

 LA SÉCURITÉ SOCIALE - 2016

RAPPORT D'ANALYSE PRÉVISIONNEL DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS



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

Inspection générale de la sécurité sociale

Version : 31 août 2016

Auteurs : WEISGERBER Christine

Sommaire

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	8
1.4 LE PERSONNEL MÉDICAL	9
1.5 LE PERSONNEL SOIGNANT	9
1.6 LE PERSONNEL ADMINISTRATIF	9
1.7 LES ACCORDS SALARIAUX.....	10
1.8 LE PROJET DE LOI RELATIF AUX ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET À LA PLANIFICATION HOSPITALIÈRE	12
2 POLITIQUE D'INVESTISSEMENT	14
2.1 L'INTERVENTION DE L'ÉTAT DANS LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ ET DES INFRASTRUCTURES HOSPITALIÈRES	14
2.2 LE FONDS DES INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS.....	14
2.3 LES FRAIS D'INVESTISSEMENTS À CHARGE DE LA CNS	15
3 UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET PROJECTIONS.....	17
3.1 ANALYSE DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE EN 2014	17
3.2 PROJECTIONS DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE	22
4 BUDGETS ET COMPTES HOSPITALIERS.....	26
4.1 DESCRIPTION DU SYSTÈME BUDGÉTAIRE	26
4.2 LES BUDGETS ACCORDÉS	27
4.3 ESTIMATION DU BUDGET SUR BASE DES PROJECTIONS DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE.....	30
5 CONCLUSION ET PROPOSITION POUR LA FIXATION DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE	34
BIBLIOGRAPHIE.....	37
ANNEXE 1 - RÉFÉRENCES LÉGALES, CONTEXTE NATIONAL ET EUROPÉEN	38
ANNEXE 2 - SITUATION ET PROJECTION MACRO-ÉCONOMIQUE DU LUXEMBOURG... 	42
ANNEXE 3 - SITUATION FINANCIÈRE ET BUDGETS DEMANDÉS DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS	49
ANNEXE 4 - GLOSSAIRE ET RELEVÉ DES ENTITÉS FONCTIONNELLES	51
ANNEXE 5 - SOURCE DES DONNÉES	54
ANNEXE 6 - SOMMAIRES	55

Rapport en vue de la fixation de l'enveloppe budgétaire des établissements hospitaliers

INTRODUCTION

Le rapport d'analyse prévisionnel des établissements hospitaliers en vue de la fixation de l'enveloppe budgétaire des établissements 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. L'article 74 du code de la sécurité sociale (CSS) prévoit « ... l'établissement d'un rapport d'analyse prévisionnel sur les établissements hospitaliers par l'Inspection générale de la sécurité sociale. 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, la Caisse nationale de santé (CNS) et la Commission permanente pour le secteur hospitalier (CPH) demandées en leur avis. »

1 PAYSAGE HOSPITALIER

1.1 LES ÉLÉMENTS DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE

Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et en tenant compte de la croissance économique du pays (Art. 74 du CSS).

L'enveloppe couvre les frais de personnel (à l'exception des frais médicaux), les frais de consommation, les frais pour immeubles et équipements, les frais de gestion, les frais d'investissements courants, les frais financiers, les frais d'amortissement (à raison de 20% des frais d'investissement¹) ainsi que les frais relatifs à des infrastructures et services communs dans la mesure où ces infrastructures et ces services sont nécessaires à l'activité opposable des établissements hospitaliers.

L'enveloppe budgétaire globale 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 domicile².

¹ Pour autant que ces investissements s'inscrivent dans le contexte de l'activité opposable à la CNS et pour autant qu'ils ont été autorisés et subventionnés par le Ministère de la Santé (voir chapitre 2).

² Art. 1 du Règlement grand-ducal du 11 août 2011 précisant les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire (voir Annexe 1.4).

1.2 LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS BUDGÉTISÉS

D'après les dispositions du CSS et de la loi hospitalière, les établissements suivants sont compris dans l'enveloppe budgétaire globale:

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

Nom de l'établissement	Site(s)	Catégorie	Région hospitalière
ÉTABLISSEMENTS AIGUS			
Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)	Luxembourg, Eich	Centre hospitalier régional	Centre
Hôpital Kirchberg (HK) + Maternité Dr. Bohler	Luxembourg	Centre hospitalier régional ¹⁾	Centre
ZithaKlinik	Luxembourg	Hôpital général ¹⁾	Centre
Clinique Ste Marie (CSM) ³⁾	Esch-Alzette	Hôpital de proximité ¹⁾	Sud
Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM)	Esch-Alzette, Dudelange, Differdange	Centre hospitalier régional	Sud
CENTRE HOSPITALIER DU NORD (CHdN)	Ettelbruck, Wiltz	Centre hospitalier régional	Nord
Centre national de radiothérapie François Baclesse (CFB)	Esch-Alzette (site du CHEM)	Service à vocation nationale	²⁾
Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle (INCCI)	Luxembourg (site du CHL)	Service à vocation nationale	²⁾
ÉTABLISSEMENTS MOYEN SÉJOUR			
Rehazenter (Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation)	Luxembourg	Service à vocation nationale	²⁾
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) (+ annexes) ⁴⁾	Ettelbruck	Service à vocation nationale	²⁾
Hôpital Communal Steinfort (HIS)	Steinfort	Centre de rééducation gériatrique	²⁾
ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL POUR PERSONNES EN FIN DE VIE			
Haus Omega	Luxembourg-Hamm	Service à vocation nationale	²⁾

1) Fusion des hôpitaux en mars 2014 -> naissance du groupe Hôpitaux Robert Schuman (HRS)

2) En raison de leur vocation nationale et nonobstant du site d'implantation, ces établissements ne peuvent pas être attribués à une région hospitalière déterminée.

3) L'autorisation d'exploitation de la CSM est arrivée à échéance le 31 décembre 2013 (Plan hospitalier national, 2009). « La clinique Ste Marie n'est plus classée en tant qu'hôpital de proximité depuis le 1er janvier 2014. Conformément au règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national sa mission se résume principalement à une prise en charge gériatrique non aiguë de patients âgés. »³

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

³ Source : Ministère de la Santé - Renseignement fourni en date du 6 juin 2016.

La taille des établissements ressort du tableau 2 reprenant le nombre de lits et de places de surveillances, ainsi que leur personnel opposable à la CNS pour 2016.

Tableau 2 - Nombre de lits et personnel opposable à la CNS en 2016

	Nombre de lits et places de surveillance				Personnel en ETP	
	Soins normaux	dont rééducation gériatrique	Soins intensifs	Places de surveillance	Total	Personnel soignant
CHEM	599	30	43		1 441,5	997,4
CHL	526		53	22	1 380,2	1 076,3
CHdN	336	15	21	16	790,1	582,7
HRS	753	30	34	28	1 741,6	1 235,2
<i>HK</i>	323		22	10	850,7	632,0
<i>ZithaKlinik</i>	244	30	12	10	562,5	379,4
<i>CSM</i>	118				173,1	105,1
<i>C. Dr. Bohler</i>	68			8	155,3	118,7
CHNP	237				348,5	238,0
Rehazenter	72				239,2	187,7
HIS	30	30			60,2	36,1
Haus Omega	15				22,2	17,8
CFB	10				48,6	32,3
INCCI	9		8		83,6	71,7
TOTAL	2587	105	159	66	6 155,7	4 475,0

Source : plan hospitalier et CNS

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

Le budget annuel de la FHL est compris, de manière indirecte, dans l'enveloppe budgétaire globale. En effet, la FHL est financée par les cotisations des établissements hospitaliers. En 2016, le budget opérationnel s'élève à 1,8 million EUR auquel s'ajoutent encore des budgets pour la réalisation de « Contrats d'objectifs et de moyens⁴ », dont le montant est estimé à 2,5 millions EUR en 2016.

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 2015⁵ » publié par l'OCDE (OCDE, 2015). 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'emploi⁶ dans le secteur de la santé et le secteur social a connu une hausse annuelle de 5,6% entre 2002 et 2012. La hausse dans le secteur de la santé et le secteur social s'explique en partie

⁴ COM physique médicale, COM informatique et COM achat.

⁵ Nom de l'édition anglaise : « Health at a glance ».

⁶ 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.

par l'introduction et le développement de l'assurance dépendance à partir de 1999. La Belgique a connu une hausse de 2,9 %, l'Allemagne de 2,8% et la France de 1,8%.

En 2013, on compte au Luxembourg 11,9 infirmiers⁷ par 1 000 habitants. La moyenne en 2013 des pays membres de l'OCDE s'élève à 9,1 infirmiers par 1 000 habitants. L'Allemagne compte 13,0 infirmiers par 1 000 habitants, la Belgique 9,5 (en 2012) par 1 000 habitants et la France 9,4 par 1 000 habitants pour cette même année.

Le Luxembourg compte 4,25 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 (2,8), mais également de nos voisins (3,25 en Belgique (en 2012), 3,2 en Allemagne et 2,8 en France).

1.4 LE PERSONNEL MÉDICAL

La rémunération des médecins, salariés ou libéraux, n'est pas comprise dans les budgets hospitaliers. Tous les soins médicaux sont facturés à l'acte, en principe directement au patient.

Les budgets des établissements assurant le service d'urgence comprennent des indemnités forfaitaires à destination des médecins de garde. Cette indemnité s'ajoute aux honoraires médicaux perçus lors de la garde.

1.5 LE PERSONNEL SOIGNANT

La dotation en personnel soignant 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 compte notamment 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. Il s'agit d'un outil pour la mesure de la charge de travail qui est reconnu sur le plan international. Or, à notre connaissance, le Luxembourg est le seul pays qui utilise ce système également pour déterminer la dotation et la budgétisation des frais du personnel soignant. Pour organiser la collecte des données du PRN, le besoin actuel en personnel s'élève à 17,75 ETP de la carrière ES5⁸ pour l'ensemble des établissements hospitaliers.

La rémunération moyenne annuelle brute des infirmiers diplômés s'élève en 2015 à 83 243 EUR par ETP⁹. En comparaison internationale (OCDE, 2015), le revenu des infirmiers pour 2013 en hôpital au Luxembourg se trouve en 1^{re} place avec 88 287 USD PPA¹⁰, précédant de loin les États-Unis (70 610 USD PPA) et l'Irlande (61 527 USD PPA). La rémunération des infirmiers dans les pays voisins se situe largement en dessous du niveau luxembourgeois et s'élève à 37 428 USD PPA en France (en 2012), à 48 184 USD PPA en Allemagne (en 2010) et à 54 064 USD PPA en Belgique (en 2012).

1.6 LE PERSONNEL ADMINISTRATIF

Pour gérer les hôpitaux, la loi sur les établissements hospitaliers¹¹ dispose que la direction est confiée à un directeur nommé par l'organisme gestionnaire. Pour les établissements de plus de 175 lits, le directeur est assisté par des chefs de département pour le département des soins, le département médical et le département administratif et technique.

⁷ 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.

⁸ Educateur-gradué diplômé, infirmier hospitalier gradué, laborantin, diététicien, ergothérapeute, psychomotricien, assistant d'hygiène sociale, assistant social, orthophoniste, kinésithérapeute

⁹ Source : FHL

¹⁰ 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).

¹¹ Articles 27 à 29 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Il est intéressant dans ce contexte de comparer le rapport entre staff dédié à l'activité principale soignante¹² et staff administratif. En 2016, le nombre d'ETP négocié et opposable dans le domaine administratif hospitalier s'élève à 826 unités. Ces ETP représentent 13,2% de l'ensemble du personnel accordé opposable. Ce taux est cependant sous-évalué étant donné que le personnel assurant des fonctionnalités logistiques et dont un certain nombre travaille en sous-traitance, n'est pas compris dans ce chiffre¹³. Pour la plupart des établissements et groupes hospitaliers, le rapport entre professionnels de santé et administratifs se situe entre 11,4% et 14,8%. Pour trois établissements de plus petite taille, ce taux est cependant plus élevé (17,3%, 17,4% et 27,5%).

1.7 LES ACCORDS SALARIAUX

La majorité des rémunérations du personnel des établissements hospitaliers, à l'exception du Haus Omega, est régie par la convention collective du secteur hospitalier (FHL, OGBL, LCGB, 2005). Haus Omega n'est pas membre de la FHL, et son personnel est rémunéré sur base de la convention collective de travail pour employés privés et pour ouvriers du secteur d'aide et de soins.

Il faut toutefois noter que la convention collective ne s'applique pas à la majorité des membres de la direction.

Quand on analyse l'évolution des conventions collectives du secteur hospitalier, on peut constater qu'elles sont largement inspirées des accords salariaux négociés dans la fonction publique. Ainsi toute modification de la rémunération dans la fonction publique a eu des retombées sur la convention collective des établissements hospitaliers, et par conséquent sur l'enveloppe budgétaire globale opposable à la CNS.

Les accords salariaux de la fonction publique n'ont pas pour autant été transposés tels quels, mais ont été adaptés au contexte spécifique du secteur hospitalier résultant notamment dans une différence au niveau des rémunérations, de la durée de travail hebdomadaire brute normale (7,6 heures réparties sur 5 jours de travail dans le secteur FHL) et des jours de congé annuel.

On peut mentionner également que le contrat collectif du secteur hospitalier prévoit des clauses strictes concernant toute mutation du personnel en cas de fusions ou de synergies entre établissements. Il s'ensuit que des mesures de rationalisation n'auront à court terme qu'un faible impact sur les dépenses hospitalières où les frais de personnel représentent la majeure partie.

Les dispositions suivantes de l'accord salarial du 15 juillet 2011 ont été transposées pour la fonction publique par les lois du 25 mars 2015 relatives en la matière :

- une allocation d'une prime unique de 0,9% du traitement barémique ;
- une augmentation de la valeur du point indiciaire de 2,2% ;
- un reclassement de certaines des carrières du personnel soignant ;
- la prolongation des périodes de stage de 2 à 3 ans avec une pondération des rémunérations de début de carrière sur la durée du stage ;
- ainsi que la suppression de la majoration de l'indice équivalente à la moitié de la différence entre l'indice correspondant à l'échelon du moment de l'agent et l'indice de l'échelon suivant.

Vu le nombre restreint de postes infirmiers auprès de l'État, c'est un facteur qui influence peu les dépenses globales auprès de l'État. Dans le secteur hospitalier, par contre, une revalorisation pareille aura un impact financier beaucoup plus important, d'autant plus qu'elle risque de générer des demandes de revalorisation d'autres carrières.

¹² Hors activité médicale qui fonctionne sur une base libérale (Belegarztsystem).

¹³ Selon l'établissement, certaines fonctionnalités logistiques sont assurées par des entreprises externes (p.ex. cuisine, nettoyage, ...) ou ne sont pas offertes (p.ex. crèche, ...). Le personnel assurant des fonctionnalités logistiques a donc été retiré afin d'offrir une meilleure comparabilité entre les différents établissements.

L'accord du 28 novembre 2014 entre le Gouvernement et la CGFP, l'OGBL et le LCGB stipule que « *le Gouvernement s'engage à respecter l'application de ces articles qui prévoient la transposition des adaptations générales et catégorielles des rémunérations, des traitements et des conditions de travail dans la fonction publique sur les salariés tombant sous le champ d'application des conventions collectives de travail.* »

En ce qui concerne la définition d'une méthodologie permettant la comparaison entre les rémunérations, accessoires de rémunération et autres acquis des parties concernées, des travaux antérieurs menés au sein d'un groupe d'experts dédié au niveau de l'Administration du personnel de l'État (APE) n'ont pas permis de dégager une méthodologie adéquate et une solution à la problématique demeure à trouver.

La quantification de l'impact sur les carrières à retenir se base sur des cas types évoqués dans la loi du 25 mars 2015, pour lesquels l'exposé des motifs du projet de loi indiquait un effet de l'ordre de 30% après remplacement intégral de toutes les carrières actuellement en place par des carrières revalorisées.

De plus comme cette transition sera réalisée progressivement et se terminera une fois que tous les agents actuels auront terminé leur carrière, l'impact annuel moyen peut être estimé en fonction de la durée de cette phase transitoire considérée (de l'ordre de 1% sous l'hypothèse d'une phase transitoire de 30 années).

L'application aux secteurs SAS (secteur d'aide et de soins et secteur social) et FHL de l'approche pragmatique décrite ci-dessus (effet global estimé à 30% après remplacement intégral des carrières actuellement en place par des carrières revalorisées, et à 1% en moyenne annuelle) permet d'estimer de manière grossière l'impact sur ces secteurs du reclassement de certaines carrières qui s'appliquent depuis le 1^{er} octobre 2015 dans le cadre des réformes dans la fonction publique.

La transposition des accords salariaux de la fonction publique étant opérée par des négociations des conventions collectives de travail dans les deux secteurs FHL et SAS, la méthode esquissée permet d'établir une borne supérieure à la trajectoire des dépenses supplémentaires pour frais de personnel (quelque 1% par an en moyenne) avant prise de mesures compensatrices.

Dans l'hypothèse d'une neutralité financière intégrale de la transposition dans le temps, il s'agira dès lors d'annuler, parallèlement à un relèvement structurel de 2,2%, mesure qui n'est pas limitée à quelques carrières spécifiques dans la fonction publique, mais qui y est intégralement compensée par le réaménagement du début de carrière (stage et du système d'annales), la progression supplémentaire des dépenses résultant de la revalorisation.

Il se pose alors la question de l'apport final net pour les salariés du secteur des mesures de revalorisation.

À l'heure actuelle, les négociations pour une nouvelle convention collective du secteur hospitalier n'ont pas abouti et les impacts financiers à court et à long terme sont difficiles à prévoir. Toutefois, suivant les dernières informations disponibles, il semble peu probable qu'un accord soit négocié avant la fin de 2016 entre la FHL et les syndicats, impliquant que la prime unique de 0,9% du salaire annuel et l'augmentation de la valeur du point indiciaire de 2,2% seront d'application au plus tôt à partir de 2017.

En ce qui concerne la revalorisation des carrières, il est proposé de prévoir pour l'établissement des enveloppes 2017 et 2018 une croissance de 2% en 2017, suivie de 1% en 2018 des frais pour le personnel soignant (72,7% de l'ensemble du personnel accordé par la CNS en 2016) afin d'offrir la marge de manœuvre financière nécessaire à l'aboutissement des négociations pour une nouvelle convention collective. Cette façon de procéder est censée donner une latitude suffisante lors des négociations, mais n'empêche absolument pas de prévoir des mesures compensatrices (i.e. neutralité financière dans la fonction publique).

