au contenu ou à l'intelligibilité de la prescription.

La reconnaissance des prescriptions dont question au présent paragraphe ne s'applique pas aux médicaments soumis à un régime de prescription médicale spéciale en application de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.

(3) Le règlement grand-ducal dont question au paragraphe premier établit, dans le respect du droit de l'Union européenne, les mesures nécessaires à la bonne application de la reconnaissance des prescriptions dont question à l'alinéa qui précède.

Il peut exclure des catégories spécifiques de médicaments de la reconnaissance des prescriptions, si cela est nécessaire pour protéger la santé publique.»

Art. VI. A la suite de l'article 2 de la loi modifiée du 16 janvier 1990 relative aux dispositifs médicaux, il est inséré un article 2-1 rédigé comme suit :

« 2-1 (1) Un règlement grand-ducal détermine le contenu, la forme et les modalités d'établissement des prescriptions de dispositifs médicaux établies à la demande d'un patient qui entend les utiliser dans un autre Etat membre de l'Union européenne, en Suisse, ou dans un pays de l'Espace économique européen, en particulier en ce qui concerne la liste des éléments à y inclure, les modalités d'identification correcte du dispositif médical et les informations destinées aux patients concernant la prescription et les instructions jointes relatives à l'utilisation du dispositif médical.

(2) Les prescriptions établies dans un autre Etat membre de l'Union européenne, en Suisse, ou dans un pays de l'Espace économique européen, sont reconnues équivalentes aux prescriptions à contenu identique établies au Luxembourg. Les pharmaciens ou autres personnes autorisées à délivrer un dispositif médical procèdent à sa délivrance conformément à la législation luxembourgeoise en vigueur, sauf s'ils ont des doutes légitimes et justifiés quant à l'authenticité, au contenu ou à l'intelligibilité de la prescription.

(3) Le règlement grand-ducal dont question au paragraphe premier établit, dans le respect du droit de l'Union européenne, les mesures nécessaires à la bonne application de la reconnaissance des prescriptions dont question à l'alinéa qui précède.

Il peut exclure des catégories spécifiques de dispositifs médicaux de la reconnaissance des prescriptions, si cela est nécessaire pour protéger la santé publique. » »

Commentaire

Les amendements proposés visent à transposer en droit national le régime des prescriptions transfrontalières, tel qu'il résulte de l'article 11 de la directive 2011/24/UE et de la directive d'exécution 2012/52/UE établissant des mesures visant à faciliter la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre Etat membre. Un règlement grand-ducal à prendre en exécution des nouvelles dispositions légales complète la transposition.

Sont concernées les prescriptions transfrontalières, c'est-à-dire celles établies dans un autre Etat membre que celui de leur exécution. Le cadre légal harmonisé pourrait être étendu aux prescriptions purement nationales. Cette voie n'est cependant pas recherchée, étant donné la divergence entre la pratique nationale actuelle et les exigences minimales de la directive

d'exécution 2012/52/UE, en particulier en ce qui concerne la désignation du médicament par dénomination commune.

L'harmonisation des prescriptions transfrontalières vise, d'une part, d'assurer une harmonisation minimale du contenu, de la forme et du statut des ordonnances établies à la demande d'un patient qui entend les utiliser dans un autre État membre. Elle vise, d'autre part, la reconnaissance réciproque des prescriptions établies dans un autre État membre. Ce régime juridique est appliqué aux prescriptions transfrontalières émises dans un État membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen.

La directive 2011/24/UE précise en son article 11, paragraphe 1 que la reconnaissance des prescriptions n'affecte pas les dispositions concernant le remboursement des médicaments, le remboursement des coûts étant couvert par le chapitre III de la directive. Il y a donc absence de régime spécifique au remboursement des prescriptions transfrontalières.

L'article 3, point k) de la directive 2011/24/UE définit comme suit le terme « prescription » : « *une prescription pour un médicament ou un dispositif médical émanant d'un membre d'une profession de la santé réglementée au sens de l'article 3, paragraphe 1, point a), de la directive 2005/36/CE, qui est légalement autorisé à cet effet dans l'État membre dans lequel la prescription est délivrée* ». Il résulte explicitement de cette définition, ainsi que des dispositions de l'article 11 de la directive 2011/24/UE, que sont visées les prescriptions de médicaments et les prescriptions de dispositifs médicaux.

Article V

Cet article introduit un article 9-2 dans la loi modifiée du 11 avril 1983, ceci à la suite de l'article 9-1 actuel dédié à la classification des médicaments soumis à prescription.

