



Commission
européenne

Vos droits en matière de sécurité sociale

en Lituanie

Ce guide présente des informations préparées et mises à jour en étroite collaboration avec les correspondants nationaux du MISSOC, le système d'information mutuelle sur la protection sociale. De plus amples renseignements sur le réseau MISSOC sont disponibles à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=815>

Ce guide fournit une description générale du régime de sécurité sociale applicable dans les pays respectifs. Des informations supplémentaires peuvent être obtenues à travers d'autres publications MISSOC, toutes disponibles à l'adresse mentionnée ci-dessus. Vous pouvez également contacter les autorités et institutions compétentes énumérées à l'annexe du présent guide.

Ni la Commission européenne ni aucune personne agissant au nom de la Commission ne sont responsables de l'usage qui pourrait être fait des informations contenues dans cette publication.

Table des matières

Chapitre I: Généralités, organisation et financement	4
Introduction	4
Organisation de la protection sociale	4
Financement	5
Chapitre II: Soins de santé	6
Ouverture des droits	6
Couverture de l'assurance.....	6
Modalités d'accès	7
Chapitre III : Prestations de maladie en espèces	8
Ouverture des droits	8
Couverture de l'assurance.....	8
Modalités d'accès	9
Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité.....	10
Ouverture des droits	10
Couverture de l'assurance.....	10
Modalités d'accès	11
Chapitre V: Prestations d'invalidité	12
Ouverture des droits	12
Couverture de l'assurance.....	13
Modalités d'accès	14
Chapitre VI: Pensions et prestations de vieillesse	15
Ouverture des droits	15
Couverture de l'assurance.....	15
Modalités d'accès	16
Chapitre VII: Prestations en faveur des survivants.....	17
Ouverture des droits	17
Couverture de l'assurance.....	18
Modalités d'accès	18
Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles	20
Ouverture des droits	20
Couverture de l'assurance.....	21
Modalités d'accès	22
Chapitre IX: Prestations familiales	23
Ouverture des droits	23
Couverture de l'assurance.....	23
Modalités d'accès	24
Chapitre X: Chômage.....	25
Ouverture des droits	25
Couverture de l'assurance.....	26
Modalités d'accès	27
Chapitre XI : Garantie de ressources.....	28
Ouverture des droits	28
Couverture de l'assurance.....	29
Modalités d'accès	31
Chapitre XII : Soins de longue durée	32
Ouverture des droits	32
Couverture de l'assurance.....	32
Modalités d'accès	33
Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles	34

Chapitre I : Généralités, organisation et financement

Introduction

Les prestations de la sécurité sociale lituanienne couvrent les risques suivants:

- les soins de santé, la maladie, la maternité (paternité);
- les accidents du travail et les maladies professionnelles;
- les allocations de décès;
- la pension d'invalidité;
- la vieillesse, la retraite anticipée, la pension de survivant;
- le chômage;
- les prestations familiales

La principale condition pour bénéficier du régime de sécurité sociale est d'être salarié ou non-salarié et de payer des cotisations. Le Conseil national du Fonds d'Assurances sociales sous le Ministère de la Sécurité sociale et du Travail et ses antennes locales inscriront ces personnes sur le registre d'assurance sociale. Toutes les branches de la sécurité sociale lituanienne sont obligatoires pour les salariés, tandis que seules certaines (pension, soins de santé, maternité, maternité (paternité) et paternité) le sont pour les indépendants. Ces derniers peuvent s'affilier volontairement à d'autres branches.

Les non-salariés ne sont pas couverts d'office par une assurance maladie (mais ils peuvent s'assurer en souscrivant à une assurance sociale maladie volontaire). Ils ne sont pas couverts d'office par une assurance accidents du travail, maladies professionnelles et chômage, mais ils sont automatiquement assurés pour la pension de base et la pension complémentaire, à l'exception des travailleurs indépendants propriétaires de licences qui sont assurés pour la pension de base seulement. L'assurance maladie (à savoir essentiellement les prestations en nature, pas les prestations de maladie en espèces) est obligatoire pour tous les résidents. Les régimes d'assurance pension et d'assurance maladie sont différents pour les salariés et les non-salariés (le régime des prestations est le même pour tous, mais les cotisations varient).

Organisation de la protection sociale

La sécurité sociale en Lituanie est gérée par les grandes institutions suivantes:

- Le Ministère de la Sécurité sociale et du Travail (*Socialinės apsaugos ir darbo ministerija*) dont la mission consiste à développer et mettre en œuvre un système effectif d'aide sociale, d'assurance sociale et d'emploi, en conformité avec les critères européens, afin d'accroître la sécurité sociale des résidents lituaniens. Le ministère développe la politique et rédige la législation pour toute la sphère de la sécurité sociale (sauf les soins de santé);
- Le Conseil national du Fonds d'Assurances sociales sous le Ministère de la Sécurité sociale et du Travail (*Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, SoDra*) avec ses bureaux locaux (responsable des régimes d'assurance, à savoir les régimes d'assurance pension, maladie et maternité (prestations en espèces), accidents du travail et maladies

professionnelles ainsi que de la perception des contributions pour tous les régimes et du transfert des cotisations vers la Caisse nationale d'Assurance Maladie (*Valstybinė ligonių kasa*), la Bourse lituanienne du Travail placée sous le Ministère de la Sécurité sociale et du Travail (*Lietuvos darbo birža prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos*), et des fonds de pension privés).

- La Bourse lituanienne du Travail placée sous le Ministère de la Sécurité sociale et du Travail (*Lietuvos darbo birža prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos*) et ses antennes locales sont chargés de prendre des mesures actives et passives de lutte contre le chômage;
- les unités municipales d'aide sociale sont responsables de la plupart des prestations non liées à des assurances prestations familiales et des services sociaux);
- le système de santé est géré par le Ministère de la Santé (*Sveikatos apsaugos ministerija*) et, en dessous, par la Caisse nationale d'Assurance Maladie placée sous l'autorité du Ministère de la Santé (*Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos*). Le Ministère de la Santé s'acquitte des fonctions administratives dans la sphère des soins de santé et met en œuvre la politique nationale dans ce secteur. La Caisse nationale d'Assurance Maladie placée sous l'autorité du Ministère de la Santé exécute le budget de la caisse d'assurance maladie obligatoire, rétribue les établissements d'assurance maladie à travers les caisses régionales d'assurance maladie (*teritorinės ligonių kamos*) pour les services fournis aux assurés (prestations de maladie et de maternité en nature) et contrôle la qualité des services de soins de santé.

Financement

Les régimes lituaniens de sécurité sociale sont essentiellement financés par des cotisations (des assurés et des employeurs) et par les impôts. Le taux de la cotisation de base payée par l'employeur s'élève à 30,8% du total des revenus bruts pour tous les risques (à l'exception des accidents du travail et des maladies professionnelles) et le taux de la cotisation de base payée par le salarié est de 9,0%. Par conséquent, le taux global de cotisation pour tous les risques (sauf pour les accidents du travail et les maladies professionnelles) est de 39,8%. L'État cotise au nom de certaines catégories de personnes (participation partielle au financement), notamment les enfants.

Selon la législation lituanienne, les cotisations de sécurité sociale pour accidents du travail et maladies professionnelles diffèrent selon le degré de risque dans les différentes entreprises et sont versées exclusivement par l'employeur. Le taux, allant de 0,18% à 1,8%, est calculé sur la base des revenus bruts moyens.

Les allocations de décès et les prestations familiales ne reposent pas sur des cotisations. Elles font partie du système général appliqué à toutes les personnes résidant en Lituanie.

Chapitre II: Soins de santé

Ouverture des droits

Les soins de santé urgents sont garantis à tous les résidents. Les assurés ont droit d'office aux autres services de soins de santé, la majeure partie des coûts des traitements étant prise en charge par l'assurance. Les personnes qui ne versent pas les cotisations obligatoires et qui ne sont pas assurées par l'État doivent supporter elles-mêmes les coûts des traitements. Il est possible de souscrire à une assurance maladie volontaire en plus de l'assurance obligatoire.