1.8 LE PROJET DE LOI RELATIF AUX ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET À LA PLANIFICATION HOSPITALIÈRE

La future loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, dont l'avant-projet de loi a été adopté par le Conseil de gouvernement lors de la séance du 13 juillet 2016, aura des impacts, à court, moyen et long terme, sur l'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers. Dans le cadre de ce rapport, on se limite aux conséquences à court terme dont l'impact majeur provient de la modification de l'article 60 du CSS, élargissant le cercle des prestataires concernés par l'enveloppe budgétaire globale.

Le paragraphe suivant esquisse l'impact financier probable du projet de loi, toutes choses étant égales par ailleurs :

De manière générale, il est à supposer que l'organisation des établissements hospitaliers ne changera pas du jour au lendemain et que par conséquent les adaptations structurelles préconisées par le projet de loi n'impacteront point l'enveloppe budgétaire globale prévue à l'article 74 du CSS à court terme. Outre les dispositions relatives à l'organisation des établissements hospitaliers, certaines mesures ponctuelles auront un impact financier, et nécessiteront donc par ricochet une adaptation de l'enveloppe budgétaire globale. Ainsi en ce qui concerne la budgétisation d'un établissement spécialisé en réhabilitation physique et post-oncologique, un surcoût de l'ordre de 2 millions EUR à charge de la CNS est à retenir. Suite au changement du mode de financement par rémunération des actes et soins (assurance maladie-maternité et assurance dépendance) en un financement par budgétisation, l'impact sur l'enveloppe budgétaire globale sera de l'ordre de **4 millions**. En ce qui concerne la budgétisation des services d'anatomie pathologie et de génétique humaine des montants de **13,4 millions EUR** pour 2017 et **15,7 millions EUR** pour 2018 ont été estimés par le Laboratoire national de santé (LNS). Or, en ce qui concerne ce coût, il faudra faire abstraction des actes facturés aussi sur base d'une prise en charge au niveau budgétaire déjà d'application actuellement de l'ordre de **1 million EUR**. Par ailleurs, du fait que le LNS est financé par voie budgétaire, des économies respectives sont à retenir pour le budget de l'État. La mise en place de la documentation hospitalière engendrera des surcoûts en termes de frais de personnel et de frais d'infrastructures. En ce qui concerne les services de documentation hospitalière des dotations supplémentaires en ressources humaines de l'ordre de 20 ETP sont à prévoir, engendrant une dépense supplémentaire de l'ordre de 3 millions EUR et à prévoir dans le cadre de l'enveloppe budgétaire globale. Aussi, la CNS supportera activement la mise en place de la documentation hospitalière ICD-10-CM/ICD-10-PCS (outils, licences, formations, etc..) et par conséquent une provision de l'ordre de 2 millions EUR est à retenir à ce sujet. Il reste à préciser qu'actuellement cette démarche relative à la documentation des diagnostics et des procédures est déjà mise en place par la CNS au niveau conventionnel et qu'ainsi les coûts relatifs ne sont donc pas exclusivement imputables au projet de loi. En conclusion, à court terme l'impact financier restera limité (réaffectation des sources de financement plutôt que la création de nouveaux besoins de financement). À moyen et long terme par contre la marge de manœuvre en relation avec la fixation du nombre maximum de lits et des réorganisations structurelles incorpore un risque financier potentiel qu'il s'agit de minimiser. Ainsi pour les exercices postérieurs des évaluations régulières seront nécessaires afin de quantifier l'impact financier résultant d'éventuelles adaptations dans le secteur hospitalier.

Aucune phase transitoire n'est prévue par le projet de loi pour l'inclusion des deux établissements (établissement spécialisé en réhabilitation physique et post-oncologique, services d'anatomie pathologie et de génétique humaine) dans l'enveloppe globale et aucun mécanisme n'est prévu dans le Code de la sécurité sociale pour adapter cette dernière une fois que le Conseil de gouvernement aura fixé les enveloppes pour 2017 et 2018.

L'article 5 du règlement grand-ducal du 11 août 2011 précisant les règles d'établissement [...] ¹⁴ permet à la CNS de déduire une réserve pour imprévus ne pouvant dépasser deux pour cent du montant de

¹⁴ Voir sous Annexe 1.4

l'enveloppe budgétaire globale. L'enveloppe restante étant répartie entre les établissements hospitaliers.

L'idée de cette réserve est de pouvoir couvrir des dépenses supplémentaires par exemple suite à des activités supérieures à celles négociées ou une augmentation non prévisible des prix (p.ex. frais de chauffage).

En intégrant dès à présent des budgets pour ces deux prestataires dans l'enveloppe budgétaire globale, la CNS devra constituer une réserve de moyens financiers en attendant le vote de la loi. À ce moment-là, elle risque de ne pas respecter l'article 5 précité si la loi entre en vigueur après le 31 décembre 2016. En effet, elle devrait alors mettre de côté une réserve qui dépasse 2% afin de pouvoir couvrir les budgets des nouveaux établissements et les imprévus.

L'analyse de l'IGSS se limite aux prestataires prévus à l'article 60 du CSS en vigueur au moment de la rédaction de ce rapport. Par ailleurs, le tableau synthétique reprenant les demandes de budgets spécifiques et des activités prévisionnelles des établissements hospitaliers (cf. art. 3. du règlement précité) fournis par la CNS avant le 15 juillet 2016, ne contient pas de données pour les nouveaux établissements prévus par le projet de loi.

Selon une estimation grossière se basant sur les éléments disponibles dans le projet de loi, l'enveloppe budgétaire globale devrait être augmentée en 2017 de 16,4 millions EUR (4 + 13,4 – 1 millions EUR) et en 2018 de 18,7 millions EUR (4 + 15,7 – 1 millions EUR).

L'IGSS propose au Conseil de gouvernement de prévoir un supplément mensuel de 1,4 million EUR en 2017 et de 1,6 million EUR en 2018 à ajouter à l'enveloppe budgétaire globale à partir du moment où la loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière entre en vigueur.

Cette façon de procéder permettra à la CNS de négocier les budgets spécifiques selon la législation actuelle. Une fois la nouvelle loi en vigueur, la CNS disposera des moyens nécessaires pour adapter éventuellement les budgets négociés avec les établissements hospitaliers aux nouvelles dispositions et négocier les budgets spécifiques avec les deux nouveaux établissements.

2 POLITIQUE D'INVESTISSEMENT

2.1 L'INTERVENTION DE L'ÉTAT DANS LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ ET DES INFRASTRUCTURES HOSPITALIÈRES

Pour faire face à ses dépenses, l'assurance maladie-maternité applique un système de répartition avec constitution d'une réserve qui varie entre 10% et 20% des dépenses. Le budget arrêté doit obligatoirement se trouver en équilibre. En cas de déficit (ou d'excédent) prévisible, la loi prévoit une adaptation du taux de cotisation par le comité directeur (ou encore l'introduction de mesures d'économie) afin d'aligner l'évolution des recettes avec celle des dépenses.

La majorité des ressources de la CNS (60%) provient de cotisations des assurés prélevées sur base des salaires ou d'autres revenus. Les autres 40% sont supportés par le budget de l'État¹⁵.

D'une manière générale, les budgets hospitaliers (sans les frais médicaux associés et sans les frais d'investissement à charge du budget de l'État) sont à l'origine de 3,6% des dépenses consolidées des administrations publiques.

La quasi-totalité des infrastructures hospitalières est financée par des fonds publics, en provenance du budget de l'État, ou des cotisations prélevées par les assurances sociales. Conformément à l'article 11¹⁶ de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, l'État finance, à raison de 80%, via le « *fonds des investissements hospitaliers* » les infrastructures suivantes, autorisées par le ministre de la Santé :

- les grands projets de construction ou de modernisation ;
- les équipements et appareils coûteux nécessitant une planification nationale figurant sur une liste annexée au plan hospitalier national¹⁷.

Le solde de 20% est pris en charge par la CNS 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.

Ainsi la majeure partie des dépenses pour les infrastructures hospitalières est financée par des moyens fiscaux. Il faut souligner dans ce contexte que les charges de la CNS pour frais d'amortissement et frais d'exploitation augmentent en fonction du volume des subventions publiques pour des investissements mobiliers et immobiliers du secteur hospitalier.

2.2 LE FONDS DES INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS

Les enveloppes d'investissement pour les « grands projets de construction ou de modernisation » sont fixées par une convention conclue entre l'État et l'établissement hospitalier. Le modèle de convention a été défini par un règlement grand-ducal¹⁸.

¹⁵ La participation de l'État est majorée de 20 millions EUR par an jusqu'au 31 décembre 2013 suite à l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité (Art. 28 du CSS). Cette mesure a été prorogée pour 2018 par la loi budgétaire.

¹⁶ L'article 11, dans sa forme actuelle, comporte encore un renvoi vers l'article 16 abrogé par la loi du 27 décembre 2010 (Mémorial A-242). L'article 16 prévoyait qu'une loi spéciale fixe, pour chaque projet individuel, un montant à ne pas dépasser.

¹⁷ Annexe 4 : Tableau des équipements et appareils soumis à planification.

¹⁸ Règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le modèle de la convention avec les hôpitaux fixant les modalités de la participation de l'État dans les investissements hospitaliers (Mémorial A n°63 page 1211 du 23 mai 2001).

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

- À : Partie opposable et subventionnable
- B : Partie subventionnable mais non opposable à la CNS (exemple : chambres à un lit, dites 1^{re} 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 ...)

Il faut insister dans ce contexte sur le volet très important des **frais d'exploitation** qui sont supportés à 100% par le *budget de la CNS*. Ces frais sont cofinancés indirectement par le *budget de l'État* qui intervient pour 40% dans le financement des cotisations pour prestations en nature.

Avant 2011, le financement de tous les grands projets d'investissement hospitaliers à charge du fonds, devait être fixé par une loi spéciale¹⁹. Suite à la réforme du secteur de la santé et l'abolition de l'article 16 de la loi hospitalière, le financement est géré dans la législation concernant la gestion budgétaire de l'Etat et les fonds budgétaires spéciaux.

Le tableau 3 ci-après retrace l'évolution des investissements de l'État à partir de 2007.

Tableau 3 - Fonds des investissements hospitaliers : dépenses annuelles ajustées¹⁾

Exercice	Montant (en millions EUR)
2007	49,2
2008	48,5
2009	55,1
2010	44,5
2011	43,8
2012	33,5
2013	37,4
2014	28,4
2015 ²⁾	56,2
2016 ²⁾	55,0

1) Source : *Projet de loi de programmation financière pluriannuelle*

2) *Évolution prévisionnelle*

En moyenne annuelle, le niveau des investissements hospitaliers financés par l'État entre 2007 et 2016 se situe autour de 45 millions. Les dépenses majeures en 2015 et 2016 concernent le Centre Mère-Enfant du CHL et les travaux de modernisation et/ou d'extension du CHEM et de la ZithaKlinik.

2.3 LES FRAIS D'INVESTISSEMENTS À CHARGE DE LA CNS

La CNS intervient à plusieurs niveaux dans le domaine des investissements hospitaliers :

1. Participation à l'amortissement des grands investissements

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. Pour les grands investissements

¹⁹ La dernière en date était la loi du 21 juin 1999, modifiée par la suite le 18 juillet et le 19 décembre 2003, le 21 décembre 2004 et le 23 mars 2009.

hospitaliers, mentionnés à l'article 11 de la loi hospitalière, l'État participe à raison de 80%. Les 20% restants sont donc à charge de la CNS.

2. Par le biais de l'enveloppe budgétaire globale, la CNS finance également les investissements courants, les investissements médico-techniques et les investissements informatiques des établissements hospitaliers. Cette enveloppe d'investissement qui, au niveau des montants, a peu évolué au cours des dernières années, se présente ainsi pour 2017 :

- 13,53 millions EUR investissements courants (rénovation, mobilier, etc...)
- 3,5 millions EUR investissements médico-techniques
- 1,0 million EUR investissements informatiques

Les investissements médico-techniques et informatiques sont négociés dans le cadre de la CTI (Commission technique d'investissement FHL-CNS). En ce qui concerne les contrats de maintenance, dont le coût s'ajoute aux acquisitions, la CNS prend en charge un financement annuel allant jusqu'à 10% du prix d'achat en ce qui concerne le médico-technique et jusqu'à 20% en ce qui concerne l'informatique.

L'enveloppe courante d'investissement est fixée, pour les grands établissements aigus, en fonction du nombre de lits et au niveau de l'activité.

Pour les petites structures spécialisées ou de moyen séjour (CHNP, Rehazenter, INCCI, HIS, Centre François Baclesse, Haus Omega), ces montants sont négociés annuellement en fonction de besoins spécifiques.

Les différentes enveloppes d'investissements, allouées annuellement, sont financées par la CNS par le biais d'amortissements en fonction du calendrier de réalisation des investissements, qui est déterminé par les établissements. Pour cette raison il est difficile d'établir un bilan pluriannuel des dépenses d'investissement annuelles, étant donné que les investissements ne sont pas toujours réalisés la même année où le financement a été accordé.

3 UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET PROJECTIONS

3.1 ANALYSE DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE EN 2014

Considérant le retard avec lequel les établissements hospitaliers ont transmis les données de facturation pour 2015, l'analyse se base sur la situation en 2014 afin de disposer de données les plus complètes possible²⁰.

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 Haus Omega* : 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 médicotextuels de l'hôpital sans passage en policlinique et des patients dont l'hospitalisation n'est pas encore terminée²¹. Les unités d'œuvres 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'œuvres les plus sollicitées sont les suivantes en 2014 : imagerie médicale 36,9% ; physiothérapie 22,9% ; laboratoire 9,3% ; ergothérapie 8,2% ; hémodialyse 6,5%. Dans la plupart des cas (83,7%), 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).

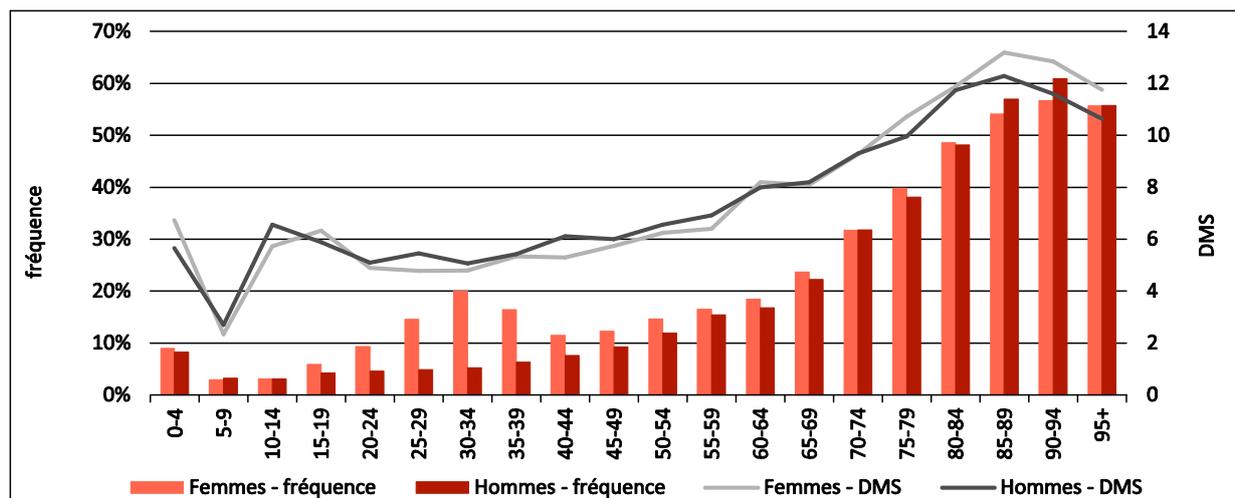
Le graphique 1 montre la fréquence²² et la durée moyenne de séjour (DMS) par sexe et classe d'âge pour les hospitalisations complètes aiguës (avec nuitée) de la population protégée résidente (PPR)²³. On note une fréquence d'hospitalisation plus importante des femmes entre 20 et 39 ans qui s'explique par des prises en charge dans le cadre d'une grossesse. D'une manière générale, la fréquence et la DMS augmentent avec l'âge.

²⁰ Les statistiques se basent sur la situation connue en mars 2016 (extraction des données utilisées).

²¹ 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. Elles sont facturées en tant qu'activités extrahospitalières depuis l'introduction de la loi portant réforme du système de soins de santé (17/12/2010).

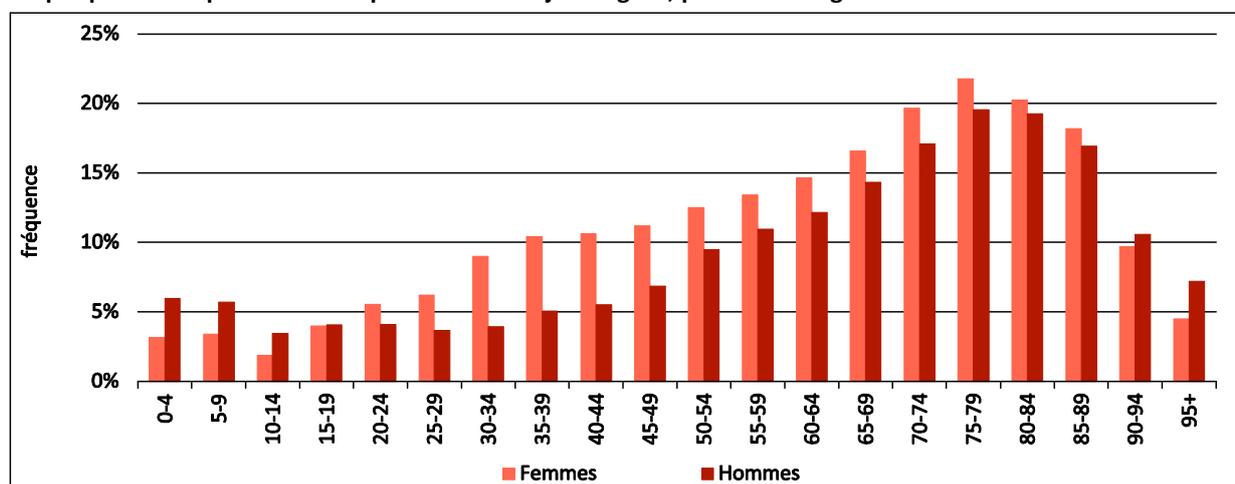
²² Nombre d'hospitalisations par effectif de la population protégée résidente en fonction de classe d'âge et sexe.

²³ 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 2014


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. Les durées d'hospitalisation dépassent souvent largement les durées d'hospitalisations moyennes pour les personnes âgées de 65+.