A l'heure actuelle, les dispositions réglementaires prises en application de l'article 9-1 de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments adressent la prescription de médicaments sous l'angle de la classification des médicaments en différentes catégories. Ces dispositions concernent avant tout la question du cercle des personnes autorisées à prescrire et à délivrer un médicament soumis à prescription, de même qu'en partie les modalités de renouvellement de l'ordonnance. Ces dispositions ne visent cependant pas les questions faisant l'objet des dispositions communautaires à transposer.

Le premier paragraphe habilite le pouvoir réglementaire à établir le contenu, la forme et les modalités d'établissement d'une prescription médicale, en particulier la liste des éléments à y inclure, les modalités d'identification correcte du médicament prescrit et les informations destinées aux patients concernant la prescription et les instructions jointes relatives à l'utilisation du médicament.

A l'heure actuelle le régime appliqué en ce qui concerne le contenu et la forme des ordonnances médicales est déterminé exclusivement par les conventions de la CNS avec, d'une part, le corps médical et, d'autre part, les pharmaciens. Ces dispositions ne s'appliquent toutefois qu'aux personnes protégées au sens du Code de la Sécurité sociale, si la délivrance a lieu à charge de l'assurance maladie.

Le paragraphe second reprend à son premier alinéa le principe de la reconnaissance des prescriptions, tel qu'il résulte de l'article 11 de la directive 2011/24/UE.

L'alinéa second dudit paragraphe exclut de la reconnaissance les médicaments comportant une substance classée en application de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la

vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie, qui sont soumis en application des dispositions réglementaires en vigueur à un régime de prescription spécial comportant l'utilisation d'un carnet à souches ad hoc. Cette réglementation particulière repose sur des considérations de santé publique liées au risque particulier lié à ces médicaments.

En vertu du paragraphe 6 de l'article 11 de la directive 2011/24/UE, ces médicaments «à prescription médicale spéciale» ne sont pas soumis au régime des prescriptions transfrontalières établi par ladite directive.

Le troisième paragraphe précise que le règlement grand-ducal dont question au paragraphe premier établit, dans le respect du droit de l'Union européenne, les mesures nécessaires à la bonne application de la reconnaissance des prescriptions dont question à l'alinéa qui précède et peut en exclure des catégories spécifiques de médicaments si cela est nécessaire pour protéger la santé publique.

Article VI

Conformément à l'article 3 point k) et au dernier alinéa du premier paragraphe de l'article 11 de la directive 2011/24/UE, le régime de la reconnaissance des prescriptions s'applique également aux dispositifs médicaux légalement mis sur le marché.

A l'heure actuelle, la loi modifiée du 16 janvier 1990 relative aux dispositifs médicaux n'adresse pas la question des prescriptions de dispositifs médicaux. L'article VI vise dès lors à introduire dans la loi de 1990 un article 2-1 nouveau calqué sur la disposition de l'article V ci-avant.

Amendement 6

Suite à une intervention de M. le Ministre de la Sécurité sociale, la commission décide de revenir sur sa décision de supprimer par voie d'amendement l'article V initial relatif à l'engagement pour les besoins du Contrôle médical de la Sécurité sociale de deux médecins-conseils, étant donné qu'il apparaît à présent clairement que l'évacuation du projet de loi 6656 portant réforme du Contrôle médical - projet comportant un plan de recrutement quadriennal avec un renforcement du contrôle médical par 15 médecins-conseils - sera postérieure au vote du présent projet.

Par conséquent, il est préférable de maintenir - sous réserve d'adapter les dates - l'article V initial du présent projet prévoyant l'engagement de deux médecins-conseil au cours de 2014, étant entendu que le recrutement ultérieur à inscrire dans le projet de loi 6656 précité se limitera dès lors aux 13 postes restants.

L'amendement 6 aura dès lors la teneur suivante:

L'article V initial du projet de loi devient l'article VII et doit être adapté comme suit:

"Art. VII. Par dépassement des limites fixées dans la loi du XX XX 2014 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2014, le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions est autorisé à engager à titre permanent et à tâche complète au courant de l'exercice 2014, pour les besoins du Contrôle médical de la Sécurité sociale, deux médecins-conseils."

Amendement 7

L'article VI du texte gouvernemental devient l'article VIII nouveau et prend la teneur suivante:

"Art. VIII. La présente loi entre en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication au Mémorial."

Commentaire

Par cet amendement, la commission procède à l'adaptation de la date d'entrée en vigueur de la loi.

*

Les amendements seront transmis au Conseil d'Etat; la commission reviendra au projet de loi dès que l'avis complémentaire du Conseil d'Etat sera disponible.

3. 6666 Projet de loi concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2014

Le Ministre de la Sécurité sociale présente les points forts du budget du département de la Sécurité sociale.