Couverture de l'assurance

Les coûts des prestations suivantes sont couverts par le budget de l'assurance maladie obligatoire:

- l'assistance médicale curative,
- la rééducation médicale,
- les soins infirmiers,
- les services sociaux liés aux soins de santé individuels,
- les examens de santé individuels.

Les soins médicaux sont généralement gratuits. Il existe une liste des tarifs pratiqués dans le cadre des services de santé qui doivent être financés intégralement par l'assuré lui-même. C'est par exemple le cas des avortements (sauf s'ils sont pratiqués sur indication médicale), de la thérapie manuelle et de la chirurgie esthétique.

Les soins dentaires sont partiellement couverts pour les adultes (une quote-part est à leur charge) et sont gratuits pour les enfants de moins de 18 ans. Les frais de prothèse dentaire sont couverts pour les personnes handicapées et pour les retraités. Les produits pharmaceutiques dans les traitements ambulatoires, sont entièrement remboursés pour:

- les enfants de moins de 18 ans;
- Les personnes reconnues comme étant incapables de travailler ou les personnes ayant atteint l'âge de la retraite, pour lesquelles un niveau de besoins spéciaux majeurs est établi.

Ce remboursement s'élève à 100%, 90%, 80% ou 50% pour les personnes souffrant de certaines maladies (liste spéciale). Les retraités, les personnes entrant dans le groupe d'invalidité 2 ou les personnes avec une perte de la capacité de travail de 60%-70% et les personnes recevant une pension sociale (*Šalpos pensija*) bénéficient d'un taux de remboursement de 50%. Le tarif des produits pharmaceutiques pour les assurés hospitalisés est calculé dans le prix de référence du traitement hospitalier.

Les prothèses, les lentilles (intraoculaires) et les appareils auditifs achetés par la Caisse nationale d'Assurance Maladie (*Valstybinė ligonių kasa*) sont gratuits pour les assurés. Toutefois, la personne qui souhaite avoir un modèle différent de celui proposé doit le payer intégralement. La Caisse nationale d'Assurance Maladie rembourse en partie les dépenses individuelles en matière d'implants cochléaires, d'appareils auditifs

et d'endoprothèses (ils doivent payer la différence entre le prix payé par la Caisse nationale d'Assurance Maladie pour un appareil équivalent et son prix dans le commerce).

Les séjours en sanatorium sont à la charge des patients, en fonction des prix officiels de base. Un remboursement de 90% est prévu pour le traitement en sanatorium des enfants de moins de 7 ans ou des enfants handicapés de moins de 18 ans.

Les frais de rééducation sont intégralement remboursés pour les enfants de moins de 18 ans, les personnes handicapées présentant une incapacité de travail de 60 à 100% et les personnes qui se remettent d'une maladie grave (figurant dans la liste officielle) et qui ont été adressées par un médecin.

Modalités d'accès

Tout assuré est libre de choisir un médecin et une institution de soins de santé à tous les niveaux de soins. Il doit choisir un médecin généraliste inscrit au répertoire des médecins généralistes. Ceux-ci sont seuls compétents pour adresser l'assuré aux soins d'un spécialiste. L'accès aux spécialistes est gratuit lorsque le patient y est envoyé par un médecin généraliste; seules les consultations chez le dermatologue peuvent être fournies sans un tel renvoi.

Ils sont également compétents, avec les spécialistes, pour recommander un traitement hospitalier. Ce système d'orientation ne s'applique pas aux cas d'urgence.

Chapitre III : Prestations de maladie en espèces

Ouverture des droits

L'assurance de prestations de maladie en espèces est obligatoire pour tous les salariés et les personnes qui leur sont assimilées.

La période minimale d'assurance est de trois mois au cours des 12 derniers mois ou d'au moins six mois au cours des 24 derniers mois. Les prestations de maladie sont versées aux assurés qui:

- tombent malades;
- restent à la maison pour soigner un membre de sa famille malade;
- ont besoin d'un traitement dans un hôpital prothétique-orthopédique;
- ne sont pas autorisés à travailler pour des motifs de mise en quarantaine ou restent à la maison pour s'occuper d'enfants qui ne sont pas autorisés à aller à la crèche pour les mêmes motifs;
- sont parent en charge d'un enfant, tandis que l'autre parent est en congé de maternité/paternité mais ne peut s'en occuper pour raison de maladie.

Les prestations ne peuvent être versées aux personnes:

- qui se blessent en commettant un délit;
- qui ont elles-mêmes porté atteinte à leur santé;
- dont la maladie est due à l'alcoolisme ou à la toxicomanie (à moins qu'elles ne soient hospitalisées volontairement pour recevoir un traitement contre cette dépendance).

Couverture de l'assurance

Montant des prestations

Les personnes assurées sont admissibles aux prestations de maladie dès le premier jour. Les deux premiers jours, l'employeur paie au moins 80% (et pas plus de 100%) du salaire compensatoire du salarié (*Kompensuojamasis uždarbis*). Après les deux premiers jours, 40% et après le septième jour, 80% du salaire compensatoire mensuel moyen est payé par l'antenne régionale du Conseil national du Fonds d'Assurances sociales sous le Ministère de la Sécurité sociale et du Travail. Le salaire de compensation mensuel se compose du salaire moyen basé sur le revenu de la personne assurée gagné au cours des trois mois consécutifs avant le dernier mois précédant celui au cours duquel l'incapacité temporaire est survenue. Il ne peut dépasser 3,2 fois le revenu national assuré pour l'année en cours (bien que les cotisations soient payées sur le salaire complet). Les prestations ne peuvent être inférieures à 25% du revenu national assuré pour l'année en cours (*einamųjų metų draudžiamosios pajamos*).

Durée de versement des prestations

Le certificat de maladie peut être prolongé pendant une période déterminée (au moins 4 mois ou 122 jours calendaires en cas d'incapacité continue de travail). Dans certains cas, ce délai peut être prolongé à 244 jours calendaires si l'incapacité de travail est

périodique, comme lorsque des personnes souffrent de tuberculose au cours des 12 derniers mois. Si la personne n'est pas guérie au terme de cette période, elle doit obligatoirement s'adresser au Bureau d'évaluation de l'invalidité et de la capacité de travail (*Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba*), qui se charge de déterminer son degré d'invalidité.

Pour les salariés qui sont reconnus invalides et qui perçoivent une pension de l'assurance sociale nationale pour leur incapacité de travail (*Neteko darbingumo pensija*) les prestations de maladie sont versées jusqu'à 90 jours par an. Cette restriction ne s'applique pas aux accidents du travail ni aux maladies professionnelles.

Lorsqu'une personne se fait volontairement hospitaliser pour suivre un traitement contre l'alcoolisme ou la toxicomanie, elle peut recevoir une allocation de maladie pendant 14 jours au maximum.

Durée maximale des prestations pour les personnes qui soignent un membre de leur famille:

- adultes: sept jours en une fois pour une maladie;
- enfants de moins de 14 ans: 14 jours en une fois pour une maladie;
- enfants de moins de 7 ans hospitalisés: pendant toute la durée du traitement, mais pas plus de 120 jours par an;
- enfants de moins de 18 ans souffrant d'une maladie onco-hématologique, qui ont subi une opération compliquée ou un traumatisme ou qui ont été brûlés: pendant toute la durée du traitement, mais pas plus de 120 jours par an.
- parent qui s'occupe d'un enfant lorsque l'autre parent est en congé de maternité/paternité mais ne peut s'en occuper en raison de sa maladie: 14 jours.

Modalités d'accès

Ce sont les assureurs (employeurs, entreprises publiques et municipales, institutions, organisations) ou les unités régionales du Conseil national du Fonds d'Assurances sociales sous le Ministère de la Sécurité sociale et du Travail qui paient les prestations de maladie. Celles-ci sont versées sous réserve de la présentation d'un certificat de maladie et d'autres documents appropriés.

Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité

Ouverture des droits

Les allocations de maternité, paternité et maternité/paternité sont accordées à tous les assurés qui comptent au moins 12 mois d'assurance au cours des 24 derniers mois. Aucune durée minimale d'assurance n'est requise jusqu'à 26 ans et lorsqu'ils deviennent assurés dans un délai de moins de trois mois suite à l'obtention de leur diplôme.