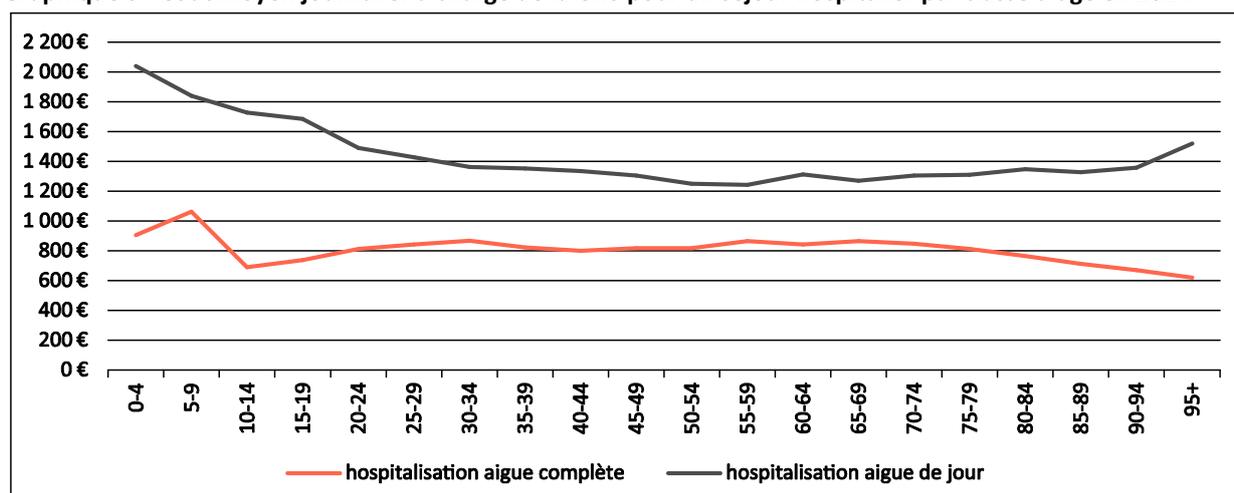
Il est vrai qu'un certain nombre de lits hospitaliers est bloqué par des personnes âgées en attente d'une place dans un établissement à séjour continu ou de soins, ce qui engendre des frais inutiles pour l'assurance maladie et représente des inconvénients majeurs pour les patients. En effet, il est démontré pour des personnes âgées fragiles, que le risque de perte d'autonomie et des infections nosocomiales augmente avec la durée d'hospitalisation²⁴.

Graphique 2 - Fréquence des hospitalisations de jour aiguës, par classe d'âge et sexe en 2014


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.

²⁴ La future loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière prévoit l'installation de lits de moyen séjour afin de remédier à cette problématique.

Graphique 3 - Coût moyen journalier à charge de la CNS pour un séjour hospitalier par classe d'âge en 2014



Le graphique 3 montre le coût moyen journalier (hors frais médicaux) à charge de la CNS²⁵ par classe d'âge en 2014 pour une hospitalisation aiguë complète et pour une hospitalisation de jour.

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 7,5 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.

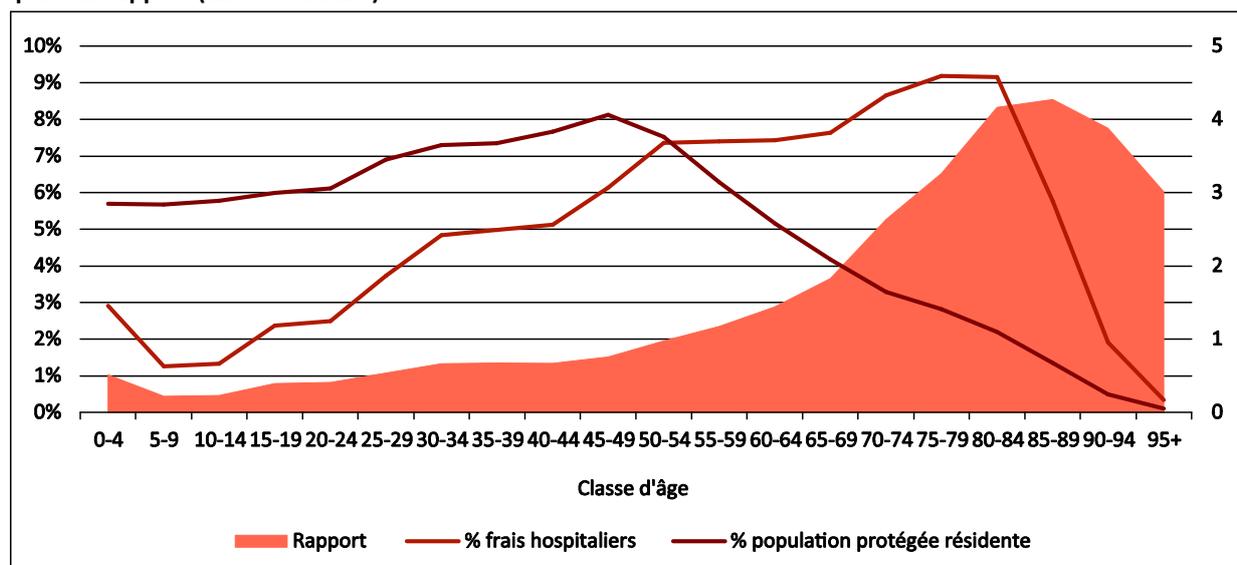
Le coût moyen journalier pour une hospitalisation complète diminue avec l'âge du patient, ce qui s'explique notamment par l'augmentation de la durée moyenne de séjour, des séjours sans intervention chirurgicale, des interventions moins compliquées et des soins palliatifs.

Les frais médicaux liés à une hospitalisation complète ou une hospitalisation de jour, s'élèvent en moyenne, en 2014 à 20% respectivement 18% des frais d'hospitalisation²⁶.

²⁵ Il convient de noter que les frais facturés à la CNS par personne (données sur lesquelles se base cette statistique) ne représentent pas le coût réel occasionné par cette personne à l'hôpital. Sur base des constats des années précédentes, la CNS négocie avec les établissements pour le budget à venir, un coût moyen par unité d'œuvre pour les différentes entités fonctionnelles (salle OP, soins normaux, soins intensifs, ...). Ainsi les frais facturés à la CNS pour une personne admise en soins normaux, nécessitant la présence d'une infirmière toutes les heures est le même que pour une personne nécessitant la présence d'une infirmière qu'une seule fois par jour, alors que le coût réel pour le premier cas est bien plus élevé que celui du deuxième cas. Voir 4.1.

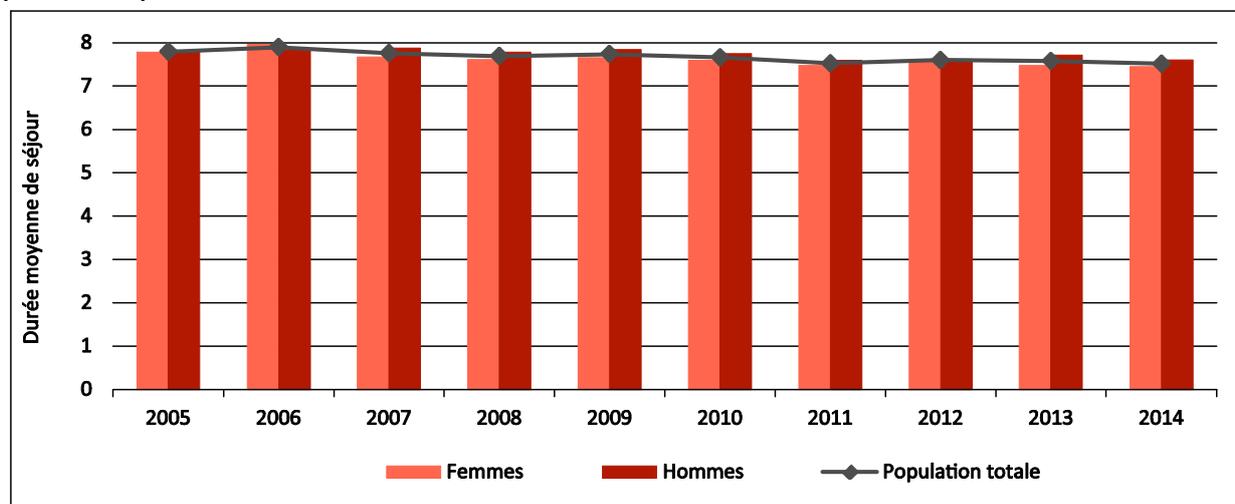
²⁶ Estimation IGSS. Ce taux ne peut pas être appliqué pour connaître les frais médicaux liés à un passage policlinique, une dialyse, etc.

Graphique 4 - Pourcentage de la population protégée résidente et des frais hospitaliers par classe d'âge, ainsi que leur rapport (axe secondaire)



Le graphique 4 donne le pourcentage de la population protégée résidente 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 7,4% des frais hospitaliers alors qu'elle représente seulement 5,2% 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.

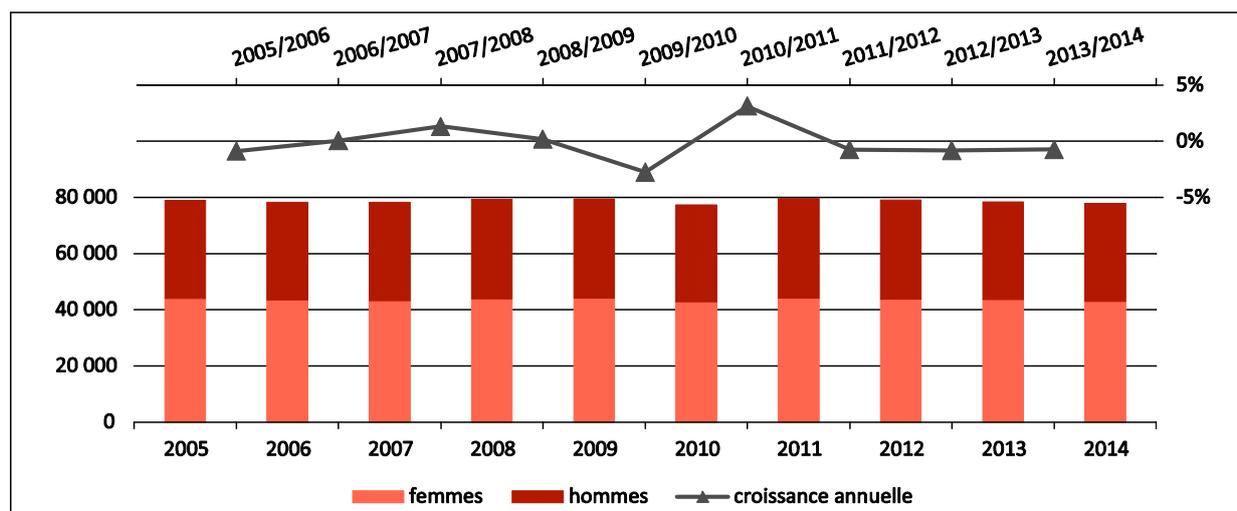
Graphique 5 - Durée moyenne de séjour de 2005 à 2014 - hospitalisation complète aiguë - standardisation selon patients hospitalisés en 2014



Le graphique 5 ci-avant, montre l'évolution de la durée moyenne de séjour standardisée²⁷ entre 2005 et 2014 pour les hospitalisations aiguës complètes. La DMS n'a guère évolué au cours des dernières années. En 2014, la DMS atteint 7,52 jours en moyenne globale. En 2014, 12,4% des admissions pour une hospitalisation complète aiguë ont une durée supérieure à 2 semaines mais ces hospitalisations représentent 51,5% de l'ensemble des nuitées.

²⁷ Normalisation selon la population hospitalisée en 2014, i.e. même nombre d'hospitalisations par âge et sexe pour les années 2005 à 2014.

Graphique 6 - Évolution du nombre d'hospitalisations aiguës complètes



Le graphique 6 montre le nombre d'épisodes d'hospitalisations aiguës complètes entre 2005 et 2014. Le nombre d'admissions recule légèrement depuis 2012 (baisse annuelle de 0,7%) et se situe en 2014 aux alentours de 78 000 admissions, alors que la population protégée résidente a progressé de 6,2% entre 2011 et 2014.

Le tableau 4 montre la répartition des prestations facturées opposables en 2012 et 2013 entre les différents types de prise en charge, ainsi que leur croissance réelle entre 2012 et 2013²⁸. Le total des prestations facturées opposables équivaut à peu près aux budgets négociés des hôpitaux. On observe certains changements dans la répartition des prestations facturées entre 2012 et 2013. Ainsi, la part de l'hospitalisation aiguë complète a diminué de 0,6% pour se situer à 59,7% en 2013. Une augmentation de l'hospitalisation de jour (+0,6%) et des activités de policlinique (+0,7%) montre un développement des traitements ambulatoires²⁹. L'observation que le nombre d'hospitalisations aiguës complètes ainsi que leur durée moyenne connaissent une faible diminution entre 2012 et 2013 se confirme au niveau de la croissance réelle (n.i. 100). En effet, les prestations facturées opposables pour des hospitalisations aiguës complètes ont connu une croissance réelle négative de -2,64% entre 2012 et 2013, tandis que pour les hospitalisations de jour, on constate une croissance réelle de 4,77%.

Tableau 4 - Répartition et croissance des prestations facturées opposables à la CNS par type de prise en charge

	Répartition		Croissance réelle
	2012	2013	2012/2013
Hospitalisation aiguë complète	60,3%	59,7%	-2,64%
Hospitalisation de jour (aiguë et autre)	8,1%	8,7%	4,77%
Hospitalisation Reha + CHNP + OMEGA	8,2%	8,0%	-4,26%
Policlinique sans hospitalisation	13,1%	13,8%	3,88%
Autres cas	10,3%	9,9%	-5,12%
Total	100,0%	100,0%	-1,57%

²⁸ Les hospitalisations ne peuvent être classées dans les différents types de prise en charge qu'une fois l'épisode terminé. Les épisodes de longues durées, notamment en psychiatrie, empêchent d'avoir une image fiable pour l'année 2014, raison pour laquelle l'année 2014 n'est pas reprise.

²⁹ Ceci ne permet cependant pas de dire qu'il y a un shift des activités stationnaires vers l'ambulatoire. La réalisation d'une étude, analysant des procédures chirurgicales susceptibles d'être réalisées en ambulatoires, donnerait plus d'informations sur ce sujet.

3.2 PROJECTIONS DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE

Hypothèses pour les projections :

Projection basée sur l'évolution observée entre 2010 et 2014 des différents types de prise en charge:

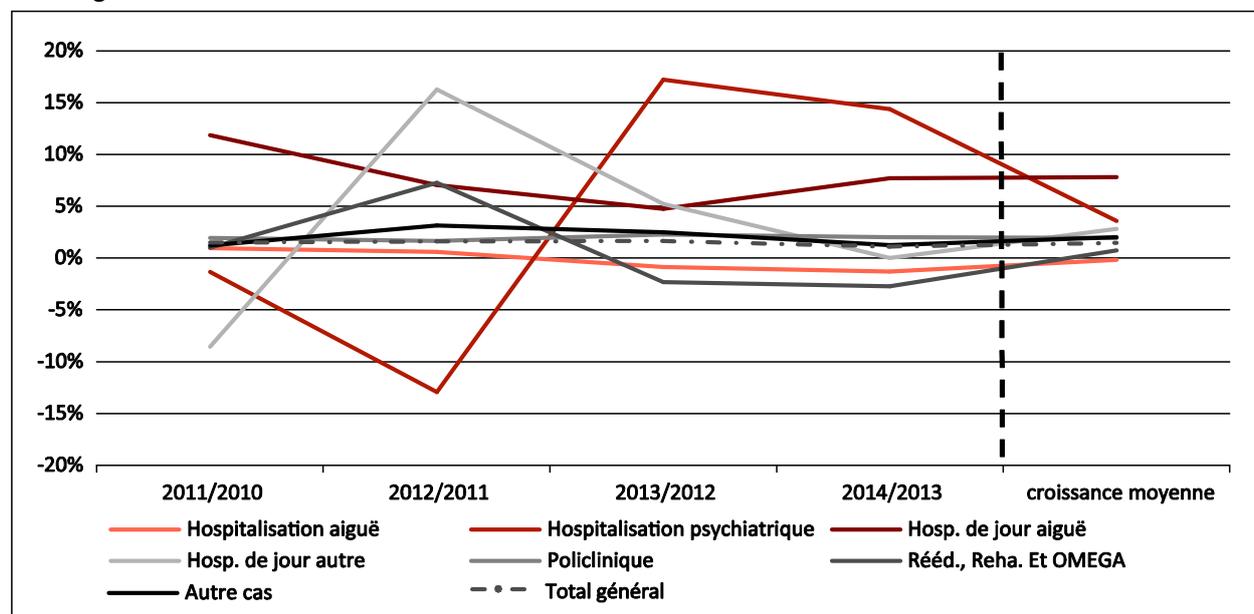
- Projection du nombre de prises en charge en appliquant le taux de croissance annuel moyen observé³⁰ entre 2010 et 2014.
- Estimation de la croissance des dépenses : application du coût moyen par type de prise en charge (pour frais fixes et frais variables) observé en 2014 au nombre de contacts projetés en tenant compte des principaux facteurs influant sur le coût (tranches indiciaires, négociations salariales).

Projection basée sur l'évolution observée entre 2010 et 2014 des unités d'œuvres (U.O.) des différentes entités fonctionnelles (E.F.) :

- Projection des *unités d'œuvres produites* par les entités fonctionnelles en appliquant le taux de croissance annuel moyen observé³¹ entre 2010 et 2014.
- Estimation de la croissance des dépenses : application du coût moyen par unités d'œuvre (pour frais fixes et frais variables) observé en 2014 au nombre d'unités d'œuvre projetées en tenant compte des principaux facteurs influant sur le coût (tranches indiciaires, négociations salariales).

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

Graphique 7 - Taux de croissance et taux de croissance moyen entre 2010 et 2014 des différents types de prise en charge³²



Le graphique 7 montre l'évolution entre 2010 et 2014 des différents types de prise en charge hospitalières, du total ainsi que leur taux de croissance moyen entre 2010 et 2014. Il n'y a pas de grande fluctuation annuelle en ce qui concerne l'ensemble des différents types de prise en charge (entre 1,1% et 1,6%). Au niveau du détail, de plus fortes fluctuations sont observées qui peuvent s'expliquer par

³⁰ Avec une croissance minimale de 0,5% et maximale de 6%.

³¹ Avec une croissance minimale de 0,5% et maximale de 6%.

³² Evolution des nuitées en cas d'hospitalisation complète

plusieurs facteurs : modification de la prise en charge financière (p.ex. : introduction d'une participation financière en 2011 pour les traitements de jour en psychiatrie et en policlinique), fermetures temporaires de services pour rénovations ou restructuration, mise en place de capacités supplémentaires. Afin de dégager un angle d'approche plus homogène, on considère donc le taux de croissance moyen de 2010 à 2014.