L'obligation d'économies à réaliser sur les dépenses de consommation intermédiaire de l'ordre de 10% a surtout été appliquée aux sections 17.1 à 17.4, notamment par la réduction ou le regroupement de différents frais d'experts et d'études. Il en est ainsi par exemple en ce qui concerne le crédit 12.120.06.10 qui de 852.000 euros au budget voté de 2013 se voit réduit à 692.400 euros au projet de budget 2014.

Le budget total des dépenses pour le département de la sécurité sociale se chiffre à 2,737 mia d'euros. Dans le domaine de la sécurité sociale l'intervention budgétaire de l'Etat dans les différentes branches de la sécurité sociale dépend en grande partie de la progression de la masse salariale cotisable.

Les crédits afférents sont prévus aux sections 17.5 et suivantes.

	2012 Compte	2013 Budget	2014 Projet de budget
Section 17.0 - Sécurité sociale - Dépenses générales	176 415	185 950	167 313
Section 17.1 - Inspection générale de la sécurité sociale.	5 246 764	5 789 177	5 835 099
Section 17.2 - Contrôle médical de la sécurité sociale.	5 201 142	5 744 987	5 603 656
Section 17.3 - Conseil arbitral de la sécurité sociale.	2 291 713	2 403 354	2 482 225
Section 17.4 - Conseil supérieur de la sécurité sociale.	464 136	475 889	493 527
Section 17.5 - Assurance maladie-maternité-dépendance - Caisse nationale de santé	1 118 134 657	1 168 766 972	1 229 283 833
Section 17.6 - Cellule d'évaluation et d'orientation.	4 758 972	5 106 133	5 207 107
Section 17.7 - Mutualités: conseil supérieur de la mutualité.	58 975	57 247	51 427
Section 17.8- Mutualité des employeurs	25 000 000	94 500 000	66 000 000
Section 18.0 - Assurance pension contributive	1 300 902 737	1 343 113 470	1 413 185 050
Section 18.1 - Assurance accidents	40 437 128	6 130 000	6 826 000
Section 18.2 - Dommages de guerre corporels	2 980 734	2 815 793	2 629 003
<i>Total des dépenses courantes</i>	<i>2 505 653 373</i>	<i>2 635 088 972</i>	<i>2 737 764 240</i>
Section 47.1 - Inspection générale de la sécurité sociale.	215 032	54 000	106 000
Section 47.2 - Contrôle médical de la sécurité sociale.	33 737	17 444	146 799
Section 47.3 - Conseil arbitral de la sécurité sociale.	37 477	15 900	14 750
Section 47.4 - Conseil supérieur de la sécurité sociale.	2 746	3 500	-
Section 47.6 - Cellule d'évaluation et d'orientation.	33 986	26 000	-
<i>Total des dépenses en capital.</i>	<i>322 978</i>	<i>116 844</i>	<i>267 549</i>
<i>Total général.</i>	<i>2 505 976 351</i>	<i>2 635 205 816</i>	<i>2 738 031 789</i>

Note: Les chiffres de ce tableau sont exprimés en euros.

La participation financière de l'Etat au financement de l'assurance pension concerne essentiellement la prise en charge d'un tiers des cotisations du régime. En matière d'assurance maladie, la loi du 17 décembre 2010 fixe la participation de l'Etat au financement de l'assurance maladie maternité à 40% des cotisations.

La participation financière de l'Etat au financement de l'assurance maladie pour les cotisations pour prestations en nature est prévue au crédit 42.003.05.20 et se chiffre à 925.237.000 euros, ce qui correspond à une augmentation de l'ordre de 47 millions d'euros par rapport à l'exercice 2013.

La loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'assurance pension, entrée en vigueur au 1er janvier 2013, prévoit, entre autres, des modifications en matière d'ajustement des pensions et rentes accident. Elle admet des limitations de l'adaptation à l'évolution du niveau de vie des pensions en cours, tandis que le niveau des pensions nouvellement liquidées est strictement aligné au niveau des salaires de l'économie à la date du calcul de la pension. Ainsi, indépendamment de la situation financière du régime, les pensions nouvellement calculées seront adaptées pleinement à l'évolution réelle des salaires. Par contre, l'adaptation du stock des pensions à l'évolution du niveau de vie dépendra dorénavant de la situation économique du régime.

Depuis le 1er janvier 2007 la contribution annuelle de l'Etat au financement de l'assurance dépendance était fixée à cent quarante millions d'euros. En considération des contraintes financières auxquelles l'assurance dépendance devra faire face à moyen et à long terme en raison de l'évolution démographique, la loi budgétaire du 16 décembre 2011 a fixé la contribution à charge de l'Etat pour l'exercice 2012 à 35% des dépenses totales de l'assurance dépendance et à partir de l'exercice 2013 à 40%.

