

Le régime slovène de sécurité sociale (Travailleurs salariés et travailleurs indépendants)

- A. Introduction
- B. Généralités
- C. Maladie, décès
- D. Maternité
- E. Accidents du travail et maladies professionnelles
- F. Assurance pension (vieillesse, invalidité, survivants)
- G. Chômage
- H. Prestations familiales

A. Introduction

Le système slovène de protection sociale comprend le régime d'assurances sociales, les prestations familiales et l'aide sociale. Il existe quatre branches d'assurances sociales, qui sont largement financées par les cotisations : l'assurance pension qui vise les risques vieillesse, invalidité et survivants, l'assurance maladie, l'assurance chômage et la protection parentale. Ces assurances sont obligatoires pour l'ensemble des salariés et travailleurs indépendants. Les prestations sont servies aux travailleurs salariés et indépendants dans les mêmes conditions et aux mêmes montants. De même, les cotisations (tous risques) sont versées par les travailleurs indépendants aux mêmes taux que les cotisations salariales et patronales.

Il n'existe pas de régime spécifique d'assurance accidents de travail/maladies professionnelles ; ces risques sont couverts dans le cadre des assurances maladie et pensions.

Réformes récentes

Afin de mieux gérer les finances et réduire le déficit public, d'importantes mesures en matière de prestations sociales ont été adoptées en Slovénie en 2012.

La nouvelle loi sur l'assurance pensions, votée par le Parlement Slovène le 4 décembre 2012 et entrée en vigueur le 1er janvier 2013, prévoit un relèvement progressif de l'âge légal de la retraite afin d'aligner les conditions d'ouverture du droit à pension de vieillesse des femmes sur celles des hommes. Cette législation récente a également introduit un nouveau régime de retraite anticipée, et a modifié les conditions d'ouverture du droit à la pension de survie (Cf. chapitre F. *Assurance pension*).

Enfin, la loi sur l'assainissement des finances publiques (*Zakon za uravnoteženje javnih financ* - Journal Officiel de la République de Slovénie, n°40/2012), entrée en vigueur le 31.05.2012, apporte des modifications sur l'ensemble des assurances sociales. Elle introduit notamment les mesures suivantes :

- réduction du montant et du plafond des indemnités de chômage ;
- réduction du montant des indemnités de maladie ;
- augmentation de la participation du patient pour les soins servis dans le cadre de l'assurance santé obligatoire ;
- réduction du montant de l'indemnité pour les soins et la garde d'un enfant (en règle générale 90 % du revenu de référence au lieu de 100 %) et réduction du plafond de l'indemnité de 2,5 à 2 fois le salaire mensuel moyen national ;
- durcissement des conditions d'ouverture de droit aux allocations familiales au moyen d'une révision du plafond de revenus ;
- introduction d'une condition de ressources pour la détermination du montant des allocations de naissance et de famille nombreuse ;
- réduction des montants des allocations aux pensionnés.

B. Généralités

1) Structure, organisation

Tutelle

Sont responsables du développement de la politique sociale et supervisent la mise en œuvre du système de sécurité sociale :

- le **Ministère de la Santé** - Ministrstvo za Zdravje, Štefanova 5, 1000 Ljubljana, Slovénie, www.mz.gov.si – pour les prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie ;
- le **Ministère du Travail, de la Famille, des Affaires Sociales et de l'Egalité des Chances** - Ministrstvo za Delo, Družino, Socialne Zadeve in Enake Možnosti, Kotnikova 28, 1000 Ljubljana, Slovénie, www.mddsz.gov.si – pour tous les risques qui ne relèvent pas de la compétence du Ministère de la Santé.

Assurance maladie

L'Institut Slovène d'Assurance Maladie - Zavod za Zdravstveno Zavarovanje Slovenije (ZZZS), Miklošičeva Cesta 24, 1507 Ljubljana, Slovénie, www.zzs.si – placé sous la tutelle du Ministère de la Santé, est l'organisme chargé de l'assurance maladie, à savoir les prestations en nature en cas de maladie ou de maternité, les prestations en espèces pour incapacité temporaire en cas de maladie et d'accidents du travail/maladies professionnelles, ainsi que les prestations autres que les pensions en cas de décès de l'assuré. Il est représenté localement par [10 antennes régionales](#) et 45 agences locales.

Assurance protection parentale, prestations familiales, aide sociale

La protection parentale garantit le versement des indemnités parentales et de maternité. Elle est, comme les prestations familiales et l'aide sociale, administrée par les 62 [centres locaux de travail social](#) (*center za socialno delo*), placés sous le contrôle du Ministère du Travail, de la Famille, des Affaires Sociales et de l'Egalité des Chances.

Assurance pension

L'Institut d'Assurance Pension et Invalidité de Slovénie - Zavod za Pokojninsko in Invalidsko Zavarovanje Slovenije (ZPIZ), Kolodvorska 15, SI-1000 Ljubljana, Slovénie, www.zpiz.si - placé sous la tutelle du Ministère du Travail, de la Famille, des Affaires Sociales et de l'Egalité des Chances, est l'unique organisme chargé de la branche pensions obligatoires. Il sert les prestations (pensions et autres) d'invalidité, vieillesse et survivants, ainsi que les prestations pour incapacité permanente en cas d'accidents du travail et maladies professionnelles.

Assurance chômage

La direction du marché du travail et de l'emploi, dépendant du Ministère du Travail, de la Famille, des Affaires Sociales et de l'Egalité des Chances est responsable de la politique de l'emploi.

Les prestations sont administrées et versées par le Service de l'Emploi de Slovénie (ESS) - Zavod Republike Slovenije za Zaposlovanje, Rožna dolina, Cesta IX/6, 1000 Ljubljana, Slovénie, www.ess.gov.si - organisme public qui gère le système à travers son administration centrale, ses 12 antennes régionales et ses quelques 60 bureaux locaux.

2) Financement

Les cotisations salariales et patronales sont la principale source de recettes du régime slovène de sécurité sociale.

Ces cotisations sont prélevées mensuellement sur les salaires bruts par les employeurs et sont recouvrées par l'Administration Fiscale auprès du [Ministère des Finances](#). Les non-salariés ainsi que les exploitants agricoles versent eux-mêmes leurs cotisations tous les mois.