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 2010 et 2014 par type de traitement hospitalier, avec fixation d'un taux minimum (à savoir 0,5%) et d'un taux maximum (à savoir 6%). Cette manière de procéder tient compte de l'évolution démographique et des progrès thérapeutiques³³. 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 2014 est appliqué à la projection du nombre des hospitalisations pour les années 2015-2018, afin d'estimer l'augmentation des coûts (indice 100). **Il résulte de la projection de l'activité basée sur l'évolution des différents types de prise en charge, une croissance réelle de 1,4% en 2017 respectivement de 1,4% en 2018 pour les frais fixes et de 1,9% en 2017 respectivement de 2,0% en 2018 pour les frais variables³⁴.**

La consommation de frais fixes et de frais variables³⁵ diffère par type de prise en charge, étant donné que les ressources nécessaires pour l'exécution des tâches varient. Le tableau 5 donne la répartition entre frais fixes et frais variables selon le type de prise en charge. Cette différence explique pourquoi la projection prévoit des estimations individuelles pour frais fixes et pour frais variables.

Tableau 5 - Répartitions des prestations facturées opposables en 2014 selon frais variables et frais fixes

Type de prise en charge	Frais variables	Frais fixes
Hospitalisation aiguë complète	15,2%	84,8%
Hospitalisation Reha + CHNP + Omega	5,5%	94,5%
Hospitalisation de jour (aiguë et autre)	31,0%	69,0%
Policlinique sans hospitalisation	22,6%	77,4%
Autres cas	18,1%	81,9%
Total	17,2%	82,8%

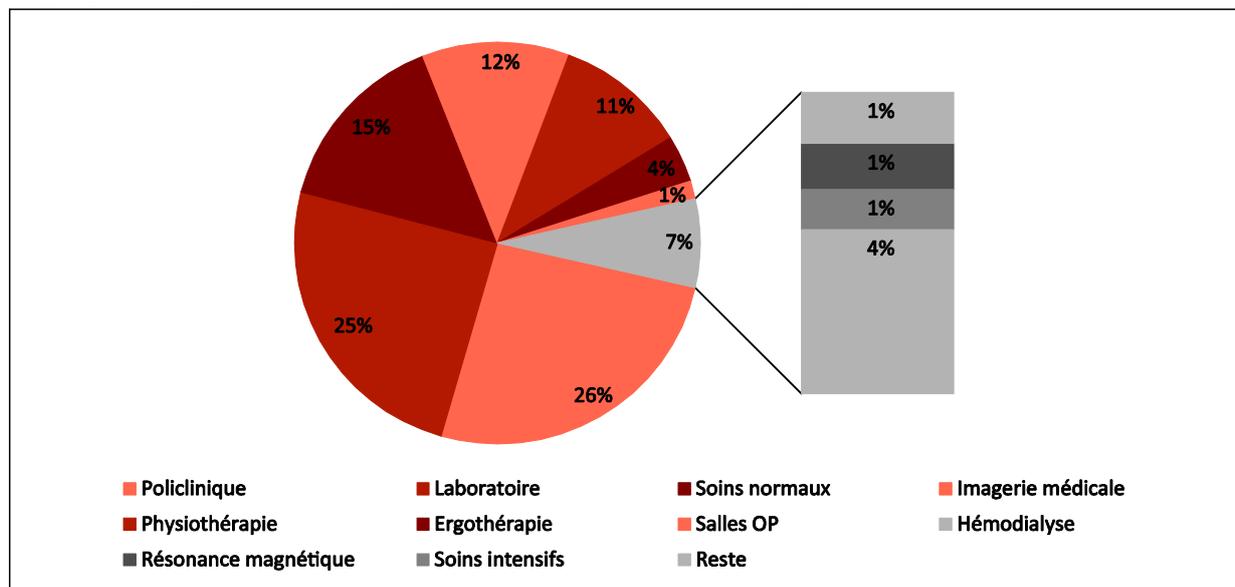
³³ Car supposées identiques à l'évolution passée.

³⁴ 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.

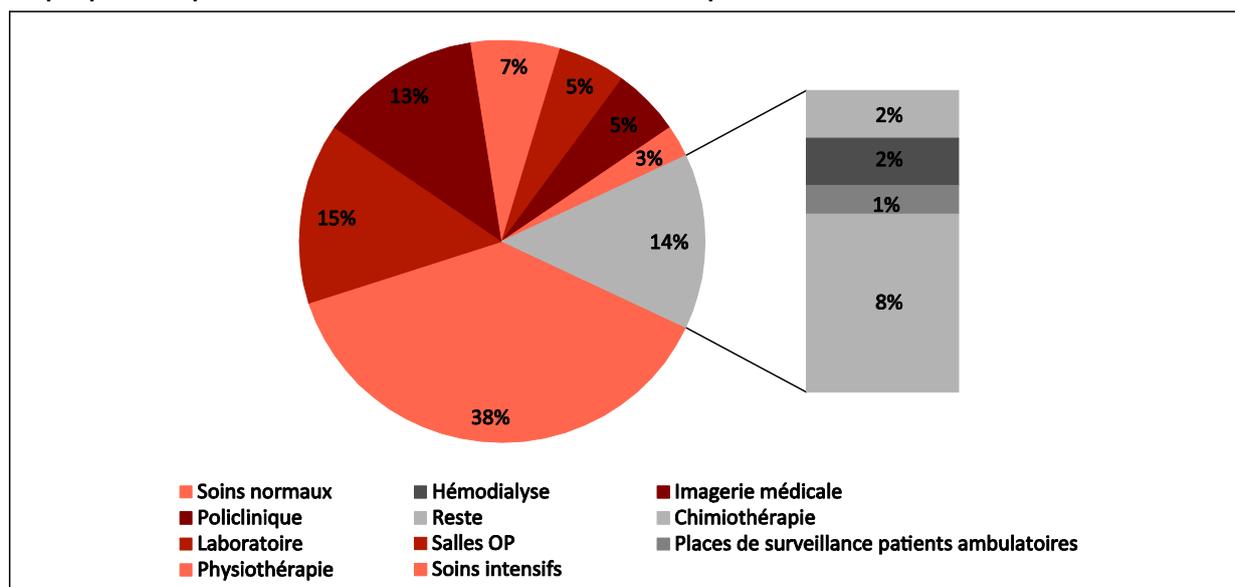
³⁵ Les frais variables (p.ex. médicaments, implants, ...) sont liés directement à l'activité hospitalière alors que l'on considère que les frais fixes (p.ex. frais de personnel, frais pour immeubles et équipements, frais d'amortissement, ...) ne sont pas directement liés à l'activité.

3.2.2 Projection de l'activité 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 2014



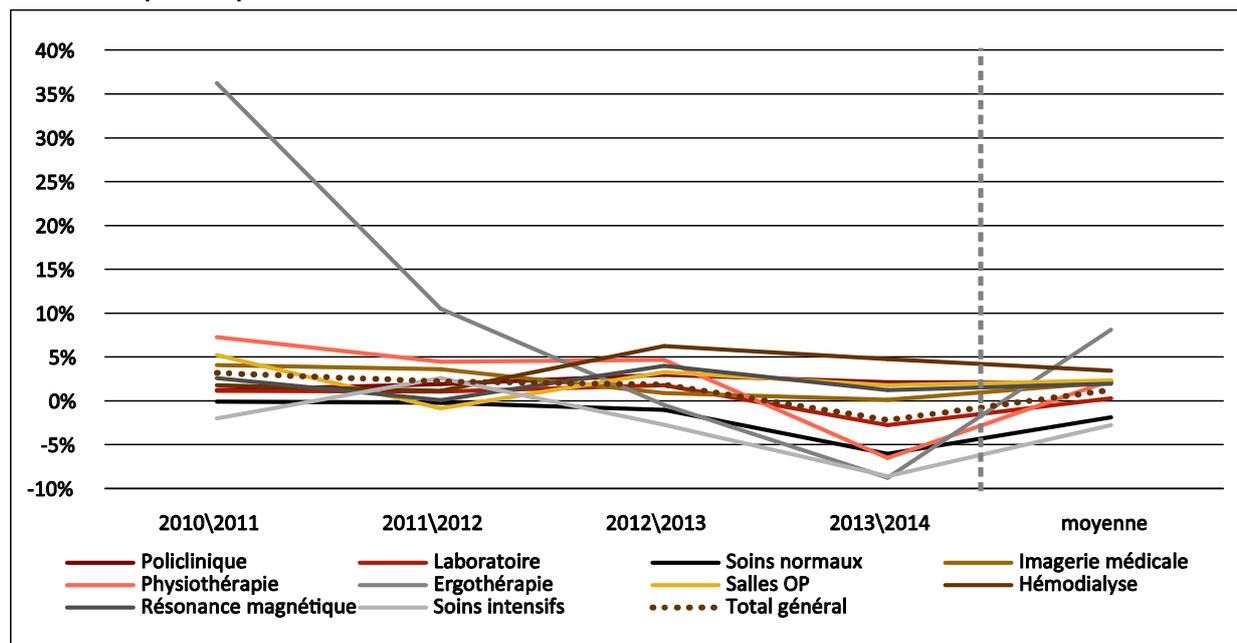
Graphique 9 - Répartition des frais annuels des unités d'œuvre par entité fonctionnelle en 2014



Les graphiques 8 et 9 donnent la fréquence et les frais annuels (à charge de la CNS - part variable et part fixe) des unités d'œuvre (U.O.) par entité fonctionnelle³⁶ des établissements hospitaliers en 2014. La moitié des U.O. est réalisée dans les laboratoires et polycliniques, mais elles sont seulement à l'origine de 18% des frais annuels. Les U.O. les plus coûteuses sont les soins normaux suivis des salles OP. Elles génèrent ensemble 53% des frais hospitaliers, alors qu'ils ne représentent que 16% des U.O. totales.

³⁶ Il existe 28 entités fonctionnelles au total. Voir Annexe 4.

Graphique 10 - Taux de croissance et taux de croissance moyen entre 2010 et 2014 des 10 types d'unités d'œuvre les plus fréquents



Le graphique 10 montre l'évolution entre 2010 et 2014 des 10 types d'unités d'œuvre les plus fréquents³⁷ et du total de l'ensemble des U.O. ainsi que le taux de croissance moyen entre 2010 et 2014. Il n'y a pas de grande fluctuation annuelle en ce qui concerne l'ensemble des U.O. (entre -2,2% et 3,2%). 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, la modification de la prise en charge financière ou l'acquisition de nouveaux appareils et extension de capacités³⁸. Rappelons que depuis 1^{er} avril 2011 les dépenses pour l'activité extrahospitalière du laboratoire ne sont plus incluses dans le budget hospitalier. Pour cette raison, les U.O. laboratoires, sans liens avec un traitement hospitalier, sont exclues des statistiques.

Les taux de croissance utilisés pour la projection basée sur l'historique des U.O. sont les taux de croissance moyens entre 2010 et 2014 par U.O., avec fixation 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 fixe) par U.O. de 2014 est appliqué à la projection du nombre des U.O. pour les années 2015-2018, afin d'estimer l'augmentation des coûts (indice 100). **Il résulte de la projection de l'activité basée sur l'évolution des unités d'œuvres des différentes entités fonctionnelles, une croissance réelle de 1,4 % pour les frais fixes et de 1,8% pour les frais variables pour les années 2017 et 2018.**

³⁷ Plus de 35 000 unités facturées en 2014.

³⁸ Par exemple : ajout l'E.F. ergothérapie en 2011 au CHNP.

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. Ce budget individuel se divise en frais fixes (+/- 80%) et frais variables (+/- 20%).

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 équipement, 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'œuvre³⁹. 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 ;

³⁹ Source : www.sante.lu

- 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 aura dorénavant des conséquences financières plus incisives pour les établissements hospitaliers, car les charges supplémentaires qui dépassent le plafond de l'enveloppe budgétaire globale et qui étaient jusqu'à ce jour prises en charge par la CNS sur base de la convention, ne le seront plus⁴⁰.

La CNS prend en charge l'activité réelle sur base des tarifs négociés, et non pas l'activité estimée lors des négociations des budgets. En 2014, l'activité réelle a dépassé de 1,5% 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.

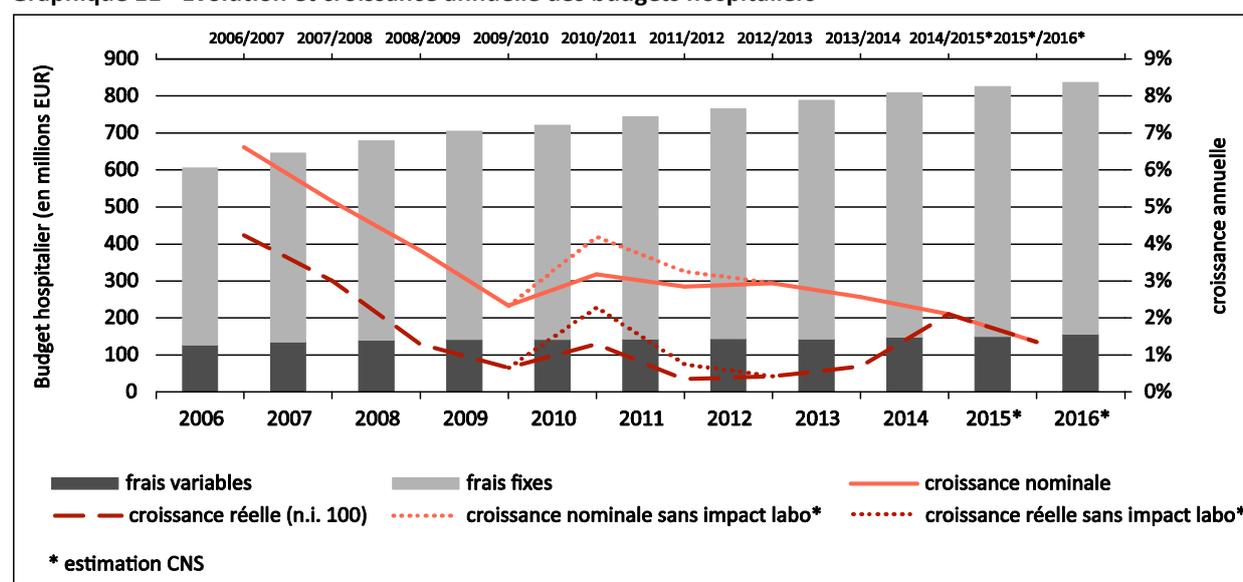
Toute activité qui n'est pas opposable à la CNS, p.ex. supplément pour une chambre à un lit ou traitements non remboursés, est exclue du budget opposable.

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 guerre⁴¹ 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 par les établissements hospitaliers.

4.2 LES BUDGETS ACCORDÉS

Le graphique 11 montre l'évolution des frais hospitaliers et leur croissance annuelle (nominale et réelle) depuis 2006. En 2015 et 2016, les croissances nominales et réelles sont identiques, comme il n'y a pas de tranche indiciaire. Il s'agit des frais fixes (FF) négociés et des frais variables (FV) de l'activité réelle (et non pas de l'activité estimée lors des négociations pour le budget).

Graphique 11 - Évolution et croissance annuelle des budgets hospitaliers



⁴⁰ 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.

⁴¹ Dans le décompte CNS de 2015, 4,5% 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.

Entre 2009 et 2014, l'augmentation annuelle réelle des budgets hospitaliers se situe en dessous de 1,3%. Elle est estimée à 2,1% entre 2014 et 2015 et à 1,35% entre 2015 et 2016⁴². 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. En 2014, le nombre de personnel (exprimé en équivalent temps plein) n'a pas progressé par rapport à 2013. En 2015, le nombre de personnel accordé a connu une hausse de 0,5% (+29,6 ETP), pour rester de nouveau stable entre 2015 et 2016. L'année 2015 a été marquée par une hausse du taux de la TVA de 15% à 17%. La croissance annuelle des frais fixes est beaucoup plus rapide que celle des frais variables. Les frais fixes ont augmenté (croissance réelle) depuis 2006 de 20,0% et les frais variables seulement de 3,2%.

Pour 2016, la CNS estime, sur base des observations passées, que les frais hospitaliers totaux couverts par l'enveloppe budgétaire globale à charge de l'assurance maladie-maternité se composent (après décompte) comme suit :

Tableau 6 - Estimation du total des dépenses à charge de l'enveloppe budgétaire globale en 2016 (en EUR)

Budget FF accordé et rectifié 2016	679 009 043
FV budgétisés 2016	152 753 208
Réserve pour activité facturée supérieure à l'activité budgétisée ¹⁾	2 291 296
Total FF et FV 2016	834 053 547
Décomptes ²⁾	4 170 267
Prime annuelle ³⁾	12 573 358
Pensions complémentaires ⁴⁾	427 572
Indemnités pour médecins de garde ⁵⁾	768 031
Taux AA ⁶⁾	-518 456
Médecins coordinateurs ⁷⁾	2 100 000
Nouvelle convention LNS ⁸⁾	1 000 000
Total	854 574 320

1) Pour 2014, on constate un écart entre FV budgétisés et FV liquidés de 1,5%. On fait l'hypothèse que tel sera également le cas en 2016.

2) L'activité réelle 2016 n'est pas connue et les hôpitaux ont la possibilité d'introduire des demandes de rectification du budget des FF et des tarifs jusqu'en janvier 2017. Cette correction est estimée à 0,5% du total des FV et FF.

3) 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 1,5% des FF et FV.

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

5) Il s'agit des indemnités versées aux hôpitaux participant aux gardes.

6) Assurance Accident - Le taux budgétisé de 1,10% est remplacé par le taux réel de 1,00%. Cette rectification générale n'a pas encore été effectuée pour les frais personnel.

7) Nouvelle norme entrant en vigueur en 2016. Le montant de 2,1 millions EUR estimé par la FHL et réparti au prorata des heures de coordination retenues.

8) Nouvelle convention avec le LNS. À partir de 2016 les prélèvements effectués par les hôpitaux et envoyés au LNS ne sont plus remboursés au LNS mais à l'hôpital. Il s'agit donc d'un changement d'enveloppe et non d'une nouvelle dépense. Le montant estimé par la FHL est imputé au prorata des factures de 2014.

⁴² En modifiant les hypothèses concernant l'évolution de l'échelle mobile et la convention collective sur base de l'observé et des estimations actuelles (croissance de l'échelle mobile de 0% en 2015 et 2016, négociations pour une nouvelle CCT probablement pas clôturées avant 2017), le tableau « Projection des coûts hospitaliers pour 2015 et 2016 (en millions EUR) » du rapport 2014 aurait prévu une croissance de 2% pour 2015 et 1,7% pour 2016.