Le vieillissement de la population entraîne inévitablement une croissance des dépenses de l'assurance dépendance. Au vu de cette évolution, le ministère de la Sécurité sociale et celui de la Famille procèdent actuellement à une analyse approfondie du fonctionnement et des coûts de cette assurance en vue d'en augmenter l'efficacité. Le bilan établi par l'IGSS en

2013 sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'assurance maladie a déjà été présenté à la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale en mai/juin dernier et sera présenté une nouvelle fois dans une réunion du mercredi, le 30 avril 2014 à 14.00 heures. Est prévue ensuite la tenue d'un débat de consultation à ce sujet en séance publique avant les vacances parlementaires d'été.

Conformément à une disposition transitoire inscrite à l'article 14 de la loi du 17 décembre 2010 susvisée, un crédit de 20 millions d'euros est inscrit à la section 17.5 - Assurance maladie-maternité-dépendance-Caisse nationale de santé - en vue de compenser de façon forfaitaire les charges supplémentaires incombant à la Caisse nationale de santé du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité. La loi précitée du 20 décembre 2013 a prorogé cette disposition pour l'exercice 2014.

L'article 14, paragraphe (1) de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique avait prévu que les assurés ouvriers supportent une surprime correspondant à 2,1 pour cent de l'assiette cotisable pour les indemnités pécuniaires de maladie. Ce taux devait se réduire à 1 pour cent à partir du 1er janvier 2012, à 0,5 pour cent à partir du 1er janvier 2013 et à 0 pour cent à partir du 1er janvier 2014. La surprime est perçue au profit de la Mutualité des employeurs. La loi budgétaire 2012 a avancé dans le temps la diminution du différentiel ouvrier et porte la surprime déjà pour l'année 2013 à 0 pour cent. Cette suppression de la surprime en 2013 n'a pas impacté les recettes de la Mutualité des employeurs, étant donné que la contribution de l'Etat à la Mutualité des employeurs pour 2013 s'est élevé à 69,5 millions d'euros et a été établie en particulier de façon à compenser cette moins-value. Pour l'année 2014, l'article 56 du Code de la sécurité sociale prévoit une intervention de l'Etat dans le financement de la Mutualité des employeurs par un apport correspondant à 0,3% de la masse cotisable des assurés obligatoirement y affiliés, ce qui correspond à un crédit de 41 millions d'euros au projet de budget 2014.

Au cours de la réunion bipartite du 15 décembre 2010 entre le Gouvernement et l'UEL, il a été convenu de neutraliser la hausse de 1,9% du salaire social minimum au 1er janvier 2011 moyennant le versement au cours des exercices 2011 à 2015 d'un montant estimé à 25 millions d'euros par an à la Mutualité des employeurs.

Dans ce contexte, il est retenu, sur proposition d'un représentant du groupe CSV, qu'en automne prochain la commission se penchera de plus près sur les causes profondes de l'absentéisme, ceci en procédant en toute sérénité à l'analyse objective des différentes données statistiques sur l'absentéisme, notamment aussi sous l'optique d'une ventilation des résultats par secteurs, et en se basant sur les travaux préparatoires afférents entretemps à accomplir par le Ministère de la Sécurité sociale.

4. 6634 Débat d'orientation sur le rapport d'activité de la Médiateure 2013

Le Ministre de la Sécurité sociale prend position par rapport aux observations de la Médiateure dans son rapport d'activité 2013 rentrant dans le domaine de la sécurité sociale.

Pour le détail, il est renvoyé à la lettre de réponse adressée par le Ministre de la Sécurité sociale le 27 mars 2014 à la Médiateure dont copie est jointe en annexe. Est également jointe au présent procès-verbal, la prise de position du Ministre de la Sécurité sociale au sujet de la recommandation no 47-2012 concernant le calcul de l'indemnité de maternité des travailleuses indépendantes bénéficiant d'un congé parental.

La commission prend connaissance de ces prises de position ministérielles et ajoute que certains points de critique de la Médiateure trouveront une réponse dans le projet de loi 6555 portant modification du Code du Travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe au sujet duquel le Conseil d'Etat vient d'émettre son avis le 25 mars 2014 et dont la commission pourra prochainement entamer l'examen.

Sur question, M. le Ministre considère qu'il est préférable que les contacts de la Médiateure avec les différents départements ministériels soient établis non pas avec des fonctionnaires en charge de l'un ou l'autre dossier, mais directement avec le responsable politique, à savoir le Ministre du ressort.