Au début, ce sont la mère et le père qui bénéficient des indemnités de maternité (*Motinystės pašalpa*) et de paternité (*Tėvystės pašalpa*). Ensuite une prestation complémentaire est octroyée à la mère ou au père qui arrête son travail pour élever l'enfant (indemnité de maternité/ paternité, *Motinystės/tėvystės pašalpa*).

Les indemnités de maternité en nature sont couvertes par le régime d'assurance maternité obligatoire.

Couverture de l'assurance

Prestations en espèces

Les prestations de maternité sont versées pendant le congé de maternité, à savoir 70 jours calendaires avant l'accouchement et 56 jours suivant la naissance. En cas de complications à l'accouchement ou de naissance multiple, les prestations peuvent être versées pendant 70 jours après l'accouchement. L'allocation correspond à l'intégralité du salaire compensatoire (*Kompensuojamasis uždarbis*) (100%) et ne peut être inférieure à un tiers du revenu national assuré pour l'année en cours.

L'allocation de paternité est versée au père jusqu'à la fin du premier mois après la naissance de l'enfant à hauteur de 100% de son salaire compensatoire.

L'allocation de maternité/paternité est versée au parent qui cesse de travailler pour s'occuper de l'enfant. Le montant dépend de la durée de paiement choisi par l'assuré: si l'assuré choisit de recevoir l'allocation jusqu'à ce que l'enfant ait 1 an, le montant de l'allocation est de 100% du salaire de compensation du bénéficiaire. Si la personne choisit de recevoir l'allocation jusqu'à ce que l'enfant atteigne 2 ans, l'allocation est de 70% et 40% du salaire de compensation du bénéficiaire, jusqu'au 1^{er} et 2^{ème} anniversaire de l'enfant, respectivement. En cas de naissances multiples, les prestations sont payées à hauteur de 100% du salaire de compensation. Elles ne peuvent être inférieures à un tiers du revenu national assuré pour l'année en cours. Le salaire compensatoire ne peut dépasser 3,2 fois le revenu national assuré pour l'année en cours (bien que les cotisations soient payées sur le salaire brut complet).

Une indemnité prénatale (*Vienkartinė išmoka nėščiai moteriai*) correspondant à deux fois le minimum vital (*Bazinė socialinė išmoka*) à savoir, LTL 260 (€ 75), est versée aux femmes enceintes qui ne sont pas éligibles pour les prestations de maternité pendant les 70 jours qui précèdent la naissance.

Prestations en nature

Les prestations de maternité en nature couvrent les soins médicaux, les soins en hôpital ou en maternité, les soins prodigués par un pédiatre ou un médecin de famille, les médicaments et les appareils, etc.

Modalités d'accès

Ce sont les unités régionales du Conseil national du Fonds d'Assurances sociales sous le Ministère de la Sécurité sociale et du Travail qui paient les prestations de maternité et les allocations de maternité, de paternité et de maternité/paternité, sous réserve de la présentation des documents requis par la personne concernée. Il existe également la possibilité de soumettre ces [documents](#) par [internet](#).

Chapitre V: Prestations d'invalidité

Ouverture des droits

Le régime d'assurance sociale invalidité est obligatoire pour les salariés et les indépendants, s'ils ont déclaré leurs revenus en tant que revenus de leur travail. Il est financé par des cotisations, couvre la population active (salariés et indépendants) et verse des pensions consistant en une partie de base (taux forfaitaire) et une partie complémentaire (liée aux revenus).

Qui peut y prétendre?

Toute personne présentant un handicap ou un niveau de capacité de travail inférieur à 55%, perçoit une pension en cas de perte de capacité de travail (*Neteko darbingumo pensija*) ou une **pension sociale** (*Salpos pensija*).

Il existe trois niveaux d'invalidité pour les enfants de moins de 18 ans (sauf pour ceux qui sont ou étaient assurés par une assurance sociale nationale): invalidité grave, modérée et légère.

Pour les adultes et les moins de 18 ans qui sont (ou étaient) assurés par une assurance sociale nationale, le niveau de capacité de travail est défini en fonction de critères médicaux, fonctionnels, professionnels et autres afin d'évaluer la capacité de travail de la personne en question et ses possibilités d'emploi. La perte de capacité de travail est exprimée en pourcentage par rapport à un niveau de 100%:

- la perte de la capacité de travail est dite totale lorsqu'elle se situe entre 75 et 100%;
- elle est dite sévère lorsqu'elle se situe entre 60 et 70%.
- elle est dite partielle lorsqu'elle se situe entre 45 et 55%.

Il existe une échelle de calcul des besoins spécifiques pour les personnes qui ont atteint l'âge de la retraite.

La couverture est assurée dès le jour de la demande et jusqu'à l'âge de la retraite.

Conditions d'ouverture des droits

Pour la pension partielle (*Daliné pensija*), la durée minimale d'assurance dépend de l'âge de la personne au moment où l'invalidité survient:

- avant 22 ans: deux mois,
- avant 23 ans: quatre mois,
- avant 24 ans: six mois.

La durée minimale d'assurance requise augmente de deux mois par année supplémentaire, jusqu'à ce que la personne atteigne 38 ans (durée minimale d'assurance requise de trois ans) et de six mois par année supplémentaire jusqu'à l'âge de 62 ans (durée minimale d'assurance requise de 15 ans).

Pour la pension à taux plein (*Visa pensija*), la durée d'assurance obligatoire nécessaire pour une pension à taux plein dépend également de l'âge du bénéficiaire:

- avant 24 ans: un an,
- entre 24 et 38 ans: la durée requise augmente de quatre mois par année supplémentaire,
- à partir de 38 ans: la durée requise augmente d'un an par année supplémentaire mais ne peut excéder la durée de l'assurance obligatoire fixée pour la pension de retraite (*Senatvės pensija*).

Les périodes non contributives suivantes sont prises en considération: les périodes au cours desquelles des prestations de maladie, de maternité, de réadaptation professionnelle, de perte de capacité de travail et de chômage sont versées. En outre, certaines catégories de personnes sont assurées par l'État. Ces périodes sont prises en considération lors du calcul des droits à la pension:

- les personnes qui s'occupent d'un enfant de moins de trois ans;
- les personnes qui s'occupent d'une personne totalement invalide;
- les personnes qui effectuent leur service militaire;
- les conjoints de diplomates qui séjournent à l'étranger;
- les ecclésiastiques et les autres responsables de toutes les communautés religieuses traditionnelles et autres reconnues par l'État, pendant leur période d'activité;
- les religieuses/moines, durant la période au cours de laquelle ils travaillent dans des couvents/monastères.

Couverture de l'assurance

Montant des prestations d'invalidité

Les facteurs déterminant le montant des prestations sont:

- la durée d'assurance sociale acquise en travaillant dans le cadre d'un contrat de travail;
- la période qui s'est écoulée entre la survenance de l'invalidité et l'âge de la retraite;
- les revenus sur la base desquels les cotisations à l'assurance pension ont été calculées.

La pension pour incapacité de travail (*Netekto darbingumo pensija*) se compose de deux éléments: la pension de base et la pension complémentaire.

Pension de base

Son montant repose sur la pension d'assurance sociale de base. Les taux suivants s'appliquent pour les invalides qui ont accompli la période d'assurance obligatoire requise:

- 75 à 100% de perte de capacité de travail: 150% de la pension d'assurance sociale de base;
- 60 à 70% de perte de capacité de travail: 110% de la pension de base;
- 45 à 55% de perte de capacité de travail: 55% de la pension de base.

Pension complémentaire

Elle est payée uniquement aux personnes qui justifient de la période d'assurance sociale nationale en travaillant dans le cadre d'un contrat de travail. Cette période est calculée jusqu'à la date de l'apparition de l'invalidité et s'ajoute au nombre d'années restant avant que l'assuré n'atteigne l'âge de la retraite. Si la personne ne justifie pas de la période d'assurance pension sociale nationale obligatoire pour percevoir la pension pour incapacité de travail, le nombre d'années restantes est réduit proportionnellement. Une fois que cette période d'assurance a été calculée, on applique la formule de calcul de la pension de retraite (*Senatvės pensija*).