Les frais de personnel opposables occupent la part la plus importante dans le budget des frais fixes et variables avec 65,9% (estimation 2016). Les frais de personnel comprennent :

- les salaires et traitements bruts et les suppléments de salaire et les indemnités pour service de permanence découlant des conventions collectives de travail ;
- les primes de responsabilité et les primes de fonctions ;
- les contributions légales patronales à la sécurité sociale, à l'exclusion des cotisations à la Mutualité des employeurs ;
- les frais relatifs à la protection de la santé du personnel en relation avec l'activité professionnelle ;
- les vêtements de travail et autres avantages en nature prévus au niveau des conventions collectives ;
- les charges découlant de régimes de pension légaux, réglementaires ou découlant des conventions collectives de travail ;
- les charges découlant de régimes de pension complémentaires instaurés de manière contractuelle sous condition que les personnes concernées aient bénéficié des engagements avant le 1^{er} janvier 1992 ;
- les indemnités de stage.

La rubrique des frais de personnel contient des dépenses qui ne sont pas directement liées à l'indexation. C'est pourquoi, lors d'une augmentation de l'échelle mobile des salaires, pas toutes les dépenses reprises dans les frais de personnel ne connaîtront une hausse.

En 2016, le nombre de personnel accordé opposable s'élevait à 6 226,93 ETP. Le coût moyen annuel⁴³ par ETP s'élève à 89 169 EUR. À titre d'information, le revenu annuel brut (charges patronales incluses) selon la convention collective d'un infirmier (sans spécialisation) correspond à 51 519 EUR lors de son engagement, et à 97 747 EUR en fin de carrière (respectivement 52 299 EUR et 99 229 EUR en cas d'un établissement public). Au revenu brut s'ajoutent encore les charges patronales, qui s'élèvent à environ 15%.

⁴³ Frais de personnel opposable/nombre d'ETP accordé opposable.

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

Les budgets rectifiés des établissements hospitaliers de 2016 servent comme point de départ pour fixer les enveloppes pour 2017 et 2018.

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

Tableau 7 - Facteurs pris en compte dans la projection des frais fixes et variables de l'enveloppe budgétaire globale

	Part du budget 2016	Augmentation de l'activité	Échelle mobile	Glissement des carrières	Autres facteurs	Modification CCT
Frais fixes opposables	81,3%					
Consommation fixe	1,9%		x			
Autres charges externes/d'exploitation	10,2%		x			
Personnel ¹⁾	65,9%	x	x	x		x
Amortissement	6,9%				x	
Frais financiers	0,1%				x	
Subvention exploitation	-0,1%				x	
Subvention investissement	-3,5%				x	
Frais variables ²⁾	18,7%	x				

1) Y compris modification du taux de cotisation AA

2) Y compris la nouvelle convention avec le LNS

Les résultats de la projection basée sur l'évolution des différents types de prise en charge sont proches de ceux de la projection basée sur l'évolution des unités d'œuvre (voir 3.2). Dans la suite, la croissance moyenne des deux projections est appliquée pour estimer les besoins financiers des établissements. Cette croissance moyenne s'élève à **±1,4% pour les frais fixes et à ±1,9% pour les frais variables par année**.

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 du nouveau plan hospitalier (non connu lors de la rédaction du rapport), de restructurations et fusions, de synergies et d'autres projets imposés par le législateur ou réalisés à l'initiative des établissements. Le budget se compose en 2016 de 81,3% de frais fixes et de 18,7% 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 soignant⁴⁴ 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 (72,7% de l'ensemble des ETP accordés par la CNS en 2016) évoluera de la même manière que les frais fixes déterminés à l'aide des projections précédentes, à savoir 1,4%. De même, les frais variables, impactés par une activité hospitalière plus importante, évolueront de 1,9%.

⁴⁴ En 2016, le personnel soignant représente 72,7% des ETP accordés.

D'après les dernières prévisions du STATEC, l'inflation mesurée par l'indice des prix à la consommation évolue comme suit :

Tableau 8 – Prévisions du STATEC de l'échelle mobile des salaires

	2016	2017	2018
Échelle mobile des salaires (côtes d'application) - Var. an. moy.	+0,0%	+2,3%	+1,2%
Moyenne annuelle	775,17	792,93	802,82

La croissance de l'**échelle mobile** est appliquée à toute la consommation fixe, aux autres charges externes et aux autres charges d'exploitations⁴⁵. 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 un budget non encore attribué. Ce budget est destiné 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, 2016) sont retenues, à savoir 1,2% pour 2017 et 2018.

Cinq établissements ont dû payer les cotisations pour prestations familiales en 2016. À partir de 2017, cette cotisation n'est plus due pour les établissements publics (estimée à 4,1 millions EUR) et est par conséquent retirée des frais de personnel à partir de 2017.

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 2017 et 2018.
- Le décompte et la prime annuelle sont estimés à 0,5% respectivement 1,5% du total des frais fixes et frais variables. Les pensions complémentaires et les indemnités pour médecins de garde sont adaptées sur base de l'échelle mobile et tiennent compte du glissement des carrières.

La réforme dans la fonction publique aura un impact sur les négociations de la **convention collective de travail (CCT)** des établissements hospitaliers, et par conséquent sur les frais de personnel. En effet, les adaptations passées des conventions collectives du secteur hospitalier se sont largement inspirées des accords salariaux négociés dans la fonction publique. Il faut cependant savoir qu'à l'heure actuelle, les négociations pour une nouvelle convention collective dans le secteur hospitalier n'ont pas encore abouti à un accord. Une adaptation de la convention collective est cependant fort probable (voir 1.7), et une augmentation de la valeur du point indiciaire de 2,2% et le paiement d'une prime unique de 0,9% sont pris en compte pour 2017 tout comme une augmentation de 2% en 2017 et de 1% en 2018 des frais du personnel soignant en vue d'une revalorisation des carrières.

Dans l'hypothèse que la future **loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière** est en vigueur au 1er janvier 2017, l'enveloppe devrait être ajustée pour tenir compte de l'élargissement des prestataires (ajout de deux établissements qui seront également budgétisés).

⁴⁵ La consommation fixe, autres charges externes et d'exploitation représentent 12,1% du budget en 2016.

Tableau 9 - Projection des coûts hospitaliers pour 2017 et 2018 (en millions EUR)

	2016	% budget 2014	↑ de l'activité	Échelle mobile	Glissement des carrières	Autres facteurs	2017	↑ de l'activité	Échelle mobile	Glissement des carrières	Autres facteurs	2018
Frais fixes opposables	678,49	79,4%					704,08					724,69
<i>Consommation fixe</i>	15,86	1,9%		2,3%			16,23		1,2%			16,42
<i>Autres charges externes/d'exploitation</i>	84,74	9,9%		2,3%			86,69		1,2%			87,73
<i>Personnel¹⁾</i>	549,77	64,3%	1,4% x 72,7% = 1%	2,3%	1,2%		570,76	1,4% x 72,7% = 1%	1,2%	1,2%		590,55
<i>Amortissement</i>	57,51	6,7%				b.d. ³⁾	61,03				b.d. ³⁾	60,53
<i>Frais financiers</i>	0,69	0,1%				b.d. ³⁾	0,67				b.d. ³⁾	0,69
<i>Subvention exploitation</i>	-0,68	-0,1%				b.d. ³⁾	-0,94				b.d. ³⁾	-0,95
<i>Subvention investissement</i>	-29,40	-3,4%				b.d. ³⁾	-30,35				b.d. ³⁾	-30,29
Frais variables ²⁾	156,04	18,3%	1,9%				158,93	1,9%				161,92
Autres	20,04	2,3%					20,67					21,22
<i>Décompte</i>	4,17	0,5%				0,5% (FF + FV)	4,32				0,5% (FF + FV)	4,43
<i>Prime annuelle</i>	12,57	1,5%				1,5% (FF + FV)	12,95				1,5% (FF + FV)	13,30
<i>Pensions complémentaires</i>	0,43	0,1%		2,3%	1,2%		0,44		1,2%	1,2%		0,45
<i>Indemnités pour médecins de garde</i>	0,77	0,1%		2,3%	1,2%		0,79		1,2%	1,2%		0,81
<i>Médecins coordinateurs</i>	2,10	0,2%		2,3%	1,2%		2,17		1,2%	1,2%		2,23
Total	854,57	100%					883,69					907,83
Croissance							3,41%					2,73%
Impact modification CCT							25,99					26,03
prime unique 0,9%						0,9%	5,14				0,0%	0,00
point indiciaire 2,2%						2,2%	12,56				0,0%	13,09
reval. carrière pers. soignant						2,0%	8,30				1,0%	12,94
Total avec modification CCT							909,68					933,86
Croissance avec modif. CCT							6,45%					2,66%
Impact nouvelle loi hosp.							16,40					18,70
Total avec modif. CCT + loi							926,08					952,56
Croissance avec modif. CCT + loi							8,37%					2,86%

1) Y compris rectification AA en 2016. Sans cotisations pour prestations familiales à partir de 2017. La croissance estimée de 1,4% est appliquée uniquement au personnel soignant, qui représente 72,7% des ETP accordés.

2) Y compris nouvelle convention LNS

3) Budgets demandés par les établissements hospitaliers

Le tableau 9 donne une estimation des coûts hospitaliers pour les années 2017 et 2018 basée sur les hypothèses précitées. Sans tenir compte d'une éventuelle modification de la convention collective du secteur hospitalier, la croissance des coûts hospitaliers est estimée à 3,41% en 2017 et à 2,73% en 2018.

Pour information, à activité constante les établissements hospitaliers verront leurs dépenses augmenter de 2,4% en 2017 et de 1,7% en 2018 (croissance liée à l'échelle mobile, le glissement des carrières et autres facteurs, sans modification de la convention collective).

En supposant qu'une nouvelle convention collective soit négociée ayant le même impact financier global qu'estimé ci-dessus, une **croissance de 6,45% en 2017 et de 2,66% en 2018** serait nécessaire.

Faisant maintenant l'hypothèse que l'augmentation du point indiciaire tout comme le paiement de la prime unique aient encore lieu en 2016⁴⁶ (application rétroactive au 1^{er} janvier 2016), alors la croissance projetée s'élève à 3,70% en 2017 par rapport à 2016 (904,5 millions EUR) et à 3,24% en 2018 par rapport à 2017 (933,86 millions EUR).

L'augmentation de l'activité projetée de 1,4% permet d'augmenter le personnel soignant de 63,3 ETP en 2017 et de 65,1 ETP en 2018 (total : 128,4 ETP)⁴⁷.

La future loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière impliquera une augmentation de l'enveloppe, notamment due à l'inclusion de deux nouveaux établissements dans l'enveloppe budgétaire globale (voir 1.8). La croissance pour 2017 est estimée à 8,37% en 2017 et à 2,86% en 2018.

Tableau 10 - Résumé des projections des coûts hospitaliers

	2017	2018
Activité constante sans modification de la CCT	2,39%	1,71%
Augmentation de l'activité sans modification de la CCT	3,41%	2,73%
Activité constante avec modification de la CCT	5,40%	1,64%
Augmentation de l'activité avec modification de la CCT (hypothèse : prime unique de 0,9% et augmentation du point indiciaire de 2,2% en 2017, revalorisation des carrières du personnel soignant 2% en 2017 et 1% en 2018)	6,45%	2,66%
Augmentation de l'activité avec modification de la CCT et impact de la future loi relative aux établissements hospitaliers	8,37%	2,86%

⁴⁶ L'enveloppe budgétaire accordée pour 2016 le permettrait.

⁴⁷ Estimation sur base du coût moyen par ETP.

5 CONCLUSION ET PROPOSITION POUR LA FIXATION DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE

La réforme du système des soins de santé de l'année 2010 avait notamment pour objectif de garantir un financement durable, d'optimiser la qualité et l'efficacité du système de soins par une meilleure pilotabilité du système. L'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers constitue un des moyens permettant d'atteindre ces objectifs. Les éléments à inclure pour définir la fixation de l'enveloppe sont les suivants :

- l'évolution démographique de la population résidente,
- l'état de morbidité de la population et son évolution,
- les pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et
- la croissance économique du pays.

Afin de déterminer l'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers pour les années 2017 et 2018, il convient de se baser sur l'estimation du total des dépenses à charge de l'enveloppe budgétaire globale de la CNS en 2016 (voir chapitre 4.2). Ce montant s'élève à 854,6 millions EUR. Cette base comprend outre les budgets négociés, également une réserve pour les imprévus qui peuvent apparaître lors du décompte final des budgets spécifiques.

Les prévisions macro-économiques établies en printemps 2016 prévoient une croissance des cotisations des actifs de 5,4% en 2017 et 4,7% en 2018 (voir Annexe 2). Au niveau des dépenses et même à activité constante, les établissements hospitaliers seront confrontés à une augmentation des frais de personnel suite à l'adaptation annuelle des rémunérations à l'échelle mobile des salaires et une à adaptation probable du contrat collectif dans le secteur hospitalier suite aux négociations entre FHL et syndicats. Les dépenses pour la consommation fixe, les autres charges externes et d'exploitation et les frais variables augmenteront suite à l'adaptation de l'échelle mobile.

Le projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière aura des impacts sur l'enveloppe budgétaire globale des établissements, mais ces impacts sont difficiles à estimer à l'heure actuelle. Des impacts majeurs pour l'enveloppe ne sont cependant pas attendus à court terme, mais plutôt à moyen et long terme, abstraction faite de l'élargissement du cercle des prestataires.

Les établissements hospitaliers sont amenés à réaliser dans les années à venir des projets importants, dont certains impliqueront des dépenses supplémentaires (p.ex. médecin coordinateur, documentation hospitalière, plan cancer, ...) alors que d'autres permettront de faire des économies (philosophie du « pas tout partout », fin des activités hospitalières aiguës à la CSM, centrale d'achat, ...).

La situation financière générale des établissements hospitaliers paraît saine. Fin 2015, le total « Résultats et Réserves » de tous les établissements hospitaliers s'élève à 175 millions EUR, auquel s'ajoutent 54 millions EUR pour provisions (voir tableau 16 de l'annexe 3). Ces résultats ont été générés d'une part par des activités non opposables (parking, location de cabinets médicaux, cafeteria, dons, ...) partiellement subventionnées par l'Etat (p.ex. supplément pour chambre à un lit) et d'autre part par des activités opposables à la CNS (p.ex. moins de personnel engagé qu'accordé par la CNS).

Malgré les contraintes budgétaires existantes, l'accessibilité aux soins ainsi que l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité du système doivent être garanties dans l'intérêt de tous. Ces efforts devront être accompagnés impérativement par des adaptations structurelles au niveau de la planification hospitalière, en collaboration avec les acteurs du terrain.

Considérant d'une part les exigences auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers et d'autre part les contraintes budgétaires des finances publiques, l'IGSS propose un taux de croissance nominal de l'enveloppe budgétaire globale de 6,45% (au cas où les syndicats et la FHL se mettraient

d'accord pour accorder l'augmentation du point indiciaire de 2,2% et le paiement de la prime unique de 0,9% déjà à partir de 2016, le taux de croissance nominal pour 2017 devrait être de 3,7%⁴⁸) pour l'année 2017 par rapport aux dépenses estimées de l'année 2016, à savoir 854,6 millions EUR, et de 2,66% pour 2018 par rapport à l'enveloppe budgétaire globale de 2017 :

Tableau 11 - Enveloppe budgétaire globale recommandée pour 2017 et 2018 en millions EUR

	2017	2018
	909,7	933,9

Afin de pouvoir tenir compte de l'élargissement du cercle des prestataires et des autres modifications prévues par le projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, l'IGSS recommande au Conseil de gouvernement d'accorder **un supplément mensuel de 1,4 million EUR en 2017 et de 1,6 million EUR en 2018** à partir de l'entrée en vigueur de la loi. En effet, la loi concernant l'enveloppe budgétaire globale prévoit que presque l'entièreté de l'enveloppe doit être répartie lors de négociations entre les établissements hospitaliers et la CNS. Uniquement 2% peuvent être mis de côté pour couvrir des imprévus. Pour cette raison, il n'est pas recommandé d'inclure le budget supplémentaire pour les deux nouveaux établissements dans l'enveloppe budgétaire globale dès le départ, vu l'incertitude concernant la date de l'entrée en vigueur de la future loi relative aux établissements hospitaliers et vu le début immédiat des négociations entre les établissements hospitaliers et la CNS pour fixer les budgets spécifiques une fois l'enveloppe budgétaire globale fixée par le Conseil de gouvernement.

Il convient également de considérer le pacte de stabilité et de croissance renforcé (voir Annexe 1.3). La Commission européenne propose un taux de référence réel (TR) et un taux de référence minimum réel (TMR) pour la croissance des dépenses publiques pour les années à venir. Lorsque la position de « l'objectif budgétaire à moyen terme » est atteinte, le TR est d'application. Dans le cas contraire, le TMR est à utiliser. Selon le programme de stabilité pour la période 2016-2020 (Ministère des Finances, 2016), le Luxembourg respecte pour les années 2017 et 2018 la position de « l'objectif budgétaire à moyen terme ». Il s'en suit que pour les deux années à venir, le taux de référence sera d'application. En appliquant le déflateur du PIB aux taux réels, les taux nominaux de références des dépenses publiques suivants sont obtenus pour les années 2017 et 2018 :

Tableau 12 - Taux de référence proposés par la Commission européenne pour la croissance des dépenses publiques

	2017	2018
Taux de référence réel	3,2%	3,3%
Déflateur du PIB	2,7%	2,8%
Taux de référence nominal	6,0%	6,2%

Les taux de référence réels se situent pour les années 2017 et 2018 largement au-dessus de ceux repris dans le rapport de 2014, à savoir 1,1% pour les années 2015 et 2016. Cette hausse n'est pas uniquement liée à un développement économique plus favorable que prévu, mais surtout à une revue à la baisse de son « objectif budgétaire à moyen terme »⁴⁹ au minimum accepté selon les exigences du Traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance.

Les administrations de sécurité sociale sont à l'origine de 42,0% des dépenses consolidées des administrations publiques. Tous les acteurs du secteur public ainsi que ceux financés par des deniers publics (y compris les établissements hospitaliers) sont concernés par les recommandations de la

⁴⁸ L'enveloppe budgétaire accordée pour 2016 à hauteur de 889,0 millions EUR le permettrait amplement, car selon les estimations actuelles pour 2016 les dépenses réelles des établissements hospitalières y compris prime unique et augmentation du point indiciaire au 1.1.2016 s'élèveraient à 872,3 millions EUR.