*

La prochaine réunion aura lieu le mercredi 30 avril 2014 à 14.00 heures et sera consacrée comme ci-dessus expliqué, à la présentation du bilan de l'Assurance dépendance établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Luxembourg, le 9 avril 2014

Le Secrétaire,
Martin Bisenius

Le Président,
Georges Engel

Annexe: Prise de position de M. le Ministre de la Sécurité sociale concernant le rapport d'activités de la Médiateure 2013 et la recommandation no 47-2012



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

- ANNEXES -

Luxembourg, le 27 mars 2014

Madame la Médiateure du Grand-Duché de
Luxembourg
36, rue du Marché-aux-Herbes

L-1728 Luxembourg

Référence : 807xedbc2



Objet : Votre rapport d'activité pour l'année 2013

Madame la Médiateure,

J'accuse bonne réception de votre rapport d'activité pour l'année 2013 et, après consultation des institutions de sécurité sociale concernées, j'ai le plaisir de vous transmettre par la présente les informations relatives à des adaptations des procédures réalisées jusqu'ici en vue d'éviter que les cas présentés se reproduisent respectivement les mesures envisagées en vue d'améliorer les procédures pour l'avenir.

Veuillez noter que j'ai omis de traiter les deux cas pour lesquels une décision définitive n'a pas encore été prise.

1.5.1. Affaires de sécurité sociale, y compris affaires relevant de la compétence de l'Adem et de la CNPF

A. Sécurité sociale

1. CNS : prise en charge d'un transfert à l'étranger (p. 58)

En général, les affiliés reçoivent les informations demandées quant à des prestations et à leur coût dans les guichets, par appel téléphonique ou sur le site bien organisé de la CNS (<http://www.cns.lu/assures/>).

L'exemple repris par vos soins, et vous le constatez vous-même en conclusion, montre que les prestataires n'informent pas toujours de manière exhaustive leurs patients sur les démarches à faire et notamment d'éventuelles participations personnelles à assumer, tant lors d'un déplacement pour traitement à l'étranger qu'à l'occasion des ordonnancements habituels.

Je propose de lancer une campagne de sensibilisation avec dépliants sur des thèmes spécifiques, après concertation avec la CNS sur les cas où le plus souvent il y a des problèmes de manque d'information sur les démarches à faire, des participations personnelles supplémentaires à payer etc.. En outre, j'ai envisagé d'intervenir auprès des différents groupements professionnels afin qu'ils attirent l'attention de leur membres au fait qu'ils ont un devoir d'information à l'égard des patients.

A noter que suite à la mise en œuvre des dispositions du projet de loi n°6554 portant transposition de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, l'information aux affiliés sera de toute façon améliorée par la création de deux points de contacts, dont le premier (installé auprès de la CNS) informera les affiliés du système de santé luxembourgeois sur les conditions du traitement à l'étranger et le deuxième (installé auprès de la Direction de la santé) les affiliés des autres Etats membres de l'UE sur les conditions du traitement au Luxembourg.

2. CNS : l'intérimaire et son droit à l'assurance maladie (p. 59)

En ce qui concerne le versement de l'indemnité pécuniaire aux intérimaires, la condition d'une affiliation continue sur six mois avec au maximum 8 jours d'interruption, peut effectivement avoir pour effet que ces salariés se voient exclus du paiement ou du maintien de l'indemnité pécuniaire.

Or, la condition des 6 mois de carence pour avoir droit au paiement de l'indemnité pécuniaire a été introduite en vue d'harmoniser bon nombre de périodes de stage dans le domaine de la sécurité sociale.

A noter qu'en matière de prestations en nature, l'affilié peut, dans les cas visés, et si par ailleurs une coassurance n'est pas possible, contracter à la première interruption de travail en tant qu'intérimaire une assurance continuée qu'il paie de façon continue, même si un emploi lui est proposé par la société intérimaire. Le CCSS fait un décompte mensuel entre l'affiliation obligatoire et l'assurance continuée et ne calcule pas des cotisations volontaires en cas d'assurance obligatoire simultanée. De cette façon les intérimaires sont couverts toute l'année pour ce qui est des prestations en nature.

3. CNS : complément de remboursement en cas de soins programmés à l'étranger (p. 60)

Il s'agit encore une fois d'un manque d'information auquel sera pallié, comme indiqué sous le point 1, dès que le projet de loi n°6554 portant transposition de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers sera voté, alors que la création du point de contact permettra une information plus poussée des patients en matière de transfert à l'étranger.

Comme indiqué sous le point 1, je propose de me concerter avec la CNS en vue de pourvoir à une information plus ciblée des patients par des dépliants comprenant les informations essentielles relatives à certaines situations spécifiques des patients.

4. CNS : Co-affiliation à la CNS

et

5. CNS : Désaffiliation automatique et sans information préalable

La CNS informe depuis plusieurs années régulièrement de leur désaffiliation les personnes divorcées qui perdent la coassurance de ce fait ainsi que les étudiants qui perdent la coassurance auprès d'un parent à l'âge de 30 ans.