Les personnes handicapées, compte tenu de leurs besoins spécifiques, peuvent recevoir un autre complément afin de couvrir les [coûts des soins infirmiers](#) et les [coûts d'assistance et de soins](#).

Retour à la vie active

Il existe des moyens médicaux, professionnels et sociaux de réadaptation des invalides: la réadaptation professionnelle comme l'augmentation de la capacité de travail de l'individu, de ses compétences professionnelles et de sa capacité à participer au marché du travail grâce à des moyens éducatifs, sociaux, psychologiques, de réadaptation et autres.

Modalités d'accès

Le taux d'invalidité est déterminé par le Bureau d'évaluation de l'invalidité et de la capacité de travail au sein du Ministère de la Sécurité sociale et du Travail (*Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos*). La pension est versée par l'antenne locale du Conseil national du Fonds d'Assurances sociales sous le Ministère de la Sécurité sociale et du Travail (*Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, SoDra*).

Chapitre VI : Pensions et prestations de vieillesse

Ouverture des droits

Le régime d'assurance pension de retraite est obligatoire pour les salariés et les travailleurs indépendants s'ils ont déclaré leurs revenus en tant que revenus de leur travail. Il est financé par des cotisations, couvre la population active (salariés et indépendants) et verse des pensions consistant en une partie de base (taux forfaitaire) et une partie complémentaire (liée aux revenus).

Conditions d'ouverture des droits

La durée minimale d'affiliation à l'assurance est de 15 ans. Elle est de 30 ans pour prétendre à la pension à taux plein. Les périodes au cours desquelles le bénéficiaire reçoit des prestations de maladie, de maternité, de réadaptation professionnelle et de chômage sont prises en compte. De plus, certaines catégories de personnes sont assurées par l'État.

En 2013 l'âge de la retraite pour la pension normale est de 62 ans et 10 mois pour les hommes et de 60 ans et 8 mois pour les femmes. L'âge de la retraite augmente chaque année de 4 mois pour les femmes et de 2 mois pour les hommes jusqu'à atteindre 65 ans pour les femmes et les hommes en 2026.

Il est possible de différer sa demande de pension jusqu'à cinq ans. La pension sera majorée de 8% du montant calculé au moment de la demande pour chaque année complète d'activité suivant l'âge légal de la retraite. Ce pourcentage peut être modifié par une décision du Conseil national du Fonds d'Assurances sociales sous le Ministère de la Sécurité sociale et du Travail (*Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, SoDra*).

Couverture de l'assurance

La pension de retraite se compose de deux éléments: la pension de base et la pension complémentaire. La pension de retraite de base équivaut à 110% de la pension de base et est identique pour tous les assurés qui justifient de la durée obligatoire de cotisation à l'assurance sociale nationale pour la pension de retraite (pour ceux qui ne justifient pas de cette durée, la pension de base est minorée proportionnellement). La pension de retraite complémentaire est calculée pour les salariés et les indépendants qui étaient assurés pour cette dernière. Le montant de la pension de retraite à taux plein est calculé selon une formule spéciale tenant compte de l'historique des cotisations et des revenus passés du demandeur. Pour une personne qui cumule les pensions (2e pilier), la pension de retraite complémentaire de l'assurance sociale est réduite en fonction du taux de cumul et des tarifs de pension complémentaire des cotisations à la pension de retraite de l'assurance sociale.

La pension de base peut être majorée par une décision du gouvernement. La pension complémentaire est adaptée en fonction du revenu national assuré pour l'année en cours.

Modalités d'accès

Les demandes doivent être adressées l'antenne locale du Conseil national du Fonds d'Assurances sociales sous le Ministère de la Sécurité sociale et du Travail (*Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, SoDra*).

Chapitre VII : Prestations en faveur des survivants

Ouverture des droits

Le système d'assurance de la pension de survivant (*Našlių pensija*) prévoit des prestations liées aux droits à pension du défunt pour les survivants de salariés et d'indépendants.

Des règles différentes s'appliquent aux pensions payables avant et après le 1er janvier 2007. Ce descriptif présente essentiellement les règles concernant les pensions payables après le 1er janvier 2007. Pour de plus amples informations concernant les pensions antérieures, veuillez contacter le Conseil national du Fonds d'Assurances sociales sous le Ministère de la Sécurité sociale et du Travail.

Les bénéficiaires de pensions de survivant sont les suivants:

- les personnes veuves,
- les enfants, y compris les enfants accueillis et les beaux-enfants s'ils ne reçoivent pas déjà une pension de survivant pour un parent biologique.

Conditions

Au moment de leur décès, les personnes assurées doivent avoir droit à une pension pour incapacité de travail ou une pension de retraite de l'assurance sociale de l'État et devraient avoir une durée minimale d'assurance sociale pour une pension d'État ou une durée équivalente requise pour une pension d'un type approprié en ayant travaillé dans des entreprises, agences ou organisations de la Lituanie, d'États membres de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen (excepté pour les prisonniers politiques et les déportés réhabilités qui ont vu leurs années d'emprisonnement illégal ou de déportation ajoutées à leur dossier social).

Les conditions concernant le conjoint survivant sont les suivantes:

- la veuve ou le veuf a atteint l'âge de la retraite, sans tenir compte de son âge au moment du décès du conjoint;
- la veuve ou le veuf a une incapacité de travail complète ou partielle reconnue, et remplit l'une des conditions suivantes:
 - avoir eu son incapacité reconnue avant le décès du conjoint ou dans les cinq années suivantes,
 - avoir eu son incapacité reconnue lorsqu'elle/il s'occupait des enfants de la personne décédée;
- la veuve ou le veuf n'ayant pas eu d'enfants avec le conjoint décédé a droit à une pension uniquement si au moins un an s'est écoulé depuis la date d'enregistrement du mariage conformément à la procédure établie à la date du décès du conjoint.

En cas de remariage, la veuve ou le veuf perdent le droit à la pension de survivant.

Des limites d'âge sont imposées pour les enfants:

- jusqu'à 18 ans ou,
- pour les étudiants à temps plein dans certains établissements d'enseignement, jusqu'à l'obtention du diplôme ou jusqu'à 24 ans,

- pour les personnes reconnues invalides avant l'âge de 18 ans, il n'y a pas de limite.

Indemnité funéraire

L'allocation de décès (*Laidojimo pašalpa*) est une allocation universelle (non contributive) versée en cas de décès de résidents permanents, des ressortissants des pays tiers ayant la permission de résider en Lituanie pour les fins d'un emploi hautement qualifié, des personnes ayant le statut de réfugié en Lituanie ou pour un enfant mort-né (après au moins 22 semaines de grossesse).

Concernant cette allocation, voir également la partie sur les [prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles](#).

Couverture de l'assurance

La pension de survivant (*Našlaičio pensija*) est une prestation forfaitaire égale au montant de base de la pension de survivant approuvé par le gouvernement de la République de Lituanie [actuellement LTL 70 (€ 20)].

La pension d'orphelin (*Našlaičio pensija*) est calculée sur la base de la pension d'incapacité de travail (*Netekto darbingumo pensija*) ou de la pension de retraite (*Nalaičio pensija*). Elle est égale à 50% de la pension d'incapacité de travail de l'assurance sociale de l'État que le défunt aurait reçue en cas de réduction de sa capacité de travail de 60 à 70%, si le défunt n'avait pas atteint l'âge de la retraite, ou du montant de la pension de retraite de l'assurance sociale de l'État à laquelle le défunt aurait eu droit au cas où il aurait atteint l'âge de la retraite.

Si deux enfants ou plus (adoptés ou non) ont droit à la pension, celle-ci est répartie entre eux en parts égales n'excédant pas au total 100% du montant de la pension du défunt. Dans le cas de perte des deux parents, la pension d'orphelin est accordée pour chaque parent décédé.

Les pensions d'assistance sociale des orphelins sont payées aux enfants qui n'ont pas droit à des pensions plus importantes ou équivalentes de l'assurance sociale (ou autres), pour un montant égal à 0,5 pension de base chacun. Lorsque quatre enfants ou plus (y compris des enfants adoptés) d'une personne décédée ont le droit de recevoir cette pension, une pension d'assistance sociale des orphelins d'un montant égal à 1,5 pension de base est versée à tous les enfants (y compris les enfants adoptés) de la personne décédée à parts égales.

Indemnité funéraire

L'allocation de décès (*Laidojimo pašalpa*) est égale à huit fois la prestation sociale de base (*Bazinė socialinė išmoka*) fixée par le gouvernement. Cette prestation sociale de base est de LTL 130 (€ 38); l'allocation de décès est égale à LTL 1.040 (€ 301).

Modalités d'accès

Les demandes doivent être adressées à l'antenne locale du Conseil national du Fonds d'Assurances sociales sous le Ministère de la Sécurité sociale et du Travail (*Valstybinio*

socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, SoDra).

Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles

Ouverture des droits

Ce régime d'assurance sociale est essentiellement financé par les cotisations des employeurs. Il fournit des prestations liées aux revenus à tous les salariés. Les bénéficiaires en sont les salariés et les personnes assimilées. Il n'est pas possible de souscrire à une assurance volontaire pour le régime de base. Les indépendants peuvent s'assurer volontairement contre les accidents de travail auprès de compagnies d'assurance privées.

Les risques couverts sont les suivants:

- les accidents du travail: un accident qui se produit dans l'environnement professionnel et qui entraîne la perte totale ou partielle de la capacité d'un salarié, voire sa mort. Aucune période minimale d'affiliation n'est nécessaire;
- les accidents qui surviennent sur le trajet entre le domicile et le travail;
- les maladies professionnelles figurant sur une liste fixée par un décret du gouvernement du 30 novembre 1994. Aucune période minimale d'affiliation n'est nécessaire.

Les prestations dans le cadre de ce régime comprennent:

- les prestations (en nature et en espèces) en cas d'incapacité temporaire;
- les prestations en cas d'incapacité permanente;
- les prestations en cas de décès.

Qui peut prétendre aux prestations en cas de décès ?

Les veufs et veuves peuvent prétendre à une prestation d'assurance s'ils étaient à la charge du défunt au moment de son décès et:

- s'ils ne travaillent pas et s'occupent des enfants (y compris les enfants adoptés), petits-enfants, frères ou sœurs du défunt de moins de huit ans,
- s'ils ont atteint l'âge de la retraite ou,
- s'ils sont handicapés (ils n'ont droit à la prestation que pour la durée de leur handicap).

Chaque bénéficiaire reçoit une prestation égale à l'indemnité périodique pour perte de capacité que le défunt aurait reçue, divisée par le nombre de bénéficiaires plus un. Ainsi, si quatre personnes y ont droit, elles reçoivent chacune un cinquième de la pension pour incapacité de travail du défunt. Ce montant est payé en plus des autres prestations.

Les orphelins du défunt peuvent bénéficier d'une prestation s'ils étaient à sa charge au moment du décès et s'ils satisfont aux limites d'âge suivantes:

- avoir moins de 18 ans ou
- être étudiant à temps plein de moins de 24 ans.

Les orphelins ne peuvent recevoir d'indemnités que pour un seul parent; ils ont le droit de choisir lequel.

Les invalides n'ont droit à la pension que pour la durée de leur invalidité.

Les parents et les autres membres de la famille à charge peuvent prétendre à une indemnité s'ils étaient à la charge du défunt au moment de son décès (notamment les parents, les parents adoptifs et les frères et sœurs) et:

- s'ils ne travaillent pas et s'occupent des enfants (y compris les enfants adoptés), petits-enfants, frères ou sœurs du défunt de moins de huit ans,
- s'ils ont atteint l'âge de la retraite ou,
- s'ils sont handicapés (ils n'ont droit à la prestation que pour la durée de leur handicap).

Couverture de l'assurance

Prestations en cas d'incapacité temporaire

Prestations en nature

Elles consistent en:

- le libre choix du médecin ou de l'hôpital;
- le remboursement intégral des frais par l'organisme compétent.

La durée des prestations en nature est illimitée.

Prestations en espèces

Il n'y a pas de délai de carence pour les prestations en espèces en cas d'incapacité temporaire. Ces prestations sont versées jusqu'à la guérison ou la détermination de l'invalidité. Leur montant s'élève à 100% du salaire compensatoire mensuel moyen, c'est-à-dire le salaire moyen basé sur le revenu de la personne assurée gagné au cours des trois mois consécutifs avant le dernier mois précédant celui au cours duquel l'incapacité temporaire est survenue.

L'indemnité compensatoire forfaitaire pour la perte de capacité de travail est versée à hauteur de:

- 10% du salaire compensatoire mensuel au cours des 24 derniers mois si la réduction de la capacité est inférieure à 20%. Ce montant est trois fois plus élevé en cas d'incapacité permanente;
- 20% du salaire compensatoire mensuel au cours des 24 derniers mois si la perte de capacité se situe entre 20 et 30%. Ce montant est trois fois plus élevé en cas d'incapacité permanente.

Prestations en cas d'incapacité permanente

Le niveau minimal d'incapacité donnant droit à une indemnisation est de 30%. Le Bureau d'évaluation de l'invalidité et de la capacité de travail (*Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba*) fixe le niveau d'incapacité. Celui-ci peut être révisé à tout moment, mais la loi ne prévoit aucune révision périodique. L'indemnité périodique pour perte de capacité de travail est payée mensuellement. Elle est calculée selon une formule spéciale.

Prestations en cas de décès

Le montant maximal pour tous les bénéficiaires varie en fonction de leur nombre. Tous les bénéficiaires reçoivent la même somme. La prestation octroyée à chacun d'eux est égale à l'indemnité périodique pour perte de capacité que le défunt a ou aurait reçue, divisée par le nombre de bénéficiaires plus un (par exemple, s'il y a quatre bénéficiaires, chacun reçoit un cinquième de la pension).

Le montant forfaitaire équivaut à 100 fois le revenu national assuré pour l'année en cours valable le mois du paiement de la prestation.

Il est divisé en parts égales entre les membres suivants de la famille du défunt:

- le conjoint;
- les enfants de moins de 18 ans (24 ans s'ils sont étudiants à temps plein);
- les enfants du défunt nés après sa mort;
- les parents s'ils ne travaillent pas et s'ils étaient à la charge du défunt au moment de son décès.

Modalités d'accès

Le Conseil national du Fonds d'Assurances sociales sous le Ministère de la Sécurité sociale et du Travail (*Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, SoDra*) et ses antennes locales sont responsables des régimes d'assurance, notamment ceux couvrant les accidents du travail et maladies professionnelles. Les demandes doivent leur être adressées.

Chapitre IX: Prestations familiales

Ouverture des droits

Il s'agit d'un système universel financé par l'impôt et qui procure une prestation forfaitaire à tous les résidents permanents, à tous les ressortissants étrangers résidant en Lituanie qui sont désignés comme tuteur d'un enfant ayant la citoyenneté lituanienne et à tous les ressortissants des pays tiers ayant la permission de résider en Lituanie pour les fins d'un emploi hautement qualifié. Au moins un des parents de l'enfant doit appartenir aux catégories précitées. L'enfant doit résider en permanence avec ce parent ou avoir un permis de séjour temporaire en Lituanie. Il doit vivre dans l'un des pays de l'Union européenne ou en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.

Les enfants de nationalité étrangère doivent résider en Lituanie et être placés sous tutelle (famille d'accueil) soit en Lituanie ou dont l'exécution est prise en charge par une institution lituanienne.

Couverture de l'assurance

Le montant de ces prestations est lié à la prestation sociale de base (*bazinė socialinė išmoka*) (BSB), précédemment dénommée revenu minimal de subsistance. La BSB est fixée par le gouvernement et s'élève actuellement à LTL 130 (€ 38) par mois.

Allocations familiales

Les allocations familiales s'élèvent à :

- 0,75 BSB pour chaque enfant élevé dans une famille ou placé dans une famille d'accueil, jusqu'à ses deux ans, si le revenu mensuel par membre de famille est inférieur à 1,5 fois le montant du revenu de soutien de l'État [LTL 525 (€ 152)];
- 0,40 BSB pour chaque enfant élevé dans une famille ou placé dans une famille d'accueil, âgé de deux à sept ans (ou de deux à 18 ans dans les familles comptant trois enfants ou plus), si le revenu mensuel de chaque membre de la famille est inférieur à 1,5 fois le montant du revenu de soutien de l'État [LTL 525 (€ 152)].

Allocation de naissance

L'allocation de naissance (*Vienkartinė išmoka vaikui*) est versée à l'un des parents (ou tuteur) ou au seul parent (ou tuteur) pour chaque enfant né ou adopté. Cette allocation s'élève à 11 BSB pour chaque enfant.

Allocation de parent célibataire

Les versements destinés aux enfants qui fréquentent l'enseignement préscolaire peuvent être réduits de 50%.

Allocation familiale pour les appelés au service militaire

L'allocation familiale pour les appelés au service militaire (*Išmoka privalomios tarnybos kario vaikui*) est versée durant la période du service militaire obligatoire pour chaque enfant de soldat. Son montant correspond à 1,5 BSB.

Allocation pour enfant accueilli

L'allocation pour enfant accueilli [*Globos (rūpybos) išmoka*] est versée au tuteur de l'enfant (personne, famille, famille sociale ou institution de garde d'enfants non gouvernementale, publique ou municipale) qui s'est vu confier la garde de l'enfant en vertu de la procédure légale.

Pour les enfants placés sous tutelle dans une famille, une famille sociale ou dans une institution de garde d'enfants, l'allocation mensuelle pour enfant accueilli équivaut à 4 fois le BSB pour chaque orphelin ou enfant placé en famille d'accueil jusqu'au 18ème anniversaire de l'enfant.

Pour chaque enfant placé sous tutelle dans une famille sociale, un complément mensuel objectif d'allocation pour enfant accueilli [*Globos (rūpybos) išmokos tikslinis priedas*] doit être payé dans un montant correspondant à 4 fois le BSB, afin d'assurer les activités de la famille sociale.

Si l'enfant a droit à une pension d'orphelin et/ou une pension alimentaire, le montant de la prestation équivaut à la différence entre 4 fois le BSB et ces allocations. Si, à l'expiration de la tutelle de l'enfant, ce dernier continue ses études selon un programme défini ou s'il est orphelin, la prestation continue à être versée pendant toute la durée des études, mais pas au-delà de ses 24 ans. Cette allocation n'est pas versée aux personnes qui se sont inscrites plus de deux fois dans une école qui appartient au même groupe.

Aide à l'installation (*Vienkartinė išmoka įsikurti*)

Les personnes placées sous tutelle, à l'expiration de celle-ci, reçoivent une aide à l'installation équivalant à 75 BSB.

Concernant l'allocation de grossesse, l'allocation de maternité, l'allocation de paternité et l'allocation de maternité/paternité, voir la partie sur les [prestations de maternité et de paternité](#).

Modalités d'accès

Les départements municipaux d'aide sociale sont responsables de la plupart des prestations familiales et les demandes doivent leur être directement adressées.

Chapitre X: Chômage

Ouverture des droits

L'assurance chômage (*Nedarbo draudimo išmoka*) est un régime d'assurance sociale obligatoire pour les salariés. Ses prestations sont liées aux revenus.

Peuvent prétendre à l'assurance chômage:

- tous les salariés, y compris ceux qui assurent une fonction électorale dans des organisations élues, les fonctionnaires, les responsables politiques nationaux, les militaires, le personnel du Service national d'enquête et du Département de la sécurité nationale;
- les militaires s'ils ont accompli leur service militaire initial obligatoire ou un autre service de défense nationale ou s'ils ont été réformés de ces services après y avoir passé au moins la moitié du temps imposé;
- les chômeurs qui ont pris un congé parental pour s'occuper d'enfants âgés de un à trois ans.

Conditions d'ouverture des droits

Pour la prestation d'assurance chômage, les conditions d'ouverture des droits sont les suivantes:

- être au chômage;
- être en âge de travailler;
- ne pas suivre quotidiennement des cours dans des établissements d'enseignement;
- justifier d'une durée minimale d'assurance;
- être inscrit auprès du service de l'emploi;
- rechercher activement du travail et être disposé à accepter les emplois proposés ou à participer aux mesures actives de politique du marché du travail;
- ne pas percevoir des prestations de maladie et/ou de maternité (paternité) ni de pension d'assurance sociale.

La durée minimale d'assurance est de 18 mois au cours des trois années précédant l'inscription auprès du service de l'emploi. Il existe des exceptions pour certaines catégories de chômeurs qui ont cotisé mais qui n'ont pas accompli la durée d'assurance sociale nécessaire (s'ils ont été licenciés à l'initiative de l'employeur alors qu'ils n'étaient pas en faute, etc.). Il existe également des exceptions pour les chômeurs qui n'ont pas cotisé.

Le délai de carence est de sept jours calendaires ou correspond à la période pendant laquelle des indemnités de départ ont été versées à l'ancien salarié. Si le chômage est dû à une faute du salarié le délai de carence est de trois mois.

La prestation de l'assurance chômage n'est pas payée si la personne:

- a refusé un emploi qui lui était proposé si celui-ci correspondait à ses compétences professionnelles et à son état de santé et si le lieu de travail se situait à une distance raisonnable de son domicile;

- a refusé de participer, sans raison valable, aux mesures actives de politique du marché du travail prévues dans le plan d'action individuel;
- ne s'est pas rendue au service de l'emploi dans les délais fixés, afin de se présenter à un emploi proposé ou de participer à des politiques actives du marché du travail, sans raison valable;
- a refusé de se soumettre à des tests de santé en vue de déterminer son aptitude au travail.

Aucune sanction n'est prise si le chômeur peut faire valoir des raisons valables définies par la loi (par exemple catastrophe naturelle, accident, décès d'un parent, d'un enfant ou du conjoint, etc.).

Couverture de l'assurance

La prestation de l'assurance chômage comprend un élément fixe et un élément variable. L'élément fixe représente le revenu de soutien de l'État (*Valstybės remiamos pajamos*) de LTL 350 (€ 101). Pour sa part, l'élément variable est lié à l'ancien revenu assuré du chômeur. Le montant de la prestation de l'assurance chômage ne peut excéder LTL 650 (€ 188) (jusqu'au 31 décembre 2013).

Le montant complet de la prestation est versé au cours des trois premiers mois de chômage. Pour les mois restants jusqu'à la fin de la période de versement de cette prestation, son élément variable est réduit de 50%.

La prestation de l'assurance chômage peut être cumulée avec les allocations de formation que reçoit le chômeur lorsqu'il participe à une formation.

Elle ne peut être inférieure au revenu de soutien de l'État, mais ne peut pas non plus dépasser 70% du revenu assuré pour l'année en cours (*einamųjų metų draudžiamosios pajamos*), tel qu'il a été fixé par le gouvernement.

La durée de versement de la prestation de l'assurance chômage (*Nedarbo draudimo išmoka*) dépend du nombre d'années de travail:

- moins de 25 années de travail: six mois,
- de 25 à 30 ans de travail: sept mois,
- de 30 à 35 ans de travail: huit mois,
- au-delà de 35 ans de travail: neuf mois.

Le versement de la prestation de l'assurance chômage prend fin si son bénéficiaire retrouve un emploi salarié ou s'installe en indépendant.

Indemnités pour les chômeurs âgés et retraite anticipée

La durée de versement de la prestation d'assurance chômage est prolongée de deux mois pour les personnes qui sont à moins de cinq ans de l'âge de la retraite.

Les chômeurs qui sont assurés depuis 30 ans et qui seront éligibles à la pension de retraite à taux plein dans les cinq ans peuvent demander une pension de retraite anticipée en vertu de la loi sur le paiement anticipé des pensions de retraite de l'assurance sociale nationale (*Valstybinių socialinio draudimo senatvės pensijų išankstinio mokėjimo įstatymas*).

Modalités d'accès

Les demandes doivent être adressées à l'antenne locale de la Bourse lituanienne du Travail (*Lietuvos darbo birža*).

Chapitre XI : Garantie de ressources

Ouverture des droits

Il existe deux grands types de régimes à caractère non contributif pour la garantie de ressources minimum: l'aide sociale en espèces et la pension sociale. En outre, il existe d'autres prestations de minimum vital.

L'aide sociale en espèces est soumise à condition de ressources; les prestations sont accordées uniquement après examen des revenus perçus et de la valeur de toute propriété éventuelle. Les pensions sociales sont versées sous condition de pension.

Aide sociale en espèces

L'aide sociale en espèces (*Piniginė socialinė parama*) est versée aux familles et aux personnes seules résidant en Lituanie qui ne disposent pas de ressources suffisantes pour subvenir à leurs besoins. Les personnes prétendant à l'aide sociale en espèces doivent avant tout s'efforcer de générer le plus de revenus possibles par leurs propres moyens. L'aide sociale en espèces comprend à la fois une allocation sociale (*Socialinė pašalpa*) et le remboursement des frais de chauffage domestique, d'eau chaude et d'eau potable (*Būsto šildymo išlaidų, geriamojo vandens ir karšto vandens išlaidų kompensacijos*).

Ces prestations peuvent être versées si le résident ou au moins l'un des conjoints/cohabitants travaille, ou s'il ne travaille pas en raison de l'une des situations suivantes:

- étudiant à plein temps (jusqu'à l'âge de 24 ans);
- retraité ou personne au-delà de l'âge de la retraite ou personne handicapée;
- en charge d'un membre de la famille handicapé ou malade;
- inscrit dans une antenne locale de la Bourse lituanienne du Travail placée sous le Ministère de la Sécurité sociale et du Travail (*Lietuvos darbo birža prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos*) ou auprès du Service de l'Emploi d'un autre Etat membre en tant que chômeur et recevant les allocations de chômage (*Nedarbo darudimo išmoka*);
- en charge d'un enfant de moins de trois ans, ou de moins de huit ans si l'enfant n'étudie pas dans un établissement d'enseignement conformément à la recommandation du médecin ou si l'enfant n'a pas la possibilité d'étudier dans un établissement d'enseignement selon le programme d'enseignement préscolaire ou primaire.

Pension sociale

La pension sociale (*Šalpos pensija*) vise à garantir un niveau de vie minimum aux résidents qui présentent des risques sociaux particuliers, à savoir les personnes handicapées, les personnes ayant atteint l'âge de la retraite, les mères handicapées ou retraitées de plusieurs enfants et les personnes handicapées ou retraitées en charge de membres de leur famille handicapés. Les pensions sociales sont versées aux personnes qui ne peuvent bénéficier de prestations du budget du Conseil national du Fonds d'Assurances sociales sous le Ministère de la Sécurité sociale et du Travail (*Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, SoDra*) ou pour lesquelles ces prestations sont très faibles.

Autres prestations

Les pensions sociales ne sont plus accordées depuis 1995, mais sont encore versées pour les personnes qui y avaient droit avant le 1er janvier 1995. En 2004, elles ont été indexées et augmentées après approbation de la nouvelle pension d'assurance sociale de base. Avant la modification en 2004, ces pensions étaient payées au taux de décembre 1994.

Indemnisation spéciale de transport pour les personnes à mobilité réduite

Les handicapés qui présentent des troubles de la mobilité ont droit à :

- recevoir une indemnisation pour les frais de transport, à hauteur de 0,25 BSB (prestation sociale de base) par mois;
- une fois tous les six ans, recevoir une indemnisation pour l'achat et l'adaptation technique d'un véhicule spécial, pour un montant de maximum 32 BSB.

Couverture de l'assurance

Aide sociale en espèces

Allocation sociale

L'allocation sociale mensuelle équivaut à 100% de la différence entre le revenu de soutien de l'État (*Valstybės remiamos pajamos*) de LTL 350 (€ 101) par personne et par mois et le revenu réel d'une famille ou d'une personne seule pour le premier membre de la famille, y compris les cas où l'allocation sociale est accordée uniquement à un ou plusieurs enfants; 80% pour le deuxième membre; et 70% pour le troisième membre et les suivants.

Sur la base d'une évaluation des conditions de vie des familles ou des personnes seules, les administrations municipales peuvent décider d'octroyer l'allocation sociale dans les cas où leur revenu dépasse le revenu de soutien de l'État de LTL 350 (€ 101) de maximum 20%. Dans ces cas, le niveau de la prestation mensuelle équivaut à :

- 25% du revenu de soutien de l'État (à savoir LTL 87 (€ 25)) pour une personne seule ou pour deux membres de la famille;
- 50% du revenu de soutien de l'État (à savoir LTL 175 (€ 51)) pour trois ou quatre membres de la famille;
- 70% du revenu de soutien de l'État (à savoir LTL 245 (€ 71)) pour cinq membres de la famille ou plus.

L'allocation sociale supplémentaire (*Papildomai skiriama socialinė pašalpa*) peut être versée aux personnes qui ne reçoivent plus l'allocation sociale et qui commencent un emploi. L'allocation sociale supplémentaire s'élève à 50% de la moyenne de l'allocation sociale déjà versée et sera accordée pour une durée de six mois, même si la famille n'a pas droit à l'allocation sociale après avoir décroché un emploi.

L'allocation sociale est réduite pour les bénéficiaires de longue durée. Cela ne s'applique pas dans les cas où l'allocation sociale est versée aux enfants, y compris aux enfants adultes qui étudient selon le programme de l'enseignement général pendant la période comprise entre la date de fin du programme et le 1^{er} septembre de la même année.

L'administration municipale peut renoncer à la réduction de l'allocation sociale si le bureau local de la Bourse lituanienne du Travail (*Lietuvos darbo birža*) ou le service

national de l'emploi d'un autre État n'a pas réussi à fournir un emploi ou la participation à des mesures de politique active du marché du travail au cours de la période de versement de l'allocation sociale.

(Dans le cadre d'un projet pilote, cinq municipalités peuvent approuver leurs propres études de cas et procédures pour le paiement de l'allocation sociale supplémentaire et pour la réduction de l'allocation sociale).

L'allocation sociale est accordée pour une période de trois mois, à partir du premier jour du mois au cours duquel la demande est soumise, si au moment de la soumission, le célibataire ou les membres de la famille résidant y avaient droit.

L'allocation sociale peut être renouvelée (de façon illimitée) si les circonstances n'évoluent pas.

Remboursement des frais de chauffage domestique, d'eau chaude et d'eau potable

Une famille ne devrait pas devoir consacrer plus de 20% des revenus de la famille au-delà du revenu de soutien de l'État (à savoir LTL 350 (€ 101)] par membre de la famille pour les frais de chauffage d'un logement de taille standard; 5% du revenu familial pour l'eau chaude d'un logement standard; et 2% du revenu familial pour l'eau potable d'un logement standard.

Les personnes qui possèdent un logement (appartement) dans un immeuble à logements multiples et qui font une demande de remboursement des frais de chauffage domestique (*Būsto šildymo išlaidų kompensacija*) doivent participer à la réunion au cours de laquelle la décision sur la mise en œuvre du projet de rénovation (modernisation) de l'immeuble est examinée et prise, et, le cas échéant, participer à la mise en œuvre du projet.

L'administration municipale a le droit de refuser l'octroi du remboursement des frais de chauffage domestique aux personnes qui possèdent un logement dans un immeuble à logements multiples, qui avaient ou qui ont droit au remboursement des frais de chauffage domestique et qui ont refusé de participer à la réunion au cours de laquelle la décision sur la mise en œuvre du projet de rénovation (modernisation) de l'immeuble a été examinée et prise, et qui n'ont pas participé à sa mise en œuvre.

Le remboursement est accordé pour une durée de trois mois à compter de l'ouverture du droit.

Les familles ou les personnes seules qui possèdent un logement dans un immeuble à logements multiples, et qui ont droit à une indemnité pour les dépenses de chauffage, ont droit au remboursement du coût d'un emprunt contracté ensemble avec les autres propriétaires pour la rénovation du bâtiment.