⁴⁹ Le Luxembourg annonce dans son programme de stabilité que son objectif budgétaire à moyen terme, un excédent structurel de 0,5 % du PIB jusqu'en 2016, sera remplacé par un déficit structurel de 0,5 % du PIB à compter de 2017. (Conseil européen, 2016)

Commission européenne. De ce fait, le taux de progression de l'enveloppe budgétaire globale devra tenir compte des critères du pacte de stabilité et de croissance.

Le taux de croissance recommandé par l'IGSS pour l'année 2017 n'est pas en ligne avec le taux de référence de 6,0% proposé par la Commission européenne (dépassement de 0,45p.p.). En revanche, le taux de croissance recommandé par l'IGSS pour l'année 2018 se situe largement en dessous du taux de référence de 6,2% proposé par la Commission européenne. Le solde cumulé des enveloppes proposées pour les deux années (1 843,6 millions EUR) se situe ainsi en dessous du maximum préconisé selon le taux de référence de la Commission européenne (1 867,6 millions EUR).

BIBLIOGRAPHIE

- CNS. (2016). *Projet de décompte de l'assurance-maladie 2015*.
- Conseil européen. (2016). *RECOMMANDATION DU CONSEIL concernant le programme national de réforme du Luxembourg pour 2016 et portant avis du Conseil sur le programme de stabilité du Luxembourg pour 2016*.
- European Parliament and the Council. (2011). *Regulation (EU) No 1175/2011 of the E.P. and of the council of 16 November 2011 amending Council Regulation (EC) No 1466/97 on the strengthening of the surveillance of budgetary positions and the surveillance and coordination of economic policies*.
- Fédération des hôpitaux luxembourgeois. (2013). *Convention entre la CNS et FHL. Mémorial A - N°30*.
- FHL, OGBL, LCGB. (2005). *Convention Collective du secteur hospitalier*.
- Le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg. (2012). *Rapport Social National*.
- Ministère de la Fonction publique et de la Réforme administrative. (2010). *Analyse des rémunérations dans les secteurs privé, public élargi, conventionné et hospitalier*.
- Ministère des Finances. (2016). *17e actualisation du programme de stabilité et de croissance du Grand-Duché de Luxembourg pour la période 2016-2020*.
- Ministère des Finances. (2016). *Circulaire aux départements ministériels - Projet de budget pour l'exercice 2017 - Programme pluriannuel 2016-2020*. Luxembourg.
- OECD. (2015). *Panorama de la Santé / Health at a Glance*.
- Parlement européen et Conseil. (2011). *Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers*.
- Plan hospitalier national. (2009).
- STATEC. Le portail des statistiques - www.statistiques.lu.

ANNEXE 1 - RÉFÉRENCES LÉGALES, CONTEXTE NATIONAL ET EUROPÉEN

1. L'INTRODUCTION D'UNE ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE

Entre l'introduction de la budgétisation hospitalière en 1995 et jusqu'à la réforme du système de soins de santé introduite par la loi du 17 décembre 2010, les budgets spécifiques des hôpitaux étaient négociés entre la CNS et les différents établissements hospitaliers, sur base de leur activité prévisible et dans le cadre des activités et services autorisés par le plan hospitalier. Aucun plafonnement légal n'était prévu.

Pour introduire une plus grande transparence et prévisibilité dans le domaine des dépenses hospitalières, et par ricochet, dans les dépenses publiques, l'article 74 nouveau du CSS prévoit une enveloppe budgétaire globale fixée par le Gouvernement sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel concernant les dépenses globales du secteur hospitalier sur les deux années à venir.

Cette enveloppe se rapporte à tous les établissements hospitaliers aigus et subaigus au sens de la loi hospitalière du 28 août 1998.

La première application de la procédure décrite a eu lieu pour la fixation de l'enveloppe budgétaire globale pour les années 2013 et 2014⁵⁰.

2. LES BUDGETS INDIVIDUELS

En tenant compte de l'enveloppe budgétaire globale, la CNS prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque établissement, sur base de son activité prévisible pour les deux exercices à venir. Les frais opposables à la CNS sont ceux qui découlent des activités dûment autorisées en application de la législation hospitalière. Les budgets comprennent également l'amortissement des investissements mobiliers et immobiliers dans la mesure où ils sont conformes au plan hospitalier et n'ont pas été financés par les pouvoirs publics (Art. 60 et Art. 74 du CSS).

3. RÉPERCUSSIONS DU PACTE DE STABILITÉ SUR LA CROISSANCE DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE DES HÔPITAUX

Le 13 décembre 2011, le pacte de stabilité et de croissance renforcé est entré en vigueur avec un nouvel ensemble de règles en matière de surveillance économique et budgétaire pour les États membres de l'Union européenne. En vertu du volet préventif du pacte de stabilité et de croissance, les États membres doivent viser un objectif budgétaire à moyen terme (OMT) garantissant la viabilité des finances publiques (Parlement Européen et Conseil, 2011). Ainsi les nouvelles règles définissent un « critère des dépenses » pour faciliter l'évaluation des progrès accomplis en vue de l'objectif fixé. Concrètement ceci veut dire que la croissance annuelle des dépenses publiques (administration centrale, administrations locales et administrations de sécurité sociale) ne devra pas dépasser sur le moyen terme un taux de référence qui est basé sur la croissance économique moyenne du pays. Si les États membres n'ont pas encore atteint leur OMT, le taux de croissance des dépenses devra, pour garantir des progrès suffisants, être inférieur au taux de référence fixé.

Dans l'évaluation du programme de stabilité et de croissance du Luxembourg pour 2016, effectuée conformément au règlement (CE) n° 1466/97, le Conseil européen considère que, selon les prévisions établies par la Commission au printemps 2016 et sur la base du solde budgétaire structurel dans le

⁵⁰ La progression de l'enveloppe budgétaire des années 2011 et 2012 a été fixée par la loi du 17 décembre 2010.

programme, le Luxembourg devrait respecter l'OMT tout au long de la période de programmation. Le Luxembourg a cependant revu à la baisse son OMT⁵¹ au minimum accepté selon les exigences du Traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance à partir de 2017.

4. EXTRAITS DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Art. 28.

1. Pour faire face aux charges qui incombent à l'assurance maladie-maternité, la Caisse nationale de santé applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à dix pour cent, ni supérieure à vingt pour cent du montant annuel des dépenses.
2. En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les ressources nécessaires sont constituées par des cotisations dont une part est fixée en application du taux de cotisation visé à l'article 29 et une autre part en application du pourcentage fixé à l'article 31.
3. Le budget global de l'assurance maladie-maternité est établi par la Caisse nationale de santé en intégrant les budgets relatifs aux frais d'administration et aux frais de gestion du patrimoine des caisses de maladie visées à l'article 48.
4. Le budget est accompagné d'une programmation pluriannuelle indiquant de façon prospective l'évolution financière de l'assurance maladie.

Art. 74.

1. Sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandées en leur avis, le gouvernement fixe dans les années paires, au 1er octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir.
2. Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et en tenant compte de la croissance économique du pays. L'enveloppe budgétaire globale et les budgets spécifiques des hôpitaux tiendront compte des dispositions du plan hospitalier, des spécificités des services spécialisés et nationaux et des centres de compétences, ainsi que des obligations découlant de la participation au service médical d'urgence.
3. Un règlement grand-ducal précise les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux, ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire.
4. En tenant compte de l'enveloppe budgétaire globale, la Caisse nationale de santé prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque hôpital visé à l'article 60, alinéa 2 sur base de son activité prévisible pour deux exercices à venir. Sont opposables à la Caisse nationale de santé les coûts convenus entre la Caisse nationale de santé et l'hôpital des activités dûment autorisées en application de la législation hospitalière. Les budgets comprennent l'amortissement des investissements mobiliers et immobiliers dans la mesure où ils sont conformes au plan hospitalier et n'ont pas été financés par les pouvoirs publics. Dans la mesure où l'investissement est soumis à une autorisation préalable en vertu d'une disposition légale ou réglementaire, l'amortissement n'est opposable que si cette autorisation a été accordée.
5. Ne sont pas opposables à la Caisse nationale de santé les prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie tel que défini à l'article 17 et de l'assurance accidents tel que défini à l'article 97, celles faites à titre de convenance personnelle de la personne protégée et celles fournies à des personnes non protégées au titre des livres I et II du présent code ou d'une convention bi- ou multilatérale en matière de sécurité sociale.

⁵¹ Le Luxembourg annonce dans son programme de stabilité que son objectif budgétaire à moyen terme, un excédent structurel de 0,5 % du PIB jusqu'en 2016, sera remplacé par un déficit structurel de 0,5 % du PIB à compter de 2017 (European Council, 2016).

6. Sont portées en déduction des budgets hospitaliers opposables, les coûts des prestations opposables, rémunérées individuellement ou sous forme de forfaits, et les participations des personnes protégées.
7. Pour les activités administratives, logistiques et auxiliaires médicales, la prise en charge peut être subordonnée à une organisation nationale des activités visées conformément aux dispositions prévues dans la loi sur les établissements hospitaliers.
8. Les actes et prestations dispensés par un laboratoire hospitalier en milieu extrahospitalier et figurant dans la nomenclature des actes et des services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique sont pris en charge suivant les modalités régissant le milieu extrahospitalier. Un acte ou une prestation sont considérés comme effectués en milieu extra-hospitalier s'ils sont dispensés au bénéfice d'un patient ambulatoire sans qu'un lien direct existe avec une prise en charge médicale concomitante en policlinique ou sur un plateau médico-technique de l'établissement hospitalier en question.
9. Chaque hôpital doit tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique reflétant les coûts liés aux différents services hospitaliers et différenciant les charges et recettes liées aux activités opposables ou non opposables à l'assurance maladie-maternité. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par la Caisse nationale de santé.
10. Afin que la comptabilité analytique puisse prendre en compte le coût de l'activité médicale hospitalière et différencier les coûts liés aux différents traitements et aux prestations fournies par patient, la Caisse nationale de santé met à disposition de l'établissement hospitalier le relevé des actes prestés aux patients par les médecins y agréés.

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

Vu l'article 74 du Code de la sécurité sociale ;

Art. 1er. L'enveloppe budgétaire globale couvre l'ensemble des dépenses des établissements hospitaliers visés à l'article 60, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale opposables à la Caisse nationale de santé. Elle couvre les frais de personnel, les frais de consommation, les frais pour immeubles et équipements, les frais de gestion, les frais financiers et les frais d'amortissement. Les frais relatifs à des infrastructures et services communs dans la mesure où ces infrastructures et ces services sont nécessaires à l'activité opposable des établissements hospitaliers prévus sont à intégrer dans les types de frais énumérés ci-avant.

L'enveloppe budgétaire globale couvre également tous les autres engagements à charge de la Caisse nationale de santé en vertu de conventions ou d'accords conclus avec les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif, sans préjudice des dispositions de l'article 60, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale. Les frais relatifs aux fournitures délivrées au secteur extrahospitalier, notamment les médicaments et les dispositifs médicaux pour le traitement de patients à domicile, sont exclus de l'enveloppe budgétaire globale.

Art. 2. Pour l'établissement des budgets spécifiques des établissements hospitaliers visés à l'article 1er, alinéa 1, le niveau des activités par entité fonctionnelle détermine la dotation en personnel de soins et les frais de consommation prévisibles. Les dotations en personnel de soins sont calculées conformément à une méthodologie tenant compte de la sécurité du patient et de la qualité des soins établie de commun accord entre la Caisse nationale de santé et les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif. Les frais de consommation sont fixés par unité d'œuvre.

Les autres frais des entités fonctionnelles, à l'exception des frais d'amortissement et des frais financiers, sont pris en charge par établissement ou sont couverts par forfaits en fonction de la nature des frais et du type de service hospitalier, à déterminer de commun accord par la Caisse nationale de santé et les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif.

Les coûts relatifs aux centres de frais auxiliaires, à l'exception des frais d'amortissement et des frais financiers, sont pris en charge suivant des forfaits, à déterminer de commun accord par la Caisse nationale de santé et les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif. Il est distingué entre forfaits administratifs et forfaits logistiques. Les forfaits administratifs sont notamment déterminés en fonction des effectifs des entités fonctionnelles et du nombre d'admissions. Les forfaits logistiques sont notamment fixés en considération de l'infrastructure et de l'activité de l'établissement hospitalier.

Art. 3. La Caisse nationale de santé dresse dans les années paires pour le 15 juillet au plus tard un tableau synthétique des demandes de budgets spécifiques et des activités prévisionnelles des établissements hospitaliers visés à l'article 1er, alinéa 1. Les activités sont exprimées en nombres d'unités d'œuvre des entités fonctionnelles des établissements et sont estimées sur base des activités réelles des trois exercices antérieurs.

Art. 4. Afin de permettre l'établissement du rapport d'analyse prévisionnel, la Caisse nationale de santé doit communiquer à l'Inspection générale de la sécurité sociale au plus tard pour le 15 juin de chaque année les données détaillant la variation effective des activités hospitalières au cours des trois années précédentes.

Art. 5. Sur base de l'enveloppe budgétaire globale fixée par le gouvernement et en tenant compte des engagements découlant de l'article 1er, alinéa 2, la Caisse nationale de santé, après avoir déduit une réserve pour imprévus ne pouvant dépasser deux pour cent du montant de l'enveloppe budgétaire globale, conclut dans les années paires pour le 31 décembre au plus tard avec les établissements hospitaliers visés à l'article 1er, alinéa 1, les budgets hospitaliers spécifiques pour les deux années à venir.

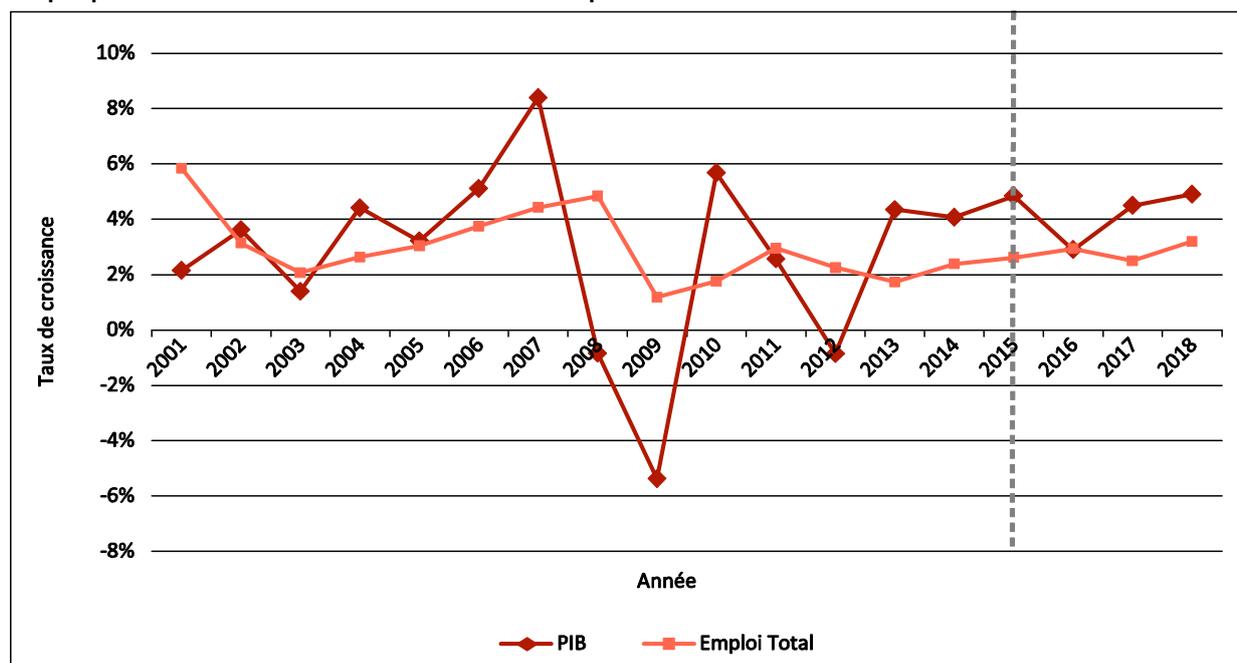
Art. 6. Dans les cas et suivant les modalités prévues à l'alinéa 1 de l'article 79 du Code de la sécurité sociale, des rectifications des budgets spécifiques des établissements hospitaliers, qui doivent s'effectuer dans la limite fixée par l'enveloppe budgétaire globale, peuvent être effectuées dans le cadre de la réserve pour imprévus visée à l'article 5 et avant la date limite de l'arrêt des décomptes définitifs prévue à l'alinéa 3 de l'article 79 du Code de la sécurité sociale.

ANNEXE 2 - SITUATION ET PROJECTION MACRO-ÉCONOMIQUE DU LUXEMBOURG

1. SITUATION ÉCONOMIQUE DU PAYS – PROJECTIONS À COURT TERME

Le graphique 12 indique la croissance annuelle du Produit intérieur brut (PIB en volume) et de l'emploi total entre 2001 et 2015. Pour ces mêmes paramètres, il présente les prévisions pour les années 2016 à 2018.

Graphique 12- Croissance annuelle du PIB et de l'emploi



Source : STATEC (PIB) - IGSS (EMPLOI). Prévisions de printemps 2016.

La crise financière de 2008 a mis fin à un cycle de 4 années au cours duquel la croissance annuelle du PIB (en volume) a dépassé en moyenne 5%. S'en est suivie une entrée en récession de l'économie luxembourgeoise en 2008 avec une forte contraction de l'activité (-5,4%) l'année suivante.

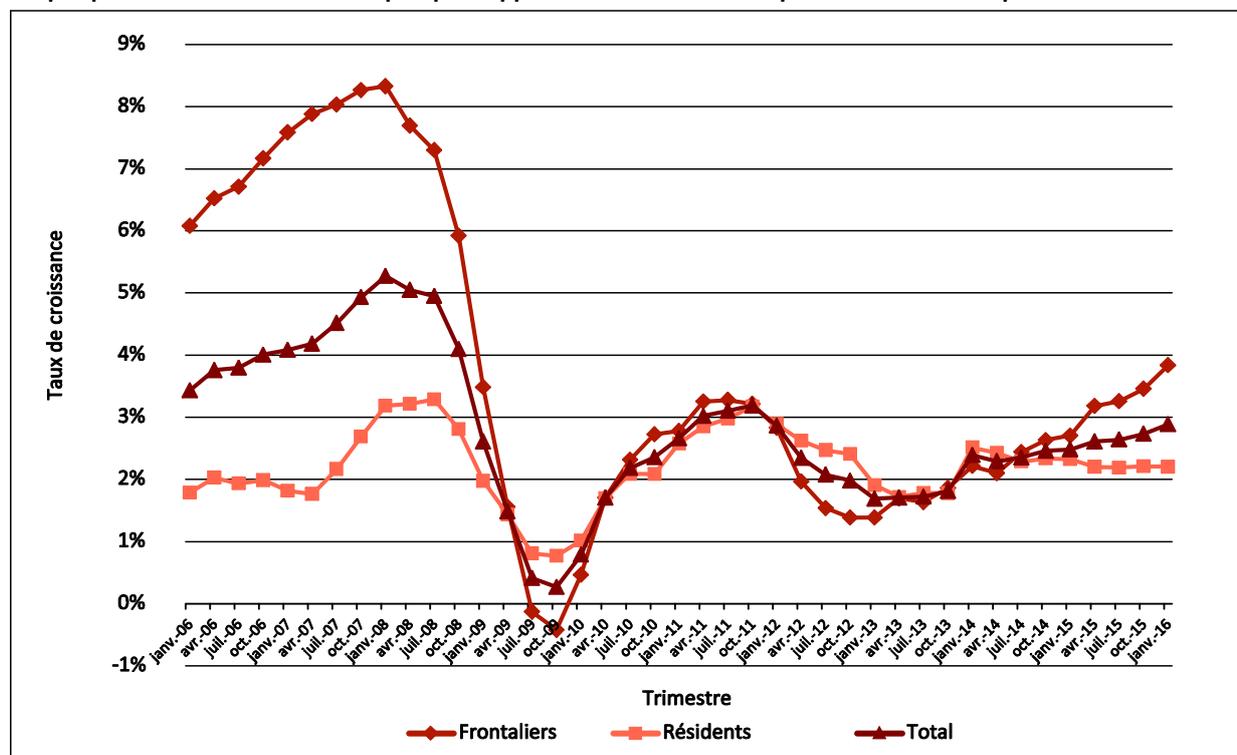
Le Luxembourg a renoué avec la croissance en 2010 mais cette embellie a été de courte durée. En effet, l'économie a de nouveau marqué le pas en 2011 avant de se retrouver totalement à l'arrêt l'année suivante. L'activité a fortement rebondi l'année d'après pour conserver depuis un rythme de croissance annuelle supérieur à 4%. En 2015, le PIB en volume a progressé de 4,8%.

Sur la période 2016-2018, la croissance annuelle moyenne du PIB (en volume) devrait atteindre 4,1%. L'emploi devrait, quant à lui, continuer à accélérer et afficher une croissance annuelle moyenne de 2,9%. Le volume des cotisations pour l'assurance maladie-maternité, calculées à l'indice 100, devraient globalement suivre une trajectoire identique.

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

Au 31 mars 2016, 418 754 personnes, dont 177 257 frontaliers, étaient présentes sur le marché du travail luxembourgeois. Le graphique 13 présente, selon le lieu de résidence, la croissance trimestrielle de l'emploi depuis 2006.

Graphique 13 - Croissance de l'emploi par rapport au trimestre correspondant de l'année précédente



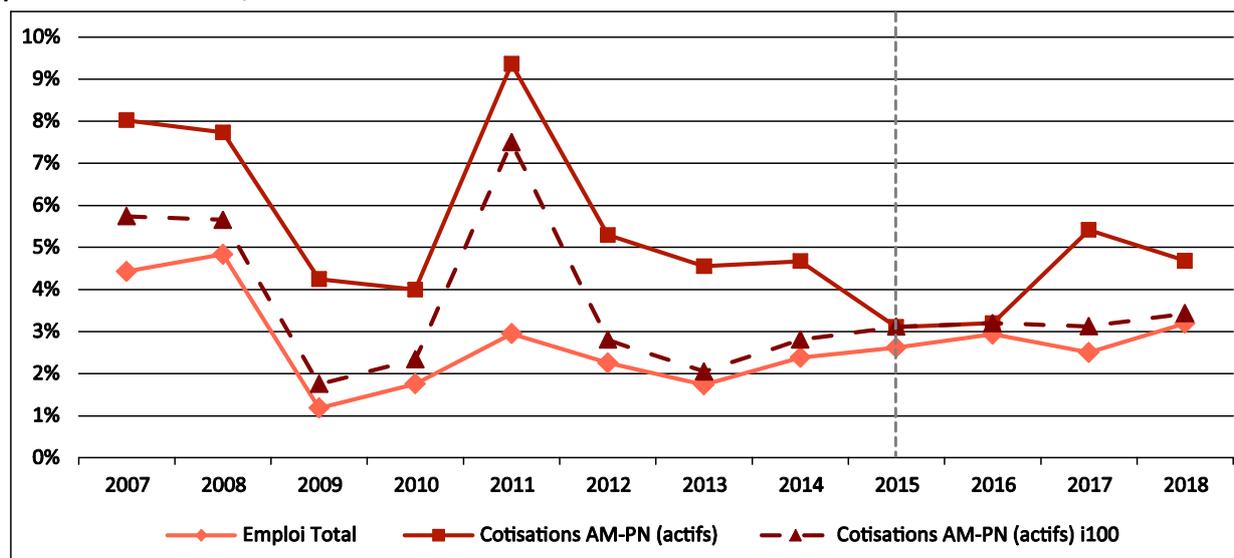
Source : IGSS

Après une période plutôt favorable où l'emploi n'a cessé d'accélérer, les premiers effets de la crise financière se sont fait sentir à partir du second trimestre 2008. Depuis lors, la croissance de l'emploi s'est littéralement effondrée pour atteindre, fin 2009, son point le plus bas.

En 2010, l'emploi a recommencé à accélérer mais ce regain de dynamisme est toutefois resté éphémère. En effet, la situation sur le marché du travail s'est à nouveau détériorée dès le second semestre 2011. Cependant, depuis la seconde partie de l'année 2013, l'emploi a régulièrement accéléré pour afficher en 2015 une croissance de 2,6%. Ce taux est en augmentation par rapport à celui observé sur la période 2009-2014 (2,2%) mais reste inférieur à la moyenne historique (3,2% sur la période 1990-2014). Ce n'est que depuis la seconde partie de l'année 2013 que de nouveaux signes d'amélioration sont perceptibles.

Le graphique 14 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 2015, ainsi que les prévisions pour les années 2016 à 2018.

Graphique 14 - Croissance annuelle de l'emploi et des cotisations pour l'assurance maladie-maternité, prestations en nature, des assurés actifs



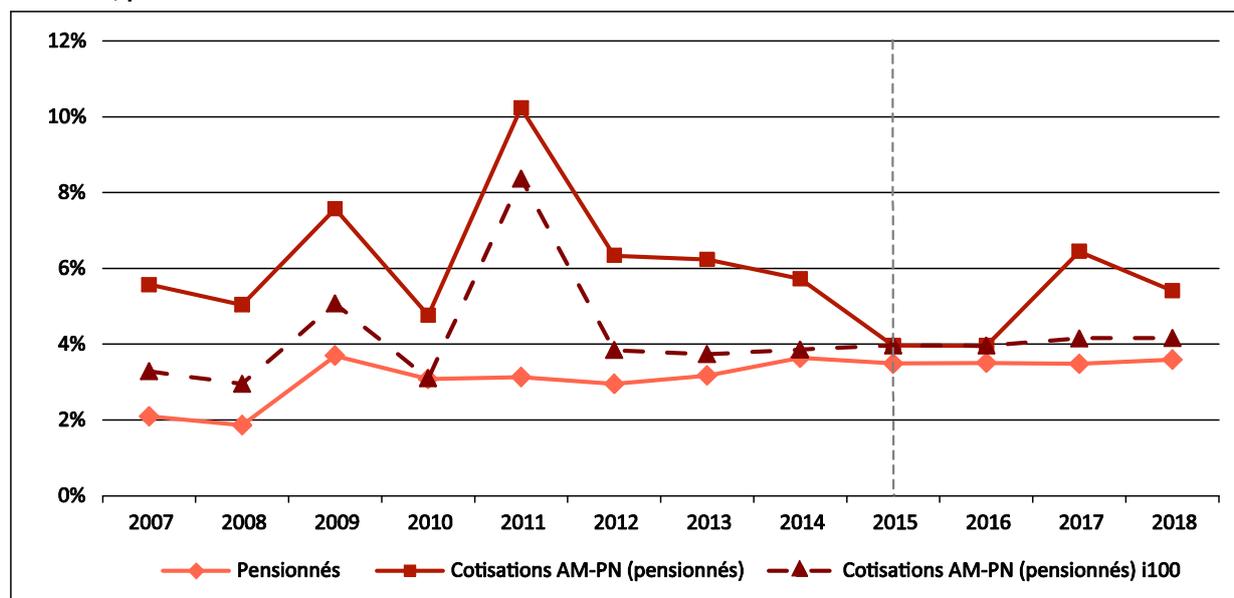
Source : IGSS - Prévisions de printemps 2016.

La forte croissance des cotisations en 2011 s'explique non seulement par l'accélération de l'emploi mais aussi et surtout par le relèvement du taux de cotisation de 5,4% à 5,6%.

Bien que le rythme de croissance des cotisations versées par les assurés pensionnés soit plus dynamique que celui des actifs, les deux trajectoires présentent des allures identiques.

Le graphique 15 présente la croissance annuelle du nombre de pensionnés et de leurs cotisations pour l'assurance maladie-maternité, prestations en nature, entre 2007 et 2015, ainsi que les prévisions pour les années 2016 à 2018.

Graphique 15 - Croissance annuelle du nombre de pensionnés et de leurs cotisations pour l'assurance maladie-maternité, prestations en nature



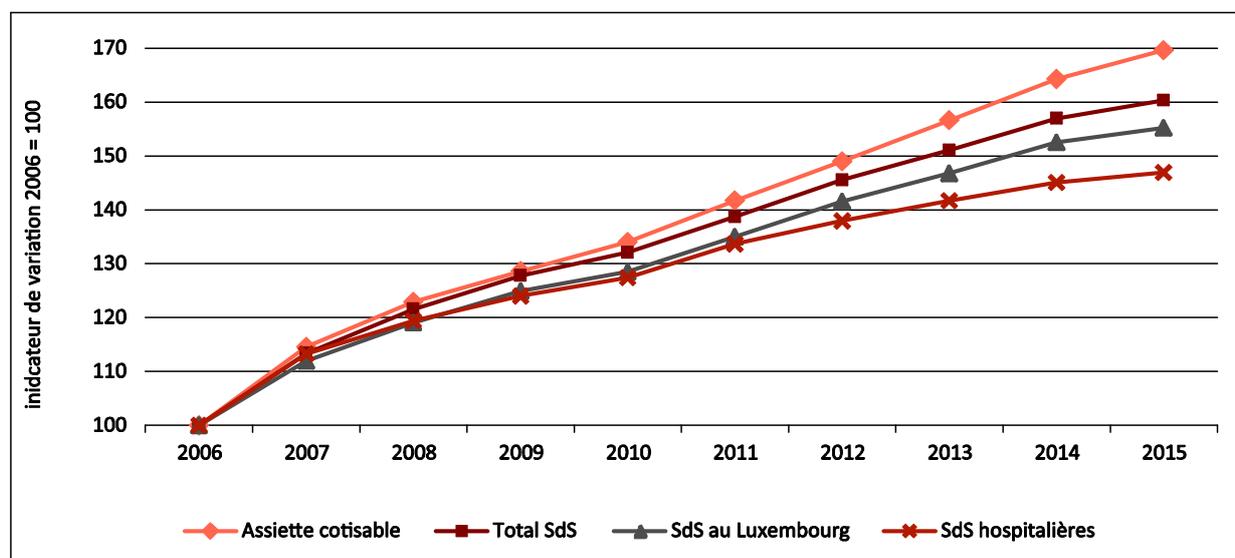
Source : IGSS - Prévisions de printemps 2016.

3. ÉVOLUTION DES RECETTES ET DÉPENSES POUR SOINS DE SANTÉ DE LA CNS

Le montant global des salaires et revenus soumis à cotisation a augmenté en 10 ans de 59% (de 16,1 milliards EUR en 2006 à 25,6 milliards EUR en 2015⁵²). Les dépenses pour soins de santé ont connu une croissance de 52,2% pour passer de 1 358 millions EUR en 2006 à 2 067 millions EUR en 2015⁵³ (CNS, 2016).

Le graphique 16 montre l'évolution de l'assiette cotisable globale et des prestations pour soins de santé. À partir de 2011, année de l'entrée en vigueur de la réforme du système des soins de santé, l'assiette cotisable progresse plus rapidement que les prestations pour soins de santé.

Graphique 16 - Évolution de l'assiette cotisable et des prestations pour soins de santé (SdS)⁵⁴ de 2006 à 2015 - indicateur de variation 2006 = 100



Non seulement le montant des assiettes cotisables et le montant des prestations pour soins de santé ont connu une variation importante depuis 2006, mais également leur composition.

Le tableau 13 montre la répartition pour les années 2006 à 2015 de l'assiette cotisable entre actifs et pensionnés ainsi qu'entre résidents et non-résidents.

Tableau 13 - Pourcentage des actifs/pensionnés et des résidents/non-résidents dans l'assiette cotisable de l'assurance maladie-maternité pour les années 2006 à 2015

% dans l'assiette cotisable	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Actifs	82%	83%	83%	83%	82%	82%	82%	82%	82%	82%
Pensionnés	18%	17%	17%	17%	18%	18%	18%	18%	18%	18%
Résidents	67%	66%	65%	65%	65%	65%	65%	65%	65%	65%
Non-résidents	33%	34%	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%

La répartition entre actifs et pensionnés est restée très stable depuis 2006 : entre 17% à 18% de l'assiette cotisable proviennent de personnes pensionnées. La répartition entre résidents et non-résidents a connu un glissement important au début du siècle se traduisant par une augmentation de la part des non-

⁵² Selon la date d'échéance de la cotisation : il s'agit de la date où le paiement est dû, et non pas de la date où le montant est comptabilisé.

⁵³ Selon la date de la prestation : il s'agit de la date où la prestation a été réalisée, et non pas de la date où la facture a été remboursée.

⁵⁴ Selon la date de prestation

résidents dans l'assiette cotisable de 27% en 2000 à 35% en 2008. À partir de cette année-là, la répartition s'est stabilisée à 35%.

Le tableau 14 montre la répartition pour les années 2006 à 2015 des dépenses pour les soins de santé (SdS) au Luxembourg entre les soins hospitaliers⁵⁵ et extrahospitaliers ainsi qu'entre résidents et non-résidents.

Tableau 14 - Part des dépenses pour les prestations hospitalières/extrahospitalières et des résidents/non-résidents dans l'ensemble du coût des prestations en nature au Luxembourg pour les années 2006 à 2015

% dans l'ensemble des soins de santé Lux	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Soins hospitaliers	50%	50%	50%	49%	49%	49%	48%	48%	47%	47%
Soins extrahospitaliers	50%	50%	50%	51%	51%	51%	52%	52%	53%	53%
Résidents	98%	98%	97%	97%	97%	96%	96%	96%	96%	95%
Non-résidents	2%	2%	3%	3%	3%	4%	4%	4%	4%	5%

Le rapport entre le coût des soins hospitaliers et des soins ou autres prestations extrahospitaliers est resté stable autour de 50% jusqu'en 2008. Depuis 2009 toutefois, ce rapport évolue en faveur des soins extrahospitaliers. Ce constat est toutefois biaisé pour trois raisons indépendantes, décalées dans le temps :

- Étant donné que les frais pour les soins médicaux, se rapportant à un traitement à l'hôpital, sont comptabilisés parmi les frais des soins extrahospitaliers, leur croissance influence donc la croissance globale des dépenses pour les soins extrahospitaliers.
- À partir du 1er avril 2011, les frais pour l'activité extrahospitalière des laboratoires hospitaliers ne sont plus inclus dans le budget hospitalier, ce qui a donc réduit le volume de ce budget.
- À partir de l'exercice 2011, les dépenses concernant les médicaments à délivrance hospitalière (pour patients non hospitalisés) sont renseignées au secteur extrahospitalier au niveau des frais pharmaceutiques (34,2 millions EUR en 2015).

La part des dépenses pour les soins dispensés au Luxembourg pour des non-résidents a progressé depuis 2006, mais reste encore très limitée. Elle ne s'élève qu'à 5% en 2015.

Le tableau 15 montre l'évolution du coût des prestations au Luxembourg et des prestations à l'étranger ainsi que la part respective des résidents/non-résidents dans l'ensemble des dépenses de soins de santé à charge de la CNS.

Tableau 15 - Pourcentage des dépenses pour les prestations au Luxembourg/à l'étranger et des résidents/non-résidents dans l'ensemble des dépenses pour les prestations en nature à charge de la CNS pour les années 2006 à 2015

% dans l'ensemble des soins de santé	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total prestations au Lux.	83%	83%	82%	82%	81%	81%	81%	81%	81%	81%
Total prestations à l'étranger	17%	17%	18%	18%	19%	19%	19%	19%	19%	19%
Part des résidents	85%	84%	83%	82%	82%	82%	81%	81%	81%	80%
Part des non-résidents	15%	16%	17%	18%	18%	18%	19%	19%	19%	20%

⁵⁵ Les prestations hospitalières ne renseignent que les frais occasionnés par les hôpitaux, ces frais ne comprennent pas les frais médicaux. Ils sont compris dans les frais extrahospitaliers.

Aussi bien la part du coût des prestations à l'étranger que la part des non-résidents ont augmenté. En 2015, 19% des frais pour des prestations pour soins de santé sont imputables à des services prestés à l'étranger. La majeure partie concerne des non-résidents qui se font soigner dans leur pays de résidence, tandis que 16% de ces prestations profitent à des personnes protégées résidentes.

