

 LA SÉCURITÉ SOCIALE - 2020

RAPPORT D'ANALYSE PRÉVISIONNEL DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE DES DÉPENSES DU SECTEUR HOSPITALIER



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

Inspection générale de la sécurité sociale

INTRODUCTION	5
1 PAYSAGE HOSPITALIER.....	6
1.1 LES ÉLÉMENTS DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE	6
1.2 LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS BUDGÉTISÉS.....	7
1.3 L'EMPLOI DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ EN COMPARAISON INTERNATIONALE	9
1.4 LE PERSONNEL MÉDICAL	9
1.5 LE PERSONNEL SOIGNANT	9
1.6 LE PERSONNEL ADMINISTRATIF	10
1.7 LES ACCORDS SALARIAUX.....	10
1.8 CRISE SANITAIRE COVID-19	10
2 POLITIQUE D'INVESTISSEMENT	12
2.1 L'INTERVENTION DE L'ÉTAT DANS LE FINANCEMENT DES INFRASTRUCTURES HOSPITALIÈRES	12
2.2 Le fonds pour le financement des infrastructures hospitalières.....	12
2.3 LES FRAIS DE FINANCEMENT DES INFRASTRUCTURES HOSPITALIÈRES À CHARGE DE LA CNS	13
3 UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET PROJECTIONS	14
3.1 ANALYSE DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE EN 2018	14
3.2 PROJECTIONS DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE	20
4 BUDGETS ET COMPTES HOSPITALIERS	25
4.1 DESCRIPTION DU SYSTÈME BUDGÉTAIRE	25
4.2 LES BUDGETS ACCORDÉS	26
4.3 ESTIMATION DU BUDGET SUR BASE DES PROJECTIONS DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE.....	28
5 PROPOSITION POUR LA FIXATION DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE.....	34
ANNEXE 1 - SITUATION ET PROJECTION MACRO-ÉCONOMIQUE DU LUXEMBOURG... 36	
ANNEXE 2 - SITUATION FINANCIÈRE ET BUDGETS DEMANDÉS DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS	41
BIBLIOGRAPHIE.....	43
GLOSSAIRE	44
SOMMAIRE DES TABLEAUX	46
SOMMAIRE DES GRAPHIQUES	47

Rapport d'analyse prévisionnel de l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier

INTRODUCTION

Le rapport d'analyse prévisionnel en vue de la fixation de l'enveloppe budgétaire globale (EBG) des dépenses du secteur hospitalier à établir par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) s'inscrit dans le cadre des mesures structurelles prévues par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé. Sur base de ce rapport, le Gouvernement fixe les années paires, au 1er octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir.

1 PAYSAGE HOSPITALIER

1.1 LES ÉLÉMENTS DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE

Les éléments de l'enveloppe budgétaire globale (EBG), fixés à l'article 74 du Code de la sécurité sociale (CSS), sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et en tenant compte de la croissance économique du pays. Le Règlement grand-ducal du 11 août 2011 précise les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux.

L'enveloppe couvre les frais de personnel (à l'exception des frais médicaux), les frais de consommation, les frais d'équipements, les frais de gestion, les frais d'investissements courants, les frais financiers ainsi qu'une participation aux frais d'investissements mobiliers et immobiliers.

L'enveloppe couvre également tous les autres engagements à charge de la Caisse nationale de santé (CNS) en vertu de conventions ou d'accords conclus avec la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL).

L'enveloppe n'inclut pas les frais relatifs aux fournitures délivrées au secteur extrahospitalier, comme les médicaments et les dispositifs médicaux pour le traitement de patients à domicile.

1.2 LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS BUDGÉTISÉS

D'après les dispositions du CSS et de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, les établissements suivants sont compris dans l'EBG:

Tableau 1 - Établissements hospitaliers visés par l'enveloppe budgétaire globale

Nom de l'établissement	Site(s)
CENTRES HOSPITALIERS	
Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)	Luxembourg, Eich
Hôpitaux Robert Schuman (HRS)	Luxembourg, Kirchberg, Esch-Alzette
Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM)	Esch-Alzette, Dudelange, Differdange
Centre Hospitalier du Nord (CHdN)	Ettelbruck, Wiltz
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS SPÉCIALISÉS	
Centre National de Radiothérapie François Baclesse (CFB)	Esch-Alzette (site du CHEM)
Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle (INCCI)	Luxembourg (site du CHL)
Rehazenter (Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation)	Luxembourg
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) (+ annexes) ¹⁾	Ettelbruck
Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS - Etablissement Hospitalier Spécialisé en Rééducation Gériatrique)	Steinfort
Centre de Réhabilitation du Château de Colpach (CRCC - Etablissement Hospitalier Spécialisé en Réhabilitation Physique et Post-Oncologique)	Colpach
ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL POUR PERSONNES EN FIN DE VIE	
Haus Omega (O90)	Luxembourg-Hamm
CENTRE DE DIAGNOSTIC	
Laboratoire National de Santé (LNS) ²⁾	Dudelange

1) Centres thérapeutiques de Manternach (toxicomanie) et Useldange (alcoolisme).

2) Centre de diagnostic dans le domaine de la génétique humaine et de l'anatomo-pathologie.

La taille des différents établissements hospitaliers est présentée dans les tableaux 2 et 3. Ces tableaux reprennent d'un côté le nombre de lits et de l'autre côté le personnel opposable à la CNS pour 2020.

Tableau 2 - Nombre de lits budgétisés en 2020

Etablissement hospitalier	TOTAL lits aigus et lits de moyens séjour	Lits aigus soins normaux et intensifs		Lits de moyen séjour soins normaux				Lits d'hospitalisation de jour (chir. et non chir.)	Lits d'hospitalisation de jour psychiatrie	Postes dialyse	Lits portes
		Soins normaux aigus	Soins intensifs	Rééducation gériatrique	Rééducation phys.oncologique	Rééducation psychiatrique	Soins palliatifs				
CHL	579	514	55	0	0	0	10	72	16	26	9
CHEM	584	462	41	36	0	45	0	65	21	20	6
CHNP	237	0	0	0	0	237*	0	0	0	0	0
HIS	30	0	0	30	0	0	0	0	0	0	0
CFB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INCCI	19	9	10	0	0	0	0	14	0	0	0
RHZ	73	73	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHDN	357	266	20	41	0	30	0	30	40	18	0
O90	15	0	0	0	0	0	15	0	0	0	0
HRS	703	572	33	30	0	68	0	145	27	29	8
CRCC	60	0	0	0	60	0	0	0	0	0	0
LNS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2 657	1896	159	137	60	380	25	326	104	93	23

Source : CNS ; * y inclus hospitalisation de longue durée psychiatrique

Le nombre de lits est fixé en fonction des autorisations d'exploitation délivrées au cours de l'année 2018 aux différents établissements hospitaliers. En total en 2020, 2 657 lits aigus et lits de moyens séjour ont été budgétisés pour 2020.

Tableau 3 – Personnel opposable à la CNS en 2020 ^{1,2)} (en emploi temps plein - ETP)

Etablissement hospitalier	Total
CHL	1 576,1
CHEM	1 555,3
CHNP	379,8
HIS	66,3
CFB	54,7
INCCI	100,6
RHZ	253,2
CHDN	850,9
O90	24,0
HRS	1 801,0
CRCC ¹⁾	80,0
LNS ²⁾	109,8
TOTAL	6 851,6

Source : CNS ; 1) personnel accordé pour 2019 ; 2) personnel accordé pour 2018

Le personnel est adapté en fonction des autorisations d'exploitation et en fonction des normes de personnel retenues. En 2020, 6 851,6 ETP sont opposables à la CNS.

Il faut noter que certains services médicaux, activités ou locaux présents dans les établissements hospitaliers ne sont pas opposables à la CNS. Il s'agit notamment du « Gesondheitszentrum », de la « Sportklinik », des cabinets des médecins, des kiosques et autres commerces ou des parkings localisés sur le site des établissements.

1.3 L'EMPLOI DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ EN COMPARAISON INTERNATIONALE

Les comparaisons qui suivent sont extraites du rapport « Panorama de la Santé 2019¹ » publié par l'OCDE (OCDE, 2019). Les données publiées dans le rapport sont les données de la dernière année connue au moment de la publication. Les effectifs respectifs des médecins et des soignants dépendent de l'organisation des systèmes de santé nationaux. Les comparaisons internationales doivent donc être interprétées avec une certaine prudence.

Au Luxembourg, l'emploi² dans le secteur de la santé et le secteur social a connu une hausse annuelle de 5,3 % entre 2007 et 2017. La Belgique a connu une hausse de 2,5%, l'Allemagne de 2,7% et la France de 1,3%³.

En 2017, le Luxembourg compte 11,7 infirmiers⁴ par 1 000 habitants. La moyenne en 2015 des pays membres de l'OCDE s'élève à 8,8 infirmiers par 1 000 habitants. L'Allemagne compte 12,9 infirmiers par 1 000 habitants, la Belgique⁵ 11,0 par 1 000 habitants et la France 10,5 par 1 000 habitants pour cette même année.

Le Luxembourg affiche en 2017 un ratio de 3,9 infirmiers par médecin dans le secteur de la santé et le secteur social. Avec ce ratio, le Luxembourg se trouve largement au-dessus de la moyenne de l'OCDE (2,7), mais également de nos voisins (3,6 en Belgique, 3,0 en Allemagne et 3,1 en France).

1.4 LE PERSONNEL MÉDICAL

Les honoraires des médecins, salariés ou libéraux, ne sont pas compris dans les budgets hospitaliers. En effet, tous les actes et services soins médicaux sont facturés suivant la nomenclature des actes et services des médecins en vigueur.

1.5 LE PERSONNEL SOIGNANT

La dotation en personnel soignant (unité de soins) à charge de la CNS est déterminée à l'aide du système PRN (Programme de Recherche en Nursing). Le PRN est un outil qui permet de mesurer la charge temporelle en soins infirmiers par patient et par période de vingt-quatre heures. Il tient notamment compte des activités de soins directs et indirects, des communications au sujet du patient, des déplacements avec ou sans le patient, des activités administratives et des pauses des infirmiers.

La rémunération moyenne annuelle brute des infirmiers diplômés s'élève en 2019 à 97 177 EUR par ETP⁶. En comparaison internationale (OCDE, 2019), le revenu des infirmiers pour 2017 en hôpital au

¹ Nom de l'édition anglaise : « Health at a glance ».

² Nombre de personnes travaillant dans le secteur, sans distinction entre travail à temps plein et travail à temps partiel. Les données sont issues d'enquêtes sur la population active.

³ Hausse annuelle entre 2007 et 2016.

⁴ Le nombre d'infirmiers ne se limite pas aux infirmiers travaillant dans un établissement hospitalier, mais il prend en compte l'ensemble du personnel infirmier employé dans des structures publiques et privées, y compris le personnel libéral. Les tâches des infirmiers varient également d'un pays à un autre, ce qui peut avoir un impact non négligeable sur le besoin.

⁵ Données se rapportant à l'année 2016.

⁶ Source : FHL

Luxembourg se trouve en 1^{re} place avec 108 928 USD PPA⁷, précédant de loin les États-Unis (75 770 USD PPA) et les Pays-Bas (69 445 USD PPA). La rémunération des infirmiers dans les pays voisins se situe largement en dessous du niveau luxembourgeois et s'élève à 42 367 USD PPA en France, à 53 551 USD PPA en Allemagne (en 2014) et à 59 503 USD PPA en Belgique.

1.6 LE PERSONNEL ADMINISTRATIF

Pour gérer les hôpitaux, la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière dispose que la direction est confiée à un directeur général nommé par l'organisme gestionnaire. Pour les établissements de plus de 200 lits, le directeur est assisté par un directeur de soins, un directeur médical et un directeur administratif et financier.

Il est intéressant dans ce contexte de comparer le rapport entre le staff dédié à l'activité principale soignante⁸ et le staff administratif. En 2020, le nombre d'ETP accordés dans le cadre d'une entité fonctionnelle (EF) administrative s'élève à 1 018,3 unités pour les établissements hospitaliers hors LNS et CRCC pour un total de ETP opposables à la CNS de 6 661,8 ETP. Ces ETP représentent 15,3% de l'ensemble du personnel opposable.

1.7 LES ACCORDS SALARIAUX

La majorité des rémunérations du personnel des établissements hospitaliers est régie par la convention collective de travail des salariés occupés dans les établissements hospitaliers et dans les établissements membres de la FHL (CCT-FHL). O90 n'est pas membre de la FHL et le personnel est rémunéré sur base de la convention collective de travail pour les salariés d'aides et de soins et du secteur social (CCT-SAS). Le personnel du LNS est rémunéré selon deux façons différentes, à savoir comme employés privés (sans convention collective de travail) et comme personnel de l'Etat.

Les conventions collectives du secteur hospitalier sont largement alignées sur les accords salariaux négociés dans la fonction publique. Ainsi toute modification de la rémunération dans la fonction publique a des retombées sur la convention collective des établissements hospitaliers, et par conséquent sur l'enveloppe budgétaire globale opposable à la CNS.

La convention collective du secteur hospitalier actuellement en vigueur couvre la période du 1er juillet 2017 au 30 juin 2020 et est prolongée par tacite reconduction d'année en année à moins qu'une des deux parties contractantes ne la dénonce. Suite à l'avenant du 15 juin 2018 à l'accord entre le Gouvernement et la CGFP du 5 décembre 2016, prévoyant notamment la réduction de la période de stage de 3 années à 2 années, l'abolition des indemnités de stage réduites et l'augmentation de l'allocation de repas, des adaptations feront l'objet de négociation entre les partenaires sociaux. A ce sujet, le Conseil de Gouvernement a retenu en sa séance du 23 juillet 2020 un impact financier sur la CCT-SAS de l'ordre de 2,38%, à laquelle s'ajoute encore une prime unique de 0,21% pour 2021.

1.8 CRISE SANITAIRE COVID-19

Par son règlement grand-ducal du 18 mars 2020 portant introduction d'une série de mesures dans le cadre de la lutte contre le COVID-19, le Gouvernement a déclaré l'état de crise sur le territoire national, suivant l'article 32, paragraphe 4, de la Constitution. A de multiples reprises ce règlement grand-ducal fut modifié dans la suite. La loi du 24 mars 2020 a prorogé l'état de crise déclaré par le règlement grand-ducal du 18 mars 2020 portant introduction d'une série de mesures dans le cadre de la lutte contre le Covid-19, de trois mois.

⁷ Pour être comparables à un niveau international, les revenus annuels bruts avant impôts ont été convertis en dollars américains et corrigés par le taux de conversion PPA (parités de pouvoir d'achat).

⁸ Hors activité médicale.

C'est dans ce contexte que la ministre de la Santé a, dès avril, réorganisé le système de santé en ordonnant aux médecins et établissements hospitaliers de mettre en place un système composé de différentes lignes de prise en charge et de garde, communiqué par les documents intitulés « Organisation du système de santé en période de pandémie COVID-19 » dont le dernier vise une reprise de l'activité avec application au 4 mai 2020.

Il s'avère que certaines des mesures décidées par le Gouvernement impactent directement les dépenses de l'assurance maladie-maternité, notamment le congé pour raisons familiales, le transfert de la charge financière des indemnités pécuniaires de maladie incombant aux employeurs vers l'assurance maladie-maternité, l'arrêt pendant l'état de crise du compteur mis en place pour le calcul des 78 semaines d'incapacité de travail, les forfaits horaires inscrits dans les nomenclatures des médecins et médecins dentistes et le congé pour soutien familial.

Spécifiquement le transfert de la charge des indemnités pécuniaires de maladie de la Mutualité des employeurs (MdE) vers la CNS a délesté ponctuellement, sur la période de la mesure, le Budget de l'Etat, qui, à défaut de cette mesure, aurait dû supporter, comme prévu par le CSS, le déficit de la MdE. De même, le retour en classe organisé en alternance à partir du 25 mai 2020, cadré par des mesures barrières strictes à respecter, a entraîné des capacités de réception des écoles et des structures d'accueil fortement réduites. Ainsi, la garde des enfants concernés par cette réorganisation en alternance ne pouvant plus être assurée par une école ou une structure d'accueil, normalement à charge de l'État, incombait dès lors aux parents. Pour ces parents le droit au congé pour raisons familiales a été temporairement ouvert, de sorte que les charges en découlant ont été transférées à la CNS.

2 POLITIQUE D'INVESTISSEMENT

2.1 L'INTERVENTION DE L'ÉTAT DANS LE FINANCEMENT DES INFRASTRUCTURES HOSPITALIÈRES

Conformément aux articles 8 et 15 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification, l'Etat participe à raison de 80% aux frais des investissements mobiliers (y inclus les équipements médicaux) et immobiliers des établissements hospitaliers dans le cadre d'un projet de construction, d'extension ou de modernisation à condition que ce projet dépasse

- un montant de 500 000 EUR hors TVA lorsqu'il concerne un centre hospitalier ou
- un montant de 250 000 EUR hors TVA lorsqu'il concerne un établissement hospitalier spécialisé ou un autre établissement hospitalier.