En général, le Centre commun de la sécurité sociale (CCSS) procède aux affiliations et désaffiliations et il informe les affiliés lors d'une affiliation ou désaffiliation de la part de l'employeur. Ce n'est que dans des cas purement techniques que cette information n'intervient pas.

Mes services sont en consultation avec le CCSS en vue de la mise en place d'une information systématique des affiliés en cas de désaffiliation.

6. CNS : Autorisation de sortie des assurés en congé de maladie (p. 62)

Dans ce dossier, je vous avais déjà informé sur la façon dont la CNS procède et qui me semble appropriée en vue de l'observation des dispositions statutaires et réglementaires tout en permettant une certaine flexibilité à l'égard de patients gravement malades.

7. Assurance dépendance : Contrôle des organismes de soins à domicile (p. 63)

Le Code de la sécurité sociale confère en son article 385, point 7 à la Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance la mission « de contrôler la qualité des prestations à la personne dépendante, compte tenu des normes définies ». Or, à l'heure actuelle les normes en question n'ont pas encore été définies, de sorte que les agents de la CEO auraient du mal à vouloir non seulement contrôler la qualité des prestations fournies, mais en plus vouloir imposer des standards de qualité aux réseaux prestataires d'aides et de soins.

Comme mes services sont en train de préparer, en collaboration avec les institutions et prestataires concernés, les bases de la réforme de l'assurance dépendance, je propose de tenir compte du volet « Contrôle de la qualité » lors de l'élaboration du projet de réforme, dont l'objectif est d'assurer, dans la mesure de l'utile et du nécessaire, l'accès à des soins de qualité à toute personne dépendante.

8. Assurance dépendance : Date de prise en charge des prestations (p. 64)

La procédure appliquée actuellement prévoit que la CNS ne transmet le dossier de demande de prise en charge de soins qu'une fois qu'elle est en possession de la demande et du rapport médical à la CEO. La loi fixe la date de début des prestations à la date où le dossier est complet. Si le médecin tarde donc à transmettre le rapport, c'est l'assuré qui en supporte les conséquences financières. Il arrive aussi, mais plus rarement, que le rapport médical précède le formulaire de demande.

Or, la CEO m'a confirmé que, depuis un certain temps, le délai avant la réception des rapports médicaux s'est considérablement réduit, ceci notamment en raison de deux facteurs :

- les formulaires relatifs à la demande et au rapport médical forment un tout sur le site internet de la CEO ;
- sur le formulaire est inscrit de façon visible que le rapport et la demande doivent parvenir ensemble à la CNS et que le dossier ne sera traité qu'une fois les deux documents soumis.

A l'avenir des cas semblables à celui que vous mentionnez dans votre rapport devraient donc disparaître sur base des informations fournies aux assurés par les formulaires et les intervenants de la CEO.

Veillez noter qu'en 2005, un alinéa 2 a été ajouté à l'article 362, paragraphe 1 du CSS afin d'éviter justement des cas de rigueur dus à un envoi tardif du rapport médical, mais selon les informations fournies par la CEO il semble qu'il ne soit appliqué que rarement.

9. Assurance dépendance : Prise en charge des cotisations de l'assurance dépendance de l'aidant informel (p. 64)

Suivant renseignements de la part de la CEO, les agents en charge de l'évaluation des soins à fournir à une personne dépendante, informent les aidants informels potentiels sur la prise en charge par l'assurance dépendance des cotisations sociales à partir du moment où le plan de soins établi lors de l'évaluation initiale ou de la réévaluation comprend le recours à l'aide d'une tierce personne.

Le dossier que vous citez date de 2001 et la dame en question n'avait à l'époque – deux ans après la mise en œuvre de l'assurance dépendance - effectivement pas été informée en bonne et due forme, mais des cas semblables ne devraient plus se présenter à l'avenir au vu des procédures actuellement en vigueur auprès de la Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance.

10. Assurance accident : Prise en charge de soins de santé délivrés à l'étranger (p.66)

En matière d'assurance accident, les prestations de soins de santé sont prises en charge d'après les dispositions applicables en matière d'assurance maladie, sans que l'assuré ne doive les avancer. Certaines prestations peuvent être prises en charge jusqu'à concurrence de leur intégralité [des tarifs conventionnés] c.-à-d. sans les participations personnelles applicables aux tarifs médicaux conventionnés en matière d'assurance maladie. Les statuts de l'Association d'assurance accident (AAA) en déterminent les règles, dont celle que les prestations de soins de santé délivrées à l'étranger sont remboursées dans les conditions établies par les statuts de la CNS. En principe, la prise en charge est accordée selon les tarifs applicables aux assurés sociaux de l'étranger et ce n'est que lorsqu'un traitement ne peut pas être effectué au Luxembourg ou qu'il ne peut pas être effectué par un prestataire étranger relevant du régime légal, que l'article 26, alinéa 6 des statuts de la CNS justifie une prise en charge sur base des tarifs applicables au Luxembourg. Toutefois, les dépassements d'honoraires de prestataires non conventionnés dans le régime légal ne sont pas remboursés, ni au Luxembourg ni à l'étranger.