Pension sociale

Son montant dépend de la pension sociale de base fixée par le gouvernement et d'un coefficient qui peut osciller entre 0,75 et 2,0 pour les différents groupes de bénéficiaires [LTL 270,00 (€ 78) à LTL 720,00 (€ 209)]. Pour déterminer le montant de l'aide, les critères retenus sont les suivants: le nombre d'enfants élevés pour les mères (cinq ou moins), le temps passé à s'occuper d'une personne handicapée (15 ans ou moins), l'âge de la personne handicapée à la date à laquelle elle est reconnue handicapée et son taux d'incapacité.

Les pensions sociales sont versées à compter de la date d'ouverture des droits. Toutefois, elles peuvent être accordées rétroactivement jusqu'à 12 mois précédant le jour du dépôt de tous les documents nécessaires à l'administration municipale. Elles sont versées pendant toute la durée où la personne souffre d'un handicap, est incapable de travailler ou partiellement capable de travailler et, après avoir atteint l'âge de la retraite, jusqu'à la mort de la personne concernée.

Modalités d'accès

L'aide sociale en espèces et les pensions sociales sont versées par les communes et les demandes doivent leur être adressées.

Aide sociale en espèces

Le demandeur doit remplir un formulaire de demande d'aide sociale en espèces et joindre les justificatifs requis concernant ses revenus et les éventuelles propriétés de la famille.

La décision concernant l'octroi de l'allocation sociale (*Socialinė pašalpa*) et/ou le calcul et le remboursement doit être prise au plus tard un mois après la date de réception de la demande ainsi que de tous les documents nécessaires conformément à la procédure établie par l'administration de la commune.

Pension sociale

La demande et les justificatifs fournis par le demandeur sont examinés. Il n'y a pas d'enquête sociale. La décision concernant l'octroi de la pension sociale doit être prise au plus tard dix jours ouvrables après la date de réception de la demande.

Chapitre XII : Soins de longue durée

Ouverture des droits

La dépendance est définie par la loi comme l'ensemble des services de soins et de services sociaux destinés à répondre aux besoins des personnes dépendantes. Les services de dépendance comprennent également les soins palliatifs.

Les services sociaux sont fournis quel que soit l'âge, en tenant compte du degré d'indépendance et du besoin de services. Les principaux bénéficiaires des services sociaux sont les personnes âgées et les personnes handicapées (enfants et adultes). Le besoin de recourir aux services sociaux est déterminé par rapport à un ensemble de principes de coopération, participation, complexité, accessibilité, justice sociale, pertinence, efficacité et exhaustivité. Ils sont établis au cas par cas en fonction du degré de dépendance de la personne et de la possibilité de développer l'indépendance ou d'indemniser grâce à des services sociaux qui correspondent aux intérêts et aux besoins de la personne.

Les traitements médicaux à long terme s'accompagnant de services de soins infirmiers individuels sont dispensés quel que soit l'âge mais en tenant compte de l'état de santé, de l'évolution de la maladie et des éventuelles complications.

Les personnes handicapées, compte tenu de leurs besoins spécifiques, peuvent se voir prodiguer une assistance permanente ou des soins infirmiers permanents. Les besoins spécifiques des personnes handicapées sont définis dans une liste agréée des conditions de santé. Deux prestations sont octroyées à cet égard:

- une indemnité spéciale pour les coûts des soins infirmiers est versée pour les enfants handicapés avec un taux d'invalidité élevé, aux personnes handicapées dont la capacité de travail est réduite de 75 à 100% et aux personnes ayant l'âge de la retraite si des soins infirmiers permanents sont jugés nécessaires;
- une indemnité pour les coûts d'assistance et de soins est versée pour les enfants handicapés avec un taux d'invalidité élevé à moyen, qu'il aient besoin ou non de soins permanents, aux personnes handicapées dont la capacité de travail est réduite d'au moins 60% et aux personnes ayant l'âge de la retraite si un besoin d'assistance permanente ou de soins permanents est jugé nécessaire.

Bien que les prestations en espèces ne soient pas soumises à condition de ressources dans le cas de la dépendance prise en charge en établissements, les droits aux indemnités spéciales dépendent de la capacité de la personne à s'acquitter des frais des services de dépendance. Si la personne dépense au moins un tiers de l'indemnité fixée pour les soins de longue durée, une certaine partie de la prestation est versée à l'établissement.

Couverture de l'assurance

Prestations en nature

Les personnes nécessitant des soins à domicile reçoivent des visites régulières des travailleurs sociaux de l'administration d'aide sociale locale, qui déterminent le besoin

d'aide sociale. Les établissements de soins de santé primaires sont chargés d'organiser et de prodiguer les services de soins infirmiers à domicile.

Les personnes âgées et les personnes handicapées peuvent bénéficier de soins en centre de jour pour une durée allant de trois heures par jour à cinq jours par semaine, ou de soins temporaires de courte durée dans des institutions sociales de soins selon leur situation spécifique.

Les soins en établissement sont prévus pour les enfants privés de protection parentale, les enfants et les adultes handicapés ainsi que les personnes âgées.

Prestations en espèces

Indemnité spéciale pour les coûts des soins infirmiers

Elle s'élève à 250% de la pension d'assurance sociale de base [actuellement LTL 900 (€ 261)]. Toutefois, pour 2010-2011, les prestations sont provisoirement versées à 85% de ces montants.

Indemnité spéciale pour les coûts d'assistance et de soins

Elle s'élève à 50% ou 100% de la pension d'assurance sociale de base selon la catégorie du bénéficiaire [actuellement LTL 180 (€ 52) ou LTL 360 (€ 104) respectivement]. Toutefois, pour 2010-2012, les prestations sont provisoirement versées à 85% de ces montants.

Modalités d'accès

Les demandes doivent être adressées au service d'assistance sociale de la commune.

Ce sont généralement les travailleurs sociaux qui déterminent le besoin de services sociaux, notamment de soins de longue durée. Cette décision peut également être prise par une équipe de spécialistes composée d'un travailleur social, son assistant, un prestataire de soin de la communauté et un aide-soignant en santé mentale.

La nécessité de soins médicaux de longue durée est établie par un médecin ou une commission médicale consultative.

Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles

De plus amples informations sur les conditions d'ouverture des droits et les prestations individuelles de sécurité sociale en Lituanie sont disponibles auprès des organismes publics gérant le système de protection sociale.

Pour les questions en matière de sécurité sociale impliquant plusieurs États membres de l'UE, vous pouvez rechercher les coordonnées des organismes sur le répertoire des institutions de sécurité sociale tenu par la Commission européenne et disponible à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social-security-directory>.

Les demandes de renseignements concernant l'incidence des périodes d'assurance accomplies dans plusieurs États membres sur les pensions et autres prestations doivent être adressées à:

Ministère de la Sécurité sociale et du Travail:

Socialinės Apsaugos Ir Darbo Ministerija

A. Vivulskio st. 11

03610 Vilnius

<http://www.socmin.lt>

Conseil national du Fonds d'Assurances sociales sous le Ministère de la Sécurité sociale et du Travail:

Valstybinio Socialinio Draudimo Fondo Valdyba prie Socialinės Apsaugos Ir Darbo

Ministerijos (SoDra)

Konstitucijos av. 12

09308 Vilnius

<http://www.sodra.lt>

Bourse lituanienne du Travail placée sous le Ministère de la Sécurité sociale et du Travail:

Lietuvos Darbo Birža prie Socialinės Apsaugos Ir Darbo Ministerijos

Geležinio Vilko st. 3a

03131 Vilnius

<http://www.ldb.lt>

Ministère de la santé:

Sveikatos Apsaugos Ministerija

Vilniaus st. 33

01506 Vilnius

<http://www.sam.lt>

Caisse nationale d'Assurance Maladie placée sous l'autorité du Ministère de la Santé:

Valstybinė Ligonių Kasa prie Sveikatos Apsaugos Ministerijos

Europos square 1

LT-03505 Vilnius

<http://www.vlk.lt>