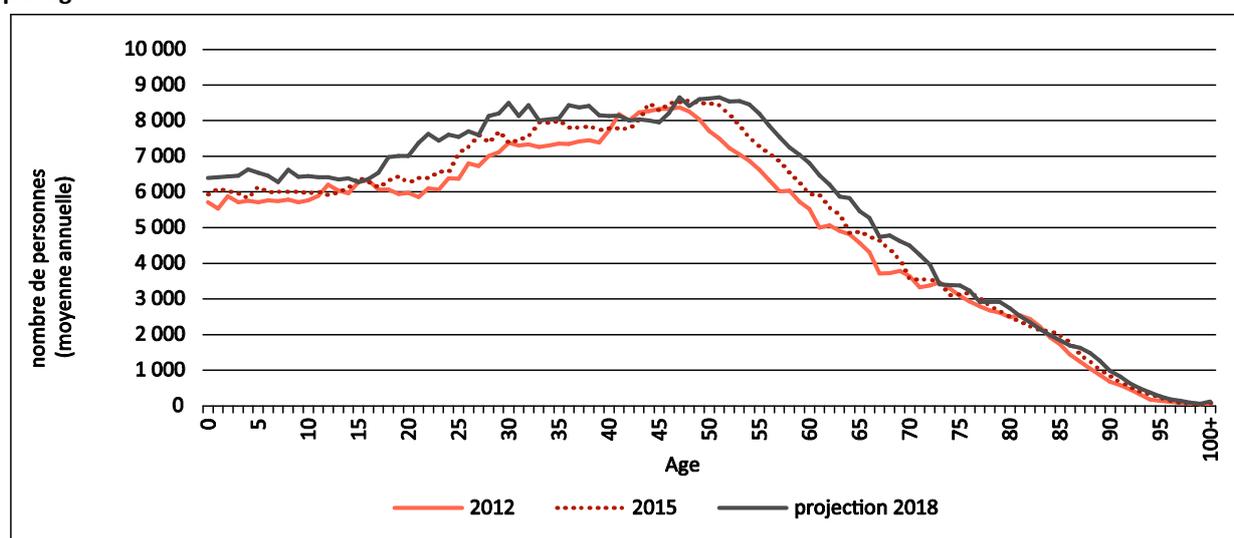
On constate par ailleurs qu'il y a un déséquilibre entre l'apport financier des assurés non-résidents qui s'élève à 35% et leur part dans la consommation de soins de santé qui ne représente que 20%. Cela est dû en majeure partie à la structure d'âge, les assurés non résidents étant plus jeunes en moyenne que les assurés résidents. Or d'une manière générale, la consommation de soins augmente avec l'âge (voir section 3.1 du présent rapport pour plus de détails). Même si l'âge est probablement le facteur le plus important, un autre facteur expliquant cette distorsion pourrait être imputable au coût des soins moins élevé dans les pays voisins.

À l'exception de certaines interventions directes de l'État dans le domaine de la prévention notamment, et mise à part la participation aux frais des assurés et le financement privé⁵⁶, l'assurance maladie-maternité finance toutes les prestations de soins de santé pour ses assurés au Luxembourg et à l'étranger. Une analyse des dépenses du secteur hospitalier luxembourgeois doit donc se situer dans un contexte global du financement du secteur de la santé. Ainsi l'augmentation des charges dans un des domaines couverts, que ce soit par des facteurs exogènes (p.ex. démographiques, progrès médical et technologique, ...) ou par des considérations stratégiques en matière d'organisation du secteur de la santé, doit être contrebalancée par des économies dans d'autres domaines pour garantir une viabilité financière globale.

4. DÉMOGRAPHIE NATIONALE : PROJECTION À COURT TERME

Le graphique 17 montre l'évolution de la population protégée résidente par âge jusqu'en 2018.

Graphique 17 - Population protégée résidente en 2012 et 2015 et projection pour 2018 - nombre de personnes par âge⁵⁷



La population protégée résidente augmente, ce qui est lié à un phénomène d'immigration. Le déplacement des courbes vers la droite d'une année à l'autre illustre le vieillissement de la population. Globalement, la population protégée résidente totale (PPR) devrait augmenter annuellement en moyenne de 2,3% entre 2016 et 2018. Deux groupes d'âge sont particulièrement concernés par la croissance : ce sont les personnes âgées de 90 ans et plus avec une hausse annuelle moyenne de 7,7%

⁵⁶ Le financement privé s'élevait en 2013 à 17,5% du total des dépenses et compte parmi les plus bas des pays membres de l'OCDE. Nos pays voisins se classent plus loin : la France avec 21,3%, l'Allemagne avec 23,7% et la Belgique avec 22,2%.

⁵⁷ **Méthodologie** : Application à la population protégée résidente des hypothèses de mortalité et de migration établies par EUROSTAT (EUROPOP2013) pour les projections de la population résidente. Par population protégée résidente, on entend la population couverte par l'assurance maladie-maternité légale. Notamment les employés et fonctionnaires des institutions européennes ne sont pas couverts par le système national car ils ont leur propre assurance.

alors qu'elles représentent seulement 0,6% de la population protégée. Le deuxième groupe est celui des personnes âgées entre 60 et 79 ans, dont la part parmi la population protégée s'élève à 15,5%, et qui affiche une croissance annuelle moyenne de 3,4%.

5. ÉVOLUTION DE LA POPULATION PROTÉGÉE NON RÉSIDENTE

La population active

L'évolution de la population protégée active transfrontalière dépend en première ligne de l'évolution économique et du marché du travail dans la Grande Région. On observe toutefois, dès maintenant, certaines tendances qui, en se combinant, vont augmenter les dépenses de la CNS. Ainsi on note que d'une part, l'embauche des travailleurs frontaliers se situe en dessous du niveau « avant-crise » et que d'autre part, leur moyenne d'âge augmente. Cela se traduit par une croissance des dépenses pour soins de santé plus importante que celle de l'assiette cotisable des non-résidents. Les dépenses moyennes pour soins de santé pour des travailleurs frontaliers se situent cependant encore largement en dessous de la moyenne des résidents (CNS, 2016).

Les pensionnés

Il faut savoir qu'un grand nombre de pensionnés, relevant du système de pension luxembourgeois et résidant à l'étranger, ne sont pas à charge de l'assurance maladie du Luxembourg. Cela s'explique par les dispositions du règlement CE 883/2004⁵⁸ qui prévoit qu'un travailleur retraité, ayant une carrière mixte dans plusieurs pays membres sera, pour le volet assurance maladie, entièrement à charge du pays de résidence, pour autant qu'il y perçoive une partie de sa pension. Concrètement cela implique qu'au moment où leur consommation de soins risque de s'accroître sensiblement, un grand nombre des travailleurs migrants avec des carrières mixtes qui retournent dans leur pays d'origine lors de la retraite, seront entièrement à charge de leur pays de résidence, même si la majeure partie de leur vie active s'est déroulée au Luxembourg. Le même scénario s'applique d'ailleurs aux travailleurs frontaliers retraités.

Pour les travailleurs frontaliers, on constate actuellement qu'en moyenne leur apport en cotisations dépasse le coût des soins reçus. Cela s'explique avant tout par une moyenne d'âge moins élevée que celle de la population résidente. À moyen terme, ces différences vont en se réduisant.

En ce qui concerne les travailleurs frontaliers retraités, le nombre de travailleurs ayant une carrière professionnelle exclusivement luxembourgeoise est susceptible d'augmenter et le Luxembourg deviendra donc le pays compétent en matière d'assurance maladie. En ce qui concerne les dispositions du règlement européen par rapport aux travailleurs migrants retraités, un changement de politique n'est pas en vue à ce jour.

⁵⁸ Règlement CE 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

ANNEXE 3 - SITUATION FINANCIÈRE ET BUDGETS DEMANDÉS DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

1. SITUATION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Tableau 16 - Situation financière des établissements hospitaliers fin 2015

	Réserves	Résultat reporté	Résultat	Total résultat et réserves	Provisions
CHL		22 587 878	4 200 685	26 788 563	3 303 619
CHEM		33 604 888	-1 929 704	31 675 184	217 828
HRS	476 997	42 603 468	7 465 955	50 546 420	34 357 890
HK		35 127 860	5 157 989	40 285 849	12 423 017
CBK	26 997	1 925 635	560 723	2 513 355	4 866 001
ZithaKlinik	450 000	413 517	238 364	1 101 881	13 695 762
CSM		5 136 456	1 508 879	6 645 335	3 373 110
CHNP		19 147 857	1 369 203	20 517 060	7 442 870
HIS		2 362 255	-150 000	2 212 255	0
CFB	526 339	4 520 719	663 108	5 710 166	2 435 557
INCCI		4 425 051	519 543	4 944 594	282 505
RZ		1 180 713	114 520	1 295 233	43 187
CHdN	17 165 485	5 885 990	3 130 135	26 181 610	6 114 680
Omega	4 150 054	711 254	38 624	4 899 932	
Total	22 318 875	137 030 073	15 422 069	174 771 017	54 198 136

2. BUDGETS DEMANDÉS PAR LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS POUR LES ANNÉES 2017 ET 2018

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

Les tableaux 17 et 18 montrent les budgets opposables de 2016 et la variation annuelle des budgets demandés par les établissements hospitaliers pour 2017 et 2018 par type de dépense respectivement par établissement. **Les budgets demandés pour frais fixes et frais variables s'élèvent pour 2017 à 912,9 millions EUR et pour 2018 à 934,3 millions EUR.**

Tableau 17 - Budget 2016 et variation annuelle des budgets demandés pour 2017 et 2018 par type de dépense

	2016 (en millions EUR)	Part du budget 2016	Variation		
			2016/2017	2017/2018	2016/2018
Frais fixes opposables	678,5	81,3%	9,1%	2,3%	11,7%
<i>Consommation fixe</i>	15,9	1,9%	-4,0%	0,5%	-3,5%
<i>Autres charges externes/d'exploitations</i>	84,7	10,2%	14,5%	1,4%	16,1%
<i>Personnel ¹⁾</i>	549,8	65,9%	8,7%	2,7%	11,7%
<i>Amortissement</i>	57,5	6,9%	6,1%	-0,8%	5,3%
<i>Frais financiers</i>	0,7	0,1%	-2,5%	2,6%	0,0%
<i>Subv. exploit</i>	-0,7	-0,1%	38,9%	1,1%	40,4%
<i>Subv. invest</i>	-29,4	-3,5%	3,2%	-0,2%	3,0%
Frais variables ²⁾	156,0	18,7%	10,6%	2,4%	13,2%
Total	834,5		9,4%	2,3%	12,0%

1) Y compris Rectification AAI.

2) Y compris Réserve pour activité facturée supérieure à l'activité budgétisée et convention LNS.

Tableau 18 - Budget 2016 et variation annuelle des budgets demandés pour 2017 et 2018 par établissement

	2016 (en millions EUR)	Part du budget 2016	Variation		
			2016/2017	2017/2018	2016/2018
CHL	195,8	23,5%	9,6%	2,0%	11,8%
CHEM	190,0	22,8%	11,4%	1,8%	13,4%
HRS	236,6	28,4%	6,9%	3,0%	10,1%
CHNP	40,4	4,8%	8,6%	2,6%	11,5%
HIS	5,5	0,7%	25,3%	6,1%	33,0%
CFB	7,4	0,9%	2,8%	2,5%	5,3%
INCCI	21,0	2,5%	23,8%	2,1%	26,4%
Rehazenter	28,5	3,4%	5,8%	3,1%	9,1%
CHdN	106,5	12,8%	8,8%	2,1%	11,1%
Omega	2,9	0,3%	15,2%	2,3%	17,9%
Total	834,5	100%	9,4%	2,3%	12,0%

ANNEXE 4 - GLOSSAIRE ET RELEVÉ DES ENTITÉS FONCTIONNELLES

GLOSSAIRE

AA	Assurance accident
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.
APE	Administration du personnel de l'État
APS	Avant-projet sommaire
CBK	Clinique Dr. Bohler Kirchberg
CCT	Convention collective de travail
CFB	Centre de radiothérapie François Baclesse
CHdN	Centre Hospitalier du Nord
CHEM	Centre Hospitalier Emile Mayrisch
CHNP	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
CMSS	Contrôle médical de la sécurité sociale
CNS	Caisse nationale de santé
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
CPH	Commission permanente pour le secteur hospitalier
CSM	Clinique Ste Marie
CSS	Code de la sécurité sociale
DMS	Durée moyenne de séjour
DS	Direction de la Santé
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. Les différentes entités fonctionnelles sont énumérées ci-après.
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.

FP	Fonction Publique
GC	Gouvernement en Conseil
Haus Omega	Centre de soins palliatifs pour personnes en fin de vie
HK	Hôpital Kirchberg
HIS	Hôpital Intercommunale de Steinfort
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	l'Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle
LIH	Luxembourg Institute of Health
LNS	Laboratoire national de Santé (établissement d'utilité publique)
MS	Ministère de la Santé
Population protégée résidente (PPR)	Il s'agit de la population résidente couverte par l'assurance maladie-maternité nationale
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).
Prestations en nature	Prestations pour soins de santé
Rehazenter	Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle
RSSI	Responsable de la sécurité des services informatiques
Unité d'œuvre (U.O.)	Une unité d'œuvre désigne les prestations d'une entité fonctionnelle

LES ENTITÉS FONCTIONNELLES (ORDRE ALPHABÉTIQUE)

- Appartements thérapeutiques
- Caisson d'oxygénothérapie hyperbare
- Cardiologie interventionnelle
- Chimiothérapie
- Chirurgie cardiaque
- Curiethérapie
- Endoscopie (à partir de 2015)
- Ergothérapie
- Fécondation in vitro (FIV)
- Gymnase
- Hémodialyse
- Hôpital de jour psychiatrie
- Hydrothérapie
- Imagerie médicale
- IRM (Résonance magnétique)
- Laboratoire
- Lithotriteur
- Médecine nucléaire
- Pet Scan
- Physiothérapie (Kinésithérapie)
- Places de surveillance pour patients ambulatoires
- Polyclinique
- Radiothérapie
- Salles d'accouchement
- Salles OP
- Soins intensifs
- Soins normaux
- Soins palliatifs patients hospitalisés (jusqu'en 2014)

ANNEXE 5 - SOURCE DES DONNÉES

Les données utilisées pour l'établissement de l'activité des soins de santé se limitent aux années 2010 à 2014. Elles se basent sur les factures soumises à la CNS. L'année 2015 n'a pas été retenue car ces données ne sont pas complètes à cause d'un certain retard dans l'introduction des factures.

Les frais hospitaliers sont facturés directement à la CNS, sans que la facture passe par le patient. Les frais médicaux sont pris en charge par la CNS lorsqu'une demande de remboursement a été introduite par l'assuré (sauf dans des cas exceptionnels comme le tiers payant social), participation de l'assuré déduite. Sur base des prises en charge déclarées par les hôpitaux, les séjours hospitaliers des patients peuvent être reconstitués comprenant des informations sur les actes hospitaliers et médicaux ayant eu lieu pendant le séjour ainsi que le diagnostic de sortie. Les factures médicales ne renseignent pas le lieu de l'activité, et il se peut par conséquent que des actes médicaux réalisés en dehors d'un établissement hospitalier soient compris dans les frais médicaux hospitaliers lorsque ces actes extrahospitaliers ont eu lieu le même jour qu'une prise en charge hospitalière (p.ex. consultation d'un dentiste le matin, hospitalisation pour un malaise cardiaque dans la soirée).

ANNEXE 6 - SOMMAIRES

Sommaire des tableaux

Tableau 1 - Établissements hospitaliers visés par l'enveloppe budgétaire globale	7
Tableau 2 - Nombre de lits et personnel opposable à la CNS en 2016	8
Tableau 3 - Fonds des investissements hospitaliers : dépenses annuelles ajustées ¹⁾	15
Tableau 4 - Répartition et croissance des prestations facturées opposables à la CNS par type de prise en charge	21
Tableau 5 - Répartitions des prestations facturées opposables en 2014 selon frais variables et frais fixes	23
Tableau 6 - Estimation du total des dépenses à charge de l'enveloppe budgétaire globale en 2016 (en EUR)	28
Tableau 7 - Facteurs pris en compte dans la projection des frais fixes et variables de l'enveloppe budgétaire globale.....	30
Tableau 8 – Prévisions du STATEC de l'échelle mobile des salaires.....	31
Tableau 9 - Projection des coûts hospitaliers pour 2017 et 2018 (en millions EUR)	32
Tableau 10 - Résumé des projections des coûts hospitaliers.....	33
Tableau 11 - Enveloppe budgétaire globale recommandée pour 2017 et 2018 en millions EUR	35
Tableau 12 - Taux de référence proposés par la Commission européenne pour la croissance des dépenses publiques	35
Tableau 13 - Pourcentage des actifs/pensionnés et des résidents/non-résidents dans l'assiette cotisable de l'assurance maladie-maternité pour les années 2006 à 2015	45
Tableau 14 - Part des prestations hospitalières/extrahospitalières et des résidents/non-résidents dans l'ensemble des prestations en nature au Luxembourg pour les années 2006 à 2015.....	46
Tableau 15 - Pourcentage des prestations au Luxembourg/à l'étranger et des résidents/non-résidents dans l'ensemble des prestations en nature à charge de la CNS pour les années 2006 à 2015	46
Tableau 16 - Situation financière des établissements hospitaliers fin 2015.....	49
Tableau 17 - Budget 2016 et variation annuelle des budgets demandés pour 2017 et 2018 par type de dépense	50
Tableau 18 - Budget 2016 et variation annuelle des budgets demandés pour 2017 et 2018 par établissement.....	50

Sommaire des graphiques

Graphique 1 - Fréquence et durée moyenne des séjours des hospitalisations aiguës complètes par classe d'âge et sexe en 2014.....	18
Graphique 2 - Fréquence des hospitalisations de jour aiguës, par classe d'âge et sexe en 2014.....	18
Graphique 3 - Coût moyen journalier à charge de la CNS pour un séjour hospitalier par classe d'âge en 2014.....	19
Graphique 4 - Pourcentage de la population protégée résidente et des frais hospitaliers par classe d'âge, ainsi que leur rapport (axe secondaire)	20
Graphique 5 - Durée moyenne de séjour de 2005 à 2014 - hospitalisation complète aiguë - standardisation selon patients hospitalisés en 2014	20
Graphique 6 - Évolution du nombre d'hospitalisations aiguës complètes.....	21
Graphique 7 - Taux de croissance et taux de croissance moyen entre 2010 et 2014 des différents types de prise en charge	22
Graphique 8 - Répartition de la fréquence annuelle des unités d'œuvre par entité fonctionnelle en 2014	24
Graphique 9 - Répartition des frais annuels des unités d'œuvre par entité fonctionnelle en 2014	24
Graphique 10 - Taux de croissance et taux de croissance moyen entre 2010 et 2014 des 10 types d'unités d'œuvre les plus fréquents.....	25
Graphique 11 - Évolution et croissance annuelle des budgets hospitaliers.....	27
Graphique 12- Croissance annuelle du PIB et de l'emploi	42
Graphique 13 - Croissance de l'emploi par rapport au trimestre correspondant de l'année précédente	43
Graphique 14 - Croissance annuelle de l'emploi et des cotisations pour l'assurance maladie-maternité, prestations en nature, des assurés actifs.....	44
Graphique 15 - Croissance annuelle du nombre de pensionnés et de leurs cotisations pour l'assurance maladie-maternité, prestations en nature.....	44
Graphique 16 - Évolution de l'assiette cotisable et des prestations pour soins de santé (SdS) de 2006 à 2015 - indicateur de variation 2006 = 100	45
Graphique 17 - Population protégée résidente en 2012 et 2015 et projection pour 2018 - nombre de personnes par âge	47