Dans l'exemple repris par vos soins, si le chirurgien a indiqué a posteriori, en cours de médiation, qu'il a préféré diriger l'assuré vers un mono-spécialiste de l'épaule en France, il n'a pas certifié que le traitement était impossible au Luxembourg ou qu'il ne pouvait pas être effectué par un prestataire étranger relevant du régime d'assurance maladie légale. Les conditions de l'article 26, alinéa 6 des statuts de la CNS n'étaient donc pas remplies. Or, l'AAA a néanmoins accordé une prise en charge sur base des tarifs luxembourgeois en vertu de la législation communautaire. L'AAA affirme que l'assuré a été dûment informé avant l'opération, au moment de la remise des attestations de droit aux prestations en nature, des conditions de remboursement. En outre, le prestataire à Annecy lui a fait signer un formulaire de consentement éclairé relatif au dépassement des honoraires des prestataires du secteur II accompagné de devis.

2.1. Des recommandations de la médiatrice et des suites y réservées par les autorités compétentes

1. Recommandation n°47 concernant le calcul des indemnités de maternité des indépendantes (p. 86)

Une solution administrative a pu être trouvée et vous a été communiquée par lettre de l'IGSS en date du 23 octobre 2013 (cf. copie en annexe).

2. Recommandation n°50 concernant les conditions de recevabilité de la demande d'achat rétroactif de périodes d'assurance (p. 93)

Il me semble que ce serait intéressant de faire une analyse des cas concrets qui vous ont été soumis en vue de connaître plus précisément les circonstances à la base du dépassement de l'âge de 65 ans lors de l'introduction de la demande en vue d'un achat rétroactif.

En effet, normalement, les affiliés introduisent leur demande en vue de l'octroi d'une pension bien avant d'atteindre l'âge de 65 ans, alors qu'ils entendent bénéficier au plus tard à 65 ans de la prestation de vieillesse. Ainsi, au moment de l'introduction de la demande de pension, l'âge de 65 ans n'est pas encore atteint et le recours à l'achat rétroactif est possible. Même si les travaux de recherche en relation avec l'établissement du droit à pension peuvent durer un certain temps et dépasser la date où l'affilié atteint l'âge de 65 ans, l'affilié n'en est pas lésé, alors que la date de la demande est également considérée comme date de la demande en vue d'un achat rétroactif.

Par ailleurs, la CNAP informe à partir de 55 ans les personnes qui sont affiliées à l'assurance pension au Luxembourg de leurs droits acquis au moment de la mise à la retraite. Ainsi les concernés connaissent bien avant leur départ à la retraite le montant prospectif de leur pension et peuvent s'informer en temps utile si un rachat de droits peut les intéresser, de sorte qu'ils ont la possibilité de faire le nécessaire avant d'atteindre l'âge limite de 65 ans.

En outre, mon ministère a lancé en 2013, avec le concours des communes, une campagne de sensibilisation des affiliés en vue de parfaire leur carrière tant au moyen de l'achat rétroactif de périodes d'assurances et de la restitution des cotisations remboursées, pour ce qui est des années de carrière passées, que moyennant une assurance continuée, pour ce qui est des périodes futures. A toutes fins utiles, je vous joins en annexe le dépliant y relatif.

Toutes les informations concernant les démarches à faire en vue de connaître le niveau de la pension future respectivement en vue de parfaire sa carrière d'assurance se trouvent en outre sur le site de la CNAP (www.cnap.lu) et sont en permanence accessibles aux assurés.

Je vous propose donc de maintenir pour le moment la date limite actuelle, tout en vous priant de me transmettre pour analyse les données relatives aux cas concrets qui vous ont motivée à rédiger la recommandation n°50.

2.2. Des avis et des suggestions pratiques de la médiateure

A. Problèmes liés à la mise en œuvre de la procédure de reclassement

Les suggestions que vous faites en relation avec les déficits de l'actuelle procédure de reclassement seront prises en considération dans le cadre du projet de loi sur le reclassement qui se trouve actuellement dans la procédure législative et qui sera encore sujet à amendements au vu des différents avis émanant des chambres professionnelles ainsi que du Conseil d'Etat.