Pour financer le système, s'ajoute aux cotisations une contribution de l'État et des collectivités locales. L'assurance chômage et l'assurance protection parentale sont quant à elles essentiellement financées par l'État. L'assurance maladie obligatoire est financée à environ 98 % par les cotisations (97,7 % en 2012, Cf. www.zpiz.si) ; environ 2 % seulement sont financés par d'autres formes de revenus (investissements, etc.).

S'agissant de l'assurance pensions, en 2012 les cotisations représentaient 69 % des revenus totaux de l'Institut d'Assurance Pension et Invalidité de Slovénie.*

Les prestations familiales ainsi que l'aide sociale sont entièrement financées par l'État.

Taux de cotisations patronales et salariales au 1er janvier 2013 ⁽¹⁾

Risque	Part patronale	Part salariale	Total
Maladie	6,56 %	6,36 %	12,92 %
Vieillesse, invalidité, décès	8,85 %	15,50 %	24,35 %
Chômage	0,06 %	0,14 %	0,20 %
Accidents du travail et maladies professionnelles ⁽²⁾	0,53 %	-	0,53 %
Protection parentale	0,10 %	0,10 %	0,20 %
TOTAL	16,10 %	22,10 %	38,20 %

⁽¹⁾ Les cotisations sont versées sur la totalité du salaire brut.

⁽²⁾ La cotisation patronale est destinée au risque incapacité temporaire à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. L'incapacité de longue durée est couverte par l'assurance pensions (vieillesse, invalidité, décès).

Non-salariés : taux de cotisation au 1er janvier 2013	
Risque	Cotisation
Maladie	12,92 %
Vieillesse, invalidité, décès	24,35 %
Chômage	0,20 %
Accidents du travail et maladies professionnelles ⁽¹⁾	0,53 %
Protection parentale	0,20 %
TOTAL	38,20 %

⁽¹⁾ La cotisation est destinée au risque incapacité temporaire à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. L'incapacité de longue durée est couverte par l'assurance pensions (vieillesse, invalidité, décès).

* Institut d'Assurance Pension et Invalidité de Slovénie (ZPIZ) : Pension and Invalidation Insurance in Numbers 2012, www.zpiz.si

C. Maladie, décès

Depuis 1992, en Slovénie, un système d'assurance maladie obligatoire s'applique à tous les citoyens ayant leur résidence sur le territoire, à toutes les personnes exerçant une activité professionnelle légale, ainsi que les membres de leur famille.

L'assurance maladie couvre les soins de santé et les indemnités journalières en cas de maladie, prévoit le remboursement de frais liés aux transports, la prise en charge des frais d'obsèques et le versement d'une prestation forfaitaire en cas de décès.

Cette assurance obligatoire vise les employés, les travailleurs indépendants et agriculteurs, les bénéficiaires de prestations en espèces (y compris les pensionnés) et les résidents permanents non assurés par ailleurs. Les prestations en espèces sont liées à la rémunération des assurés.

Les assurés ont la possibilité de souscrire une assurance complémentaire volontaire pour les soins non couverts par le régime obligatoire et la prise en charge du ticket modérateur (ce qui est le cas de la majorité de la population).

1) Prestations en nature

Les soins couverts par le régime d'assurance maladie obligatoire sont dispensés dans des établissements de soins publics (centres médicaux, hôpitaux, pharmacies) et par des médecins privés qui ont passé une convention avec l'Institut Slovène d'Assurance Maladie (ZZZS).

[Cliquez ici](#) pour consulter la liste des prestataires de soins en Slovénie.

Il n'existe pas de condition de stage pour l'ouverture des droits aux prestations en nature, hormis pour la prise en charge de certains appareillages optiques, orthopédiques et auditifs, prothèses et autres appareils similaires (prise en charge à hauteur de 70 %), qui requiert une durée d'assurance allant jusqu'à 6 mois. Cette exigence ne s'applique pas aux enfants et aux victimes d'accidents du travail et maladies professionnelles.

Traitement médical

Le patient choisit librement son médecin traitant qui peut être un spécialiste. Cependant, la consultation médicale d'un spécialiste doit avoir été recommandée par le médecin traitant.

Les consultations sont en principe prises en charge jusqu'à un certain plafond. Le restant, variant de 10 % à 90 % du coût des soins, incombe à l'assuré, lequel peut souscrire une assurance volontaire complémentaire.

Certaines prestations médicales sont prises en charge à 100 % :

- les soins urgents des personnes présentant un handicap physique ou mental grave, des bénéficiaires de l'aide sociale et des personnes âgées de plus de 75 ans ;
- les soins liés à la grossesse, les examens préventifs et les soins dispensés aux enfants scolarisés ou non et aux étudiants jusqu'à l'âge de 26 ans ;
- les soins médicaux d'urgence (transport d'urgence, etc.) ;
- les actes à titre préventifs et curatifs, les diagnostics en rapport avec l'infection VIH et les maladies infectieuses ;
- les vaccinations obligatoires ;
- les soins et actes de rééducation en rapport avec le cancer, la myopathie, les maladies neuromusculaires, la paraplégie, la tétraplégie, la paralysie cérébrale, l'épilepsie, les formes sévères de diabète ou de psoriasis ;
- les soins en rapport avec le don et la greffe d'organes ;
- les soins infirmiers de longue durée.

Hospitalisation

Toute hospitalisation (sauf en cas d'urgence) doit, au préalable, avoir fait l'objet d'une prescription du médecin traitant.

Le patient choisit l'hôpital dans lequel il souhaite être admis, parmi les hôpitaux publics et privés ayant signé une convention avec le ZZZS. Jusqu'à 30 % des frais d'hospitalisation peuvent rester à la charge du patient. Cependant, les bénéficiaires de l'aide sociale et les assurés présentant un degré d'incapacité d'au moins 70 % en sont exemptés.

Transports

Les frais liés aux transports nécessaires peuvent être remboursés lorsque le patient doit se rendre à l'hôpital ou chez le médecin afin de recevoir des soins adaptés à son état de santé.

Un remboursement des frais de repas et de logement (dans la limite d'un certain plafond) peut également être effectué lorsqu'un trajet dure plus de 12 heures.

La demande de remboursement se fait directement auprès du ZZZS ou via l'employeur du demandeur.

Soins dentaires

Les soins dentaires sont gratuits pour les enfants et les étudiants et pris en charge à hauteur de 80 % pour les autres catégories de patients.

Les prothèses dentaires destinées aux adultes sont prises en charge à hauteur de 10 %.

Produits pharmaceutiques

Les médicaments sont pris en charge par l'Institut Slovène d'Assurance Maladie à hauteur de 70 % (100 % pour les enfants et certaines autres catégories de patients) s'ils figurent sur la liste dite « positive » établie par le ZZZS, et à 10 % s'ils appartiennent à la liste « intermédiaire ». Les médicaments de la liste « négative » sont intégralement à la charge du patient.

Médicaments figurant sur les listes « positive » et « intermédiaire » :

www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/A1CDE0432EC8F258C12579F7003B6AF2?OpenDocument

Les médicaments administrés en cours d'hospitalisation sont gratuits.

2) Prestations en espèces

Indemnités pour maladie

Conditions

Les indemnités maladie sont accordées aux travailleurs salariés et non-salariés sans condition de stage.

En règle générale, l'Institut Slovène d'Assurance Maladie (ZZZS) verse les indemnités à compter du 31ème jour d'absence. Dans certains cas, elles sont servies dès le premier jour d'absence ; ceci est notamment le cas lorsque l'arrêt de travail est dû à un don de tissu, d'organe ou de sang, une mise en quarantaine, des soins prodigués à un membre de famille ou en cas d'accident du travail/maladie professionnelle.

NB : Pour les salariés, les indemnités sont versées par l'employeur **sans délai de carence**, pendant les 30 premiers jours civils d'absence.

Les indemnités sont en principe versées pendant une durée maximale d'un an. Toutefois, la durée peut être prolongée sur accord de la commission compétente du ZZZS.

Les assurés qui doivent s'absenter pour s'occuper d'un proche (par exemple le conjoint) ou d'un enfant malade, sont indemnisés, mais cette indemnisation est en principe limitée à 7 jours/an pour les proches ou 15 jours/an pour soins à un enfant âgé de moins de 7 ans ou sans limite d'âge pour un enfant handicapé.

Montant

Le montant des indemnités est calculé sur la base du revenu mensuel brut moyen pour les salariés (travailleurs indépendants : de la base moyenne de calcul pour les cotisations) de l'année précédente, et ne peut pas être inférieur au montant légal de référence qui est de 237,73 € net par mois (2013).

Des taux différents sont appliqués en fonction des affections :

Type d'affection	Montant (% de la base de calcul) pour les 90 premiers jours calendaires	Montant (% de la base de calcul) à compter du 91ème jour calendaire
Maladie courante	80 %	90 %
Soins prodigués à un enfant ou un proche	80 %	-

Type d'affection	Montant (% de la base de calcul) pour les 90 premiers jours calendaires	Montant (% de la base de calcul) à compter du 91ème jour calendaire
Accident non professionnel	70 %	80 %
Dons de tissus, d'organes ou de sang, mise en quarantaine	90 % (100 % pour les dons de sang)	100 %
Accidents du travail et maladies professionnelles (Cf. chapitre correspondant)	100 %	100 %

Prestation forfaitaire en cas de décès

En cas de décès de l'assuré, une prestation forfaitaire sous montant unique (237,73 € en 2013) est versée aux membres de famille qui étaient à charge du défunt au moment du décès. La prestation est partagée entre les ayants-droit.

L'assuré devait être affilié à l'assurance maladie de manière ininterrompue depuis au moins un mois précédant le décès, ou pendant au moins 6 mois au cours des 3 dernières années.

La demande de la prestation doit être introduite auprès du ZZZS ou auprès de l'employeur du demandeur.

Frais d'obsèques

En cas de décès de l'assuré, le ZZZS rembourse la personne ayant assumé les frais d'obsèques dans la limite de 80 % des frais nécessaires moyens de services funéraires en Slovénie, fixés à 507,12 €.

L'assuré devait être affilié à l'assurance maladie de manière ininterrompue depuis au moins un mois précédant le décès, ou avoir été affilié au cours de l'année précédente avec des périodes d'interruption d'au maximum 2 mois au total. Cette condition ne s'applique pas aux nouveau-nés âgés de moins d'un mois.

La demande de remboursement se fait auprès du ZZZS.

D. Maternité

Conditions générales d'ouverture de droits

Les soins liés à la maternité (grossesse, accouchement...) sont gratuits pour les femmes qui entrent dans le champ d'application des prestations en nature de l'assurance maladie (Cf. chapitre C. Maladie).

Peut bénéficier des indemnités parentales, toute personne ouvrant droit à un congé parental et qui, au jour précédant le début du congé, était couverte par l'assurance de protection parentale. Peuvent également y prétendre, les personnes ayant été assurées pendant une période de minimum 12 mois au cours des 3 dernières années précédant immédiatement la demande.

NB : Les travailleurs salariés et non-salariés bénéficient des prestations de l'assurance maternité dans les mêmes conditions.

Indemnités de maternité

Le congé de maternité, d'une durée de 105 jours civils dont 28 avant l'accouchement, donne lieu au paiement d'indemnités qui équivalent à 100 % du revenu moyen cotisable de l'assurée au cours des 12 derniers mois précédant la demande du congé. Le montant des indemnités ne peut pas être inférieur à 55 % du salaire minimum national. Il n'existe pas de plafond.

Le droit peut être accordé au père si la mère abandonne l'enfant, si elle décède ou perd son autonomie (que ce soit de façon durable ou temporaire), ou à une autre personne si la mère est âgée de moins de 18 ans. Dans ce cas, la durée du congé indemnisé est limitée à 77 jours.

Indemnités de paternité

La durée du congé de paternité peut atteindre 90 jours, dont 15 à prendre durant les 6 premiers mois de l'enfant. Ces 15 jours donnent lieu au paiement d'indemnités s'élevant à 90 %* du revenu moyen cotisable du père des 12 derniers mois. Toutefois, le montant des indemnités ne peut pas être inférieur à 55 % du salaire minimum national. Il n'existe pas de plafond.

Les 75 jours de congé restants doivent être pris avant les trois ans de l'enfant, mais ne sont pas indemnisés. Dans ce dernier cas, l'État verse les cotisations sociales du père.

* 100 % du revenu moyen cotisable du père dont le revenu mensuel moyen est inférieur à 763,06 € en 2013.

Indemnités parentales d'adoption

Le congé d'adoption peut être utilisé par les adoptants à leur convenance. Ils bénéficient chacun de 150 jours dans le cas d'un enfant âgé de 1 à 4 ans ou 120 jours pour un enfant âgé de 4 à 10 ans. Le montant des indemnités correspond à 90 %* du revenu moyen cotisable de l'assuré des 12 derniers mois. Toutefois, le montant des indemnités ne peut pas être inférieur à 55 % du salaire minimum national. Il n'existe pas de plafond.

Le congé indemnisé débute au plus tard 30 jours après le placement de l'enfant chez les parents adoptifs.

* 100 % du revenu moyen cotisable de l'assuré dont le revenu mensuel moyen est inférieur à 763,06 € par mois.

Indemnité pour les soins et la garde d'un enfant

Cette prestation, versée à l'un des parents, s'étend sur 260 jours civils après la cessation du paiement de l'indemnité de maternité. La durée de versement peut être prolongée dans les cas suivants :

- naissance multiple ou naissance d'un enfant atteint d'un handicap physique ou mental : la durée de versement est prolongée de 90 jours (par enfant supplémentaire en cas de naissance multiple) ;
- naissance prématurée : les indemnités seront versées autant de jours de plus que le nombre de jours manquants jusqu'au terme de 260 jours de grossesse ;
- pour les parents qui élevaient au moins trois enfants âgés de moins de 8 ans au moment de la naissance du quatrième : 60 jours supplémentaires pour trois enfants, 90 jours supplémentaires pour quatre enfants et plus.

Enfin, si après l'expiration du versement des indemnités, il est constaté que l'enfant âgé de moins de 18 mois est atteint d'une maladie grave ou d'un trouble du développement physique ou psychique, l'indemnité pour les soins et la garde d'un enfant sera versée à l'un des parents pendant 90 jours supplémentaires.

Le montant de l'indemnité est égal à 90 %* du revenu moyen cotisable du parent des 12 derniers mois. Depuis le 1er août 2013, le montant de l'indemnité est plafonné à 2 fois le salaire mensuel moyen brut national.

* 100 % du revenu moyen cotisable de l'assuré lorsque celui-ci est inférieur à 763,06 € par mois.

Allocation parentale

Cette aide financière de 251 € par mois (2013) est versée aux parents qui n'ouvrent pas droit aux indemnités de paternité ou de maternité à l'occasion de la naissance d'un enfant.

La prestation est versée pendant 365 jours civils à partir de la date de la naissance.

Le droit est exercé par la mère, ou par le père ou toute autre personne si la première abandonne l'enfant, perd son autonomie (que ce soit de façon durable ou temporaire) ou si elle décède.

Le bénéficiaire doit justifier d'une résidence permanente en Slovénie.

E. Accidents du travail et maladies professionnelles

1) Champ d'application, définition

Il n'existe pas d'assurance spécifique contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Ces risques sont couverts par l'assurance maladie obligatoire en cas d'incapacité de travail temporaire, et par l'assurance pension et invalidité en cas d'incapacité permanente ou décès.

Sont couverts les salariés, les indépendants, les agriculteurs, les étudiants stagiaires ou en mission professionnelle, les individus souffrant de handicaps et en rééducation professionnelle au cours de leur formation pratique et de leurs stages professionnels obligatoires.

Sont pris en charge les accidents survenus sur le temps et lieu de travail, ou, dans le cas des salariés, durant les périodes où il se trouve sous l'autorité de son employeur. Les maladies professionnelles prises en charge par l'assurance accidents sont répertoriées dans une liste officielle établie par le [Ministère du Travail, de la Famille, des Affaires Sociales et de l'Égalité des Chances](#).

Suite à l'entrée en vigueur le 1er janvier 2013 de la nouvelle loi sur l'assurance pensions, la notion de l'accident de trajet a été redéfinie. Celui-ci n'est plus couvert dans le cadre de l'assurance, sauf si l'accident survient lors d'un trajet organisé par l'employeur, ou si l'accident survient dans le cadre d'une mission ordonnée par l'employeur.

Les prestations sont servies sans condition de période minimum d'assurance.

2) Incapacité temporaire

L'employeur est tenu d'informer l'inspection du travail de tout arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à trois jours.

Prestations en nature

L'assurance santé obligatoire couvre à 100 % tous les frais de traitement lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle. L'accidenté a le libre choix du médecin et de l'hôpital.

Prestations en espèces

Les indemnités pour incapacité temporaire sont versées par l'Institut Slovène d'Assurance Maladie (ZZZS), dès le premier jour d'arrêt jusqu'à la guérison ou la prise en charge pour incapacité permanente. Aucune période minimale d'affiliation n'est exigée.

Le montant mensuel des indemnités représente 100 % du revenu moyen mensuel brut perçu au cours de l'année précédant l'incapacité. Le montant des indemnités ne peut être inférieur au montant légal de référence (« zajamčena plača »), qui est de 237,73 € par mois en 2013.

3) Incapacité permanente (Cf. Assurance invalidité)

Aucune période minimale d'affiliation n'est exigée pour pouvoir prétendre à une pension d'invalidité à la suite d'une incapacité permanente ou à une pension de survivant à la suite d'un décès résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Pour ces dernières dispositions, se reporter au chapitre F – *Invalidité et Survivants*.

F. Assurance pension (vieillesse, invalidité, survivants)

L'assurance pension obligatoire vise les travailleurs salariés, les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles.

La nouvelle loi sur l'assurance pension

Une nouvelle loi sur l'assurance pension, votée par le Parlement de la République de Slovénie le 4 décembre 2012 est entrée en vigueur le 1er janvier 2013.

La nouvelle législation prévoit un relèvement progressif de l'âge de la retraite afin d'aligner les conditions d'ouverture du droit à pension de vieillesse des femmes sur celles des hommes. La nouvelle législation introduit également un nouveau régime de retraite anticipée, et modifie les conditions d'ouverture du droit à la pension de survie.

Avant la réforme, l'âge légal de la retraite pouvait différer entre les hommes et les femmes et au sein de ces groupes grâce à des « exceptions » sans malus au bénéfice de ceux justifiant d'une longue carrière. Avec la nouvelle législation, la notion d' « exceptions » disparaîtra et il sera fait différence entre, d'une part, l'âge légal de la retraite qui deviendra le même pour tous les assurés justifiant d'une certaine durée d'assurance, et d'autre part, la pension anticipée qui nécessitera la même durée minimum d'assurance pour tous les assurés avec application d'un taux d'anticipation mensuel unique.

1) Vieillesse

a/ Pension de vieillesse

Conditions

Assurés justifiant au minimum de 15 années d'assurance :

La nouvelle loi sur l'assurance pensions, entrée en vigueur le 1er janvier 2013, prévoit un relèvement progressif de l'âge légal de la retraite des femmes pour d'atteindre 65 ans comme pour les hommes, à condition de justifier d'au moins 15 années d'assurance.

Pendant une **période transitoire** jusqu'en 2016, l'âge légal de la retraite pour les femmes justifiant de 15 années d'assurance sera de :

- 63 ans et 6 mois en 2013
- 64 ans en 2014
- 64 ans et 6 mois en 2015.

Assurés justifiant au minimum de 20 années d'assurance :

Pendant une **période transitoire** du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2019, l'âge de la retraite pour les hommes et les femmes qui justifient de 20 années d'assurance sera relevé de 6 mois chaque année afin d'atteindre 65 ans pour les hommes en 2016 (contre 63 ans avant la réforme) et 65 ans pour les femmes en 2020 (contre 61 ans avant la réforme) :

Age légal de la retraite (pour au minimum 20 années d'assurance)		
Année	Hommes	Femmes
2013	63 ans et 6 mois	61 ans et 6 mois
2014	64 ans	62 ans
2015	64 ans et 6 mois	62 ans et 6 mois
2016	65 ans	63 ans
2017		63 ans et 6 mois
2018		64 ans
2019		64 ans et 6 mois
À partir de 2020		65 ans

Montant

Le montant de la pension de vieillesse dépend des revenus précédents, du nombre d'années de cotisation, du sexe et de l'âge de l'assuré au moment de la liquidation des droits.

NB : La réforme sur les pensions entrée en vigueur le 1er janvier 2013, prévoit une augmentation du nombre d'années de cotisations prises en compte pour le calcul de la pension, en passant de 18 à 24 années de cotisations consécutives, postérieures au 1er janvier 1970 (la période consécutive la plus favorable étant retenue). Le relèvement du nombre d'années pris en compte se fera progressivement d'une année tous les ans jusqu'en 2018.

Ainsi, la base de calcul de la pension en 2013 est égale au revenu mensuel moyen cotisable le plus favorable perçu sur une période de 19 années consécutives de cotisations après le 1er janvier 1970.

- Pour les hommes, la pension de retraite s'élève à 26 % de cette base pour 15 années de cotisations ; au-delà de 15 ans il est ajouté 1,25 % pour chaque année de cotisation supplémentaire.
- Les femmes perçoivent 29 % de la base de calcul pour 15 ans de cotisations auxquels s'ajoute 1,41 % pour chaque année de cotisation supplémentaire.

La pension minimale pour 15 années de cotisation correspond à 26 % de la base minimale de calcul*, soit 197,19 € par mois depuis janvier 2013.

Si la pension excède 4 fois la base minimale de calcul, elle est calculée à partir du montant de la base maximale de calcul, qui est fixé à 3 033,68 € en 2013.

* Base minimale de calcul (« pokojninska osnova ») depuis le 1er janvier 2013 = 758,42 €

Bonus annuel :

Un bonus forfaitaire annuel (« letni dodatek ») peut être attribué aux titulaires de pension en fonction du montant mensuel de leur pension :

- inférieur ou égal à 414 € : 367,95 €
- de 414,01 € à 518 € : 223,56 €
- de 518,01 € à 622 € : 166 €

Ce montant forfaitaire est versé en sus du paiement de la pension mensuelle de juillet (2013).

Anticipation

La nouvelle loi sur l'assurance pensions, entrée en vigueur le 1er janvier 2013, prévoit la possibilité d'une retraite anticipée pour les hommes et les femmes à partir de l'âge de 60 ans lorsqu'ils justifient de 40 années d'assurance (hors périodes d'assurance volontaire).

Au cours d'une **période transitoire** du 1er janvier 2013 jusqu'au 31 décembre 2018, l'âge et la durée d'assurance requis pour pouvoir bénéficier de la retraite anticipée seront les suivants :

Année	Hommes		Femmes	
	Age minimum	Durée d'assurance minimum requise	Age minimum	Durée d'assurance minimum requise
2013	58 ans et 4 mois	40 ans	58 ans	38 ans et 4 mois
2014	58 ans et 8 mois	40 ans	58 ans et 4 mois	38 ans et 8 mois

Année	Hommes		Femmes	
	Age minimum	Durée d'assurance minimum requise	Age minimum	Durée d'assurance minimum requise
2015	59 ans	40 ans	58 ans et 8 mois	39 ans
2016	59 ans et 4 mois	40 ans	59 ans	39 ans et 4 mois
2017	59 ans et 8 mois	40 ans	59 ans et 4 mois	39 ans et 8 mois
2018	(fin de période transitoire)		59 ans et 8 mois	40 ans
2019			(fin de période transitoire)	

La condition d'âge pourra être assouplie dans certaines conditions (garde d'enfant durant la première année de l'enfant, service militaire, affiliation au régime obligatoire avant l'âge de 18 ans, périodes d'assurance avec « bonus », etc.).

Le montant de la pension est diminué de 0,3 % pour chaque mois de versement avant l'âge de 65 ans.

Prorogation

En cas de report de la liquidation de la pension de vieillesse d'au moins une année, le montant de la prestation est majoré de 1 % par période de 3 mois de report à compter de l'âge d'ouverture de droit à une pension (assurés justifiant de la période minimale d'affiliation).

2) Invalidité

L'assurance invalidité concerne aussi bien les changements de l'état de santé faisant suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle, qu'à un accident ou une maladie survenu(e) en dehors du travail.

Les travailleurs salariés et non-salariés sont couverts à titre obligatoire.

Il existe une possibilité d'affiliation volontaire pour les résidents permanents âgés de plus de 15 ans, non couverts à titre obligatoire.

a/ Définition

Il existe trois catégories d'assurés invalides :

- Catégorie I : assurés ayant perdu l'aptitude à exercer une quelconque activité rémunérée ;
- Catégorie II : assurés dont l'aptitude au travail est réduite de 50 % ou plus ;
- Catégorie III : assurés ayant perdu l'aptitude au travail à temps complet, mais qui sont encore capables de travailler au moins à mi-temps, ou, dont l'aptitude au travail est réduite de moins de 50 % ou pouvant continuer à exercer une tâche à temps complet, mais ayant perdu l'aptitude à la réaliser correctement.

En règle générale, l'état d'invalidité est confirmé par des contrôles médicaux tous les 5 ans avant l'âge de 45 ans, et peut être révisé après cet âge.

b/ Pension d'invalidité

Conditions

Pour pouvoir bénéficier d'une pension d'invalidité qui ne résulte pas d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle*, le demandeur doit justifier d'une durée d'affiliation qui dépend de son âge au moment de la survenance de l'invalidité :

- à 30 ans ou plus, il doit avoir été assuré pendant au moins un tiers du temps entre l'âge de 20 ans et le moment de la survenance de l'invalidité ;
- entre 21 et 29 ans, il doit avoir été assuré pendant au moins un quart du temps entre l'âge de 21 ans et l'apparition de l'invalidité ;
- si l'invalidité survient avant l'âge de 21 ans, l'assuré ouvre droit à pension à condition d'être affilié au régime de pensions obligatoire au moment de la survenance, ou s'il a cotisé pendant au moins 3 mois (invalides de catégorie I).

À cette période d'affiliation réelle avant la survenance du risque s'ajoutent des périodes d'affiliation fictives qui seront prises en compte pour déterminer la durée d'assurance des assurés n'ayant pas atteint l'âge de la retraite. Ces périodes correspondent aux 2/3 de la période comprise entre l'âge au moment de la survenance de l'invalidité et la date à laquelle l'assuré aurait atteint l'âge de 60 ans ou la moitié de la période comprise entre l'âge de 60 ans et 65 ans.

Le pensionné peut choisir entre la pension de vieillesse et la pension d'invalidité s'il remplit les conditions pour pouvoir bénéficier des deux.

* Si l'invalidité résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, aucune période d'assujettissement préalable n'est exigée.

Montant

Le montant de la pension d'invalidité est calculé selon la cause de l'invalidité, les revenus antérieurs, le sexe et l'âge de l'assuré au moment de la réalisation du risque et de la durée d'assurance (périodes réelles et fictives, voir *Conditions* ci-dessus).

La base de calcul est établie à partir du revenu mensuel moyen cotisable de toute période de 19 ans (2013)* de cotisations consécutives postérieure au 1er janvier 1970, la période la plus favorable pour l'assuré étant retenue.

Le montant de la pension correspond au minimum à 36 % de la base de calcul pour les hommes, et 39 % pour les femmes. En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, le montant de la pension est plus élevé ; soit 57,25 % de la base de calcul de la pension. Le pourcentage de calcul de la pension est établi en tenant compte de la période d'affiliation réelle et de la période d'affiliation fictive pour un assuré n'ayant pas atteint l'âge de la retraite.

La pension minimale pour 15 années de cotisation correspond à 26 % de la base minimale de calcul, soit 197,19 € par mois depuis janvier 2013. La base minimale de calcul (« pokojninska osnova ») depuis le 1er janvier 2013 est fixée à 758,42 €.

Si la pension excède 4 fois la base minimale de calcul, elle est calculée à partir du montant de la base maximale de calcul, qui est fixé à 3 033,68 € en 2013.

* La réforme sur les pensions entrée en vigueur le 1er janvier 2013, prévoit une augmentation du nombre d'années de cotisations pris en charge pour le calcul de la pension, en passant de 18 à 24 années de cotisations consécutives, postérieures au 1er janvier 1970 (la période consécutive la plus favorable étant retenue). Le relèvement du nombre d'années prises en compte se fait progressivement d'une année tous les ans à compter de 2013 jusqu'en 2018.

c/ Allocation de dépendance

L'allocation de dépendance (« dodatek za pomoč in postrežbo ») est versée par l'Institut d'Assurance Pension et Invalidité (ZPIZ) aux pensionnés résidant de manière permanente en Slovénie, et nécessitant d'une aide permanente pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Le montant de l'allocation est égal à au moins 70 % du montant de la pension minimale pour une période d'affiliation ouvrant droit à une pension complète. La moitié de ce montant est attribuée aux pensionnés qui ont besoin d'une aide, sans que cela soit à titre permanent.

3) Survivants

La pension de survivants est attribuée aux survivants d'un assuré décédé qui, au moment du décès, bénéficiait ou était susceptible de bénéficier d'une pension de vieillesse, d'une pension anticipée ou d'une pension d'invalidité.

En cas de décès survenant à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les droits à pension de survivants sont ouverts sans qu'il soit nécessaire de justifier de périodes de cotisations ou d'assurance accomplies par l'assuré décédé.

a/ Pension de veuve ou de veuf

Conditions

Peuvent prétendre à une pension de veuf ou de veuve : les conjoints, les concubins et les conjoints divorcés qui ouvriraient droit à une pension alimentaire au moment du décès de l'assuré.

L'âge minimum requis* du conjoint survivant au moment du décès de l'assuré, fait l'objet d'un relèvement progressif depuis le 1er janvier 2013. Cet âge, qui avant 2013 était fixé à 53 ans, sera relevé de 6 mois chaque année afin d'atteindre 58 ans en 2022. En 2013, l'âge minimum du conjoint survivant est fixé à 53 ans et 6 mois.

Le concubin peut prétendre à une pension de veuf ou de veuve à condition d'avoir vécu en concubinage avec l'assuré pendant les trois dernières années précédant le décès de ce dernier ou pendant un an si le couple a eu un enfant commun, et justifier une des conditions d'ouverture des droits du conjoint survivant.

*** Exceptions :**

- si le conjoint survivant n'avait pas atteint l'âge minimum requis au moment du décès de l'assuré, il pourra toutefois bénéficier de la pension lorsqu'il atteindra l'âge requis, si, au moment du décès il était âgé d'au moins 48 ans et 6 mois (2013). Entre 2013 et 2022, cet âge est progressivement relevé pour atteindre 53 ans.
- la réforme sur les pensions ne supprime pas la possibilité de bénéficier d'une pension de survie, indépendamment de l'âge du conjoint survivant, si ce dernier est atteint d'une incapacité de travail totale au moment du décès de l'assuré, s'il élève un enfant qui ouvre droit à une pension de survivant de l'assuré décédé ou pour la veuve qui donne naissance à l'enfant du défunt au maximum 300 jours après le décès de celui-ci.

Montant

La pension de veuvage s'élève à 70 % de la pension de vieillesse ou d'invalidité que le défunt percevait ou aurait pu percevoir au moment de son décès, ou à 15 % si le veuf ou la veuve bénéficie déjà d'une pension personnelle. Le montant des deux pensions ne doit pas excéder le plafond fixé à 100 % de la pension moyenne nationale de l'année civile précédente.

Le conjoint divorcé titulaire d'une pension alimentaire, bénéficie d'une pension de veuf ou veuve dans les mêmes conditions que le conjoint survivant. Cependant, s'il existe plusieurs conjoints survivants, la pension de veuve ou de veuf est partagée entre le conjoint et l'ex-conjoint survivants.

Le conjoint survivant qui se remarie ou commence à vivre en concubinage avant l'âge de 58 ans perd son droit à la pension de veuvage, sauf s'il est totalement inapte au travail.

b/ Pension d'orphelin

Les orphelins bénéficient de la pension de survivants jusqu'à l'âge de 15 ans, 18 ans s'ils sont enregistrés auprès du Bureau du Travail, 26 ans s'ils sont étudiants, ou sans limite d'âge s'ils sont entièrement inaptes au travail.

Si un seul des deux parents est décédé, la pension versée à l'orphelin est égale à un pourcentage de la pension à laquelle le défunt aurait eu droit au moment de son décès et dépend du nombre des ayants-droit :

- un membre de la famille : 70 %
- deux membres : 80 %
- trois membres : 90 %
- quatre membres ou plus : 100 %.

Si les deux parents sont décédés, la pension d'orphelin pour un enfant étant l'unique bénéficiaire est égale à 100 % de la pension la plus élevée des deux parents. En cas de plusieurs orphelins, la pension sera égale à la somme des pensions des deux parents décédés. Ces pensions sont ensuite divisées en parties égales selon le nombre d'orphelins éligibles.

c/ Autres survivants

Peuvent également ouvrir droit à une pension de survivants, les petits-enfants, les beaux-enfants, les parents et les parents adoptifs à charge de l'assuré au moment de son décès.

Les parents y ouvrent droit s'ils étaient à charge du défunt et à condition qu'ils aient atteint un certain âge au moment du décès de l'assuré ou qu'ils étaient atteints d'une incapacité totale de travail.

Depuis 2013, l'âge minimum d'ouverture de droit à une pension de survie pour le(s) parent(s) qui étai(en)t à charge du défunt au moment du décès est progressivement relevé jusqu'à 60 ans pour les hommes et les femmes respectivement en 2014 et 2016. En 2013, il est fixé à 57 ans pour les femmes, et 59 ans pour les hommes.

d/ Cumul

Les pensions de survivant ne peuvent pas être cumulées avec les revenus tirés d'une activité rémunérée soumise à cotisation.

La pension de veuve ou de veuf ne peut pas être cumulée avec une pension de vieillesse personnelle ou une pension d'invalidité. Si la personne ouvrant droit à une pension de veuve ou de veuf opte pour la perception de sa pension personnelle, elle pourra, en complément et sous certaines conditions, recevoir 15 % du montant de la pension de veuve/veuf.

G. Chômage

Adoptée le 28 septembre 2010 et entrée en vigueur le 1er janvier 2011, [la Loi régissant le Marché du Travail \(Zakon o Urejanju Trga Dela, Journal Officiel, n°80/2010\)](#) a remplacé l'ancienne Loi sur l'emploi et l'assurance chômage.

La nouvelle loi a élargi la couverture de l'assurance chômage obligatoire et comprend désormais en plus de tous les employés du service public ou privé, les travailleurs indépendants (auparavant soumis à l'assurance volontaire), les bénéficiaires de prestations sociales ainsi que les apprentis. Pour les citoyens employés à l'étranger ainsi que leurs conjoints/partenaires et toute personne dont le contrat de travail a été suspendu, il existe toujours une possibilité de souscrire à une assurance chômage volontaire.

1) Conditions

Peuvent bénéficier des prestations de chômage, les personnes en situation de chômage involontaire, aptes au travail, à la recherche active d'un emploi, et qui se sont fait connaître auprès du Service de l'Emploi de Slovénie (ESS) dans un délai de 30 jours après la cessation de la dernière activité.

L'intéressé doit justifier d'une période d'assurance d'au moins 9 mois au cours des 24 derniers mois.

2) Montant et durée de l'indemnisation

Depuis le 1er janvier 2011, l'allocation de chômage est calculée sur la base des revenus moyens mensuels sur lesquels les cotisations ont été versées (soit la totalité du salaire brut pour les salariés), perçus au cours des 8 derniers mois précédant la situation de chômage, y compris les revenus de remplacement.

Le montant de l'indemnité atteint 80 % de la base de calcul pendant les 3 premiers mois, 60 % du 4ème au 12ème mois, et 50 % de la base de calcul à partir du 13ème mois (voir durée de versement ci-dessous).

En 2013, le montant ne peut pas être inférieur à 350 €, et ne peut pas excéder 892,50 €

La durée de versement des prestations dépend de la durée d'assurance et de l'âge du chômeur :

- 2 mois pour les assurés âgés de moins de 30 ans avec une durée d'assurance d'au minimum 6 mois au cours des 24 derniers mois * ;
- 3 mois pour une durée d'assurance de 9 mois à 5 ans ;
- 6 mois pour une durée d'assurance de 5 à 15 ans ;
- 9 mois pour une durée d'assurance de 15 à 25 ans ;
- 12 mois pour plus de 25 années d'assurance ;
- 19 mois pour les assurés âgés entre 50 et 55 ans justifiant d'une durée d'assurance de plus de 25 ans ;
- 25 mois pour les assurés âgés de plus de 55 ans justifiant d'une durée d'assurance de plus de 25 ans.

* Cette condition, qui vise uniquement les personnes âgées de moins de 30 ans, s'applique depuis le 12.04.2013 conformément à l'entrée en vigueur de l'amendement à la Loi régissant le Marché du Travail ([Journal officiel du 21/2013](#)).

H. Prestations familiales

1) Allocations familiales

Conditions

Les allocations familiales « Otroški dodatek » sont versées sous conditions de ressources, aux familles dont les revenus moyens pour chaque membre de la famille sont inférieurs à 64 % du salaire net moyen national de l'année précédente.

Les allocations sont versées à l'un des parents ou une tierce personne ayant à charge un ou plusieurs enfant(s) résidant en Slovénie, âgé(s) de moins de 18 ans. Avant 2012, les allocations familiales pouvaient être versées pour les enfants jusqu'à l'âge de 26 ans lorsque ces derniers effectuaient une formation complémentaire à temps plein ou étaient atteints d'une infirmité importante.

Les allocations familiales sont versées mensuellement.

Montant

Depuis 2012, le montant des allocations dépend du pourcentage du revenu familial pour chaque membre de la famille par rapport au salaire slovène national net moyen de l'année civile précédant la demande, et du nombre d'enfants y ouvrant droit.

Six fourchettes de montants sont prévues. Le tableau ci-dessous indique les montants mensuels des allocations familiales **en vigueur au 1er janvier 2013** (par enfant) * :

Revenu par membre de famille (pourcentage par rapport au salaire national net moyen)	1er enfant	2ème enfant	A partir du 3ème enfant
<i>Enfants en école primaire et avant (jusqu'à environ 15 ans) :</i>			
Jusqu'à 18 %	114,31 €	125,73 €	137,18 €
18 à 30 %	97,73 €	108,04 €	118,28 €
30 à 36 %	74,48 €	83,25 €	91,98 €
36 à 42 %	58,75 €	67,03 €	75,47 €
42 à 53 %	43,24 €	50,45 €	57,63 €

Revenu par membre de famille (pourcentage par rapport au salaire national net moyen)	1er enfant	2ème enfant	A partir du 3ème enfant
53 à 64 %	27,40 €	34,29 €	41,14 €
<i>Enfants en établissement d'enseignement secondaire, âgés de moins de 18 ans :</i>			
Jusqu'à 18 %	168,31 €	179,73 €	243,55 €
18 à 30 %	142,73 €	153,04 €	206,88 €
30 à 36 %	110,48 €	119,25 €	162,89 €
36 à 42 %	85,75 €	94,03 €	128,58 €
42 à 53 %	61,24 €	68,45 €	92,94 €
53 à 64 %	39,10 €	45,99 €	64,05 €

* Les montants des allocations familiales sont ajustés deux fois par an par rapport à l'indice du coût de la vie.

Le montant des allocations familiales est majoré de 10 % pour les enfants élevés dans des familles monoparentales et de 20 % pour les enfants non encore scolarisés qui ne peuvent pas bénéficier des services de garde disponibles.

2) Allocations de garde d'enfants

La participation des parents aux frais de garde est basée sur leur revenu par rapport au coût de la prestation, et varie entre 0 % et 77 % du coût total. La municipalité couvre la différence.

3) Allocation pour famille nombreuse

L'allocation pour famille nombreuse (« dodatek za veliko družino ») est un versement annuel destiné aux familles ayant au moins 3 enfants à charge âgés de moins de 18 ans ou 26 ans s'ils sont étudiants ou apprentis à temps plein.

Un des parents et les enfants doivent résider ensemble de façon permanente en Slovénie pour pouvoir bénéficier de cette prestation qui, en 2013, s'élève à 393,46 € pour une famille de 3 enfants et 479,83 € pour une famille de 4 enfants ou plus.

NB : Conformément à la loi sur l'assainissement des finances publiques entrée en vigueur le 31.05.2012, le versement de l'allocation pour famille nombreuse est désormais soumis à une condition de ressources ; les revenus moyens pour chaque membre de la famille doivent être inférieurs à 64 % du salaire net moyen national de l'année précédente*.

* Salaire net mensuel moyen national pour l'année 2012 = 991,44 €

4) Allocation de naissance

Sous conditions de ressources*, ce paiement unique (« pomoči ob rojstvu otroka ») est accordé au foyer dont le père ou la mère est résident permanent en Slovénie, pour couvrir l'achat de matériel lors de la naissance d'un enfant.

Le montant de l'allocation correspond à 280,75 €. Le parent peut également choisir de recevoir une layette contenant des accessoires pour l'enfant, dans ce cas elle est attribuée à la place du paiement unique.

* Les revenus mensuels moyens pour chaque membre de la famille doivent être inférieurs à 64 % du salaire net mensuel moyen national de l'année précédente.

5) Allocation de soins pour enfant nécessitant une attention et des soins particuliers

Cette aide financière est destinée à couvrir les frais supplémentaires occasionnés par la garde et les soins dont a besoin un enfant atteint d'un handicap. L'allocation est versée mensuellement jusqu'à ses 18 ans, ou 26 ans s'il poursuit des études. Elle est accordée à un des parents si l'enfant réside de façon permanente en Slovénie.

Le montant mensuel de l'allocation est de 101,05 €. Pour les enfants atteints de graves handicaps mentaux ou moteurs, il est de 202,17 € (2013).