2.2 LE FONDS POUR LE FINANCEMENT DES INFRASTRUCTURES HOSPITALIÈRES

L'article 18 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification institue un fonds pour le financement des infrastructures hospitalières destiné à honorer les engagements pris par l'État dans le contexte

- des projets de modernisation, d'extension ou de mise en conformité avec des normes de sécurité ou d'hygiène de structures hospitalières existantes ;
- des projets de construction nouvelle en remplacement de structures existantes ou résultant de synergies ou de coopérations entre plusieurs établissements hospitaliers existants entraînant une désaffectation des structures hospitalières remplacées ou leur réaffectation à une destination hospitalière dûment autorisée ;
- des projets de réaménagement ou de transformation de structures existantes visant à favoriser la prise en charge ambulatoire dans un service d'hospitalisation de jour ;
- des projets de mise en commun des activités par les établissements hospitaliers lorsqu'ils procèdent à des investissements communs.

Les enveloppes d'investissement pour les « grands projets de construction, de modernisation ou de réaménagement » sont fixées par une convention conclue entre l'État et l'établissement hospitalier. Le modèle de convention a été défini au règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le modèle de la convention avec les hôpitaux fixant les modalités de la participation de l'Etat dans les investissements hospitaliers.

Le tableau 4 ci-après retrace l'évolution des investissements de l'État à partir de 2011.

Tableau 4 - Niveau des investissements hospitaliers financés par l'État

Exercice	Montant (en millions EUR)
2011	43,8
2012	33,5
2013	37,4
2014	28,4
2015	31,5
2016	26,6
2017	29,5
2018	28,1
2019*	66,9
2020*	105,4

Source : *Projet de loi relatif à la programmation financière pluriannuelle ; * évolution prévisionnelle.*

En moyenne annuelle, le niveau des investissements hospitaliers financés par l'État entre 2011 et 2020 se situe autour de 43 millions EUR. Les dépenses majeures en 2019 et 2020 concernent les nouvelles constructions CHEM et CHL et les travaux de modernisation et/ou d'extension des HRS.

2.3 LES FRAIS DE FINANCEMENT DES INFRASTRUCTURES HOSPITALIERES À CHARGE DE LA CNS

Conformément aux dispositions de l'article 74, alinéa 4, du CSS, la CNS prend en charge l'amortissement des investissements mobiliers et immobiliers dans la mesure où ils sont conformes au plan hospitalier et déduction faite d'une aide directe de l'État. Ainsi, la CNS participe au 20% restant des frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers dans le cadre de l'enveloppe budgétaire globale pour autant que ces investissements s'inscrivent dans le contexte de l'activité opposable à l'assurance maladie-maternité.

Afin de déterminer la part du financement incombant soit aux bailleurs de fonds publics (par subventionnement par l'État), soit à l'organisme gestionnaire (partie opposable à la CNS), l'enveloppe d'investissement se divise en 4 parties :

- A : Partie opposable et subventionnable
- B : Partie subventionnable mais non opposable (exemple : chambres à un lit, dites 1^{ère} classe)
- C : Partie non subventionnable, mais opposable (exemples : activités accessoires telles que cuisine, buanderie, énergie...)
- D : Partie ni subventionnable, ni opposable (parking, cafeteria, etc. ou locaux loués à des tiers : cabinets médicaux privés, kiosque ...)

Les différentes enveloppes d'investissements, allouées annuellement aux établissements hospitaliers, sont cofinancées par la CNS par le biais d'amortissements en fonction du calendrier de réalisation des investissements qui est déterminé par les établissements.

3 UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET PROJECTIONS

3.1 ANALYSE DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE EN 2018

Considérant que certains établissements hospitaliers n'ont pas encore, respectivement que très récemment introduit l'entièreté de leurs données de facturation pour 2019, l'analyse de l'activité hospitalière se base sur la situation de 2018 afin de disposer de données les plus complètes possible par année entière⁹.

Méthodologie :

Les épisodes d'hospitalisation sont pris en compte seulement si l'hospitalisation est terminée au moment de l'extraction des données.

Différents types de prises en charge par patient sont définis :

- *Hospitalisation aiguë complète* : il s'agit des cas aigus pour lesquels l'hôpital a fait une déclaration de prise en charge comportant au moins une journée entière avec présence du patient à minuit et pour lequel le séjour est terminé. Un épisode d'hospitalisation peut comporter des hospitalisations successives dans plusieurs hôpitaux.
- *Hospitalisation pour rééducation, réhabilitation et accueil pour personnes en fin de vie*: il s'agit des hospitalisations pour réhabilitation fonctionnelle, gériatrique ou psychiatrique, ainsi que des séjours dans un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie.
- *Hospitalisation de jour (aiguë et subaiguë)* : il s'agit des cas pour lesquels l'hôpital a fait une déclaration de prise en charge avec entrée et sortie le même jour, sans présence à minuit, respectivement où l'hôpital a facturé une place de surveillance ou une hospitalisation de jour en psychiatrie.
- *Passage en policlinique sans admission subséquente* : il s'agit des cas où l'hôpital a facturé un passage en policlinique. En cas d'hospitalisation, le passage en policlinique n'est pas repris dans cette catégorie, car il est déjà classé dans une des catégories précédentes.
- *Autres cas* : il s'agit de patients ambulatoires ayant recours à des services médicotechniques de l'hôpital sans passage en policlinique et de patients dont l'hospitalisation n'est pas encore terminée¹⁰. Les unités d'œuvre attribuées à des patients pour lesquels le séjour à l'hôpital n'est pas encore terminé (pas de déclaration de sortie) sont également prises en compte. Les unités d'œuvre les plus sollicitées sont les suivantes en 2018 : imagerie médicale 31,8% ; kinésithérapie 19,5% ; anatomie pathologique 12,4% ; laboratoire 8,2% ; ergothérapie 7,0% ; hémodialyse 5,6%. Dans la plupart des cas (61,9%), le patient a également bénéficié, le même jour, d'un acte repris dans la nomenclature des médecins et médecins dentistes (à l'intérieur ou à l'extérieur de l'enceinte de l'hôpital).

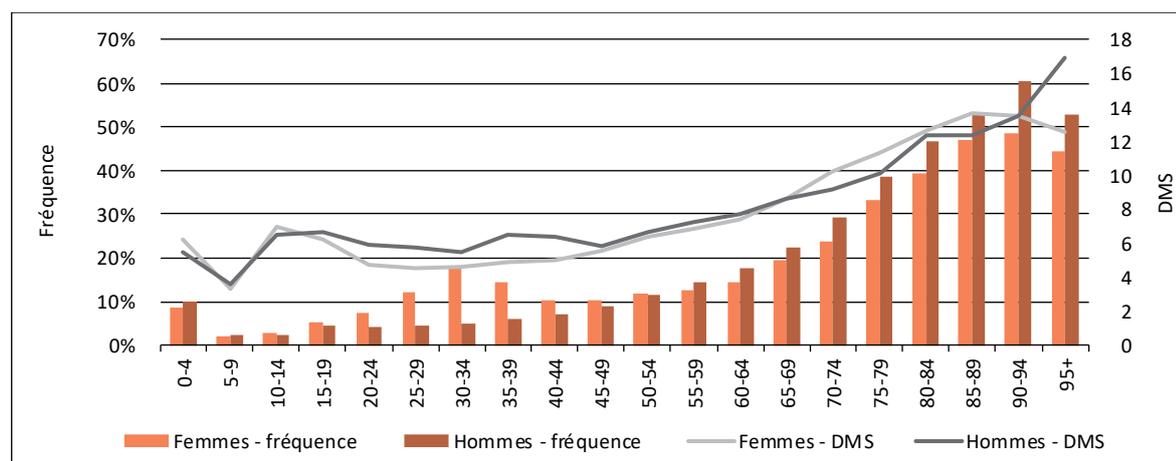
Le graphique 1 montre la fréquence¹¹ et la durée moyenne de séjour (DMS) par sexe et classe d'âge pour les hospitalisations complètes aiguës (avec nuitée) de la population protégée résidente (PPR)¹². On note une fréquence d'hospitalisation plus importante des femmes entre 20 et 39 ans qui s'explique par des prises en charge dans le cadre d'une grossesse. D'une manière générale, la fréquence et la DMS augmentent avec l'âge.

⁹ Les statistiques se basent sur la situation connue en date du 1^{er} juillet 2020 (extraction des données utilisées).

¹⁰ Les unités d'œuvre laboratoires pour lesquelles aucun autre acte n'a été réalisé dans un établissement hospitalier le même jour pour le même patient ne sont pas considérées.

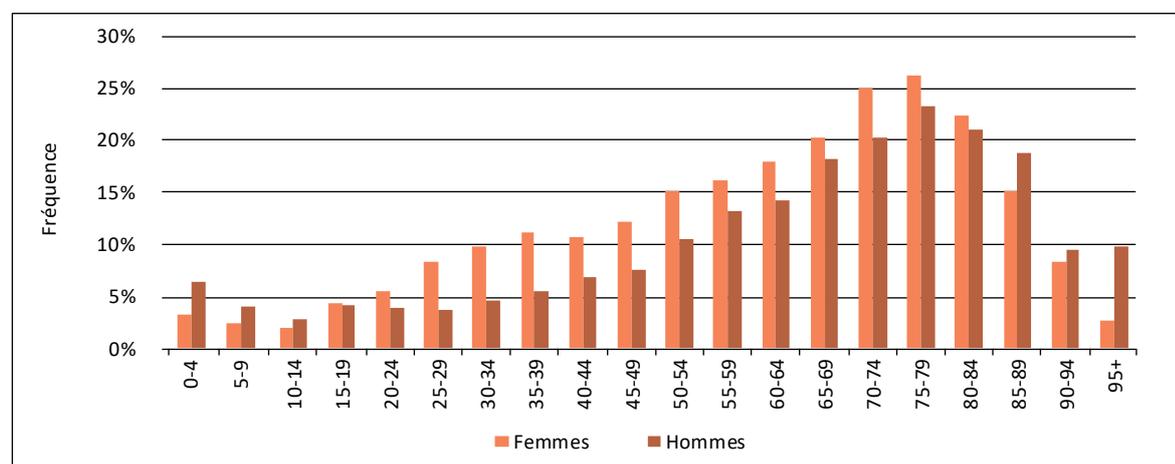
¹¹ Nombre d'hospitalisations par effectif de la population protégée résidente en fonction de classe d'âge et sexe.

¹² Un épisode d'hospitalisation suivi immédiatement par un deuxième épisode dans un autre hôpital, et ainsi de suite, compte pour une seule hospitalisation. Pour le calcul de la DMS utilisée pour des comparaisons internationales, les périodes sont considérées individuellement par hôpital. Il s'ensuit que la DMS calculée selon la méthode internationale est légèrement plus courte.

Graphique 1 - Fréquence et durée moyenne des séjours des hospitalisations aiguës complètes par classe d'âge et sexe en 2018

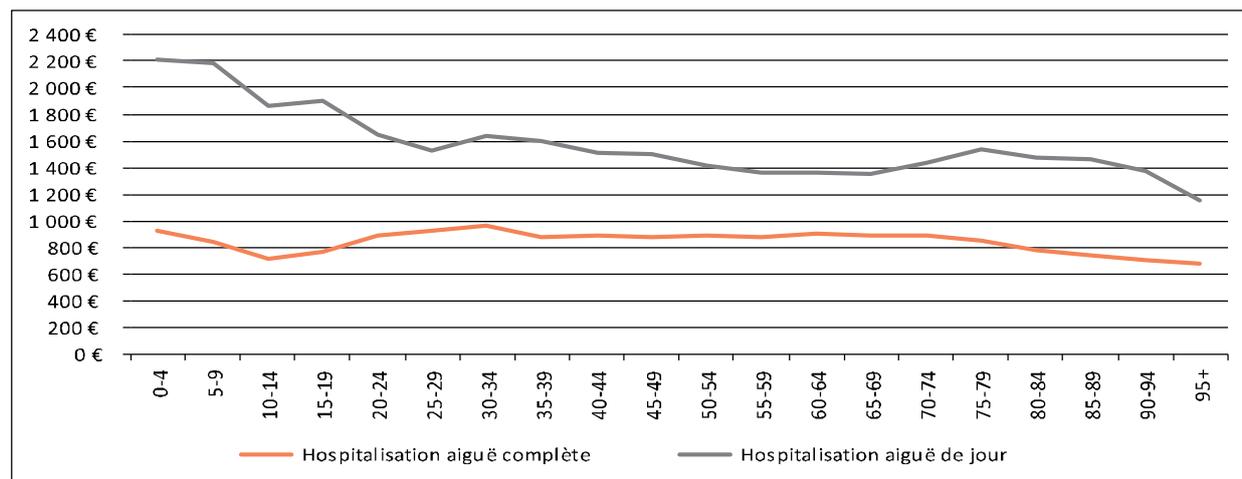
Un certain nombre de lits est occupé par des patients âgés dont le séjour peut être assimilé à un simple hébergement. En effet, ces personnes sont hospitalisées pendant une période prolongée, sans que l'on puisse constater une quelconque activité médicale nécessitant un séjour hospitalier. Pour les personnes âgées de 70+, les durées d'hospitalisation dépassent souvent largement les durées d'hospitalisation moyennes.

Il est vrai qu'un certain nombre de lits hospitaliers est bloqué par des personnes âgées en attente d'une place dans un établissement à séjour continu ou de soins, ce qui engendre des frais évitables pour l'assurance maladie et représente des inconvénients majeurs pour les patients. En effet, il est démontré pour des personnes âgées fragiles, que le risque de perte d'autonomie et des infections nosocomiales augmente avec la durée d'hospitalisation¹³.

Graphique 2 - Fréquence des hospitalisations de jour aiguës, par classe d'âge et sexe en 2018

Le graphique 2 montre la fréquence des hospitalisations aiguës de jour par sexe et classe d'âge. La fréquence des hospitalisations complètes est beaucoup plus élevée que celle des hospitalisations de jour. Celles-ci diminuent pour les personnes au-dessus de 80 ans, au profit des hospitalisations complètes.

¹³ La loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification prévoit l'installation de lits de longue durée afin de remédier à cette problématique. 20 lits sont planifiés au HRS à partir de 2021.

Graphique 3 - Coût moyen journalier à charge de la CNS pour un séjour hospitalier par classe d'âge en 2018

Le graphique 3 montre le coût moyen journalier (hors frais médicaux) à charge de la CNS par classe d'âge en 2018 pour une hospitalisation aiguë complète et pour une hospitalisation de jour (avec et sans interventions chirurgicales).

On constate qu'une hospitalisation de jour coûte plus cher qu'une hospitalisation complète. Ceci est dû au fait que les frais occasionnés lors de l'hospitalisation, comme les frais liés au séjour à l'hôpital (soins normaux, soins intensifs, ...) et les frais liés à l'intervention (salle OP, imageries, labos, ...), sont répartis sur la durée de séjour, à savoir un jour dans le cas d'une hospitalisation de jour et 7,9 jours en moyenne pour une hospitalisation complète. Sachant que les frais pour une hospitalisation complète sont fortement dégressifs des premiers aux derniers jours, il est donc normal que le prix moyen se situe sensiblement plus bas que celui d'une hospitalisation de jour.

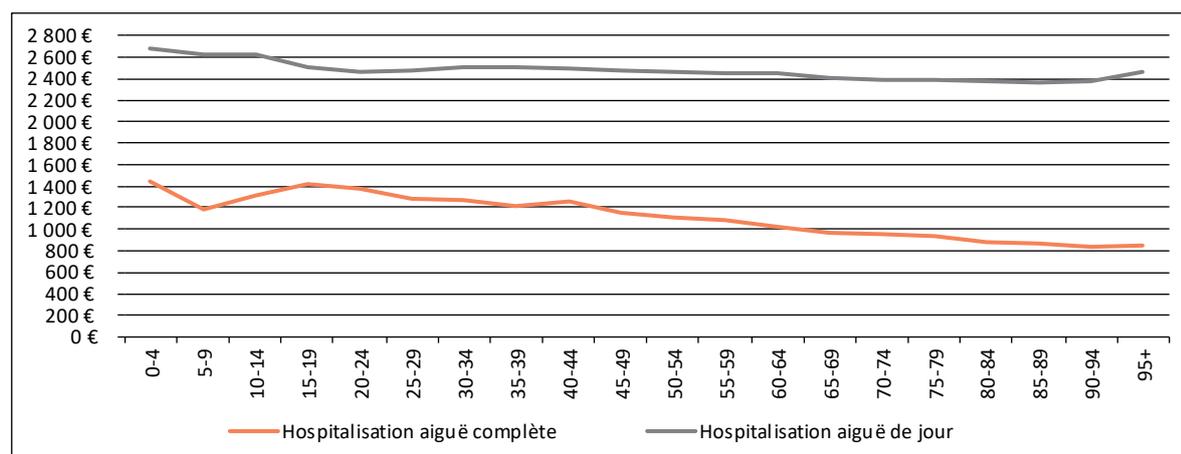
Le coût moyen journalier pour une hospitalisation complète diminue avec l'âge du patient, ce qui s'explique notamment par l'augmentation de la durée moyenne de séjour, des séjours sans intervention chirurgicale, des interventions moins compliquées et des soins palliatifs.

Les frais médicaux liés à une hospitalisation complète ou une hospitalisation de jour, s'élèvent en moyenne, en 2018 à 21,3% respectivement 23,6% des frais d'hospitalisation¹⁴.

Le graphique 4 montre le coût moyen journalier (hors frais médicaux) à charge de la CNS par classe d'âge en 2018 pour les hospitalisations aiguës complètes et pour les hospitalisations de jour pour lesquelles une salle OP est facturée.

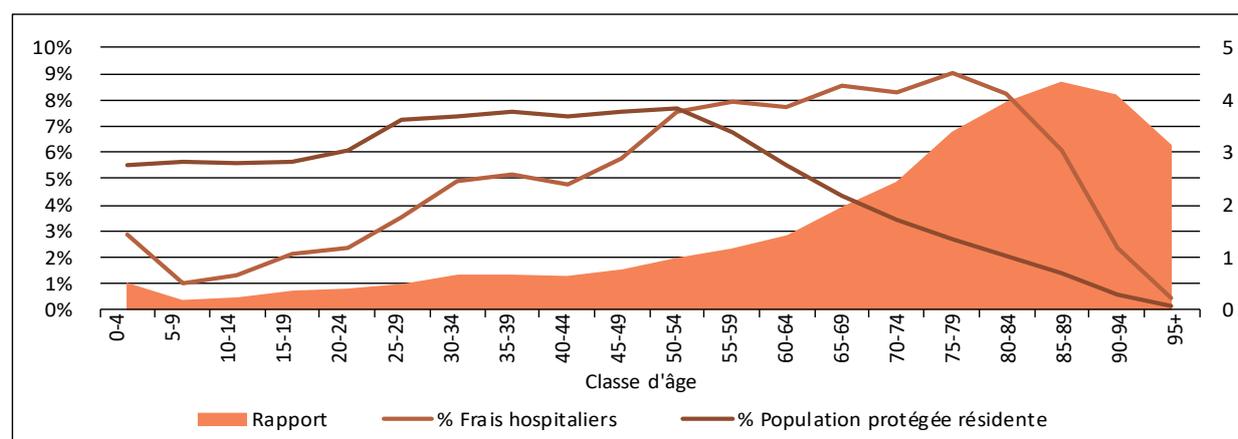
¹⁴ Estimation IGSS – ne considère que les prises en charge en milieu hospitalier pour lesquels la CNS a remboursé des frais médicaux pour la période de la prise en charge. Ce taux ne peut pas être appliqué pour connaître les frais médicaux liés à un passage policlinique, une dialyse, etc.

Graphique 4 - Coût moyen journalier à charge de la CNS pour un séjour hospitalier avec salle OP facturée par classe d'âge en 2018

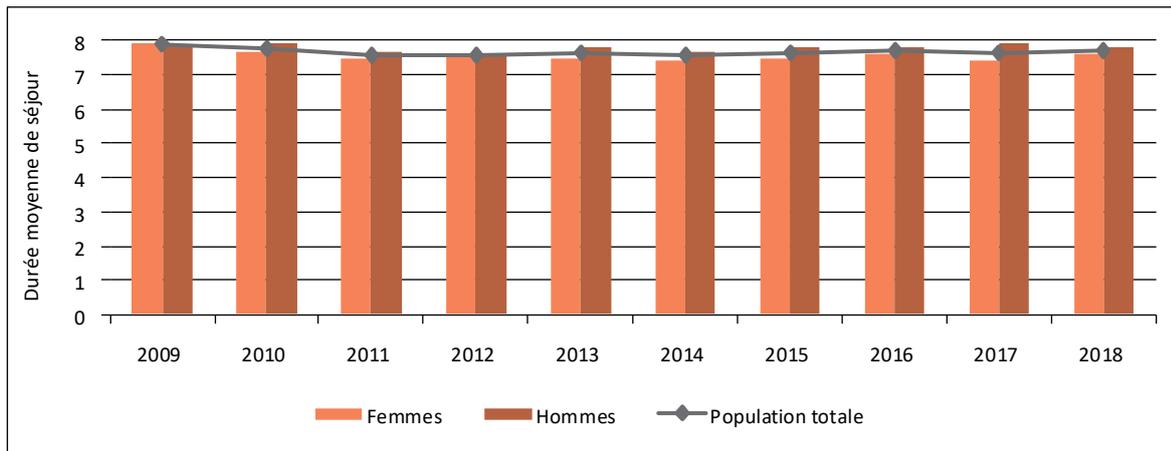


En limitant la comparaison aux hospitalisations aiguës pour lesquelles une salle OP est facturée, la différence entre le coût moyen journalier pour une hospitalisation de jour et une hospitalisation complète est encore plus élevée et s'élève à 1 425 EUR (tout âge confondu) en 2018. Les coûts occasionnés le jour de l'opération sont les plus importants, or les patients restent en moyenne 6,7 jours dans l'hôpital lors d'une hospitalisation complète avec salle OP.

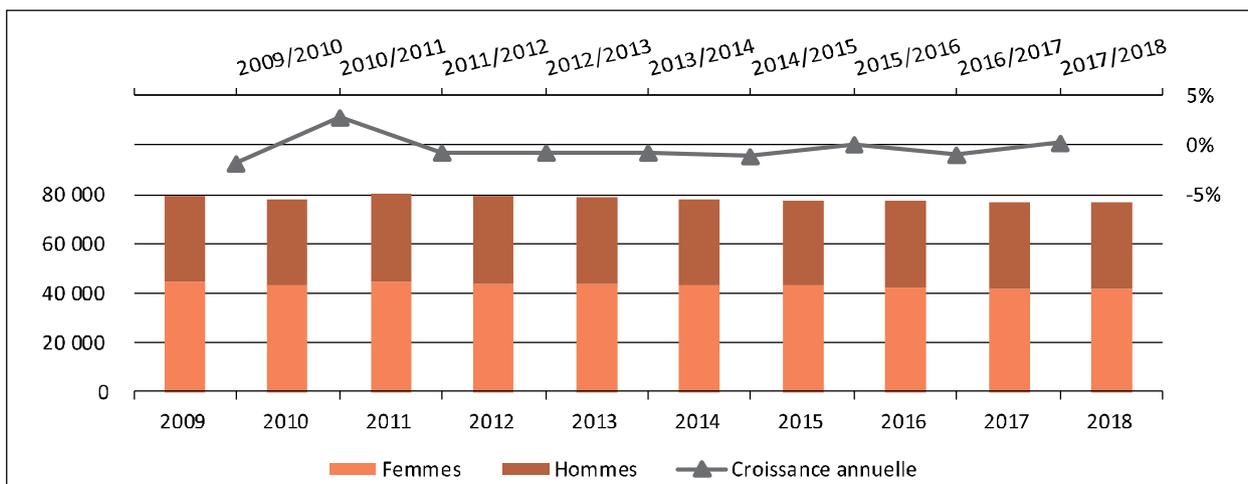
Graphique 5 - Pourcentage de la population protégée résidente et des frais hospitaliers par classe d'âge en 2018, ainsi que leur rapport (axe secondaire)



Le graphique 5 donne le pourcentage de la population protégée résidente (PPR) et des frais hospitaliers par classe d'âge par rapport à leur total respectif, ainsi que le rapport de ces deux pourcentages. Ainsi, la classe d'âge située entre 60-64 ans est à l'origine de 7,7% des frais hospitaliers alors qu'elle représente seulement 5,5% de la PPR. Ce graphique confirme que la population âgée est à l'origine de la plus grande partie des frais hospitaliers, et c'est à partir de l'âge de 55 ans que le rapport entre pourcentage des frais hospitaliers et pourcentage population protégée résidente dépasse 1.

Graphique 6 - Durée moyenne de séjour de 2009 à 2018 - hospitalisation complète aiguë - standardisation selon patients hospitalisés en 2018

Le graphique 6 montre l'évolution de la durée moyenne de séjour standardisée¹⁵ (DMS) entre 2009 et 2018 pour les hospitalisations aiguës complètes (résidents et non-résidents, opposables à la CNS ou à une autre caisse de maladie). La DMS n'a guère évolué au cours des dernières années. En 2018, la DMS atteint 7,7 jours en moyenne globale. 12,9 % des admissions pour une hospitalisation complète aiguë ont une durée supérieure à 14 jours en 2018 et ces hospitalisations représentent 52,8% de l'ensemble des nuitées.

Graphique 7 - Évolution du nombre d'hospitalisations aiguës complètes

Le graphique 7 montre le nombre d'épisodes d'hospitalisations aiguës complètes (résidents et non-résidents, opposables à la CNS ou aux autres caisses de maladie) entre 2009 et 2018. Le nombre d'admissions recule légèrement entre 2012 et 2015 (baisse annuelle moyenne de 0,9%). En 2016 le nombre d'admission reste stable par rapport à 2015, pour connaître à nouveau une baisse de 0,9% en 2017. L'année 2018 se caractérise par une légère hausse de 0,2% et se situe aux alentours de 76 900 admissions. Le nombre de nuitées enregistrées en 2018 a augmenté de 0,3% par rapport à 2017.

Le tableau 5 montre la répartition des prestations facturées opposables de 2016 à 2018 entre les différents types de prise en charge, ainsi que leur croissance réelle entre 2016 et 2018.

¹⁵ Normalisation selon la population hospitalisée en 2018, i.e. DMS par âge et sexe de l'année considérée mais appliquée au nombre d'hospitalisations par âge et sexe de l'année 2018.

Tableau 5 - Répartition et croissance des prestations facturées opposables à la CNS par type de prise en charge

Type de prise en charge	Répartition			Croissance réelle	
	2016	2017	2018	2016/2017	2017/2018
Hospitalisation aiguë complète	55,1%	54,0%	52,3%	-3,89%	7,73%
Hospitalisation de jour (aiguë et autre)	10,6%	10,8%	10,6%	-0,08%	9,73%
Hospitalisation pour rééducation, réhabilitation et accueil pour personnes en fin de vie	9,5%	9,7%	10,3%	0,12%	17,88%
Policlinique sans hospitalisation	14,8%	15,3%	15,1%	1,20%	9,73%
Autres cas	10,1%	10,3%	11,8%	-0,10%	28,15%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	-1,97%	11,33

Certains changements s'observent dans la répartition des prestations facturées entre 2016 et 2018. Ainsi, la part de l'hospitalisation aiguë complète a diminué de 1,7% pour se situer à 52,3% des prestations facturées opposables à la CNS en 2018. Une augmentation des frais opposables pour l'hospitalisation pour rééducation, réhabilitation et accueil pour personnes en fin de vie est observée en 2018. Cette augmentation résulte de la nouvelle activité du CRCC¹⁶, qui représente en 2018 0,7% des prestations facturées opposables totales. Sans considérer les prestations facturées par le CRCC, la croissance réelle observée pour l'hospitalisation pour rééducation, réhabilitation et accueil pour personnes en fin de vie ne s'élève qu'à 10,2%. Les répartitions des hospitalisations de jour ainsi que de la policlinique sans hospitalisation restent stables au cours des années 2016 à 2018. Les prestations facturées par le LNS¹⁷ ne représentent que 1,2% de l'ensemble des prestations de l'année 2018, et la majorité des prestations facturées (plus de 90%) figure dans la catégorie « Autres cas ».

Les fortes croissances en 2018 s'expliquent en grande partie par l'entrée en vigueur de la nouvelle CCT – FHL du secteur hospitalier, et par la prise en compte des activités du CRCC et du LNS à partir du 1^{er} avril 2018.

¹⁶ Début de l'activité au 1^{er} avril 2018.

¹⁷ Début de l'activité faisant partie de l'enveloppe budgétaire globale au 1^{er} avril 2018.

3.2 PROJECTIONS DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE

Hypothèses pour les projections :

Les activités du LNS et du CRCC, faisant partie de l'enveloppe budgétaire globale à partir du 1^{er} avril 2018, ne sont pas considérées pour les 2 types de projection pour éviter des ruptures de séries.

Projection basée sur l'évolution observée entre 2014 et 2018 des unités d'œuvre (UO) des différentes entités fonctionnelles (EF) :

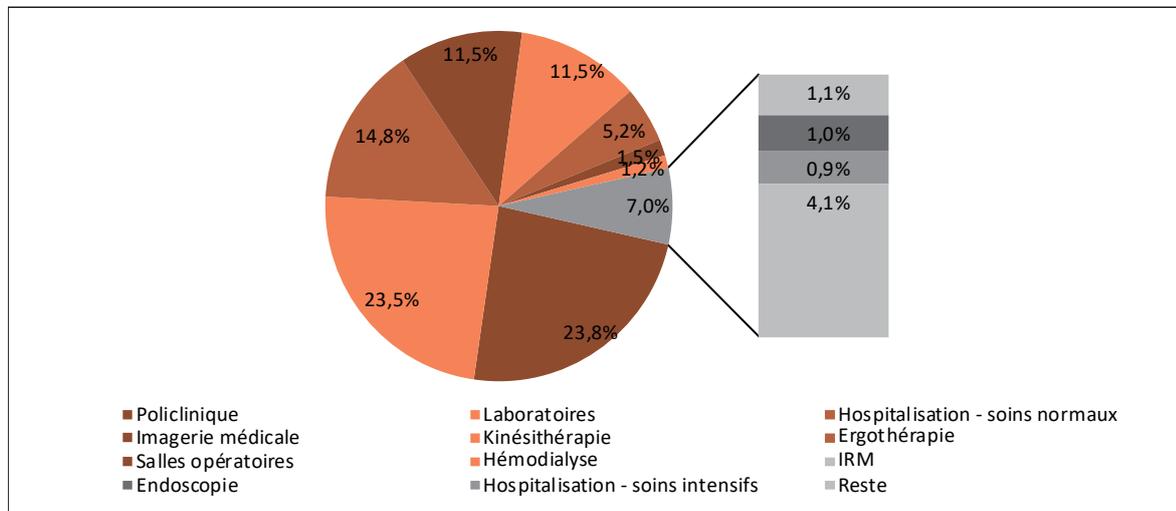
- Projection des *unités d'œuvre produites* par les entités fonctionnelles en appliquant le taux de croissance annuel moyen observé entre 2014 et 2018.
- Estimation de la croissance des dépenses : application du coût moyen par unités d'œuvre (pour frais fixes et frais variables) observé en 2018 au nombre d'unités d'œuvre projeté.

Projection basée sur l'évolution observée entre 2014 et 2018 des différents types de prise en charge:

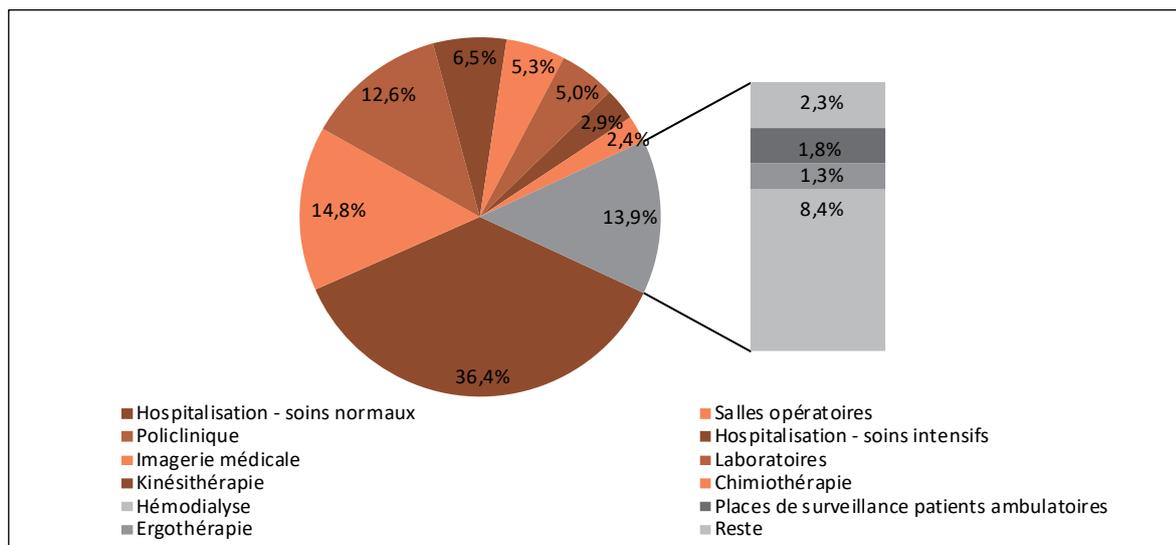
- Projection du nombre de *prises en charge* en appliquant le taux de croissance annuel moyen observé entre 2014 et 2018.
- Estimation de la croissance des dépenses : application du coût moyen par type de prise en charge (pour frais fixes et frais variables) observé en 2018 au nombre de prises en charge projeté.

3.2.1 Projection de l'activité hospitalière basée sur l'évolution des unités d'œuvre des différentes entités fonctionnelles

Graphique 8 - Répartition de la fréquence annuelle des unités d'œuvre par entité fonctionnelle en 2018 (sans LNS et CRCC)



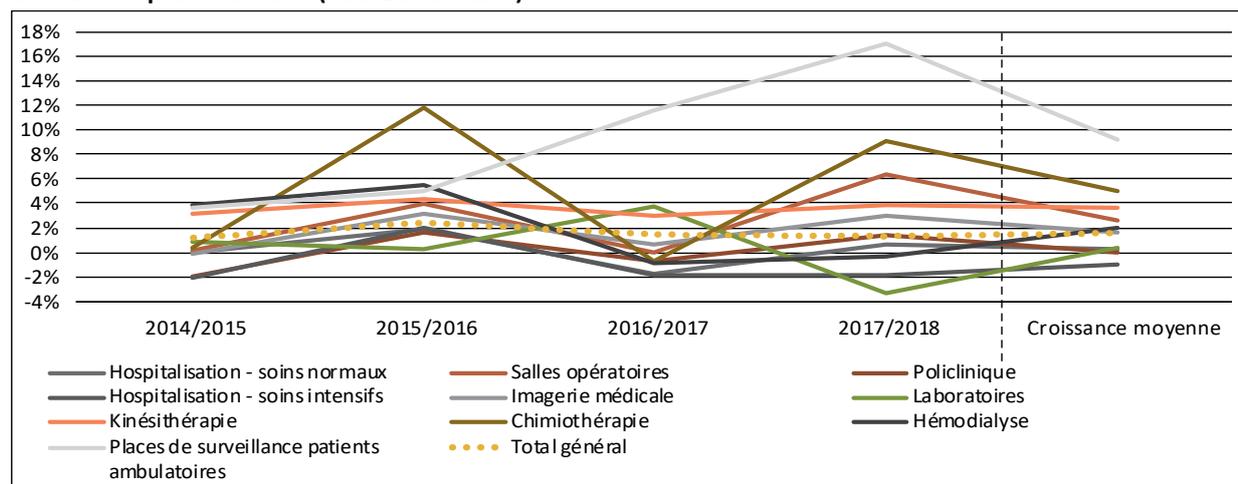
Graphique 9 - Répartition des frais annuels des unités d'œuvre par entité fonctionnelle en 2018 (sans LNS et CRCC)



Les graphiques 8 et 9 donnent la fréquence et les frais annuels (à charge de la CNS - part variable et part fixe) des UO par entité fonctionnelle¹⁸ des établissements hospitaliers en 2018. Presque la moitié des UO est réalisée dans les polycliniques et laboratoires, mais elles sont seulement à l'origine de 17,7% des frais annuels. Les UO les plus coûteuses sont les soins normaux suivis des salles OP. Elles génèrent ensemble 51,2% des frais hospitaliers, alors qu'elles ne représentent que 16,3% des UO totales.

¹⁸ 29 entités fonctionnelles différentes sont facturées en 2018.

Graphique 10 - Taux de croissance et taux de croissance moyen entre 2014 et 2018 des 10 types d'unités d'œuvre les plus coûteuses (sans LNS et CRCC)



Le graphique 10 montre l'évolution entre 2014 et 2018 des 10 types d'unités d'œuvre les plus coûteuses¹⁹ et du total de l'ensemble des UO ainsi que le taux de croissance moyen entre 2014 et 2018. Il n'y a pas de grande fluctuation annuelle en ce qui concerne l'ensemble des UO (entre 1,2% et 2,5%). Au niveau des différents types d'unités d'œuvre, on observe des fluctuations plus importantes. Celles-ci s'expliquent notamment par la mise en place de nouveaux services, la fermeture temporaire de services pour rénovations ou restructuration ou l'acquisition de nouveaux appareils et extension de capacités, mais également dans la méthode de prise en charge (i.e. chimiothérapie).

Les taux de croissance utilisés pour la projection basée sur l'historique des UO sont les taux de croissance moyens entre 2014 et 2018 par UO, avec fixation²⁰ d'un taux minimum (à savoir 0,5%) et d'un taux maximum (à savoir 6%). Le fait d'exiger au moins une croissance de 0,5% et d'au plus 6% présuppose l'augmentation de la productivité respectivement un ralentissement de la croissance observée dans le passé suite à la mise en place de capacités supplémentaires. Le coût moyen (partie variable et partie fixe²¹) par UO de 2018 est appliqué à la projection du nombre des UO pour les années 2019-2022, afin d'estimer l'augmentation des coûts (indice 100).

Les frais variables de l'entité fonctionnelle chimiothérapie ont connu une hausse non négligeable depuis 2017 liée à une augmentation des coûts des médicaments et à un changement dans la prise en charge des patients (immunothérapie de longue durée impliquant une augmentation du nombre de patients et par conséquent du nombre d'UO). Selon les informations fournies par la FHL, cette évolution se poursuivra en 2021 et 2022. Ainsi, la projection est adaptée pour en tenir compte en prévoyant une augmentation annuelle des frais variables de la chimiothérapie de 10%, tous les autres paramètres restent inchangés. Il résulte de la projection de l'activité basée sur l'évolution des unités d'œuvre des différentes entités fonctionnelles (modifiée pour l'entité fonctionnelle chimiothérapie), une croissance réelle de 1,1 % en 2021 et de 1,2% en 2022 pour les frais fixes et de 3,1% en 2021 et de 3,2% en 2022 pour les frais variables.

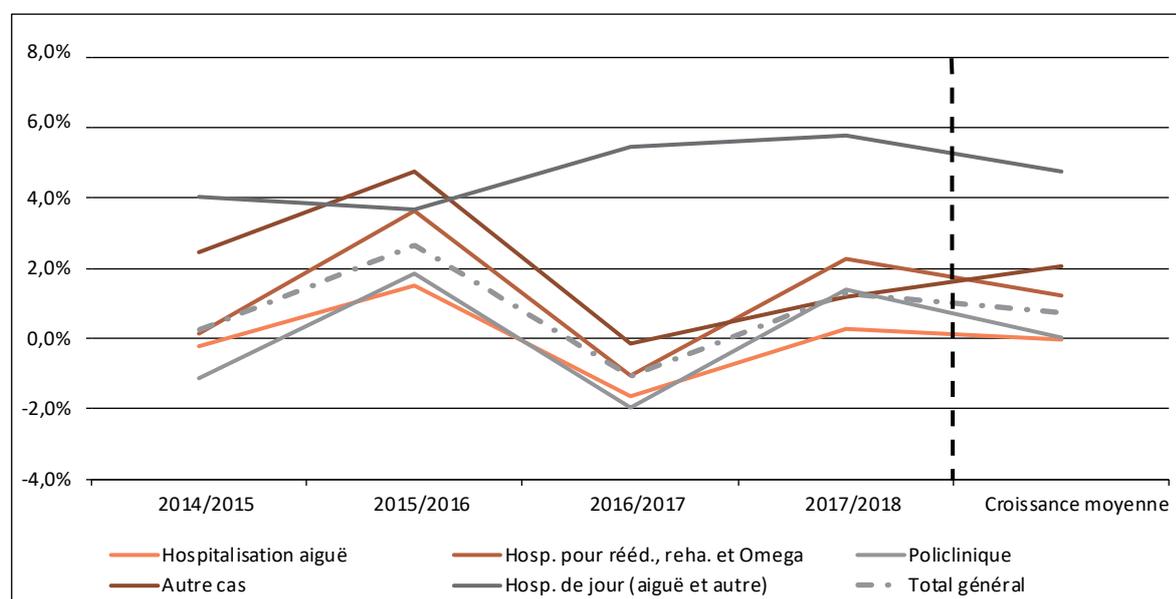
¹⁹ Plus de 89% des frais facturés (part fixe et net) à la CNS en 2018.

²⁰ Le taux minimum et maximum ne s'applique pas pour l'EF « Hospitalisation – soins normaux » comme très peu de variation est observée au passé, ce qui montre que la capacité optimale semble être atteinte.

²¹ La consommation de frais fixes et de frais variables diffère par entité fonctionnelle, étant donné que les ressources nécessaires pour l'exécution des tâches varient. Cette différence explique pourquoi la projection prévoit des estimations individuelles pour frais fixes et pour frais variables.

3.2.2 Projection de l'activité hospitalière basée sur l'évolution des différents types de prise en charge

Graphique 11 - Taux de croissance et taux de croissance moyen entre 2014 et 2018 des différents types de prise en charge (sans LNS et CRCC) ²²



Le graphique 11 montre l'évolution entre 2014 et 2018 de l'ensemble des prises en charge hospitalière en général, des différents types de prise en charge hospitalière (sans prise en compte des activités du LNS et CRCC²³), ainsi que le taux de croissance moyen entre 2014 et 2018 pour chaque type de prise en charge. L'année 2016 est marquée par une croissance de l'activité hospitalière autour de 2,6%. L'année 2017 par contre, se caractérise par une faible baisse qui est à nouveau contrebalancée par une faible croissance en 2018. Les fluctuations de certains types de prise en charge observées peuvent s'expliquer notamment par les fermetures temporaires de services pour rénovations ou restructuration et la mise en place de capacités supplémentaires. Les hospitalisations de jours sont de leur côté marquées par une croissance moyenne de 4,7% observée entre 2014 et 2018. Pour les hospitalisations aiguës avec nuitées par contre, très peu de fluctuations sont constatées.

Les taux de croissance utilisés pour la projection basée sur l'historique des différents types de prise en charge sont les taux de croissance moyens entre 2014 et 2018 par type de traitement hospitalier, avec fixation d'un taux minimum (à savoir 0,5%) et d'un taux maximum (à savoir 6%), sauf pour les hospitalisations aiguës avec nuitées pour lesquelles très peu de fluctuations sont constatées et la capacité maximale d'accueil semble atteinte²⁴. Cette manière de procéder tient compte de l'évolution démographique et des progrès thérapeutiques²⁵. Le fait d'exiger au moins une croissance de 0,5 % et d'au plus 6% présuppose l'augmentation de la productivité respectivement un ralentissement de la croissance observée dans le passé suite à la mise en place de nouvelles capacités. Le coût moyen (partie variable et partie fixe) par type de prise en charge de 2018 est appliqué à la projection du nombre des hospitalisations pour les années 2019-2022, afin d'estimer l'augmentation des coûts (indice 100).

La consommation de frais fixes et de frais variables²⁶ diffère par type de prise en charge, étant donné que les ressources nécessaires pour l'exécution des tâches varient. Le tableau 6 donne la répartition entre

²² Evolution des nuitées en cas d'hospitalisation complète.

²³ Intégration dans l'EBG seulement à partir du 1^{er} avril 2018

²⁴ La variation 2017/2018 est utilisée pour la projection.

²⁵ Car supposées identiques à l'évolution passée.

²⁶ Les frais variables (p.ex. médicaments, implants, ...) sont liés directement à l'activité hospitalière alors que l'on considère que les frais fixes (p.ex. frais de personnel, frais pour immeubles et équipements, frais d'amortissement, ...) ne sont pas directement liés à l'activité.

frais fixes et frais variables selon le type de prise en charge. Cette différence explique pourquoi la projection prévoit des estimations séparées pour frais fixes et pour frais variables.

Tableau 6 - Répartitions des prestations facturées opposables en 2018 selon frais variables et frais fixes (sans LNS et CRCC)

Type de prise en charge	Frais variables	Frais fixes
Hospitalisation aiguë	14,8%	85,2%
Hospitalisation pour rééducation, réhabilitation et accueil pour personnes en fin de vie	4,7%	95,3%
Hospitalisation de jour (aiguë et autre)	31,3%	68,7%
Policlinique sans hospitalisation	20,6%	79,4%
Autre cas	18,4%	81,6%
Total général	16,9%	83,1%

Les frais variables de l'entité fonctionnelle chimiothérapie ont connu une hausse non négligeable depuis 2017 liée à une augmentation des coûts des médicaments et à un changement dans la prise en charge des patients (immunothérapie de longue durée impliquant une augmentation du nombre de patients et par conséquent du nombre d'UO). Selon des informations fournies par la FHL, cette évolution se poursuivra en 2021 et 2022. Cet impact est estimé dans le cadre de la projection basée sur l'évolution des unités d'œuvre des différentes entités fonctionnelles (voir 3.2.1). En ajoutant cet impact à l'évolution des frais variables, il résulte de la projection de l'activité basée sur l'évolution des différents types de prise en charge, une croissance réelle de 1,1% en 2021 et 2022 pour les frais fixes et de 2,5% en 2021 et de 2,6% en 2022 pour les frais variables²⁷.

²⁷ Remarque méthodologique : L'évolution du coût moyen sur quelques années ne peut pas être prise en compte, comme il dépend de facteurs non liés à l'activité, comme l'amortissement. Une distinction est faite entre frais variables et frais fixes, comme les frais variables varient proportionnellement à l'activité, alors que ce n'est pas tout à fait le cas pour les frais fixes.

4 BUDGETS ET COMPTES HOSPITALIERS

4.1 DESCRIPTION DU SYSTÈME BUDGÉTAIRE

Le système actuel du financement hospitalier, basé sur des budgets prévisionnels négociés, a été instauré en 1995. La CNS négocie le budget individuel séparément avec chaque hôpital.

Les frais fixes représentent les charges de l'hôpital qui ne sont pas directement liées au volume de l'activité (les frais de personnel, les frais pour immeubles et équipements, les frais de gestion, les frais financiers et l'amortissement, les fournitures énergétiques). La CNS verse chaque mois des avances à l'hôpital représentant un douzième du montant annuel des frais fixes opposables négociés, indépendamment de l'activité réelle de l'hôpital.

Les frais variables sont les charges de l'hôpital qui sont directement liées au volume de l'activité (consommation et les fournitures, à l'exception de celles reprises sous frais fixes). En ce qui concerne les frais variables, les frais négociés sont imputés d'après la comptabilité analytique aux centres de frais auxiliaires, aux centres de frais principaux ainsi qu'aux centres de frais non opposables. Ensuite, les frais des centres auxiliaires sont répartis au moyen de clés de répartition spécifiques en cascade sur les centres de frais principaux et les centres de frais non opposables en aval. Les centres de frais principaux sont regroupés en entités fonctionnelles dont les prestations opposables à la CNS sont désignées par unités d'œuvre. En divisant, pour chaque entité fonctionnelle, les charges totales des frais variables par le nombre d'unités d'œuvre de cette même entité fonctionnelle, on obtient un coût de revient moyen des frais variables de chaque unité d'œuvre. Sur base des coûts de revient moyen, des tarifs sont négociés entre la CNS et l'hôpital. Les unités d'œuvre fournies par l'hôpital sont facturées à la CNS et l'hôpital obtient le paiement suivant le tarif négocié.

Les frais par entité fonctionnelle sont négociés individuellement pour chaque hôpital. Ceci permet de tenir compte des spécificités administratives et structurelles des établissements hospitaliers, mais empêche une comparaison entre les établissements.

La procédure à suivre pour l'établissement et l'exécution des budgets spécifiques est fixée par une convention entre la CNS et la FHL. Cette convention prévoit également les conditions dans lesquelles une rectification des budgets spécifiques négociés peut avoir lieu. Les causes pouvant justifier une rectification sont les suivantes :

- des contraintes nouvelles imposées aux parties signataires par des lois ou des règlements ;
- une déviation par rapport à la date estimée de l'adaptation des salaires suite à l'évolution de l'échelle mobile des salaires ;
- des modifications des conventions collectives de travail entraînant des charges supplémentaires, sous réserve d'une procédure de consultation FHL-CNS préalable à la négociation de la convention collective ;
- une variation significative au niveau du prix des fournitures énergétiques, des produits pharmaceutiques ou des articles à usage médical ;
- un changement considérable et imprévu du volume des fournitures énergétiques dû à des phénomènes météorologiques ;
- une refixation des cotisations FHL suite à un accord FHL-CNS ;
- une variation au niveau du coût salarial compris dans les majeurs contrats de services, due à un changement de l'indice du coût de vie, un changement du salaire social minimum ou un changement dans la convention collective de travail des prestataires de services ;
- une modification structurelle ou organisationnelle des activités hospitalières ;
- un changement considérable et imprévu du volume d'activité ;
- une sous-dotation en personnel par rapport au personnel budgétisé dépassant 1% en moyenne annuelle.

Comme la loi prévoit un plafonnement des dépenses du secteur hospitalier par l'enveloppe budgétaire globale, une sous-estimation des budgets spécifiques a des conséquences financières plus incisives pour les établissements hospitaliers, car les charges supplémentaires qui dépassent le plafond de l'enveloppe budgétaire globale ne sont pas prises en charge²⁸.

La CNS prend en charge l'activité réelle sur base des tarifs négociés, et non pas l'activité prévisionnelle estimée lors des négociations des budgets. En 2018, l'activité réelle a dépassé de 4,0% l'activité estimée. Le nombre de lits et la dotation en personnel étant fixés pour l'exercice budgétaire, une augmentation significative de l'activité par rapport à l'activité estimée est par conséquent limitée.

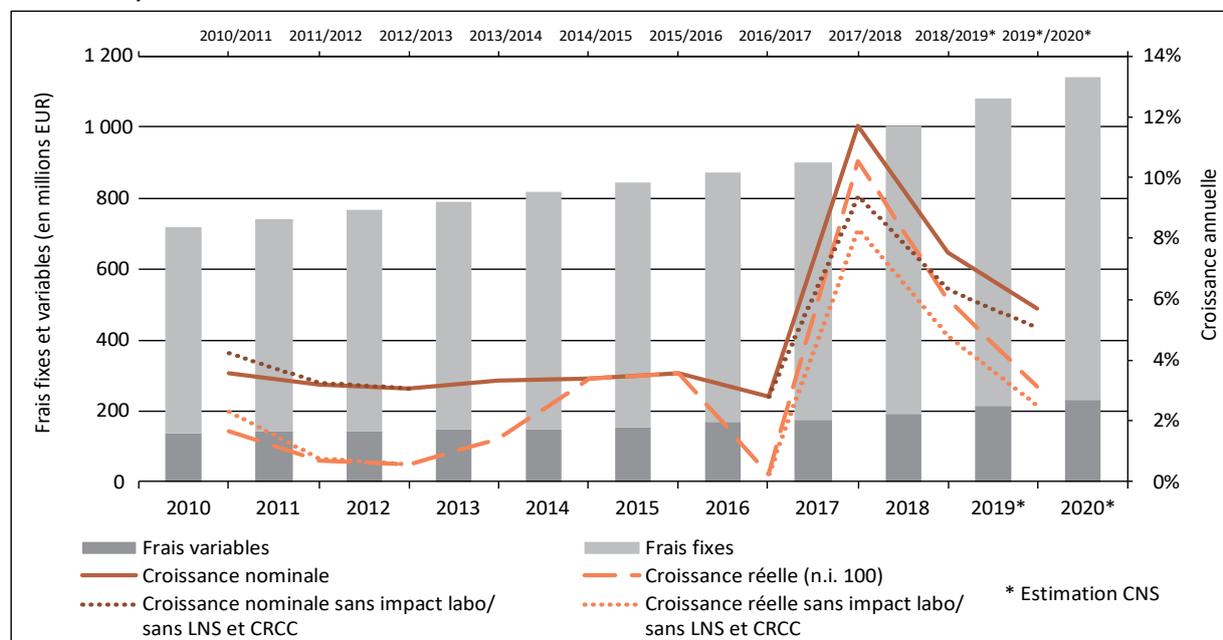
Toute activité qui n'est pas opposable à la CNS, p.ex. supplément pour une chambre à un lit ou traitements non remboursés, est exclue du budget opposable.

L'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers sert à financer les budgets hospitaliers spécifiques. Les budgets hospitaliers spécifiques sont déterminés sur base de l'activité opposable à la sécurité sociale, et contiennent ainsi tous les frais y relatifs, y compris ceux des assurances maladie étrangères, de l'assurance accident et des dommages de guerre²⁹ ainsi que la participation des assurés. Le décompte de la CNS n'est à lui seul donc pas suffisant pour contrôler si l'enveloppe budgétaire globale a été respectée.

4.2 LES BUDGETS ACCORDÉS

Le graphique 12 montre l'évolution des frais hospitaliers et leur croissance annuelle (nominale et réelle) depuis 2010 (y compris LNS et CRCC à partir du 1^{er} avril 2018). En 2015 et 2016, les croissances nominales et réelles sont identiques, comme il n'y a pas d'adaptation de l'échelle mobile des salaires. Les frais hospitaliers représentés ici correspondent aux frais fixes (FF) négociés et aux frais variables (FV) de l'activité réelle (et non pas de l'activité estimée lors des négociations pour le budget).

Graphique 12 - Évolution et croissance annuelle des frais fixes et variables³⁰ des budgets hospitaliers (y compris LNS et CRCC)



Source : CNS.

²⁸ Art. 6 du règlement grand-ducal du 11 août 2011 précisant les règles de l'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire.

²⁹ Dans le décompte CNS de 2019, 4,0% des frais fixes et variables sont à charge de l'assurance accident, assurances maladie étrangères et dommages de guerre. Le reste est à charge de l'assurance maladie-maternité.

³⁰ Y compris les frais variables facturés selon l'article 21 de la convention cadre FHL/CNS.

Entre 2009 et 2014, l'augmentation annuelle réelle des budgets hospitaliers se situe en dessous de 1,7%, suivi d'une croissance réelle plus élevée pour les années 2015 à 2016 (entre 3,4% et 3,6%). Pour 2017, la croissance réelle s'élève à seulement 0,3%. Pour 2018, l'augmentation annuelle réelle s'élève à 10,9%. Cette croissance est imputable à une augmentation considérable des frais de personnel, des adaptations des conventions collectives de travail du secteur hospitalier, l'augmentation du nombre d'ETP accordés en 2018 par rapport à l'accord de 2017 ou encore la budgétisation du LNS et du centre de réhabilitation Colpach à partir du 1^{er} avril 2018. Faisant abstraction du LNS et du CRCC, la croissance réelle s'élève à 8,6%. Les croissances annuelles réelles estimées pour 2019 et 2020 s'élèvent à 5,8% resp. 3,0% (4,6% resp. 2,4% faisant abstraction du LNS et CRCC). Il est évident que l'estimation pour l'année 2020 est encore provisoire et à traiter avec prudence car l'épidémie COVID-19 a entraîné des changements importants au niveau de la prise en charge des patients dans les hôpitaux, la suspension des activités programmées non urgentes dans les hôpitaux tout comme un changement des missions du CRCC³¹ pendant la phase aiguë de l'épidémie.

L'année 2010 a été marquée par la grève des médecins. L'activité fût perturbée en octobre et novembre 2010 et les frais variables, qui dépendent de l'activité prestée, ont stagné entre 2009 et 2010. Depuis le 1^{er} avril 2011, les dépenses pour l'activité extrahospitalière du laboratoire ne sont plus incluses dans le budget hospitalier. Ce retrait a un impact sur la croissance annuelle du budget des années 2011 et 2012. L'estimation de la croissance annuelle sans l'impact du retrait des activités extrahospitalières du laboratoire est indiquée à l'aide des lignes pointillées. L'année 2015 a été marquée par une hausse du taux de la TVA de 15% à 17%. Le personnel (en ETP) opposable accordé a connu une hausse de 2,9% en 2017 et à partir du 1^{er} octobre 2017, la nouvelle convention collective de travail dans le secteur FHL est entrée en vigueur (revalorisation des carrières, augmentation de la valeur du point indiciaire, primes uniques) entraînant une augmentation considérable des frais de personnel pour 2017 et 2018. Le Conseil de Gouvernement décide au 5 janvier 2018 une augmentation de 99 millions d'EUR de l'enveloppe budgétaire globale pour 2018 (fixée en septembre 2016) pour tenir compte du nouvel accord de la CCT-FHL (signé en juin 2017), des augmentations des coûts au niveau de la chimiothérapie et de la documentation hospitalière ainsi que des nouvelles dispositions légales découlant de loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, notamment la budgétisation du LNS et du CRCC à partir du 1^{er} avril 2018.

Jusqu'en 2014, la croissance des frais fixes se situaient au-dessus de celles des frais variables. Or depuis 2015 cette tendance a changé, et c'est depuis que les frais variables croissent plus rapidement que les frais fixes (exception pour 2018 liée au nouvel accord CCT-FHL impliquant une augmentation importante des frais de personnel).

A noter que le budget annuel de la FHL est compris, de manière indirecte, dans l'enveloppe budgétaire globale. En effet, la FHL est financée par les établissements hospitaliers. En 2020, le budget opérationnel s'élève à 1,9 million EUR auquel s'ajoutent des budgets pour la réalisation de « Contrats d'objectifs et de moyens³² », dont le montant est estimé à 6,7 millions EUR en 2020.

Vu toutes les incertitudes liées à l'épidémie COVID-19, il a été décidé de se baser sur les budgets accordés et rectifiés 2020 en ce qui concerne les frais fixes et sur l'activité 2019 en y appliquant les tarifs négociés pour 2020 en ce qui concerne les frais variables pour établir une base 2020, servant de point de départ pour les projections de 2021 et 2022.

Il est soulevé que cette estimation de la base 2020 pour les projections de l'enveloppe budgétaire globale 2021 et 2022 est en aucun cas à confondre avec une estimation des budgets réels des établissements hospitaliers pour 2020. Il s'agit dans le cas présent d'estimer un budget théorique comme si la pandémie COVID-19 n'avait pas eu lieu.

³¹ Financement hors EBG pendant cette phase.

³² Contrat d'objectifs et de moyens (COM) physique médicale, COM informatique et COM achat.

Tableau 7 – Estimation de la base 2020 servant de point de départ pour les projections de 2021 et 2022

Budget FF accordé et rectifié	874 139 108
Estimation des FV ¹⁾	221 444 295
Total FF et FV	1 095 583 402
Décompte	0
Prime annuelle ²⁾	20 158 735
Pensions complémentaires ³⁾	275 892
Indemnités de garde ⁴⁾	4 561 836
Sous-Total	1 120 579 865
LNS et CRCC	43 920 135
Total	1 164 500 000

1) Calcul sur base de la situation 2019 : tarifs négociés pour 2020 appliqués à l'activité 2019.

2) La convention entre la FHL et la CNS prévoit une prime annuelle à verser à chaque hôpital qui participe au programme « Incitants Qualité ». Cette prime peut atteindre au maximum 2% des charges opposables de l'hôpital. La CNS estime cette prime à 1,84% des FF et FV.

3) Il s'agit de pensions complémentaires versées aux religieuses.

4) Il s'agit des indemnités versées aux hôpitaux participant aux gardes, utilisées notamment dans le cadre de l'obligation de présence sur site introduit par la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

L'enveloppe budgétaire globale 2020 accordé par le Conseil de Gouvernement s'élève à 1 182,9 millions EUR.

4.3 ESTIMATION DU BUDGET SUR BASE DES PROJECTIONS DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE

L'estimation de base 2020 (hors LNS et CRCC) sert comme point de départ pour projeter les enveloppes budgétaires globales de 2021 et 2022. Ces enveloppes sont complétées par une estimation des budgets LNS et CRCC³³.

La nature des différentes composantes du budget est prise en compte pour faire une prévision des coûts.

Tableau 8 - Facteurs pris en compte dans la projection des frais fixes et variables de l'enveloppe budgétaire globale

	% base 2020 ¹⁾	Augmentation de l'activité	Échelle mobile	Glissement des carrières	Autres facteurs
Frais fixes opposables	79,8%				
Consommation fixe	1,3%	x	x		
Autres charges externes/d'exploitation	10,0%	x	x		
Personnel	65,9%	x	x	x	
Amortissement	5,1%				x
Frais financiers	0,0%				x
Subvention	-2,5%				x
Frais variables ²⁾	20,2%	x			

1) Sans LNS et CRCC.

2) Estimation théorique sur base de l'activité post décompte de 2019, y compris médicaments chers (Art. 21 de la convention FHL-CNS).

La croissance moyenne des deux projections (y compris l'augmentation des frais de chimiothérapie – voir 3.2) est appliquée pour estimer les besoins financiers des établissements hospitaliers. Cette croissance moyenne s'élève à 1,1% en 2021 et en 2022 pour les frais fixes et à 2,8% en 2021 et à 2,9% en 2022 pour les frais variables.

³³ Les négociations pour les budgets LNS (2019 et 2020) et CRCC (2020) ne sont pas encore clôturées lors de la rédaction de ce rapport. Il est donc plus propre de se baser uniquement sur une estimation dont les paramètres de base (coût par UO., ordre de grandeur pour l'activité, ...) sont connus, et de compléter par une estimation séparée pour le CRCC et LNS.

Pour rappel, la croissance de l'activité s'aligne sur les observations du passé, et ne prend par conséquent pas en compte les répercussions éventuelles de la nouvelle loi hospitalière, de restructurations et fusions, de synergies et d'autres projets imposés par le législateur ou réalisés à l'initiative des établissements. Le budget (hors LNS et CRCC) se compose en 2020 de 79,8% de frais fixes et de 20,2% de frais variables. Les frais variables (p.ex. médicaments, implants, ...) sont liés directement à l'activité hospitalière alors que l'on considère que les frais fixes (p.ex. frais de personnel, frais pour immeubles et équipements, frais d'amortissement, ...) ne sont pas directement liés à l'activité. Cependant une augmentation de l'activité nécessite une adaptation du temps de travail du personnel soignant³⁴ afin d'absorber l'activité supplémentaire. L'augmentation de la main d'œuvre résulte des négociations entre la CNS et des établissements hospitaliers.

La dotation pour les frais de personnel soignant (71,1% de l'ensemble des ETP déclarés par les établissements au 31.12.2019) évoluera de la même manière que les frais fixes déterminés à l'aide des projections précédentes, à savoir de 1,1%. De même, les frais variables, impactés par une activité hospitalière plus importante, évolueront de 2,8% respectivement 2,9% en 2021 et 2022.

D'après les prévisions du STATEC reprises dans la circulaire du Ministère des Finances (Ministère des Finances, 2020), l'inflation mesurée par l'indice des prix à la consommation évolue comme suit :

Tableau 9 – Prévisions du STATEC de l'échelle mobile des salaires

	2020	2021	2022
Échelle mobile des salaires (côtes d'application) - Var. an. moy.	+2,5%	+0,0%	+1,9%
Moyenne annuelle	834,76	834,76	850,41

Les croissances de l'échelle mobile et des frais fixes sont appliquées à la consommation fixe (hors frais énergétiques)³⁵, aux autres charges externes et aux autres charges d'exploitations³⁶. Seulement une partie de ces frais (p.ex. certains contrats de maintenance) est liée à l'échelle mobile. L'autre partie des frais est plus stable (électricité, eau, frais de communication, ...). L'application de la croissance de l'échelle mobile à la partie précitée génère ainsi une latitude budgétaire. Cette augmentation de budget est destinée à absorber de nouveaux frais engagés (p.ex. nouveaux contrats de maintenance, ...) par les établissements hospitaliers.

Pour les besoins de ce rapport, les hypothèses de la circulaire du Ministère des Finances concernant le glissement des carrières (Ministère des Finances, 2020) sont retenues, à savoir 1,5% pour 2021 et 2022.

D'autres facteurs sont pris en compte dans le cadre de la projection pour certaines composantes du budget :

- Les frais financiers, l'amortissement, la subvention exploitation et investissement ne sont pas liés à l'activité. L'amortissement ainsi que les frais financiers liés sont déjà connus, en grande partie, à l'avance par la CNS. Les budgets demandés par les établissements hospitaliers pour les quatre points précités seront pris en compte pour les prévisions du budget global pour 2021 et 2022.
- Les imprévus et projets planifiés mais non chiffrés sont estimés à 2,0% et la prime annuelle à 1,84% du total des frais fixes et frais variables. Les pensions complémentaires et les indemnités de garde sont adaptées sur base de l'échelle mobile.

Il est à souligner que les hypothèses de travail retenues par l'IGSS constituent des chiffres de travail et ne peuvent dès lors pas être considérées comme des acquis par les interlocuteurs conventionnés de la CNS.

³⁴ Au 31.12.2019, le personnel soignant représente 71,1% des ETP (hors LNS).

³⁵ Les frais énergétiques représentent 80% de la consommation fixe. Leur évolution sera liée à l'échelle mobile.

³⁶ La consommation fixe, autres charges externes et d'exploitation représentent 11,4% du budget en 2020.

Tableau 10 - Projection des coûts hospitaliers pour 2021 et 2022 (en millions EUR)

	EBG 2020	% EBG 2020	↗ de l'activité	Échelle mobile	Glissement des carrières	Autres facteurs	2021	Croissance	↗ de l'activité	Échelle mobile	Glissement des carrières	Autres facteurs	2022	Croissance
Frais fixes opposables (FF)	874,14	73,9%					893,94	2,3%					928,10	3,8%
<i>Consommation fixe</i> ¹⁾	14,44	1,2%	1,1%	0%			14,47	0,2%	1,1%	1,9%			14,69	1,5%
<i>Autres charges externes/ d'exploitation</i>	109,46	9,3%	1,1%	0%			110,67	1,1%	1,1%	1,9%			114,01	3,0%
<i>Personnel</i> ²⁾	721,70	61,0%	1,1% x 71,1% = 0,8%	0%	1,5%	.	738,28	2,3%	1,1% x 71,1% = 0,8%	1,9%	1,5%		769,30	4,2%
<i>Amortissement</i>	56,02	4,7%				b.d. ⁷⁾	60,58	8,2%				b.d. ⁷⁾	59,31	-2,1%
<i>Frais financiers</i>	0,41	0,0%				b.d. ⁷⁾	0,55	34,4%				b.d. ⁷⁾	0,60	8,2%
<i>Subvention exploitation</i>	-27,89	-2,4%				b.d. ⁷⁾	-30,62	9,8%				b.d. ⁷⁾	-29,81	-2,6%
Frais variables (VF)	221,44	18,7%	2,8%				227,57	2,8%	2,9%				234,13	2,9%
Total FF + FV	1 095,58	92,6%					1 121,50	2,4%					1 162,22	3,6%
Autres	84,47	7,1%					93,18	10,3%					95,42	2,4%
<i>LNS et CRCC (FF+FV)</i>	43,13	3,6%				b.d. ³⁺⁷⁾	43,60	1,1%				b.d. ³⁺⁷⁾	44,17	1,3%
<i>Imprévis</i> ⁴⁾	15,55	1,3%				2%(FF+FV)	23,30	49,9%				2%(FF+FV)	24,13	3,5%
<i>Prime annuelle</i>	20,95	1,8%				1,84%(FF+FV)	21,44	2,3%				1,84%(FF+FV)	22,20	3,5%
<i>Pensions complémentaires</i>	0,28	0,0%		0,0%			0,28	0,0%		1,9%			0,28	1,9%
<i>Indemnités de garde</i>	4,56	0,4%		0,0%			4,56	0,0%		1,9%			4,65	1,9%
Sous-Total	1 180,05	99,8%					1 214,68	2,9%					1 257,65	3,5%

	EBG 2020	% EBG 2020	⌈ de l'activité	Échelle mobile	Glissement des carrières	Autres facteurs	2021	Croissance	⌈ de l'activité	Échelle mobile	Glissement des carrières	Autres facteurs	2022	Croissance
Nouveaux services et mises en exploitations						b.d. ⁷⁾	19,50					b.d. ⁷⁾	21,80	11,8%
Nouvelle convention collective ⁵⁾						Estimation IGSS	19,12					Estimation IGSS	18,31	-4,2%
Personnel supplémentaire COVID19/Augmentation des normes ⁶⁾	2,85	0,2%				Estimation IGSS	7,70	170,1%				Estimation IGSS	9,75	26,6%
Suppl. COM informatique						Source CNS	10,94					source CNS	10,94	0,0%
Total	1 182,90	100%					1 271,94	7,5%					1 318,45	3,7%

1) Application de la croissance de l'activité uniquement sur la part hors frais énergétiques.

2) La croissance estimée de 1,1% est appliquée uniquement au personnel soignant qui représente 71,1% des ETP accordés.

3) Budget demandé par CRCC. Les chiffres reprises pour le LNS consistent dans une extrapolation de l'année 2018 (budgétisation du LNS à partir du 1er avril 2018) avec ajout de 52 ETP supplémentaires demandés par le LNS dès 2020.

4) EBG 2020 - base 2020 - Personnel supplémentaire COVID19

5) Y compris paiement d'une prime unique en 2021 de l'ordre de 0,21%.

6) Il s'agit de 79 ETP pour 2020 (5 mois) et 2021 (12 mois). Une fois la crise CODID-19 surmontée, ces ETP supplémentaires seront à transférer en des ETP demandés par les établissements hospitaliers pour les services administratifs, ressources humaines et informatiques, à hauteur totale de 99 ETP.

7) Budgets demandés par les établissements hospitaliers.

Le tableau 10 donne une estimation des coûts hospitaliers pour les années 2021 et 2022 basée sur les hypothèses précitées. Sans tenir compte de nouveaux services et mises en exploitations, d'une éventuelle augmentation du personnel en cas d'un accord trouvé entre la FHL et CNS concernant les normes (entres autres pour les services administratifs, ressources humaines et informatiques), les résultats des négociations pour une nouvelle convention collectives CCT-FHL et le budget supplémentaire demandé par la FHL pour la réalisation de projets informatiques, la croissance des coûts hospitaliers est estimée à 2,7% en 2021 et à 3,5% en 2022.

Pour information, à activité constante les établissements hospitaliers verront leurs dépenses augmenter de 1,2% en 2021 et de 2,4% en 2022 (croissance liée à l'échelle mobile, le glissement des carrières et autres facteurs).

L'augmentation de l'activité hospitalière projetée de 1,1% permet d'augmenter le personnel soignant de 58,7 ETP en 2021 et de 61,9 ETP en 2022 (total : 120,6 ETP – indépendamment d'augmentations éventuelles liées aux adaptations des normes)³⁷.

Les demandes de budgets de la part du LNS³⁸ et du CRCC s'élèvent à 43,6 millions EUR pour 2021 et à 44,2 millions EUR pour 2020. L'IGSS n'est pas en mesure de se prononcer sur le bien-fondé de ces demandes du fait qu'il s'agit d'établissements en phase de développement avec un historique de données de facturations très restreints.

De nouveaux services et mises en exploitation de nouvelles infrastructures sont demandés pour 2021 et 2022, à savoir

- 6^e salle opératoire au CHdN ;
- IRM supplémentaire dans 4 établissements (demande supplémentaire, les IRM ont été mis en activité en 2019/2020) ;
- 5 emplacements supplémentaires pour des traitements de chimiothérapie au CHdN ;
- Centre thérapeutique de Pütscheid du CHNP, pour lequel une rectification est également demandée pour 2020 ;
- Réaménagement et rénovation du bâtiment 8 du CHNP ;
- Hôpital de jour psychiatrique juvénile au CHNP ;
- Extension du service de psychiatrie juvénile au HRS ;
- Service d'hospitalisation de longue durée médicale de 20 lits au HRS ;
- CHL laboratoire chaud pour le PET ;
- Salle d'électrophysiologie à l'INCCI ;
- Augmentation du nombre de lits de rééducation fonctionnelle gériatrique du HIS de 30 à 40 lits.

Ces projets sont inclus dans les demandes de budgets des établissements et se chiffrent à des besoins supplémentaires de 19,5 millions EUR pour 2021 et de 2,3 millions EUR pour 2022. L'extension du service de psychiatrie juvénile au HRS est à l'origine de plus de 40% du besoin supplémentaire pour l'année 2021.

³⁷ Estimation sur base du coût moyen par ETP.

³⁸ A noter que la demande introduite par le LNS auprès de la CNS n'est pas complète et que les budgets 2019 et 2020 n'ont pas encore été arrêtées. Les chiffres repris pour le LNS consistent donc en une extrapolation de l'année 2018 (budgétisation du LNS à partir du 1er avril 2018) avec ajout de 52 ETP supplémentaires demandés par le LNS.

Les projets respectivement services suivants n'ont pas été intégrés dans les demandes

- Création d'une clinique pour l'environnement du CHEM (le projet n'a pas encore abouti) ;
- Collaboration du CHEM avec Servior pour la mise en place d'une production alimentaire commune (le projet n'est pas encore finalisé) ;
- Un certain nombre de projets d'adaptation des infrastructures (dont les services des urgences).

Une nouvelle convention collection CCT-FHL sera élaborée dans les mois à venir. Dans le cadre des négociations d'une nouvelle convention CCT-SAS, la commission paritaire a élaboré un taux de croissance de 2,38% auquel s'ajoute une prime unique de 0,21% en 2021. L'IGSS s'aligne sur ces taux dans son estimation pour la prise en charge des impacts liés à une nouvelle CCT-FHL.

En ce qui concerne le besoin en personnel lié à la réorganisation COVID-19 des établissements hospitaliers, il y a lieu de s'aligner aux 78,6 ETP à accorder suite aux échanges sur l'organisation hospitalière en période COVID-19 qui ont eu lieu entre le Ministre de la Sécurité sociale, la Direction de la Santé, la CNS, les partenaires sociaux et les prestataires le 28 juillet 2020. Dans la suite, ces ETP temporaires sont à inclure dans le total de 99,0 ETP demandés par les établissements hospitaliers pour les services administratifs, ressources humaines et informatiques dans le cadre de la fixation des normes.

Les cotisations FHL et LUXITH prévues par les demandes des établissements hospitaliers s'alignent sur les cotisations respectifs de 2020. Or la demande FHL/LUXITH connaîtra vraisemblablement une hausse substantielle (10,9 millions EUR), liée en grande partie à des projets informatiques communs qui profiteront à tous les établissements hospitaliers membres (i.e. cyber sécurité, data protection, Connexion au DPI pour le personnel soignant via des appareils mobiles, E-learning, Audit informatique, ...).

En prenant en compte ces facteurs, l'augmentation de l'enveloppe budgétaire globale est estimée à 7,5% en 2021 par rapport à 2020 et à 3,7% en 2022 par rapport à 2021.

5 PROPOSITION POUR LA FIXATION DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé a mis en évidence l'importance de l'accès équitable de tous les assurés à des soins hospitaliers de qualité par une utilisation efficiente des ressources financières du système hospitalier tout en assurant un financement durable du système de santé. La loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification a confirmé ces objectifs en instituant la planification hospitalière ayant comme finalité de faire progresser la coopération entre les différents prestataires de soins en milieu hospitalier afin d'utiliser d'une façon plus efficiente les ressources financières disponibles, tout en promouvant la qualité des soins dont bénéficient les patients en milieu hospitalier. L'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers constitue un des moyens permettant d'atteindre ces objectifs au motif impérieux d'intérêt général et de contenir le risque grave et manifeste de déséquilibre financier du système de sécurité sociale de l'assurance maladie-maternité.

Afin de déterminer l'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers pour les années 2021 et 2022, il convient de se baser sur l'estimation du total des dépenses à charge de l'enveloppe budgétaire globale en 2020. Vu les incertitudes liées à l'épidémie COVID-19, l'IGSS a retenu une activité avant crise sanitaire servant de point de départ pour les estimations de l'enveloppe budgétaire globale pour les années 2021 et 2022. Les projections de l'IGSS, en considérant les besoins sanitaires des établissements hospitaliers, aboutissent à un taux de croissance nominal de l'enveloppe budgétaire globale de 7,5% pour l'année 2021 par rapport à l'enveloppe fixée de l'année 2020, et de 3,7% pour 2022 par rapport à l'enveloppe budgétaire globale de 2021.

Tableau 11 - Enveloppe budgétaire globale projetée pour 2021 et 2022 en millions EUR

2020	2021	2022
	7,5%	3,7%
1 182,9	1 271,9	1 318,5

La crise sanitaire, et par ricochet la crise économique actuelle, a des conséquences non négligeables sur l'économie luxembourgeoise et sur l'équilibre financier du système de sécurité sociale de l'assurance maladie-maternité. Ainsi les exigences en termes d'accessibilité aux soins de qualité et d'efficience du système de soins de santé auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers doivent aller de pair avec l'évolution de la situation financière du système de sécurité sociale de l'assurance maladie-maternité et de manière générale avec la situation des finances publiques du pays. En raison du contexte macroéconomique dégradé ainsi que des mesures prises par le Gouvernement pour pallier la crise du COVID-19, et sur base du Programme de stabilité (PSC) 2020 présenté par le Gouvernement en date du 29 avril 2020, les finances publiques du Luxembourg se verront détériorées sur les années à venir.

A politique inchangée, l'objectif budgétaire à moyen terme (OMT) est supposé ne pas être atteint en 2021, ni en 2022. Au regard de l'ampleur des défis à relever par l'ensemble de l'Union européenne, la Commission européenne a invoqué pour 2020 la clause pour récession économique sévère (« general escape clause ») du Pacte de stabilité et de croissance. Cette suspension effective de l'exigence d'atteindre ou de converger vers l'OMT et de respecter le seuil de déficit de Maastricht donne toute la marge de manœuvre nécessaire au Luxembourg afin de mobiliser les ressources requises pour pallier les effets de la crise. Quant au moyen terme, les finances publiques pourraient retrouver à terme l'équilibre budgétaire, sous condition que les défis sanitaires soient relevés de manière conséquente et que l'environnement économique sur les plans national et international revienne à la normalité.

Or la nature et l'envergure de la crise actuelle liée au COVID-19 appellent dans tous les cas à une vigilance accrue et à assurer durablement des finances publiques saines et équilibrées. Ainsi il est indiqué de cadrer la croissance des dépenses de façon à assurer de contribuer à l'atteinte de l'OMT à moyen terme et les dépenses devront dès lors honorer les taux de référence découlant du critère des dépenses (« expenditure benchmark ») du Pacte de stabilité et de croissance. En pratique, ce critère des dépenses

se compose d'un taux de référence réel, le potentiel de croissance de l'économie ajusté en fonction de l'effort nécessaire pour converger vers l'OMT, qui est adapté par l'évolution du déflateur du PIB pour obtenir un taux de référence nominal.

Tableau 12 - Critère du Pacte de stabilité et de croissance pour la croissance des dépenses publiques

	2021	2022*
Taux de référence réel	1,1%	1,0%
Déflateur du PIB	2,2%	1,8%
Taux de référence nominal	3,3%	2,8%

* Estimation préliminaire du Ministère des Finances.

Etant donné que le Luxembourg, en tant que petite économie ouverte exposée aux aléas conjoncturels et chocs externes, se doit de rétablir à terme l'équilibre de ses finances publiques, le taux de progression de l'enveloppe budgétaire globale devrait dès lors se rapprocher des taux de référence indiqués par le critère de dépenses du Pacte de stabilité et de croissance, tout en assurant les ressources financières adéquates et suffisantes aux établissements hospitaliers pour garantir l'accessibilité à des soins de qualité. Ainsi, et en vue d'anticiper un ajustement de la trajectoire des dépenses en ligne avec l'OMT dès 2021, les taux indiqués au tableau 12 peuvent servir de référence à la fixation des taux de progression réelle et nominale de l'enveloppe budgétaire globale. Dès lors l'IGSS propose d'aligner la croissance de l'enveloppe budgétaire globale davantage à la trajectoire liée à l'OMT. De ce fait l'IGSS retient d'appliquer une moyenne des taux de progressions résultant des projections de l'IGSS et de la trajectoire de l'OMT. Ainsi la progression du taux nominal proposée est de 5,4% pour 2021 et de 3,3% pour 2020.

Tableau 13 - Enveloppe budgétaire globale recommandée pour 2021 et 2022 en millions EUR

2020	2021	2022
	5,4%	3,3%
1 182,9	1 246,8	1 287,9

L'approche préconisée par l'IGSS permet de répondre aux besoins sanitaires demandés par les établissements hospitaliers, tout en incitant les parties concernées à gérer les deniers publics dans le respect des dispositions de l'article 23 du CSS qui stipule que les prestations doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés, sans pour autant dépasser l'utile et le nécessaire, doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être en conformité aux données acquises par la science et à la déontologie médicale, le tout s'inscrivant dans le contexte général des mécanismes visant le maintien de l'équilibre financier du système de sécurité sociale de l'assurance maladie-maternité. En effet, compte tenu des propositions de l'IGSS relatives à l'enveloppe budgétaire globale 2021 et 2022 et sur base de la situation financière de l'assurance maladie-maternité telle que présentée en comité quadripartite le 17 juin 2020, l'IGSS estime que le taux de cotisation à fixer en application de l'article 29 du CSS pour l'année 2021 serait de l'ordre de 5,9% ce qui correspondrait à des ressources financières supplémentaires à recevoir de l'ordre de 190 millions EUR.

Partant, le maintien du taux de cotisation au niveau actuel de 5,6%, et dès lors le maintien de l'équilibre financier de l'assurance maladie-maternité, ne pourrait être assuré pour l'année 2021 qu'à condition que l'Etat rembourse à la CNS, et tel que discuté lors du comité quadripartite le 17 juin 2020, d'un côté les moins-dépenses de l'ordre de 120 millions EUR à décharge du budget de l'Etat suite à la mesure du transfert ponctuel de la charge des indemnités pécuniaires de maladie de la Mutualité des employeurs (MdE) vers la CNS, et de l'autre côté, les moins-dépenses de l'ordre de 80 millions EUR à décharge du budget de l'Etat suite à la prise en charge par la CNS de l'accueil par les parents des enfants qui ne pouvaient pas être pris en charge par une école ou une structure d'accueil pendant les classes organisées en alternance. Une telle approche ne vise cependant pas à préjuger de l'issue des discussions, en cours ou futures avec le Gouvernement, portant sur des considérations financières en lien avec l'impact des mesures COVID-19 sur l'équilibre financier de l'assurance maladie-maternité.

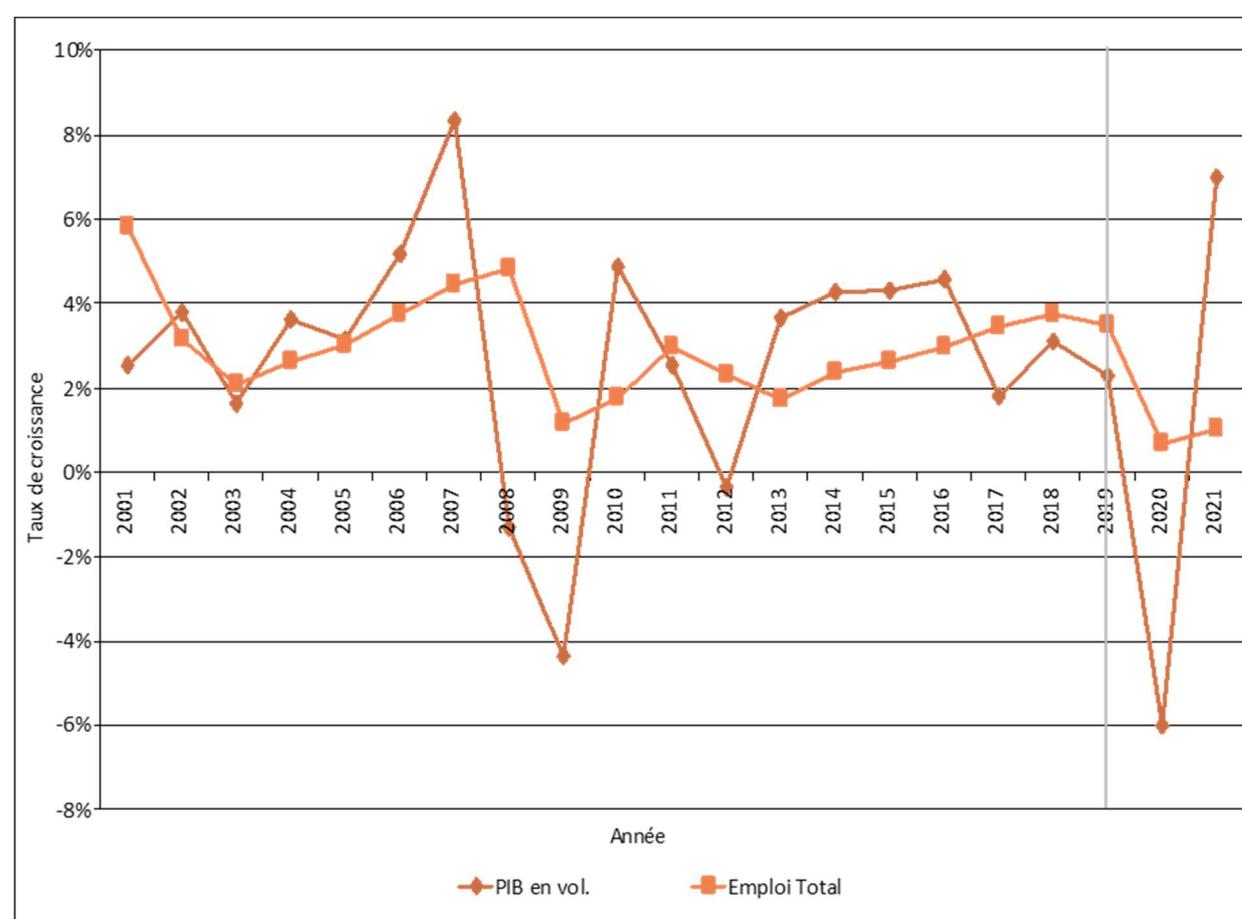
ANNEXE 1 - SITUATION ET PROJECTION MACRO-ÉCONOMIQUE DU LUXEMBOURG

La présente annexe se base sur le Programme de Stabilité et de Croissance du Grand-Duché de Luxembourg pour 2020.

1. SITUATION ÉCONOMIQUE DU PAYS – PROJECTION À COURT TERME

Le graphique 13 indique la croissance annuelle du produit intérieur brut (PIB en volume) et de l'emploi total entre 2001 et 2019. Pour ces mêmes paramètres, il présente les prévisions pour les années 2020 à 2021.

Graphique 13- Croissance annuelle du PIB et de l'emploi



Source : STATEC (PSC 2020)

La crise financière déclenchée en 2008 a mis fin à un cycle de forte croissance qui a duré 4 ans et au cours duquel la croissance annuelle moyenne du PIB a dépassé 5%. Il s'est ensuivi une entrée en récession de l'économie luxembourgeoise en 2008 puis une forte contraction de l'activité (-4,4%) l'année suivante.

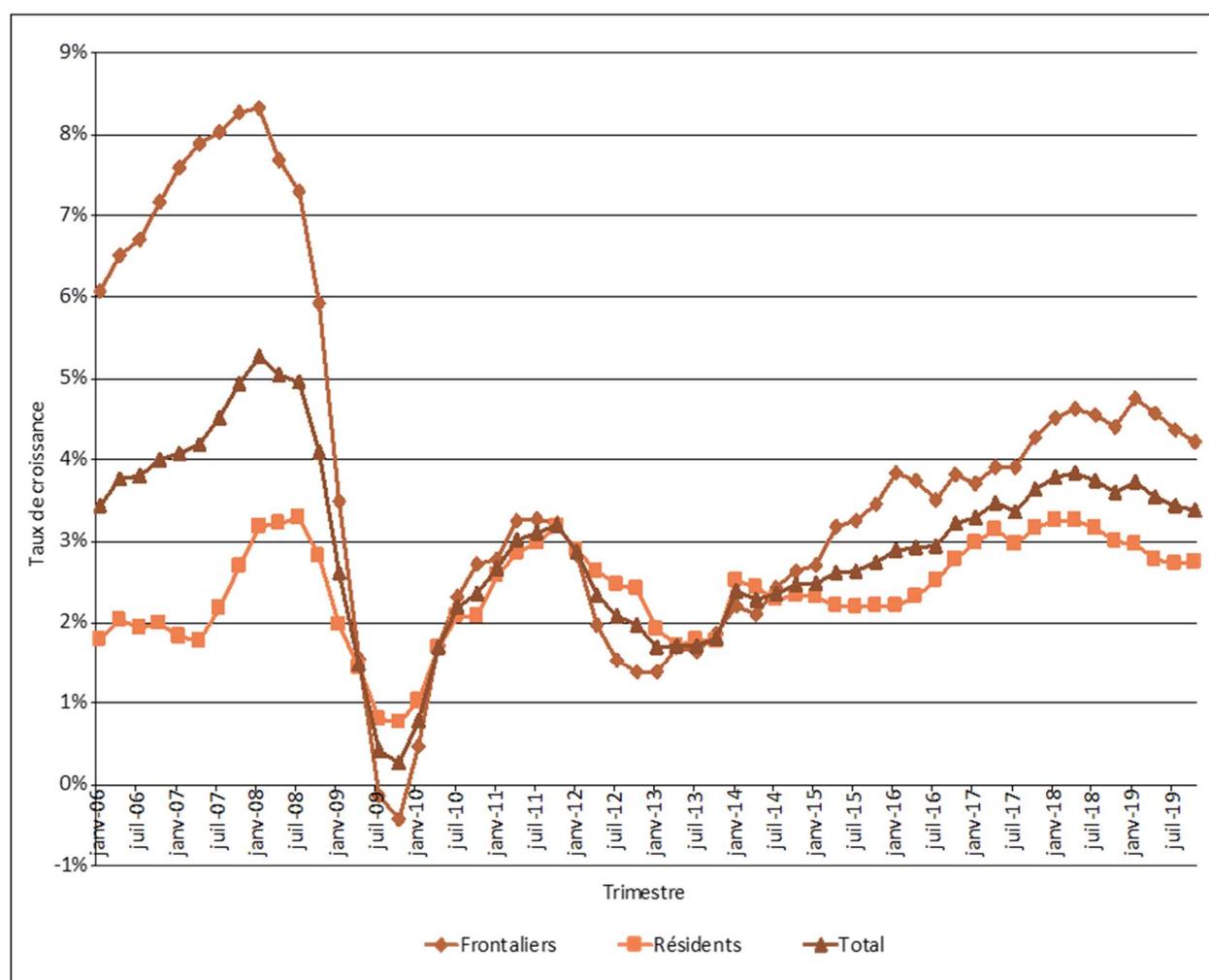
Le Luxembourg a renoué avec la croissance en 2010 mais cette embellie a été de courte durée. En effet, l'économie a de nouveau marqué le pas en 2011 avant d'afficher une nouvelle régression en 2012. Entre 2012 et 2019, l'activité a progressé de +3,4% par an en moyenne.

Du fait des mesures de confinement instaurées pour limiter les conséquences sanitaires de la pandémie du COVID-19, le PIB en volume devrait enregistrer un repli de 6% en 2020, suivi d'un rebond de 7% en 2021.

2. ÉVOLUTION RÉCENTE DE L'EMPLOI AU LUXEMBOURG – PROJECTION À COURT TERME

Après une période particulièrement faste où l'emploi n'a cessé d'accélérer, les premiers effets de la crise financière se sont faits sentir à partir du second trimestre 2008. Dès lors, la croissance de l'emploi s'est littéralement effondrée pour atteindre, au dernier trimestre 2009, son point le plus bas (-0,4%).

Graphique 14 - Croissance de l'emploi par rapport au trimestre correspondant de l'année précédente



Source : IGSS.

En 2010, l'emploi a recommencé à accélérer mais ce regain de dynamisme est resté éphémère, la situation sur le marché du travail s'étant à nouveau détériorée dès le second semestre 2011. A partir de la seconde partie de l'année 2013 et jusqu'au début de l'année 2019, l'emploi a régulièrement accéléré. Depuis le 2^e trimestre 2019, cette dynamique montre cependant quelques signes d'essoufflement. Sur l'ensemble de l'année, l'emploi affiche une croissance de +2,3% contre +3,1% en 2018. Au 31 décembre 2019, ce sont 470 309 personnes, dont 203 025 frontaliers (soit 43%), qui étaient présentes sur le marché du travail luxembourgeois.

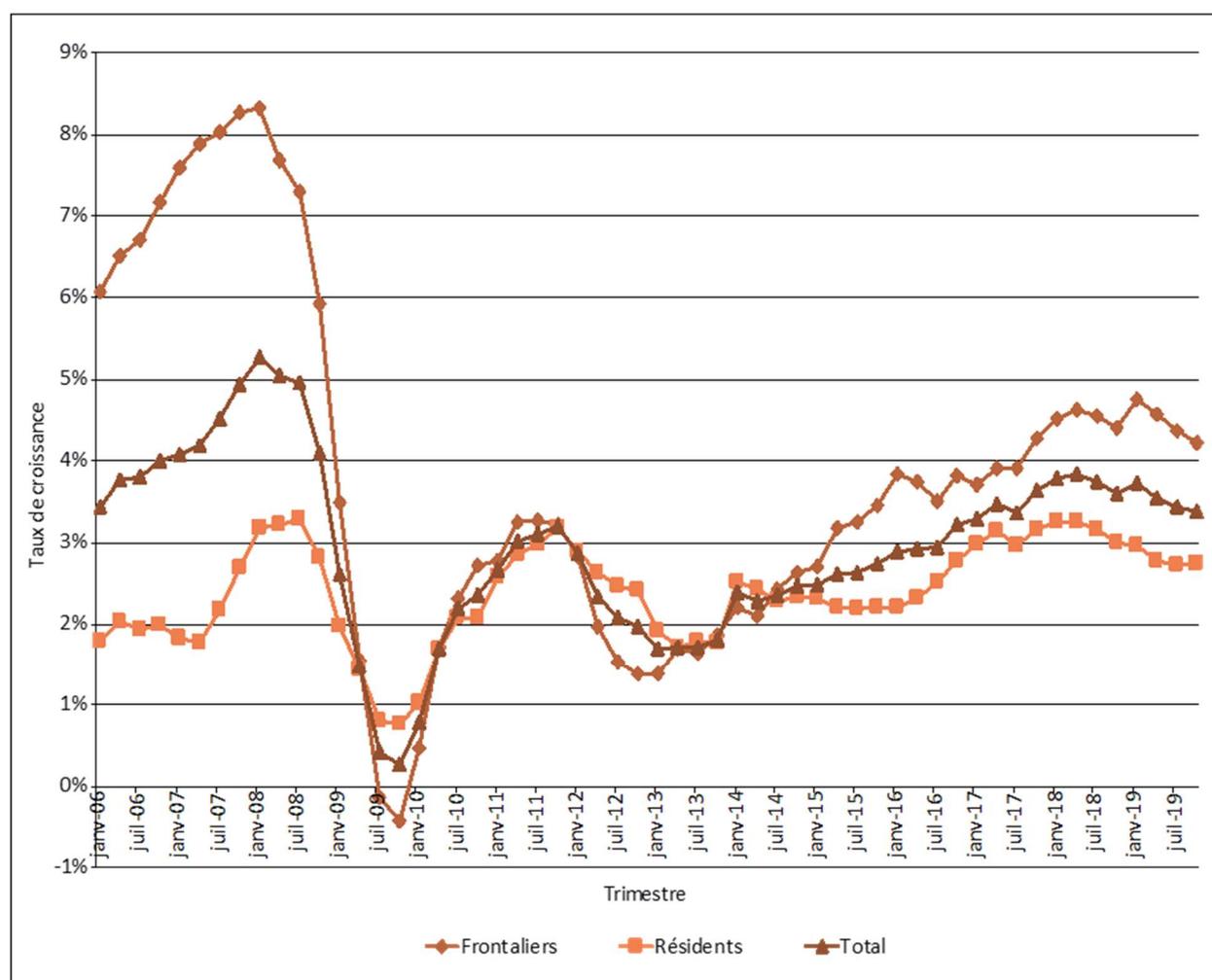
Sur la période 2020-2021, la crise sanitaire liée au COVID-19 devrait conduire à un fort ralentissement de l'emploi. La croissance annuelle moyenne prévue pour 2020 est de +0,7% et celle prévue pour 2021 de +1,0%.

En 2019, le montant des recettes de cotisations pour l'assurance maladie-maternité, prestations en nature, a atteint 1 789 millions EUR. Ces cotisations proviennent, à raison de 82%, des revenus des assurés actifs et, à raison de 18%, des pensions. Enfin, les cotisations pour prestations en nature ont représenté 95% de l'ensemble des recettes de cotisations du régime d'assurance maladie-maternité.

A l'exception de l'année 2011, où le taux de cotisation a été relevé de 5,4% à 5,6%, l'évolution des cotisations, réduites à l'indice 100, provenant des revenus des assurés actifs (respectivement pensions) suit une trajectoire proche de celle de la croissance de l'emploi (respectivement du nombre de pensionnés) (graphiques 15 et 16).

Le graphique 15 présente la croissance annuelle de l'emploi total et des cotisations pour l'assurance maladie-maternité, prestations en nature, des assurés actifs, entre 2007 et 2019, ainsi que les prévisions pour les années 2020 à 2021.

Graphique 15 - Croissance annuelle de l'emploi et des cotisations pour l'assurance maladie-maternité, prestations en nature, des assurés actifs



Source : IGSS-Printemps 2020.

Sur la période 2020-2021, la croissance des cotisations, réduites à l'indice 100, provenant des revenus des assurés actifs devrait être en moyenne de -0,2% par an. Sur ce même intervalle, la croissance annuelle de l'emploi devrait atteindre 0,9% en moyenne.

Le graphique 16 présente la croissance annuelle du nombre de pensionnés et de leurs cotisations pour l'assurance maladie-maternité, prestations en nature, entre 2007 et 2019, ainsi que les prévisions pour les années 2020 à 2021.

Graphique 16 - Croissance annuelle du nombre de pensionnés et de leurs cotisations pour l'assurance maladie-maternité, prestations en nature



Source : IGSS-Printemps 2020.

Sur la période 2020-2021, la croissance des cotisations, réduites à l'indice 100, provenant des pensions devrait être en moyenne de 4,3% par an. Sur ce même intervalle, la croissance annuelle du nombre de pensionnés (cotisants pour le régime d'assurance maladie luxembourgeois) devrait atteindre 2,5% en moyenne.

3. SITUATION FINANCIERE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE

Pour faire face à ses dépenses, l'assurance maladie-maternité applique un système de répartition avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à 10% du montant annuel des dépenses. En cas de non-respect prévisible de cette contrainte budgétaire, la loi prévoit une adaptation du taux de cotisation par le Conseil d'administration (ou encore l'introduction de mesures d'économie).

La majorité des ressources financières de la CNS (60%) provient de cotisations des assurés et des employeurs prélevés sur base des salaires. Les autres 40% sont supportés par le budget de l'État.

Le tableau 14 reprend la situation financière de l'assurance maladie-maternité. Il s'agit d'une estimation des recettes et dépenses de l'assurance maladie-maternité réalisée par la CNS et présentées au comité quadripartite le 17 juin 2020.

Tableau 14 - Situation financière de l'assurance maladie-maternité (en millions d'EUR)

Exercice	Décompte		Estimation	
	2018	2019	2020	2021
Echelle mobile des salaires	802,82	814,4	834,76	834,76
<i>Var. en %</i>	<i>1,00%</i>	<i>1,4%</i>	<i>2,5%</i>	<i>0,0%</i>
Recette courantes	3008,2	3203,3	3244,8	3307,2
<i>Var. en %</i>	<i>5,50%</i>	<i>6,5%</i>	<i>1,3%</i>	<i>1,9%</i>
Dépenses courantes	2875,8	3101,3	3795,8	3521,9
<i>Var. en %</i>	<i>6,40%</i>	<i>7,8%</i>	<i>22,4%</i>	<i>-7,2%</i>
<i>Evolution dépenses courantes hors COVID-19</i>			<i>7,00%</i>	<i>6,20%</i>
Solde des opérations courantes	132,4	102	-551	-214,7
<i>En % des dép. courantes</i>	<i>4,6%</i>	<i>3,3%</i>	<i>-14,5%</i>	<i>-6,1%</i>
Solde global cumulé	869,7	971,7	420,7	205,90
<i>Solde global cumulé/dép. courantes</i>	<i>30,2%</i>	<i>31,3%</i>	<i>11,1%</i>	<i>5,8%</i>
Fonds de roulement minimum	287,6	310,1	379,6	352,2
<i>Taux FDR/Dép. courantes</i>	<i>10,0%</i>	<i>10,0%</i>	<i>10,0%</i>	<i>10,0%</i>
Résultat de l'exercice	115,2	79,4	-620,4	-187,4
Résultat cumulé	582,1	661,5	41,1	-146,3

Source : CNS.

ANNEXE 2 - SITUATION FINANCIÈRE ET BUDGETS DEMANDÉS DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

1. SITUATION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Tableau 15 - Situation financière des établissements hospitaliers fin 2019

	Réserves	Résultat reporté	Résultat	Total résultat et réserves	Provisions
CHL	0	37 117 845	5 115 125	42 232 970	1 364 683
CHEM	0	33 381 210	5 409 995	38 791 205	4 733 060
HRS	78 896	737 768	151 456	968 119	31 350 632
CHdN	7 068 228	7 463 992	7 960 755	22 492 976	4 964 238
CHNP	0	27 243 174	4 856 839	32 100 013	7 218 704
HIS	0	2 208 247	16 934	2 225 181	561 155
CFB	911 091	6 905 579	893 340	8 710 010	3 054 124
INCCI	0	5 920 188	368 306	6 288 494	3 449 106
RZ	232 134	0	1 004 577	1 236 711	2 267 145
O90	5 211 929	627 621	1 543 054	7 382 604	0
CRCC	0	-186 634	-288 661	-475 295	932 423
LNS	0	8 421 974	3 651 463	12 073 437	4 671 038
Total	13 502 278	129 840 965	30 683 183	174 026 425	64 566 308

2. BUDGETS DEMANDÉS PAR LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS POUR LES ANNÉES 2021 ET 2022

Les hôpitaux introduisent les années paires leur demande de budget et leurs activités prévisionnelles pour les deux années à venir.

Les tableaux 16 et 17 montrent la base théorique 2020 comme si la pandémie COVID-19 n'avait pas eu lieu et la variation annuelle des budgets demandés³⁹ par les établissements hospitaliers pour 2021 et 2022 par type de dépense respectivement par établissement. L'estimation du budget 2020 a été faite sans prendre en compte la crise sanitaire liée au COVID-19 afin de pouvoir établir les budgets 2021 et 2022 à partir d'une situation normale et hors crise.

Les demandes des établissements hospitaliers ne tiennent pas compte d'une probable adaptation de la convention collective, de l'impact COVID-19 ainsi que d'autres projets non encore finalisés (clinique de l'environnement, collaboration CHEM avec Servior pour la mise en place d'une production alimentaire commune, un certain nombre de projets d'adaptation des infrastructures dont les services d'urgence, de nouveaux projets non encore discutés par la CPH/non encore autorisés par le Ministre de la santé.

Les budgets demandés pour frais fixes et frais variables (hors CRCC et LNS) s'élèvent pour 2021 à 1 201,3 millions EUR et pour 2022 à 1 241,8 millions EUR (y compris variation de 11 millions du budget FHL pour la réalisation d'un projet COM informatique (supplément FHL COM informatique)). En ajoutant le CRCC et le LNS, les budgets demandés s'élèvent à 1 244,9 millions EUR pour 2021 et à 1 285,9 millions EUR pour 2020.

³⁹ Les demandes budgétaires des établissements hospitaliers se basent sur l'hypothèse que le budget FHL reste identique.

Tableau 16 - Budget 2020 et variation annuelle des budgets demandés (sans CRCC et LNS) pour 2021 et 2022 par type de dépense (en millions EUR)

	2020	% base 2020	Variation		
			2020/2021	2021/2022	2020/2022
Frais fixes opposables	874,14	79,8%	10,1%	3,0%	13,5%
<i>Consommation fixe</i>	14,4	1,3%	12,5%	2,4%	15,1%
<i>Autres charges externes/d'exploitations</i> ¹⁾	109,5	10,0%	22,8%	1,4%	24,6%
<i>Personnel</i>	721,7	65,9%	8,3%	3,5%	12,1%
<i>Amortissement</i>	56,0	5,1%	8,2%	-2,1%	5,9%
<i>Charges financières</i>	0,4	-0,0%	34,4%	8,2%	45,4%
<i>Subvention</i>	-27,9	-2,5%	9,8%	-2,6%	6,9%
Frais variables ²⁾	221,4	20,2%	7,7%	4,7%	12,8%
Total	1 095,6	100%	9,7%	3,4%	13,3%

1) Y compris supplément de 11 millions EUR en 2021 par rapport à 2020 pour financement du projet COM informatique LUXITH de la FHL.

2) Y compris médicaments chers (cf. article 21 de la convention CNS/FHL).

Tableau 17 - Budget 2020 et variation annuelle des budgets demandés pour 2021 et 2022 par établissement (en millions EUR)

	2020	% base 2020	Variation		
			2020/2021	2021/2022	2020/2022
CHL	271,6	23,9%	6,3%	4,0%	10,6%
CHEM	253,8	22,3%	6,0%	2,6%	8,8%
CHNP	49,7	4,4%	9,5%	2,9%	12,8%
HIS	7,4	0,6%	36,4%	3,3%	40,9%
CFB	9,1	0,8%	3,2%	3,7%	7,1%
INCCI	28,3	2,5%	12,2%	5,8%	18,7%
Rehazenter	35,3	3,1%	13,1%	1,4%	14,7%
CHdN	141,1	12,4%	12,1%	3,6%	16,1%
Omega	3,7	0,3%	8,3%	2,6%	11,1%
HRS	295,7	26,0%	9,9%	3,5%	13,7%
CRCC	15,2	1,3%	1,8%	3,6%	5,5%
LNS	27,9	2,5%	0,7%	0,0%	0,7%
Total (sans suppl. COM informatique)	1 138,7	100,0%	8,4%	3,3%	12,0%
Total (avec suppl. COM informatique)	1 138,7	100,0%	9,3%	3,3%	12,9%

En ce qui concerne la réorganisation hospitalière COVID-19, les établissements estiment qu'ils auraient un besoin supplémentaire de 142,54 ETP par mois en phase modérée, et de 344,36 ETP en phase aiguë pour la prise en charge des patients COVID-19. Ils estiment que la phase modérée génère un surcoût mensuel de 268 593 EUR en frais variables, et de 2 467 317 EUR en frais fixes. Pendant la phase aiguë, le surcoût est estimé à 19 000 EUR en frais variables et à 4 543 030 EUR en frais fixes. Les estimations varient cependant fortement d'un établissement à l'autre (notamment car certains s'attendent à une baisse de leur frais variables, alors que d'autres s'attendent à une augmentation), et sont par conséquent difficilement comparables.

BIBLIOGRAPHIE

CNS. (2020). *Décompte annuel de l'assurance maladie-maternité - Exercice 2019*.

Fédération des hôpitaux luxembourgeois. (2019). Convention entre la CNS et FHL. (*Mémorial A - N°30 de 2013, Mémorial A - N°266 de 2014, Mémorial A - N°152 de 2016, Mémorial A - N°304 de 2019*).

FHL, OGBL, LCGB. (2019). Convention Collective du secteur hospitalier.

Ministère des Finances. (2020). *Circulaire aux départements ministériels - Projet de budget pour l'exercice 2021 - Programme pluriannuel 2020-2024*. Luxembourg.

Ministère des Finances. (2020). *Programme de Stabilité et de Croissance du Grand-Duché de Luxembourg 2020*.

OECD. (2019). *Panorama de la Santé / Health at a Glance*.

STATEC. Le portail des statistiques - www.statistiques.lu.

GLOSSAIRE

Activité non opposable	Il s'agit des services et prestations non couverts par la CNS, notamment parce que le bénéficiaire n'est pas un assuré de la CNS ou parce que l'activité n'est pas reprise dans le catalogue des activités couvertes par la CNS.
Activité opposable	Il s'agit des services et prestations couverts par la CNS.
CCT	Convention collective de travail
CFA	Centre de frais auxiliaires
CFB	Centre de radiothérapie François Baclesse
CHdN	Centre Hospitalier du Nord
CHEM	Centre Hospitalier Emile Mayrisch
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
CHNP	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
CNS	Caisse nationale de santé
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
CPH	Commission permanente pour le secteur hospitalier
CRCC	Centre de Réhabilitation du Château de Colpach
CSS	Code de la sécurité sociale
DMS	Durée moyenne de séjour
Durée de séjour	La durée de séjour renseigne le nombre de jours pendant lesquels un patient suit un traitement stationnaire dans un hôpital
Entité fonctionnelle (E.F.)	Une entité fonctionnelle désigne une section de frais de l'hôpital qui facture des prestations à la CNS.
Épisode	Un épisode d'hospitalisation commence avec l'hospitalisation du patient et se termine avec l'autorisation de rentrer soit à la maison soit dans une structure d'hébergement autre qu'un établissement hospitalier.
ETP	Équivalent temps plein
FHL	La Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (anciennement Entente des hôpitaux luxembourgeois EHL) est l'association représentant les institutions de Santé du secteur aigu (hôpitaux et cliniques), respectivement du secteur long séjour (établissements de soins) au niveau de leurs directions.
Haus Omega - O90	Centre de soins palliatifs pour personnes en fin de vie
HIS	Hôpital Intercommunale de Steinfort
HRS	Hôpitaux Robert Schumann
Hospitalisation complète	Hospitalisation avec nuitée
Hospitalisation de jour	Hospitalisation avec entrée et sortie le même jour, sans présence à minuit. Il ne faut pas la confondre avec un passage en policlinique ou un traitement ambulatoire à l'hôpital (dialyse etc).

INCCI	Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle
LNS	Laboratoire National de Santé
MdE	Mutualité des employeurs
OMT	Objectif à moyen terme
PPA	La parité de pouvoir d'achat (PPA) est un taux de conversion monétaire qui permet d'exprimer dans une unité commune les pouvoirs d'achat des différentes monnaies. Ce taux exprime le rapport entre la quantité d'unités monétaires nécessaire dans des pays différents pour se procurer le même « panier » de biens et de services (définition INSEE).
PPR - Population protégée résidente	Il s'agit de la population résidente couverte par l'assurance maladie-maternité nationale
Prestations en nature	Prestations pour soins de santé
PSC	Programme de stabilité et de convergence
Rehazenter	Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation
Unité d'œuvre (UO)	Une unité d'œuvre désigne les prestations d'une entité fonctionnelle

SOMMAIRE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Établissements hospitaliers visés par l'enveloppe budgétaire globale	7
Tableau 2 - Nombre de lits budgétisés en 2020	8
Tableau 3 – Personnel opposable à la CNS en 2020 ^{1 2)} (en emploi temps plein - ETP)	8
Tableau 4 - Niveau des investissements hospitaliers financés par l'État	13
Tableau 5 - Répartition et croissance des prestations facturées opposables à la CNS par type de prise en charge	19
Tableau 6 - Répartitions des prestations facturées opposables en 2018 selon frais variables et frais fixes (sans LNS et CRCC).....	24
Tableau 7 – Estimation de la base 2020 servant de point de départ pour les projections de 2021 et 2022	28
Tableau 8 - Facteurs pris en compte dans la projection des frais fixes et variables de l'enveloppe budgétaire globale.....	28
Tableau 9 – Prévisions du STATEC de l'échelle mobile des salaires	29
Tableau 10 - Projection des coûts hospitaliers pour 2021 et 2022 (en millions EUR)	30
Tableau 11 - Enveloppe budgétaire globale projetée pour 2021 et 2022 en millions EUR	34
Tableau 12 - Critère du Pacte de stabilité et de croissance pour la croissance des dépenses publiques. 35	
Tableau 13 - Enveloppe budgétaire globale recommandée pour 2021 et 2022 en millions EUR	35
Tableau 14 - Situation financière de l'assurance maladie-maternité (en millions d'EUR).....	40
Tableau 15 - Situation financière des établissements hospitaliers fin 2019	41
Tableau 16 - Budget 2020 et variation annuelle des budgets demandés (sans CRCC et LNS) pour 2021 et 2022 par type de dépense (en millions EUR)	42
Tableau 17 - Budget 2020 et variation annuelle des budgets demandés pour 2021 et 2022 par établissement (en millions EUR).....	42

SOMMAIRE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 - Fréquence et durée moyenne des séjours des hospitalisations aiguës complètes par classe d'âge et sexe en 2018.....	15
Graphique 2 - Fréquence des hospitalisations de jour aiguës, par classe d'âge et sexe en 2018.....	15
Graphique 3 - Coût moyen journalier à charge de la CNS pour un séjour hospitalier par classe d'âge en 2018.....	16
Graphique 4 - Coût moyen journalier à charge de la CNS pour un séjour hospitalier avec salle OP facturée par classe d'âge en 2018	17
Graphique 5 - Pourcentage de la population protégée résidente et des frais hospitaliers par classe d'âge en 2018, ainsi que leur rapport (axe secondaire)	17
Graphique 6 - Durée moyenne de séjour de 2009 à 2018 - hospitalisation complète aiguë - standardisation selon patients hospitalisés en 2018	18
Graphique 7 - Évolution du nombre d'hospitalisations aiguës complètes.....	18
Graphique 8 - Répartition de la fréquence annuelle des unités d'œuvre par entité fonctionnelle en 2018 (sans LNS et CRCC).....	21
Graphique 9 - Répartition des frais annuels des unités d'œuvre par entité fonctionnelle en 2018 (sans LNS et CRCC).....	21
Graphique 10 - Taux de croissance et taux de croissance moyen entre 2014 et 2018 des 10 types d'unités d'œuvre les plus coûteuses (sans LNS et CRCC).....	22
Graphique 11 - Taux de croissance et taux de croissance moyen entre 2014 et 2018 des différents types de prise en charge (sans LNS et CRCC)	23
Graphique 12 - Évolution et croissance annuelle des frais fixes et variables des budgets hospitaliers (y compris LNS et CRCC)	26
Graphique 13- Croissance annuelle du PIB et de l'emploi	36
Graphique 14 - Croissance de l'emploi par rapport au trimestre correspondant de l'année précédente	37
Graphique 15 - Croissance annuelle de l'emploi et des cotisations pour l'assurance maladie-maternité, prestations en nature, des assurés actifs.....	38
Graphique 16 - Croissance annuelle du nombre de pensionnés et de leurs cotisations pour l'assurance maladie-maternité, prestations en nature.....	39