Veillez agréer, Madame la Médiateure, l'expression de mes salutations distinguées.



Romain SCHNEIDER
Ministre de la Sécurité sociale

Copie à :

- Monsieur le Président de la Chambre des Députés
- Monsieur le Ministre aux Relations avec le Parlement



COPIE

Luxembourg, le 23 octobre 2013

La Médiateure du Grand-Duché de Luxembourg
Madame Lydie ERR
36, rue du Marché-aux-Herbes
L-1728 Luxembourg

Référence : 807x163de



Objet : Recommandation no 47-2012 concernant le calcul de l'indemnité de maternité des travailleuses indépendantes bénéficiant d'un congé parental

Madame la Médiateure,

Dans votre recommandation no 47-2012 concernant le calcul de l'indemnité de maternité des travailleuses indépendantes bénéficiant d'un congé parental, vous aviez soulevé qu'étant donné que les indemnités de congé parental n'étaient pas incluses dans l'assiette cotisable, les travailleuses indépendantes subissaient une perte de revenu professionnel, ce qui aurait comme conséquence de réduire les indemnités pécuniaires de maternité. Vous avez dénoncé comme inique que le montant d'une indemnité pécuniaire de maternité puisse varier en fonction de la date de début du congé parental.

Suite à votre recommandation, un groupe de travail s'est formé entre l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé et le Centre commun de la sécurité sociale. Les travaux de ce groupe de travail sont achevés et je suis donc en mesure de vous répondre comme suit.

Selon la législation actuelle, le calcul de l'indemnité pécuniaire de maternité d'une travailleuse indépendante se fait sur base des textes suivants :

Conformément à l'article 25 al. 3 du Code de la sécurité sociale (CSS), « l'assurée non salariée, enceinte, accouchée et allaitante a droit à l'indemnité pécuniaire de maternité pendant la période prévue à l'alinéa 1 sous a), sous condition d'avoir été affiliée à titre obligatoire pendant six mois au moins au titre de l'article 1^{er}, points 1 à 5 et 7 au cours de l'année précédant le début de cette période. »

Selon l'article 25 al. 5 du CSS, « l'indemnité pécuniaire de maternité est égale à l'indemnité pécuniaire de maladie. [...] »

L'indemnité de congé de maternité pour les non salariées est calculée sur base de l'article 12 al.1 du CSS : « pour les non salariées, l'indemnité pécuniaire de maternité est calculée sur 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. »

Selon l'article 35 al.1 du CSS, « 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. »

Selon l'article 10, numéros 1 et 3 de la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu, « entrent seuls en ligne de compte pour la détermination du total des revenus nets au sens du second alinéa de l'article 7, 1. le bénéfice commercial, [...] 3. le bénéfice provenant de l'exercice d'une profession libérale [...]. »

Conformément à l'article 35 al.2 du CSS, « 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 de 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 l'objet d'un recalcul [...]. »

Du fait que l'indemnité pécuniaire de congé parental n'est pas considérée comme un revenu professionnel selon l'article 306, al. 3 du CSS et n'est donc pas pris en compte dans l'assiette cotisable, le bénéfice des mois pendant lesquels la non salariée a perçu l'indemnité pécuniaire de congé parental est soit considéré comme nul (en cas de congé parental à temps plein) soit fortement réduit (en cas de congé parental à temps partiel) dans le calcul de l'indemnité pécuniaire de maternité.

Le groupe de travail a élaboré une solution administrative technique consistant à neutraliser, dans le calcul de l'indemnité pécuniaire de maternité, les périodes de congé parental. Ainsi, l'assiette cotisable des travailleuses indépendantes est à proratiser en fonction du temps travaillé et ce tant pour le cas d'un congé parental à temps plein que pour un congé parental à temps partiel. Les mois pendant lesquels la travailleuse indépendante a bénéficié du congé parental ne sont pas pris en compte pour la détermination du revenu mensuel à prendre en compte dans le calcul de l'indemnité pécuniaire de maternité (intégralement pour le congé parental à plein temps et pour moitié pour le congé parental à temps partiel).

Cette solution devient opérationnelle à partir du moment où le Centre commun de la sécurité sociale disposera de la part de l'Administration des contributions directes les déclarations d'impôts définitives pour l'exercice 2014.

Le Centre commun de la sécurité sociale procédera au recalcul de l'assiette cotisable et fournira à la Caisse nationale de santé le montant à prendre en compte pour le calcul de l'indemnité pécuniaire de maternité.

Veuillez agréer, Madame la Médiateure, l'expression de mes sentiments très distingués.

Le Directeur de l'Inspection générale
de la sécurité sociale



Raymond Wagener

Raymond WAGENER

Copie à: Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale