

 LA SÉCURITÉ SOCIALE - 2018

# 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 : 23 août 2018

Auteurs : WEISGERBER Christine  
WEBER Laurence

## Sommaire

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
<b>1 PAYSAGE HOSPITALIER.....</b>	<b>6</b>
1.1 LES ÉLÉMENTS DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE .....	6
1.2 LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS BUDGÉTISÉS.....	7
1.3 L'EMPLOI DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ EN COMPARAISON INTERNATIONALE .....	9
1.4 LE PERSONNEL MÉDICAL .....	9
1.5 LE PERSONNEL SOIGNANT .....	9
1.6 LE PERSONNEL ADMINISTRATIF .....	10
1.7 LES ACCORDS SALARIAUX.....	10
1.8 IMPACTS À COURT ET MOYEN TERME DE LA LOI RELATIVE AUX ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET À LA PLANIFICATION HOSPITALIÈRE SUR L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE.....	11
<b>2 POLITIQUE D'INVESTISSEMENT .....</b>	<b>12</b>
2.1 L'INTERVENTION DE L'ÉTAT DANS LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ ET DES INFRASTRUCTURES HOSPITALIÈRES .....	12
2.2 LE FONDS DES INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS.....	13
2.3 LES FRAIS D'INVESTISSEMENTS À CHARGE DE LA CNS .....	14
<b>3 UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET PROJECTIONS.....</b>	<b>15</b>
3.1 ANALYSE DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE EN 2016 .....	15
3.2 PROJECTIONS DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE .....	20
<b>4 BUDGETS ET COMPTES HOSPITALIERS.....</b>	<b>24</b>
4.1 DESCRIPTION DU SYSTÈME BUDGÉTAIRE .....	24
4.2 LES BUDGETS ACCORDÉS .....	25
4.3 ESTIMATION DU BUDGET SUR BASE DES PROJECTIONS DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE.....	28
<b>5 CONCLUSION ET PROPOSITION POUR LA FIXATION DE L'ENVELOPPE     BUDGÉTAIRE GLOBALE .....</b>	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXE 1 - RÉFÉRENCES LÉGALES, CONTEXTE NATIONAL ET EUROPÉEN .....</b>	<b>36</b>
<b>ANNEXE 2 - SITUATION ET PROJECTION MACRO-ÉCONOMIQUE DU LUXEMBOURG... 40</b>	
<b>ANNEXE 3 - SITUATION FINANCIÈRE ET BUDGETS DEMANDÉS DES ÉTABLISSEMENTS     HOSPITALIERS .....</b>	<b>48</b>
<b>ANNEXE 4 - GLOSSAIRE ET RELEVÉ DES ENTITÉS FONCTIONNELLES .....</b>	<b>50</b>
<b>ANNEXE 5 - SOURCE DES DONNÉES .....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXE 6 - SOMMAIRES .....</b>	<b>54</b>



# 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'investissement<sup>1</sup>) 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 domicile<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> 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 1.3).

## 1.2 LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS BUDGÉTISÉS

D'après les dispositions du CSS et de la loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification 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)
<b>CENTRES HOSPITALIERS</b>	
Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)	Luxembourg, Eich
Hôpitaux Robert Schuman	Luxembourg, Kirchberg, Esch-Alzette
Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM)	Esch-Alzette, Dudelange, Differdange
Centre Hospitalier du Nord (CHdN)	Ettelbruck, Wiltz
<b>ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS SPÉCIALISÉS</b>	
Centre National de Radiothérapie François Baclesse (CFB)	Esch-Alzette (site du CHEM)
Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle (INCCI)	Luxembourg (site du CHL)
Rehazenter (Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation)	Luxembourg
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) (+ annexes) <sup>1)</sup>	Ettelbruck
Hôpital Intercommunal Steinfort (HIS - Etablissement Hospitalier Spécialisé en Rééducation Gériatrique)	Steinfort
Centre de Réhabilitation du Château de Colpach (CRCC - Etablissement Hospitalier Spécialisé en Réhabilitation Physique et Post-oncologique)	Colpach
<b>ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL POUR PERSONNES EN FIN DE VIE</b>	
Haus Omega	Luxembourg-Hamm
<b>CENTRE DE DIAGNOSTIC</b>	
Laboratoire National de Santé (LNS) <sup>2)</sup>	Dudelange

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

2) Centre de diagnostic dans le domaine de la génétique humaine et de l'anatomopathologie.

La taille des établissements ressort des tableaux 2 et 3 reprenant le nombre de lits, des lits portes, des places de surveillance et des places de dialyse, ainsi que leur personnel opposable à la CNS pour 2018.

**Tableau 2 - Nombre de lits en 2018**

	TOTAL	Soins normaux	dont psychiatrie	dont rééducation gériatrique	Soins intensifs	Places de surveillance	Places de dialyse	Lits portes
CHEM	622	550	45	36	41	9	16	6
CHL	668	524	48	0	55	55	26	8
CHdN	389	337	41	30	20	20	12	0
HRS	857	672	68	30	33	123	29	0
CHNP	237	237	237	0	0	0	0	0
Rehazenter	72	72	0	72	0	0	0	0
HIS	30	30	0	30	0	0	0	0
Haus Omega	15	15	0	0	0	0	0	0
CFB	2	2	0	0	0	0	0	0
INCCI	33	9	0	0	10	14	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>2 925</b>	<b>2448</b>	<b>439</b>	<b>198</b>	<b>159</b>	<b>221</b>	<b>83</b>	<b>14</b>

Source : CNS

**Tableau 3 – Personnel opposable à la CNS en 2018**

	Total	dont personnel soignant
CHEM	1 485,8	1 030,0
CHL	1 449,0	1 135,8
CHdN	811,1	600,5
HRS	1 784,4	1 271,0
CHNP	362,2	250,0
Rehazenter	240,8	187,6
HIS	60,9	36,4
Haus Omega	22,2	17,8
CFB	48,5	32,3
INCCI	94,7	82,6
<b>TOTAL</b>	<b>6 359,4</b>	<b>4 643,8</b>

Source : CNS

Le nombre de lits et du personnel est adapté en fonction des autorisations d'exploitation et des autorisations de services des établissements hospitaliers et en fonction des normes de personnel retenues.

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 autres commerces 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 2018, 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 moyens<sup>3</sup> », dont le montant est estimé à 5,1 millions EUR en 2018.

<sup>3</sup> COM physique médicale, COM informatique et COM achat.

## 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 2017<sup>4</sup> » publié par l'OCDE (OCDE, 2017). 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'emploi<sup>5</sup> dans le secteur de la santé et le secteur social a connu une hausse annuelle de 5,5 % entre 2005 et 2015. La hausse dans le secteur de la santé et le secteur social s'explique en partie par l'introduction et le développement de l'assurance dépendance à partir de 1999. La Belgique a connu une hausse de 2,5%, l'Allemagne de 2,2% et la France de 1,6%.

En 2015, on compte au Luxembourg 11,9 infirmiers<sup>6</sup> par 1 000 habitants. La moyenne en 2015 des pays membres de l'OCDE s'élève à 9,0 infirmiers par 1 000 habitants. L'Allemagne compte 13,3 infirmiers par 1 000 habitants, la Belgique 10,8 par 1 000 habitants et la France 9,9 par 1 000 habitants pour cette même année.

Le Luxembourg compte en 2015 4,1 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 (3,6 en Belgique, 3,2 en Allemagne et 3,0 en France).

## 1.4 LE PERSONNEL MÉDICAL

Les honoraires des médecins, salariés ou libéraux, ne sont pas compris dans les budgets hospitaliers. Tous les soins médicaux sont facturés à l'acte directement au patient indépendamment du mode de paiement.

## 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 16,25 ETP pour l'ensemble des établissements hospitaliers.

La rémunération moyenne annuelle brute des infirmiers diplômés s'élève en 2017 à 93 841 EUR par ETP<sup>7</sup>. En comparaison internationale (OCDE, 2017), le revenu des infirmiers pour 2015 en hôpital au Luxembourg se trouve en 1<sup>re</sup> place avec 94 183 USD PPA<sup>8</sup>, précédant de loin les États-Unis (72 980 USD PPA) et les Pays-Bas (66 122 USD PPA). La rémunération des infirmiers dans les pays voisins se situe

<sup>4</sup> Nom de l'édition anglaise : « Health at a glance ».

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> Source : FHL

<sup>8</sup> 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).

largement en dessous du niveau luxembourgeois et s'élève à 42 492 USD PPA en France (en 2014), à 53 668 USD PPA en Allemagne (en 2014) et à 59 648 USD PPA en Belgique.

## 1.6 LE PERSONNEL ADMINISTRATIF

Pour gérer les hôpitaux, la loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière<sup>9</sup> dispose que la direction est confiée à un directeur général nommé par l'organisme gestionnaire. Pour les établissements de plus de 200 lits, le directeur est assisté par un directeur de soins, un directeur médical et un directeur administratif et financier.

Il est intéressant dans ce contexte de comparer le rapport entre le staff dédié à l'activité principale soignante<sup>10</sup> et le staff administratif. En 2018, le nombre d'ETP négocié et opposable dans le domaine administratif hospitalier s'élève à 815 unités. Ces ETP représentent 14,7% de l'ensemble du personnel accordé opposable (personnel assurant des fonctionnalités logistiques non compris)<sup>11</sup>. Pour la plupart des établissements et groupes hospitaliers, le rapport entre personnel administratif et professionnels de santé se situe entre 12,5% et 17,4%. Pour deux établissements de plus petite taille, ce taux est cependant plus élevé (22,7% et 28,4%).

## 1.7 LES ACCORDS SALARIAUX

La majorité des rémunérations du personnel des établissements hospitaliers, à l'exception du Haus Omega et du LNS, est régie par la convention collective de travail (CCT-FHL) du secteur hospitalier (FHL, OGBL, LCGB, 2017). 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. Le personnel du LNS est rémunéré selon deux façons différentes, à savoir comme des employés privés (sans convention collective de travail) et comme du personnel de l'Etat.

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

Une analyse de l'évolution des conventions collectives du secteur hospitalier met en évidence 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 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.

La convention collective pour le secteur FHL actuellement en vigueur couvre la période du 1<sup>er</sup> juillet 2017 au 30 juin 2020. Vu l'accord du 15 juin 2018 entre le Gouvernement et la CGFP prévoyant notamment la réduction du stage de 3 années à 2 années, l'abolition des indemnités de stage réduites et l'augmentation de l'allocation de repas, il faudra s'attendre à des revendications concernant ces 3 points dans le secteur

<sup>9</sup> Articles 29 à 31 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

<sup>10</sup> Hors activité médicale qui fonctionne sur une base libérale (Belegarztsystem).

<sup>11</sup> 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.

FHL, bien qu'un stage de 3 ans et une réduction des indemnités de stage (80% 80% 90%) pendant la période de stage ne sont pas d'application dans le secteur hospitalier.

## **1.8 IMPACTS À COURT ET MOYEN TERME DE LA LOI RELATIVE AUX ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET À LA PLANIFICATION HOSPITALIÈRE SUR L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE**

La loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière 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. S'y ajoutent les nouvelles dispositions de la loi hospitalière sur la continuité des soins, l'organisation des réseaux de compétences, l'adaptation des normes et le développement des urgences qui influenceront l'évolution de l'enveloppe budgétaire globale 2019-2020.

En effet, les définitions de services dans l'annexe 2 de la loi hospitalière prévoient des dispositions particulières en matière de continuité des soins, applicables à certains services et à certaines spécialités médicales.

L'article 28 de la loi hospitalière introduit la notion de « réseau de compétence » comme « entité organisationnelle qui rassemble à l'intérieur d'un ou plusieurs établissements hospitaliers des ressources d'un ou plusieurs services, assurant une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie ou un groupe de pathologie ». Comme le prévoit cet article, des réseaux de compétence pour neuf pathologies ou groupes de pathologies différentes pourront être créés.

Un autre volet qui impactera de manière importante l'évolution de l'enveloppe budgétaire globale est l'adaptation des normes d'une part négociée entre la CNS et la FHL dans le cadre de la commission des normes (articles 25 et 26 de la convention-cadre FHL-CNS) et d'autre part fixée par règlement grand-ducal dans le contexte de l'organisation des urgences.

## 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 ne peut être inférieure à 10% du montant annuel 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'État<sup>12</sup>.

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 aux articles 15 et 18 de la loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, 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, de modernisation ou de réaménagement d'un centre hospitalier dépassant le montant de 500 000 EUR hors TVA ;
- les grands projets de construction, de modernisation ou de réaménagement d'un établissement hospitalier spécialisé dépassant le montant de 250 000 EUR hors TVA ;
- la mise en commun d'activités en vue d'un investissement commun.

L'Etat subventionne également à raison de 80% (par le budget de l'Etat) les équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières<sup>13</sup>.

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.

<sup>12</sup> La participation de l'Etat 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.

<sup>13</sup> Annexe 3 de la loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière : Tableau des équipements et appareils soumis à planification ou exigeant des conditions d'emploi particulières et de leur nombre maximum pouvant être autorisé.

## 2.2 LE FONDS DES INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS

Les enveloppes d'investissement pour les « grands projets de construction, de modernisation ou de réaménagement » sont fixées par une convention conclue entre l'État et l'établissement hospitalier. Le modèle de convention a été défini par un règlement grand-ducal<sup>14</sup>.

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

- A : Partie opposable et subventionnable
- B : Partie subventionnable mais non opposable (exemple : chambres à un lit, dites 1<sup>re</sup> 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% pour la population protégée 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 spéciale<sup>15</sup>. Suite à la réforme du secteur de la santé et l'abolition de l'article 16 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, le financement est géré dans la législation concernant la gestion budgétaire de l'Etat et les fonds budgétaires spéciaux. Néanmoins l'article 19 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière réintroduit la nécessité d'une loi de financement pour un projet dont le coût à charge du Fonds hospitalier est supérieur à 40 millions EUR.

Le tableau 4 ci-après retrace l'évolution des investissements de l'État à partir de 2009.

**Tableau 4 - Fonds des investissements hospitaliers : dépenses annuelles ajustées<sup>1)</sup>**

Exercice	Montant (en millions EUR)
2009	55,1
2010	44,5
2011	43,8
2012	33,5
2013	37,4
2014	28,4
2015	31,5
2016	26,6
2017 <sup>2)</sup>	29,6
2018 <sup>2)</sup>	34,3

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

2) *Évolution prévisionnelle.*

<sup>14</sup> Règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le modèle de la convention avec les hôpitaux fixant les modalités de la participation de l'Etat dans les investissements hospitaliers (Mémorial A n°63 page 1211 du 23 mai 2001).

<sup>15</sup> 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.

En moyenne annuelle, le niveau des investissements hospitaliers financés par l'État entre 2009 et 2018 se situe autour de 36 millions EUR. Les dépenses majeures en 2017 et 2018 concernent les nouvelles constructions et les travaux de modernisation et/ou d'extension des HRS.

## 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 hospitaliers, mentionnés aux articles 15 et 16 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 2018 :

- 15,5 millions EUR investissements courants (rénovation, mobilier, etc...)
- 3,5 millions EUR investissements médico-techniques
- 2,5 millions EUR investissements informatiques

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 l'année même où le financement a été accordé.

## 3 UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET PROJECTIONS

### 3.1 ANALYSE DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE EN 2016

Considérant le retard avec lequel les établissements hospitaliers ont transmis les données de facturation pour 2017, l'analyse se base sur la situation en 2016 afin de disposer de données les plus complètes possible<sup>16</sup>.

#### 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 médicotecniques de l'hôpital sans passage en policlinique et des patients dont l'hospitalisation n'est pas encore terminée<sup>17</sup>. Les unités d'œuvre attribuées à des patients pour lesquels le séjour à l'hôpital n'est pas encore terminé (pas de déclaration de sortie) sont également prises en compte. Les unités d'œuvre les plus sollicitées sont les suivantes en 2016 : imagerie médicale 36,4% ; physiothérapie 21,7% ; laboratoire 10,5% ; ergothérapie 7,1% ; hémodialyse 6,4%. Dans la plupart des cas (72,5%), 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).

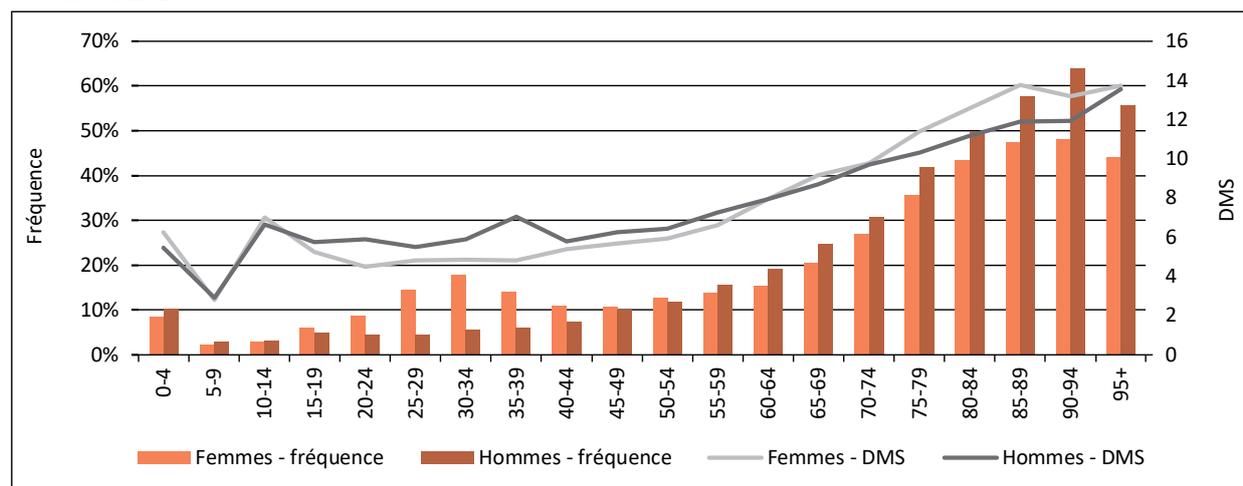
Le graphique 1 montre la fréquence<sup>18</sup> et la durée moyenne de séjour (DMS) par sexe et classe d'âge pour les hospitalisations complètes aiguës (avec nuitée) de la population protégée résidente (PPR)<sup>19</sup>. On note une fréquence d'hospitalisation plus importante des femmes entre 20 et 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.

<sup>16</sup> Les statistiques se basent sur la situation connue en date du 4 avril 2018 (extraction des données utilisées).

<sup>17</sup> 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).

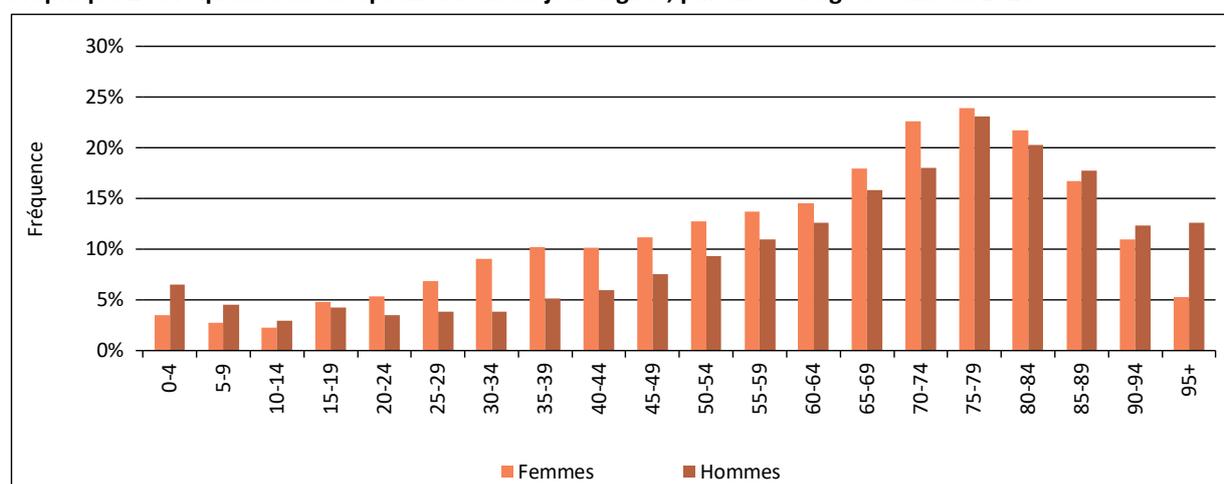
<sup>18</sup> Nombre d'hospitalisations par effectif de la population protégée résidente en fonction de classe d'âge et sexe.

<sup>19</sup> 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 2016**


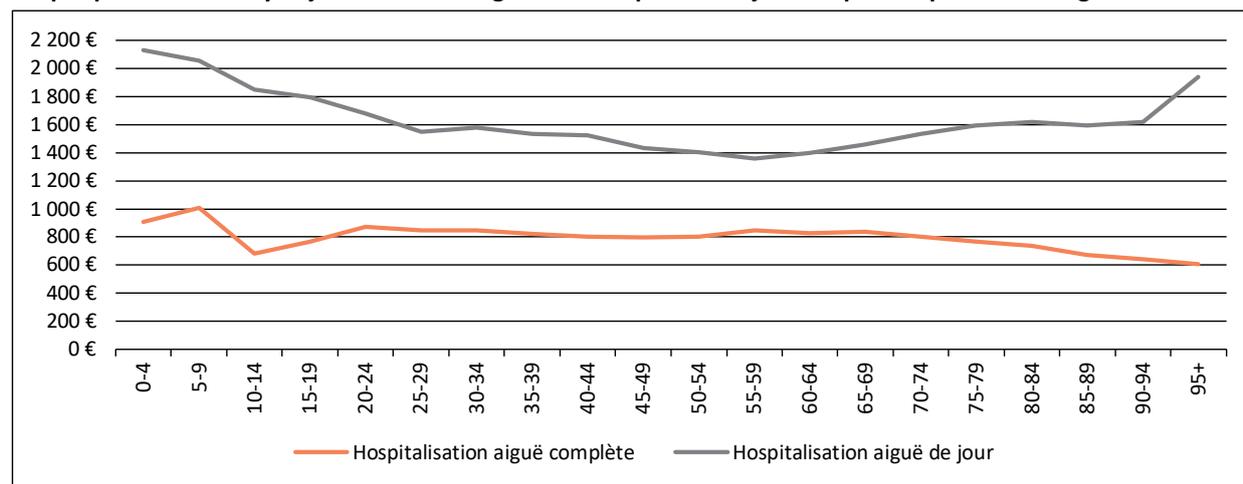
Un certain nombre de lits est occupé par des patients âgés dont le séjour peut être assimilé à un simple hébergement. En effet, ces personnes sont hospitalisées pendant une période prolongée, sans que l'on puisse constater une quelconque activité médicale nécessitant un séjour hospitalier. Les durées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

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'hospitalisation<sup>20</sup>.

**Graphique 2 - Fréquence des hospitalisations de jour aiguës, par classe d'âge et sexe en 2016**


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.

<sup>20</sup> La nouvelle 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 2016**

Le graphique 3 montre le coût moyen journalier (hors frais médicaux) à charge de la CNS<sup>21</sup> par classe d'âge en 2016 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 7,7 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.

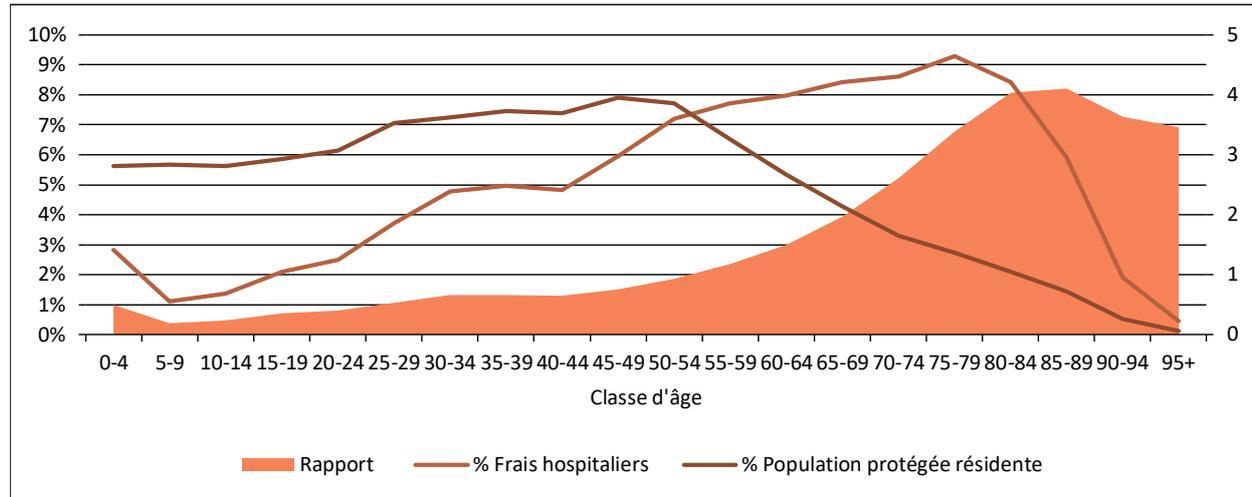
Le coût moyen journalier pour une hospitalisation complète diminue avec l'âge du patient, ce qui s'explique notamment par l'augmentation de la durée moyenne de séjour, des séjours sans intervention chirurgicale, des interventions moins compliquées et des soins palliatifs.

Les frais médicaux liés à une hospitalisation complète ou une hospitalisation de jour, s'élèvent en moyenne, en 2016 à 21,4% respectivement 21,5% des frais d'hospitalisation<sup>22</sup>.

<sup>21</sup> 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.

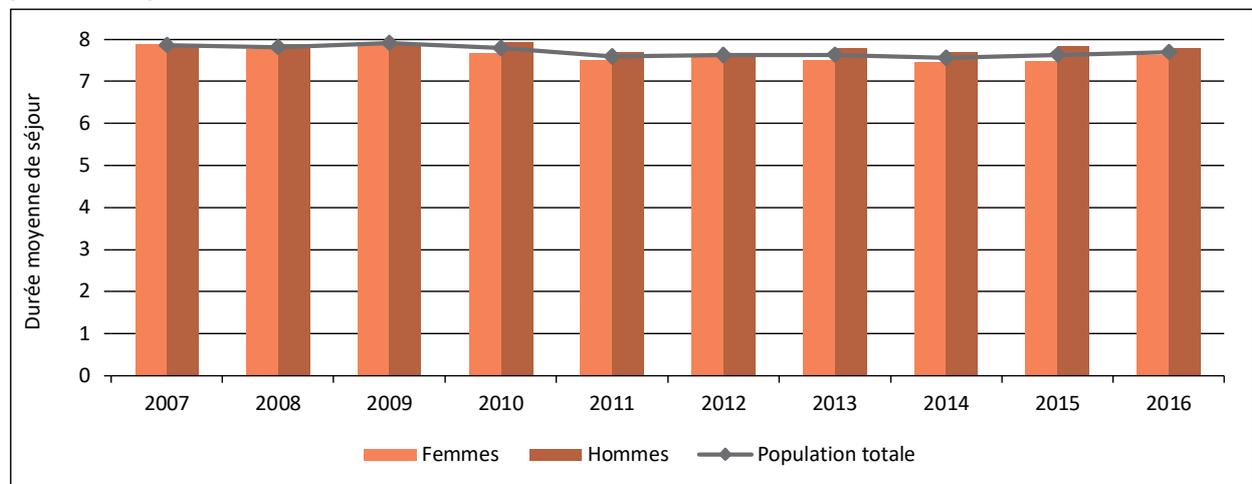
<sup>22</sup> Estimation IGSS – ne considère que les prises en charge en milieu hospitalier pour lesquels la CNS a remboursé des frais médicaux pour la période de la prise en charge. Ce taux ne peut pas être appliqué pour connaître les frais médicaux liés à un passage policlinique, une dialyse, etc.

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



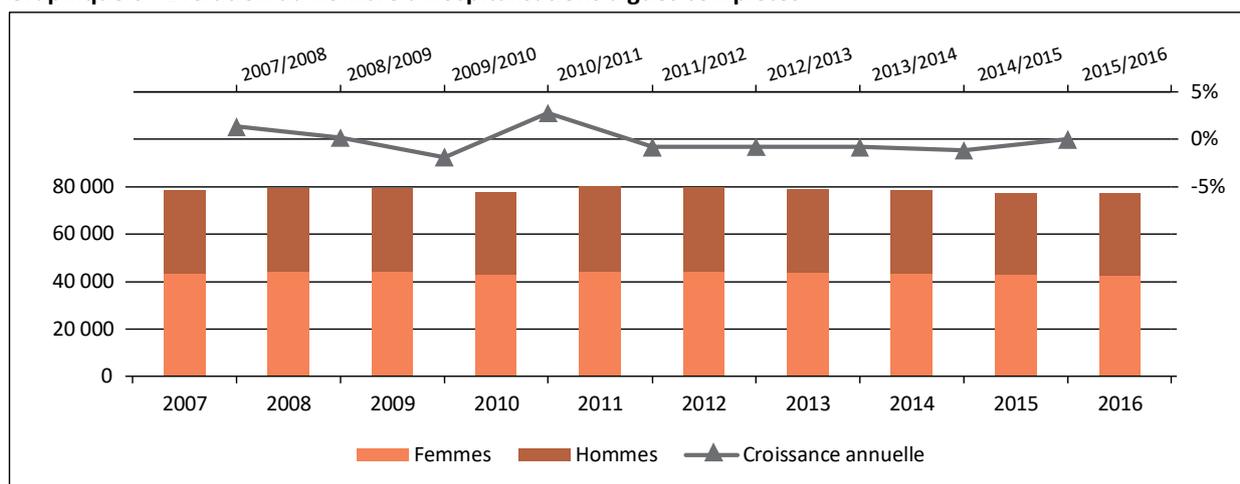
Le graphique 4 donne le pourcentage de la population protégée résidente (PPR) et des frais hospitaliers par classe d'âge par rapport à leur total respectif, ainsi que le rapport de ces deux pourcentages. Ainsi, la classe d'âge située entre 60-64 ans est à l'origine de 8,0% des frais hospitaliers alors qu'elle représente seulement 5,3% 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 2007 à 2016 - hospitalisation complète aiguë - standardisation selon patients hospitalisés en 2016**



Le graphique 5 montre l'évolution de la durée moyenne de séjour standardisée<sup>23</sup> entre 2007 et 2016 pour les hospitalisations aiguës complètes (résidents et non-résidents, opposable CNS et autre). La DMS n'a guère évolué au cours des dernières années. En 2016, la DMS atteint 7,7 jours en moyenne globale. 12,8 % des admissions pour une hospitalisation complète aiguë ont une durée supérieure à 14 jours en 2016 mais ces hospitalisations représentent 52,7% de l'ensemble des nuitées.

<sup>23</sup> Normalisation selon la population hospitalisée en 2016, i.e. DMS par âge et sexe de l'année considérée mais appliquée au nombre d'hospitalisations par âge et sexe de l'année 2016.

**Graphique 6 - Évolution du nombre d'hospitalisations aiguës complètes**

Le graphique 6 montre le nombre d'épisodes d'hospitalisations aiguës complètes (résidents et non-résidents, opposable CNS et autre) entre 2007 et 2016. Le nombre d'admissions recule légèrement entre 2012 et 2015 (baisse annuelle de 0,9%). En 2016 le nombre d'admission reste stable par rapport à 2015 et se situe aux alentours de 77 400 admissions. Le nombre de nuitées enregistrées en 2016 a cependant augmenté de 0,6% par rapport à 2015, ce qui résulte de l'augmentation de la DMS.

Le tableau 5 montre la répartition des prestations facturées opposables en 2014 à 2016 entre les différents types de prise en charge, ainsi que leur croissance réelle entre 2014 et 2016. 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 2014 et 2016. Ainsi, la part de l'hospitalisation aiguë complète a diminué de 2,9% pour se situer à 55,1% en 2016. Une augmentation de l'hospitalisation de jour (+1,2%) et des activités de policlinique (+0,5%) montre un développement des traitements ambulatoires. En effet, les prestations facturées opposables pour des hospitalisations aiguës complètes ont connu une croissance réelle de 2,1% entre 2015 et 2016, tandis que pour les hospitalisations de jour, on constate une croissance réelle de 9,2%.

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

	Répartition			Croissance réelle	
	2014	2015	2016	2014/2015	2015/2016
Hospitalisation aiguë complète	58,0%	56,1%	55,1%	-1,0%	2,1%
Hospitalisation de jour (aiguë et autre)	9,4%	10,1%	10,6%	10,1%	9,2%
Hospitalisation pour rééducation, réhabilitation et Omega	9,3%	9,3%	9,4%	2,1%	6,0%
Policlinique sans hospitalisation	14,3%	14,7%	14,8%	4,8%	4,9%
Autres cas	9,0%	9,8%	10,1%	12,0%	6,5%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>2,3%</b>	<b>4,0%</b>

## 3.2 PROJECTIONS DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE

### Hypothèses pour les projections :

#### Projection basée sur l'évolution observée entre 2012 et 2016 des unités d'œuvre (U.O.) des différentes entités fonctionnelles (E.F.) :

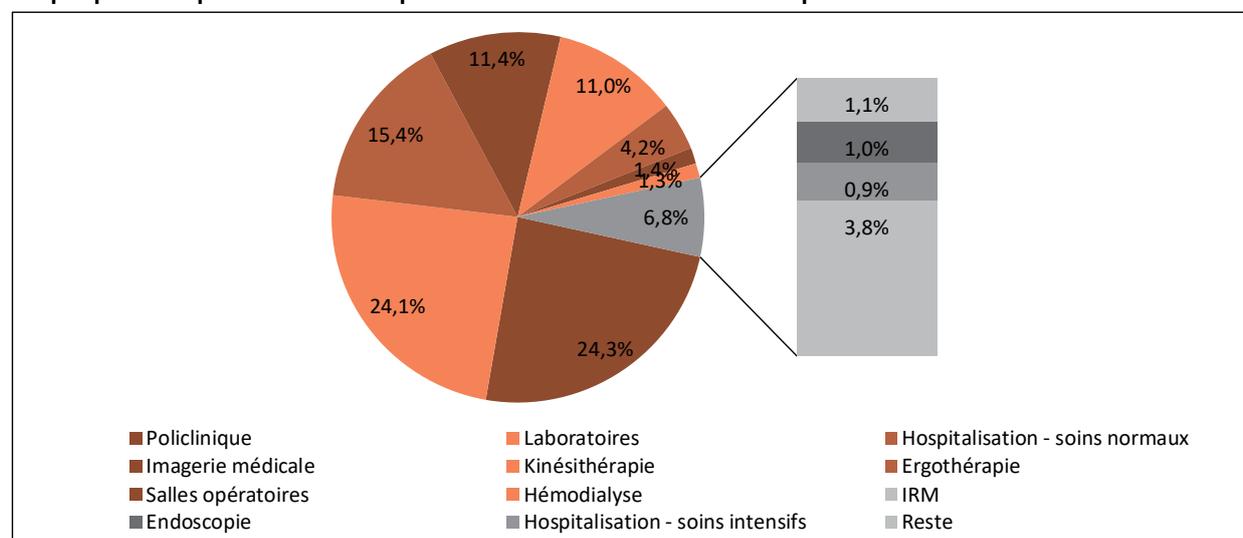
- Projection des *unités d'œuvre produites* par les entités fonctionnelles en appliquant le taux de croissance annuel moyen observé<sup>24</sup> entre 2012 et 2016.
- Estimation de la croissance des dépenses : application du coût moyen par unités d'œuvre (pour frais fixes et frais variables) observé en 2016 au nombre d'unités d'œuvre.

#### Projection basée sur l'évolution observée entre 2012 et 2016 des différents types de prise en charge:

- Projection du nombre de *prises en charge* en appliquant le taux de croissance annuel moyen observé<sup>25</sup> entre 2012 et 2016.
- Estimation de la croissance des dépenses : application du coût moyen par type de prise en charge (pour frais fixes et frais variables) observé en 2016 au nombre de contacts projetés.

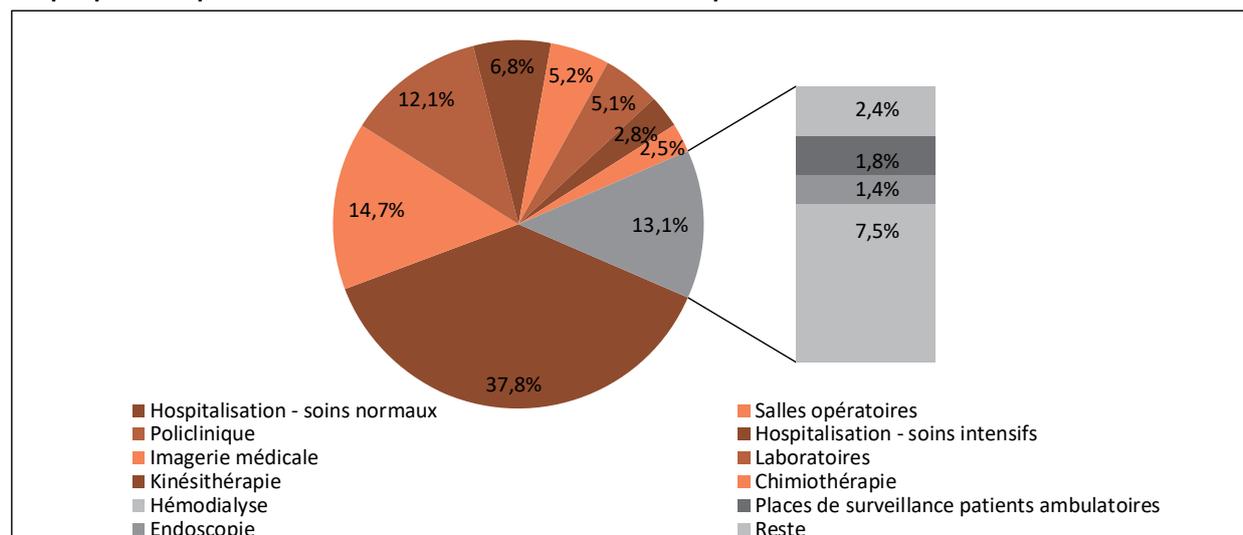
### 3.2.1 Projection de l'activité basée sur l'évolution des unités d'œuvre des différentes entités fonctionnelles

Graphique 7 - Répartition de la fréquence annuelle des unités d'œuvre par entité fonctionnelle en 2016

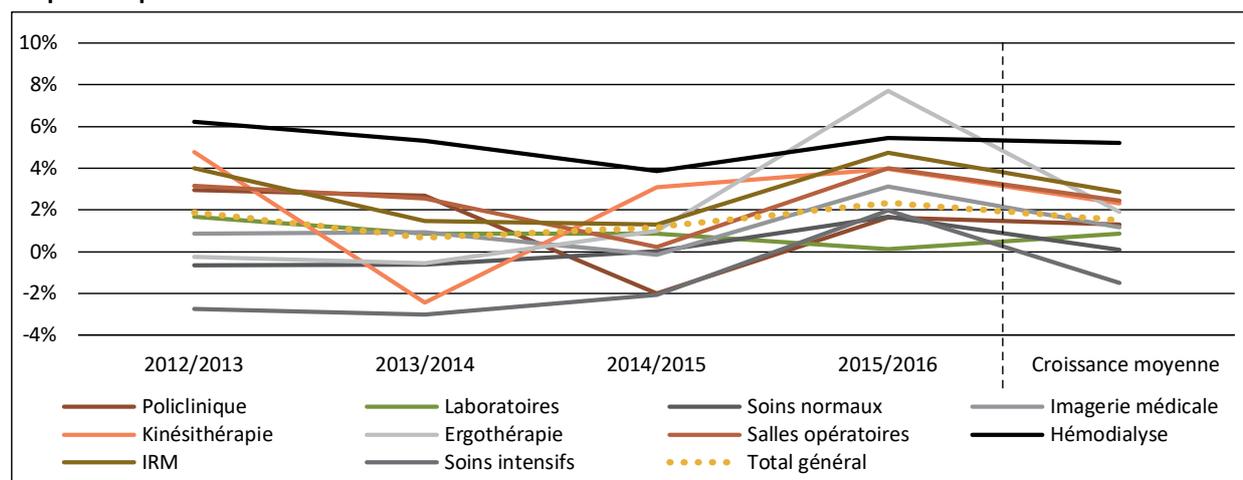


<sup>24</sup> Avec une croissance minimale de 0,5% et maximale de 6%.

<sup>25</sup> Avec une croissance minimale de 0,5% et maximale de 6%.

**Graphique 8 - Répartition des frais annuels des unités d'œuvre par entité fonctionnelle en 2016**

Les graphiques 7 et 8 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 fonctionnelle<sup>26</sup> des établissements hospitaliers en 2016. La moitié des U.O. est réalisée dans les polycliniques et laboratoires, mais elles sont seulement à l'origine de 17% des frais annuels. Les U.O. les plus coûteuses sont les soins normaux suivis des salles OP. Elles génèrent ensemble 52% des frais hospitaliers, alors qu'elles ne représentent que 17% des U.O. totales.

**Graphique 9 - Taux de croissance et taux de croissance moyen entre 2012 et 2016 des 10 types d'unités d'œuvre les plus fréquents**

Le graphique 9 montre l'évolution entre 2012 et 2016 des 10 types d'unités d'œuvre les plus fréquents<sup>27</sup> et du total de l'ensemble des U.O. ainsi que le taux de croissance moyen entre 2012 et 2016. Il n'y a pas de grande fluctuation annuelle en ce qui concerne l'ensemble des U.O. (entre 0,9% et 2,2%). 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 ou l'acquisition de nouveaux appareils et extension de capacités.

Les taux de croissance utilisés pour la projection basée sur l'historique des U.O. sont les taux de croissance moyens entre 2012 et 2016 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

<sup>26</sup> 27 entités fonctionnelles différentes sont facturées en 2016. Voir Annexe 4.

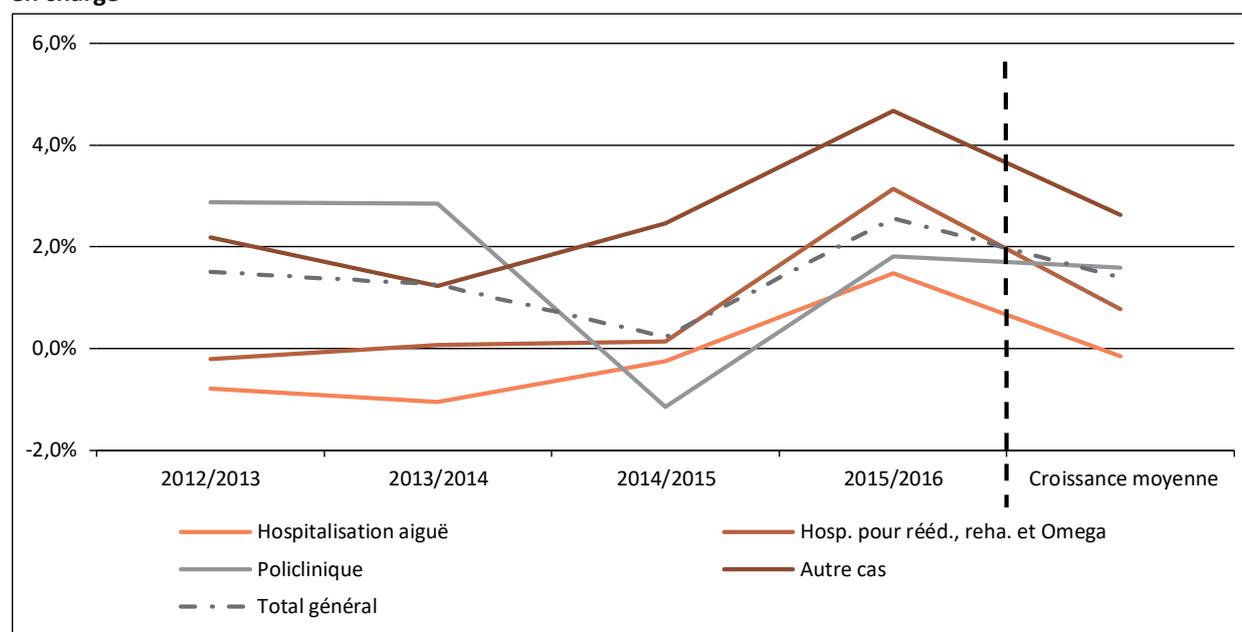
<sup>27</sup> Plus de 40 000 unités facturées en 2016 (sans U.O. endoscopie introduite en 2015 dont 46 000 unités sont facturées en 2016).

fixe<sup>28</sup>) par U.O. de 2016 est appliqué à la projection du nombre des U.O. pour les années 2017-2020, afin d'estimer l'augmentation des coûts (indice 100). **Il résulte de la projection de l'activité basée sur l'évolution des unités d'œuvre des différentes entités fonctionnelles, une croissance réelle de 1,3 % pour les frais fixes et de 1,9% pour les frais variables pour les années 2019 et 2020.**

Les frais variables de l'entité fonctionnelle chimiothérapie ont connu une hausse non négligeable en 2017 et 2018 liés à une augmentation des coûts des médicaments et à un changement dans la prise en charge des patients (immunothérapie de longue durée impliquant une augmentation du nombre de patients et par conséquent du nombre d'u.o.). Selon des informations fournies par la FHL, cette évolution continuera pour 2019 et 2020. La projection est adaptée pour en tenir compte en prévoyant une augmentation annuelle des frais variables de la chimiothérapie de 10%, tous les autres paramètres restent inchangés. **Il résulte de la projection de l'activité basée sur l'évolution des unités d'œuvre des différentes entités fonctionnelles (modifiée pour l'e.f. chimiothérapie), une croissance réelle de 1,3 % pour les frais fixes en 2019 et 2020 et de 3,2% en 2019 et de 3,3% en 2020 pour les frais variables.**

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

**Graphique 10 - Taux de croissance et taux de croissance moyen entre 2012 et 2016 des différents types de prise en charge<sup>29</sup>**



Le graphique 10 montre l'évolution entre 2012 et 2016 des différents types de prise en charge hospitalières, du total ainsi que leur taux de croissance moyen entre 2012 et 2016. L'année 2015 est marquée par une faible croissance de l'activité, qui est contrebalancée par une plus forte croissance en 2016. En comparant le détail au total général, de plus fortes fluctuations sont observées qui peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs : 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 2012 à 2016.

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 2012 et 2016 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 thérapeutiques<sup>30</sup>. Le fait d'exiger au

<sup>28</sup> La consommation de frais fixes et de frais variables diffère par entité fonctionnelle, étant donné que les ressources nécessaires pour l'exécution des tâches varient. Cette différence explique pourquoi la projection prévoit des estimations individuelles pour frais fixes et pour frais variables.

<sup>29</sup> Evolution des nuitées en cas d'hospitalisation complète

<sup>30</sup> Car supposées identiques à l'évolution passée.

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 2016 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 2019 et 2020 pour les frais fixes et de 1,9% en 2019 et 2020 pour les frais variables<sup>31</sup>.**

Les frais variables de l'entité fonctionnelle chimiothérapie ont connu une hausse non négligeable en 2017 et 2018 liés à une augmentation des coûts des médicaments et à un changement dans la prise en charge des patients (immunothérapie de longue durée impliquant une augmentation du nombre de patients et par conséquent du nombre d'u.o.). Selon des informations fournies par la FHL, cette évolution continuera pour 2019 et 2020. Cet impact est estimé dans le cadre de la projection basée sur l'évolution des unités d'œuvre des différentes entités fonctionnelles (voir 3.2.1). **En ajoutant cet impact à l'évolution des frais variables, on obtient une croissance réelle des frais variables de 3,2% en 2019 et de 3,4% en 2020.**

La consommation de frais fixes et de frais variables<sup>32</sup> diffère par type de prise en charge, étant donné que les ressources nécessaires pour l'exécution des tâches varient. Le tableau 6 donne la répartition entre 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 6 - Répartitions des prestations facturées opposables en 2016 selon frais variables et frais fixes**

Type de prise en charge	Frais variable	Frais fixe
Hospitalisation aiguë	15,3%	84,7%
Hospitalisation pour rééducation, réhabilitation et Omega	5,3%	94,7%
Hospitalisation de jour (aiguë et autre)	29,1%	70,9%
Policlinique sans hospitalisation	23,9%	76,1%
Autre cas	18,2%	81,8%
<b>Total général</b>	<b>17,4%</b>	<b>82,6%</b>

<sup>31</sup> 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.

<sup>32</sup> 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.

## 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 équipements, les frais de gestion, les frais financiers et l'amortissement, les fournitures énergétiques). La CNS verse chaque mois des avances à l'hôpital représentant un douzième du montant annuel des frais fixes opposables négociés, indépendamment de l'activité réelle de l'hôpital.

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

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

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

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

Comme la loi prévoit un plafonnement des dépenses du secteur hospitalier par l'enveloppe budgétaire globale, une sous-estimation des budgets spécifiques a des conséquences financières plus incisives pour les établissements hospitaliers, car les charges supplémentaires qui dépassent le plafond de l'enveloppe budgétaire globale ne sont pas prises en charge<sup>33</sup>.

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 2016, l'activité réelle a dépassé de 4,1% 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.

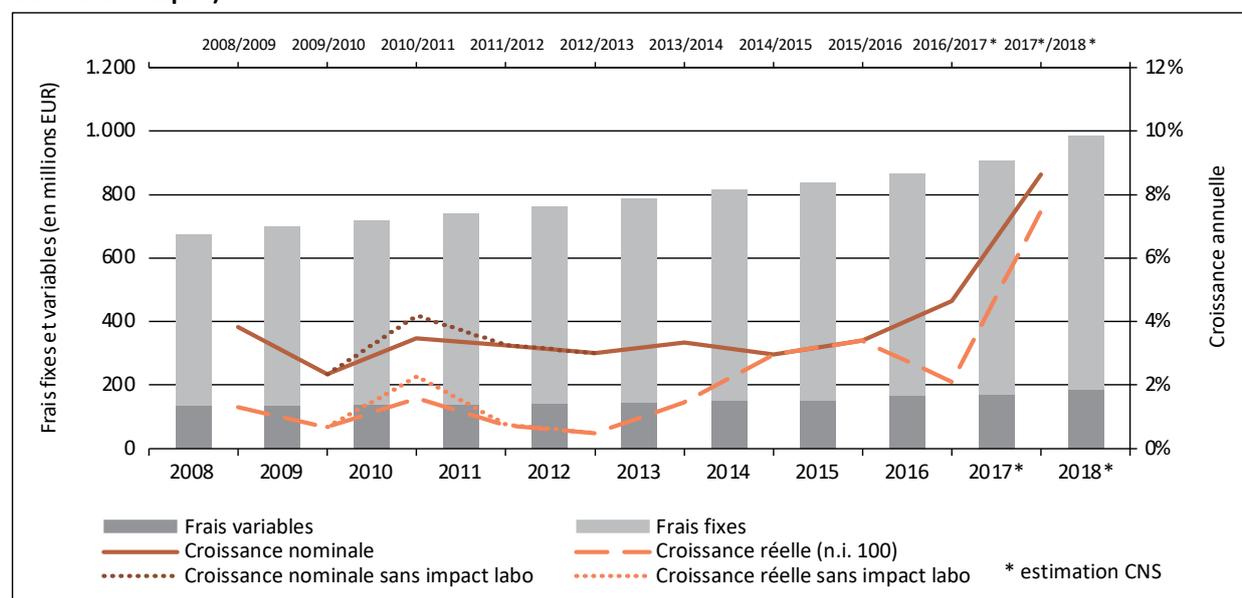
Toute activité qui n'est pas opposable à la CNS, p.ex. supplément pour une chambre à un lit ou traitements non remboursés, est exclue du budget opposable.

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 guerre<sup>34</sup> 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 2008 (LNS et CRCC non compris). 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 frais fixes et variables des budgets hospitaliers (LNS et CRCC non compris)**



Entre 2009 et 2014, l'augmentation annuelle réelle des budgets hospitaliers se situe en dessous de 1,6%, suivi d'une croissance réelle plus élevée pour les années 2015 à 2017 (entre 2,1% et 3,4). Pour 2018, l'augmentation annuelle réelle est estimée à 7,5%. 2010 a été marquée par la grève des médecins.

<sup>33</sup> 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.

<sup>34</sup> Dans le décompte CNS de 2017, 3,9% 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.

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<sup>er</sup> avril 2011, les dépenses pour l'activité extrahospitalière du laboratoire ne sont plus incluses dans le budget hospitalier. Ce retrait a un impact sur la croissance annuelle du budget des années 2011 et 2012. L'estimation de la croissance annuelle sans l'impact du retrait des activités extrahospitalières du laboratoire est indiquée à l'aide des lignes pointillées. L'année 2015 a été marquée par une hausse du taux de la TVA de 15% à 17%. Le personnel (en ETP) opposable accordé a connu une hausse de 2,9% en 2017 et à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2017, la nouvelle convention collective de travail dans le secteur FHL est entrée en vigueur (revalorisation des carrières, augmentation de la valeur du point indiciaire, primes uniques) entraînant une augmentation considérable des frais de personnel pour 2017 et 2018.

La croissance annuelle des frais fixes est beaucoup plus rapide que celle des frais variables. Les frais fixes ont augmenté (croissance réelle) entre 2008 et 2017 de 17,5% et les frais variables seulement de 8,2%.

Pour 2018, 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 7 - Estimation du total des dépenses à charge de l'enveloppe budgétaire globale en 2018 (en EUR)**

Budget FF accordé et rectifié <sup>1)</sup>	799 893 340
FV budgétisés	179 752 505
Réserve pour activité facturée supérieure à l'activité budgétisée <sup>2)</sup>	5 755 378
<b>Total FF et FV 2016</b>	<b>985 401 222</b>
Décompte	0
Prime annuelle <sup>3)</sup>	14 781 018
Pensions complémentaires <sup>4)</sup>	300 000
Indemnités de garde <sup>5)</sup>	1 028 985
Indemnité présence sur site <sup>6)</sup>	6 307 200
<b>Sous-Total</b>	<b>1 007 818 426</b>
LNS et CRCC <sup>7)</sup>	26 077 500
<b>Total</b>	<b>1 033 895 926</b>

1) Y compris dotation supplémentaire pour urgence pour 5 mois.

2) Calcul sur base du réel de 2017 et sur base de la demande 2019.

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. Adaptation du montant à partir du 01.07.2018 suite à la loi hospitalière.

6) Maternités et soins intensifs sur 9 mois.

7) Période du 1<sup>er</sup> avril au 31 décembre 2018.

Le total correspond à la totalité de l'enveloppe budgétaire globale pour 2018 refixé par le Conseil de Gouvernement en janvier 2018.

La loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière introduit une obligation de présence sur site. Les services concernés par cette obligation sont<sup>35</sup> :

- les services d'obstétrique intégrés à une maternité de niveau 2 ou de niveau 1 si cette dernière réalise plus de 1500 accouchements par an ; cette obligation concerne «la présence 24h/24 et 7j/7, sur le site de l'établissement hospitalier» du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, du médecin spécialiste en anesthésie et du médecin spécialiste en pédiatrie ;
- les services de soins intensifs et anesthésie, qui ont l'obligation d' «une permanence médicale (...) 24h/24 et 7j/7» mais ne précise pas les spécialités médicales concernées ;

<sup>35</sup> Source : Ministère de la Santé.

- le service de soins intensifs pédiatriques et le service de néonatalogie intensive, qui ont l'obligation d' «une permanence médicale (...) 24h/24 et 7j/7» sans préciser les spécialités médicales concernées.

Les frais de personnel opposables occupent la part la plus importante dans le budget des frais fixes et variables avec 66,9% (estimation 2018<sup>36</sup>). 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<sup>er</sup> 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 2018, le nombre de personnel accordé opposable s'élevait à 6 359,42 ETP (CRCC et LNS non compris). Le coût moyen annuel<sup>37</sup> par ETP s'élève à 103 666 EUR. À titre d'information, le revenu annuel brut selon la convention collective d'un infirmier (sans spécialisation) correspond à 60 004 EUR lors de son engagement, et à 113 936 EUR en fin de carrière. Au revenu brut s'ajoutent encore les charges patronales, qui s'élèvent à environ 15%.

---

<sup>36</sup> Hors LNS et CRCC car détail non disponible.

<sup>37</sup> 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 (hors LNS et CRCC) de 2018 servent comme point de départ pour fixer les enveloppes pour 2019 et 2020. Ces enveloppes sont complétées par une estimation des budgets LNS et CRCC<sup>38</sup>.

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

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

	Part du budget 2018 <sup>1)</sup>	Augmentation de l'activité	Échelle mobile	Glissement des carrières	Autres facteurs
<b>Frais fixes opposables</b>	<b>81,2%</b>				
Consommation fixe	1,5%	x	x		
Autres charges externes/d'exploitation	9,9%	x	x		
Personnel	66,9%	x	x	x	
Amortissement	5,9%				x
Frais financiers	0,0%				x
Subvention	-3,0%				x
<b>Frais variables <sup>2)</sup></b>	<b>18,8%</b>	x			

1) Sans LNS et CRCC

2) Y compris réserve pour activité facturée supérieure à l'activité budgétisée

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 (y compris l'augmentation des frais de chimiothérapie) est appliquée pour estimer les besoins financiers des établissements. Cette croissance moyenne s'élève à **±1,3% en 2019 et à 1,4% en 2020 pour les frais fixes et à 3,2% en 2019 et à 3,3% en 2020 pour les frais variables**.

Pour rappel, la **croissance de l'activité** s'aligne sur les observations du passé, et ne prend par conséquent pas en compte les répercussions éventuelles de la nouvelle loi hospitalière, de restructurations et fusions, de synergies et d'autres projets imposés par le législateur ou réalisés à l'initiative des établissements. Le budget se compose en 2018 de 81,2% de frais fixes et de 18,8% 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 soignant<sup>39</sup> 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 (73,0% de l'ensemble des ETP opposables accordés par la CNS en 2018) évoluera de la même manière que les frais fixes déterminés à l'aide des projections précédentes, à savoir 1,3% respectivement 1,4%. De même, les frais variables, impactés par une activité hospitalière plus importante, évolueront de 3,2% respectivement 3,3%.

<sup>38</sup> Les négociations pour les budgets LNS et CRCC n'étaient pas encore terminées lors de la fin de rédaction de ce rapport.

<sup>39</sup> En 2018, le personnel soignant représente 73,0% des ETP opposables accordés.

D'après les prévisions du STATEC reprises dans la circulaire du Ministère des Finances (Ministère des Finances, 2018), l'inflation mesurée par l'indice des prix à la consommation évolue comme suit :

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

	2018	2019	2020
Échelle mobile des salaires (côtes d'application) - Var. an. moy.	+1,04%	+1,65%	+2,29%
Moyenne annuelle	802,82	816,10	834,67

Les croissances de **l'échelle mobile et des frais fixes** sont appliquées à toute la consommation fixe et aux autres charges externes et aux autres charges d'exploitations<sup>40</sup>. 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, 2018) sont retenues, à savoir 1,2% pour 2019 et 2020.

**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 2019 et 2020.
- Les imprévus et projets planifiés mais non chiffrés sont estimés à 2,0% et la prime annuelle à 1,75% 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.

<sup>40</sup> La consommation fixe, autres charges externes et d'exploitation représentent 11,4% du budget en 2018.

Tableau 10 - Projection des coûts hospitaliers pour 2019 et 2020 (en millions EUR)

	2018	% budget 2018	% de l'activité	Échelle mobile	Glissement des carrières	Autres facteurs	2019	Croissance	% de l'activité	Échelle mobile	Glissement des carrières	Autres facteurs	2020	Croissance
Frais fixes opposables	799,89	79,4%					853,12	6,7%					890,42	4,4%
<i>Consommation fixe</i>	14,47	1,4%	1,3%	1,65%			14,90	3,0%	1,4%	2,29%			15,45	3,7%
<i>Autres charges externes/ d'exploitation</i>	97,57	9,7%	1,3%	1,65%			100,51	3,0%	1,4%	2,29%			104,22	3,7%
<i>Personnel <sup>1)</sup></i>	659,26	65,4%	1,3% x 73,0% = 1%	1,65%	1,2%	Reval. CCT + normes	709,30	7,6%	1,4% x 73,0% = 1%	2,29%	1,2%	Reval. CCT + normes	742,78	4,7%
<i>Amortissement</i>	57,71	5,7%				b.d. <sup>5)</sup>	53,61	-7,1%				b.d. <sup>5)</sup>	53,76	0,3%
<i>Frais financiers</i>	0,37	0,0%				b.d. <sup>5)</sup>	0,50	35,7%				b.d. <sup>5)</sup>	0,58	16,6 %
<i>Subvention exploitation</i>	-29,47	-2,9%				b.d. <sup>5)</sup>	-25,71	-12,8%				b.d. <sup>5)</sup>	-26,37	2,6%
Frais variables	185,51	18,4%	3,2%				191,51	3,2%	3,3%				197,91	3,3%
<b>Total FF + FV</b>	<b>985,40</b>	<b>97,8%</b>					<b>1 044,62</b>	<b>6,0%</b>					<b>1 088,34</b>	<b>4,2%</b>
Autres	22,42	2,2%					49,36	120,2%					51,22	3,8%
<i>Décompte/Imprévis</i>	0,00	0,0%				2,0% (FF + FV)	20,43					2,0% (FF + FV)	21,77	4,2%
<i>Prime annuelle</i>	14,78	1,5%				1,75% (FF + FV)	18,28	23,7%				1,75% (FF + FV)	19,05	4,2%
<i>Pensions complémentaires</i>	0,30	0,0%		1,65%			0,30	1,7%		2,29%			0,31	2,3%
<i>Indemnités garde <sup>2)</sup></i>	1,03	0,1%		1,65%			1,31	27,5%		2,29%			1,34	2,3%
<i>Indemnité présence sur site <sup>3)</sup></i>	6,31	0,6%		1,65%			8,55	35,5%		2,29%			8,74	2,3%
<b>Sous-Total</b>	<b>1 007,82</b>	<b>100%</b>					<b>1 093,96</b>	<b>8,5%</b>					<b>1 139,55</b>	<b>4,2%</b>

	2018	% budget 2018	↗ de l'activité	Échelle mobile	Glissement des carrières	Autres facteurs	2019	Croissance	↗ de l'activité	Échelle mobile	Glissement des carrières	Autres facteurs	2020	Croissance
LNS et CRCC <sup>4)</sup>	26,08					b.d. <sup>5)</sup>	44,14	69,3%				b.d. <sup>5)</sup>	47,40	7,4%
Nouveaux services et mises en exploitations						b.d. <sup>5)</sup>	2,60					b.d. <sup>5)</sup>	3,90	50%
Convention CNS/Croix- Rouge							2,00						2,00	0%
<b>Total</b>	<b>1 033,90</b>						<b>1 142,70</b>	<b>10,5%</b>					<b>1 192,85</b>	<b>4,4%</b>

1) La croissance estimée de 1,3% respectivement 1,4% est appliquée uniquement au personnel soignant qui représente 73,0% des ETP accordés. Y compris impact estimé pour la revalorisation des carrières, la dotation supplémentaire pour l'urgence et l'augmentation des normes.

2) Adaptation en 2018 - Augmentation de 0,26 millions EUR en 2018 pour 6 mois.

3) Budgétisation sur 9 mois en 2018.

4) Il s'agit des demandes LNS et CRCC, les négociations étant en cours mais une estimation calculée n'est pas encore possible. Le montant 2018 couvre la période à partir du 1er avril.

5) Budgets demandés par les établissements hospitaliers

Le tableau 10 donne une estimation des coûts hospitaliers pour les années 2019 et 2020 basée sur les hypothèses précitées. Sans tenir compte de l'ajout du LNS et CRCC, de l'augmentation du personnel liés aux adaptations des normes, de nouveaux services et mises en exploitations et de la nouvelle convention CNS/Croix-Rouge, la croissance des coûts hospitaliers est estimée à 6,5% en 2019 et à 4,0% en 2020.

Pour information, à activité constante les établissements hospitaliers (hors LNS et CRCC) verront leurs dépenses augmenter de 7,5% en 2019 et de 2,9% en 2020 (croissance liée à l'échelle mobile, le glissement des carrières et autres facteurs). En faisant abstraction du LNS et du CRCC, la croissance projetée par l'IGSS pour l'EBG se chiffre à 9,0% pour 2019 et à 4,3% pour 2020.

L'augmentation de l'activité projetée de 1,3% respectivement de 1,4% permet d'augmenter le personnel soignant de 62,5 ETP en 2019 et de 64,2 ETP en 2020 (total : 126,7 ETP – indépendamment des augmentations liées aux adaptations des normes)<sup>41</sup>.

Les demandes de budgets de la part du LNS et du Centre de Réhabilitation du Château de Colpach s'élèvent à **44,1 millions EUR pour 2019 et à 47,4 millions EUR pour 2020**. L'IGSS n'est pas en mesure de se prononcer sur le bien-fondé de ces demandes comme il s'agit d'établissements en phase de restructuration sans historique à analyser.

De nouveaux services et mises en exploitation de nouvelles infrastructures sont demandés pour 2019 et 2020, à savoir

- un projet de délocalisation partielle et temporaire des activités de la pharmacie et du magasin central du CHL, à cause des surfaces insuffisantes pour la mise en place d'une distribution nominative de médicaments ;
- la mise en place d'une IRM supplémentaire au CHEM, au CHdN et au HRS<sup>42</sup> ;
- l'extension du service de dialyse au CHdN de 6 places<sup>43</sup> ;
- la mise en exploitation du bâtiment E des HRS sur le site de la ZithaKlinik début 2020.

Ces projets sont inclus dans les demandes de budgets des établissements et se chiffrent à **2,6 millions EUR pour 2019 et 3,9 millions EUR pour 2020**.

Selon l'état actuel du projet de définition de normes de personnel<sup>44</sup>, des postes supplémentaires seront accordées en 2019 (223 ETP) et 2020 (15,5 ETP) qui ne devraient en principe pas avoir d'impact sur l'activité. Ceci implique une augmentation théorique<sup>45</sup> des frais de personnel de **20,3 millions EUR en 2019 et de 22,6 millions EUR en 2020**.

La Croix-Rouge et la CNS ont signé une nouvelle convention, impliquant une augmentation des frais pour produits sanguins de 27%, à savoir 2 millions EUR par an. Les nouveaux tarifs négociés entre la Croix-Rouge et la CNS comprennent le coût lié à l'assurance supplémentaire pour couvrir le risque des aléas thérapeutiques liés au don du sang, de sorte qu'un mode de financement alternatif de cette assurance devient sans objet.

**En prenant en compte ces facteurs, l'augmentation de l'enveloppe budgétaire globale est estimée à 10,5%<sup>46</sup> en 2019 par rapport à 2018 et à 4,4% en 2020 par rapport à 2019.**

<sup>41</sup> Estimation sur base du coût moyen par ETP.

<sup>42</sup> Une IRM supplémentaire est également prévue au CHL, mais les frais y relatifs n'étaient pas inclus dans la demande de budget du CHL.

<sup>43</sup> Prise en compte dans l'estimation 2018 uniquement pour 5 mois, c.-à-d. à partir du 1<sup>er</sup> août 2018.

<sup>44</sup> Les discussions entre la CNS et la FHL au sujet du document des normes pour les années 2019 et 2020 ne sont pas encore clôturées.

<sup>45</sup> Il faut cependant encore trouver du personnel qualifié correspondant aux postes recherchés. D'autant plus que l'augmentation du personnel ne se limite pas à l'augmentation liée aux normes, comme il y aura également une augmentation du personnel lié à l'augmentation de l'activité.

<sup>46</sup> LNS et CRCC ne sont considérées que pour la période 1.4.2018-31.12.2018. En considérant leur budget sur toute l'année 2018, on obtient une croissance de 9,6% en 2019 par rapport à 2018.

## 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 2019 et 2020, il convient de se baser sur l'estimation du total des dépenses à charge de l'enveloppe budgétaire globale de la CNS en 2018 (voir chapitre 4.2). Ce montant s'élève à 1 007,8 millions EUR. Cette base comprend outre les budgets négociés (sans LNS et CRCC), également une réserve pour les imprévus qui peuvent apparaître lors du décompte final des budgets spécifiques.

Ce montant doit être complété afin de prendre en compte l'ajout du LNS et du CRCC dans l'enveloppe budgétaire globale par la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Comme les négociations pour ces budgets ne sont pas encore clôturées lors de la fin de rédaction de ce rapport, une estimation de la CNS est considérée. Les dépenses à charge de l'enveloppe budgétaire globale sont dès lors estimées à 1 033,9 millions EUR en 2018.

Les prévisions macro-économiques établies en printemps 2018 prévoient une croissance des cotisations des actifs de 5,4% en 2019 et 6,0% en 2020 (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. 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.

La situation financière générale des établissements hospitaliers paraît saine. Fin 2017, le total « Résultats et Réserves » de tous les établissements hospitaliers s'élève à 135 millions EUR, auquel s'ajoutent 49 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, cafeterias, 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 10,5% pour l'année 2019 par rapport aux dépenses**

estimées de l'année 2018, à savoir 1 033,9 millions EUR, et de 4,4% pour 2020 par rapport à l'enveloppe budgétaire globale de 2019 :

**Tableau 11 - Enveloppe budgétaire globale recommandée pour 2019 et 2020 en millions EUR**

	2019	2020
	1 142,7	1 192,9

Pour tenir ses engagements européens découlant du Pacte de stabilité et de croissance, le Luxembourg doit respecter son objectif budgétaire à moyen terme (OMT) et encadrer la croissance des dépenses publiques (« critère de dépenses ») de façon à assurer le respect continu de l'OMT.

Pour le Luxembourg, l'OMT est supposé – à politique inchangée – être respecté en 2019 et 2020 et le critère de dépenses ne s'applique pas comme une règle contraignante tant que l'OMT est atteint ou dépassé. Suivant la nouvelle approche conceptuelle de la Commission européenne, le mode de calcul de ce critère de dépenses a d'ailleurs été modifié en 2017 pour les situations budgétaires dans lesquelles l'OMT est largement dépassé. Le taux de référence impliqué par ce critère du Pacte de stabilité indique désormais un taux de progression « théorique » pour les dépenses permettant d'épuiser d'une année à l'autre la totalité de la marge budgétaire vis-à-vis de l'OMT.

Les taux de référence réels pour les années 2019 et 2020 se situent en conséquence largement au-dessus de ceux repris dans le rapport de 2016, en raison de ce changement méthodologique et conceptuel du « critère de dépenses ». En pratique, il y a lieu de rappeler que le critère des dépenses se compose d'un taux de référence réel qui est ajusté par l'évolution du déflateur du PIB pour obtenir le taux de référence nominal.

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

	2019	2020*
Taux de référence réel	5,7%	4,6%
Déflateur du PIB	1,5%	1,1%
Taux de référence nominal	7,3%	5,8%

\* Estimation préliminaire du Ministère des Finances.

Les administrations de sécurité sociale sont à l'origine de 41,3% des dépenses des administrations publiques. Etant donné que le Luxembourg, en tant que petite économie ouverte susceptible aux aléas conjoncturels et aux chocs externes, se doit de réserver à tout moment une marge de manœuvre suffisante face à son OMT, le taux de progression de l'enveloppe budgétaire globale devrait se situer nettement en-dessous des taux de référence indiqués par le critère de dépenses du Pacte de stabilité et de croissance, pour éviter le risque que la marge budgétaire soit épuisée.

A première vue, le taux de croissance proposé pour l'année 2019 n'est pas en ligne avec le taux de référence de 7,3% recommandé par la Commission européenne. Néanmoins, la forte croissance en 2019 s'explique en grande partie par la budgétisation du LNS et du CRCC et cette budgétisation n'impactera que marginalement le solde global de l'administration publique. En faisant abstraction du LNS et CRCC, le taux de croissance serait de 9%. Aussi, le taux de croissance proposé pour l'année 2020 se situe largement en dessous du taux de référence de 5,8% recommandé par la Commission européenne. Ainsi, le solde cumulé des enveloppes proposées hors LNS et CRCC pour les deux années (2 244,0 millions EUR) correspond au maximum recommandé selon les taux de référence de la Commission européenne (2 243,9 millions EUR).

---

## BIBLIOGRAPHIE

CNS. (2018). *Décompte annuel de l'assurance maladie-maternité - Exercice 2017*.

Fédération des hôpitaux luxembourgeois. (2017). Convention entre la CNS et FHL. (*Mémorial A - N°30 de 2013, Mémorial A - N°266 de 2014, Mémorial A - N°152 de 2016*).

FHL, OGBL, LCGB. (2017). Convention Collective du secteur hospitalier.

Ministère des Finances. (2018). *Circulaire aux départements ministériels - Projet de budget pour l'exercice 2019 - Programme pluriannuel 2018-2022*. Luxembourg.

OECD. (2017). *Panorama de la Santé / Health at a Glance*.

STATEC. Le portail des statistiques - [www.statistiques.lu](http://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 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 du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

La première application de la procédure décrite a eu lieu pour la fixation de l'enveloppe budgétaire globale pour les années 2013 et 2014<sup>47</sup>.

## 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. 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 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.

<sup>47</sup> La progression de l'enveloppe budgétaire des années 2011 et 2012 a été fixée par la loi du 17 décembre 2010.

**Art. 60.**

1. Les relations entre les prestataires de soins et l'assurance maladie sont réglées par les articles 74 à 79 ou les articles 61 à 73, suivant qu'il s'agit de prestations dispensées dans le secteur hospitalier ou en dehors de ce secteur.
2. Sont considérées comme prestations du secteur hospitalier toutes les prestations en nature dispensées à des assurés traités dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé, un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie ou un centre de diagnostic<sup>48</sup> au sens de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.
3. Sans préjudice de l'article 64, alinéa 2, point 6), les actes et services des médecins et médecins-dentistes sont pris en charge conformément aux articles 61 à 73, même s'ils sont prestés dans le secteur hospitalier.
4. Les activités des médecins prises en charge moyennant le budget hospitalier ne donnent pas lieu à une rémunération suivant la nomenclature des actes.

**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 tiennent compte des dispositions de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, des autorisations d'exploitation et des autorisations de services des établissements hospitaliers, des spécificités des services spécialisés et nationaux et des réseaux 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.
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.

---

<sup>48</sup> À l'exception du centre de diagnostic dans le domaine de la génétique humaine et de l'anatomopathologie visé à l'article 2 de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé », aucun centre de diagnostic ne peut être autorisé par le ministre. (Art. 6. Alinéa 3 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière)

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 médicotechnique 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.
11. Pour les prestations de soins de santé transfrontaliers fournies sur le territoire luxembourgeois à un assuré d'un autre Etat membre de l'Union européenne, de la Suisse ou d'un pays de l'Espace économique européen, se trouvant dans une situation médicale comparable à celle d'un assuré affilié au Luxembourg, l'hôpital applique un coût calculé sur base des critères visés à l'alinéa 9.

**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.

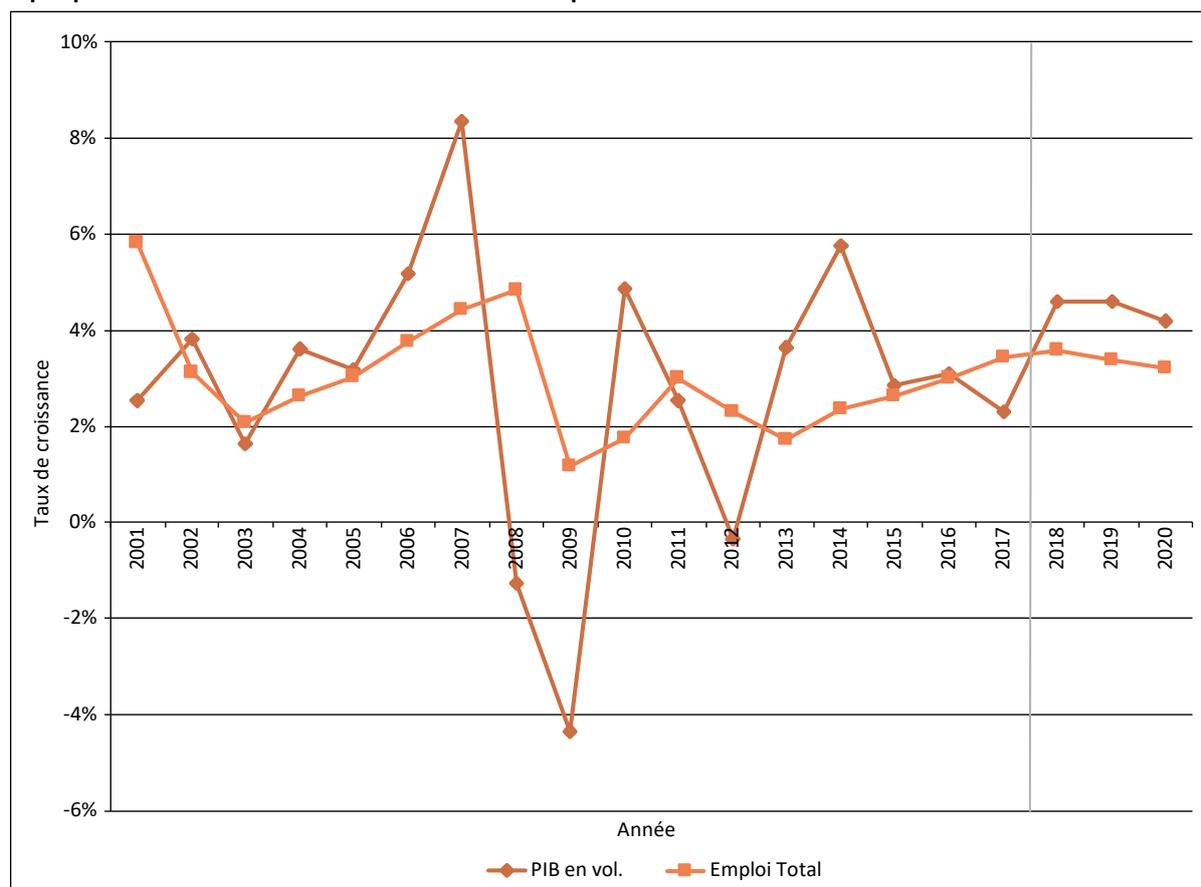
**Art. 6.** Dans les cas et suivant les modalités prévues à l'alinéa 1 de l'article 79 du Code de la sécurité sociale, des rectifications des budgets spécifiques des établissements hospitaliers, qui doivent s'effectuer dans la limite fixée par l'enveloppe budgétaire globale, peuvent être effectuées dans 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 2017. Pour ces mêmes paramètres, il présente les prévisions pour les années 2018 à 2020.

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



Source : STATEC (PIB) - IGSS (EMPLOI). Prévisions de printemps 2018.

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

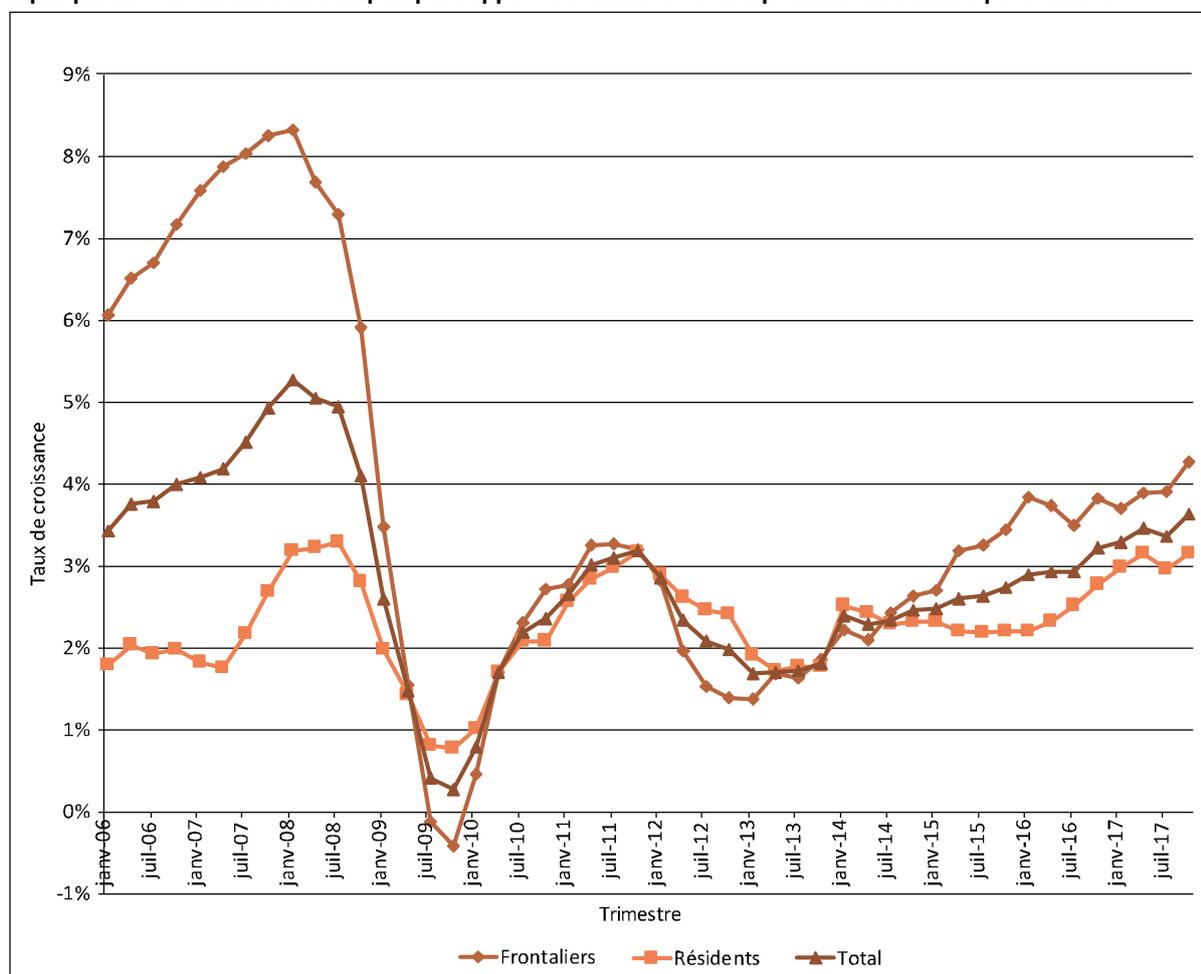
Le Luxembourg a renoué avec la croissance en 2010 mais cette embellie a été de courte durée. En effet, l'économie a de nouveau marqué le pas en 2011 avant d'afficher une nouvelle régression en 2012. L'activité a fortement rebondi l'année suivante puis a progressé, entre 2014 et 2016, de +3,9% par an en moyenne. En 2017, le PIB en volume aurait, selon une première estimation du STATEC, progressé de 2,3%.

Sur la période 2018-2020, la croissance annuelle moyenne du PIB (en volume) devrait atteindre +4,5%. Du fait de la croissance soutenue de l'activité attendue sur la période 2018-2020, le dynamisme du marché du travail affiché à l'issue de l'année 2017 devrait être maintenu sur ce même intervalle, la croissance annuelle moyenne projetée étant de +3,4%.

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

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

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



Source : IGSS

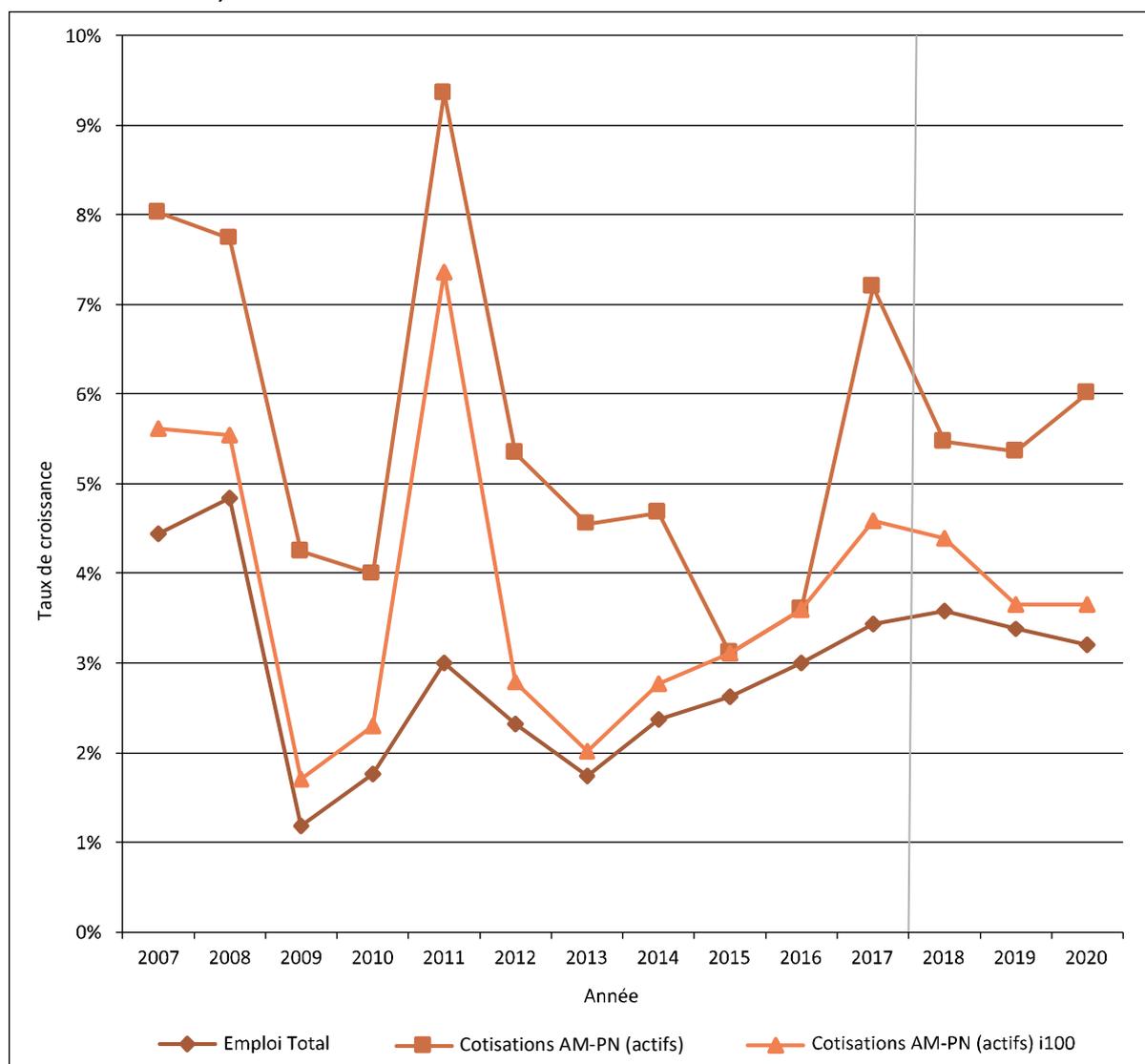
En 2010, l'emploi a recommencé à accélérer mais ce regain de dynamisme est resté éphémère, la situation sur le marché du travail s'étant à nouveau détériorée dès le second semestre 2011. Depuis la seconde partie de l'année 2013, l'emploi accélère régulièrement. En 2017, il affiche une croissance de +3,4%. Ainsi, au 31 décembre 2017, ce sont 439 898 personnes, dont 187 217 frontaliers (soit 43%), qui étaient présentes sur le marché du travail luxembourgeois. Cette progression est nettement supérieure à celle observée sur la période 2009-2016 (+2,4%) et dépasse même la moyenne historique calculée sur la période 2000-2016 (+3,0%).

En 2017, le montant des recettes de cotisations pour l'assurance maladie, prestations en nature, a atteint 1 591 millions EUR. Ces cotisations proviennent à raison de 82% des revenus des assurés actifs et à raison de 18% des pensions. Enfin, les cotisations pour prestations en nature ont représenté 95% de l'ensemble des recettes de cotisations du régime d'assurance maladie.

A l'exception de l'année 2011, où le taux de cotisation a été relevé de 5,4% à 5,6%, l'évolution des cotisations, réduites à l'indice 100, provenant des revenus des assurés actifs (respectivement pensions) suit globalement une trajectoire identique à celle de la croissance de l'emploi (respectivement du nombre de pensionnés) (graphiques 14 et 15).

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 2017, ainsi que les prévisions pour les années 2018 à 2020.

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

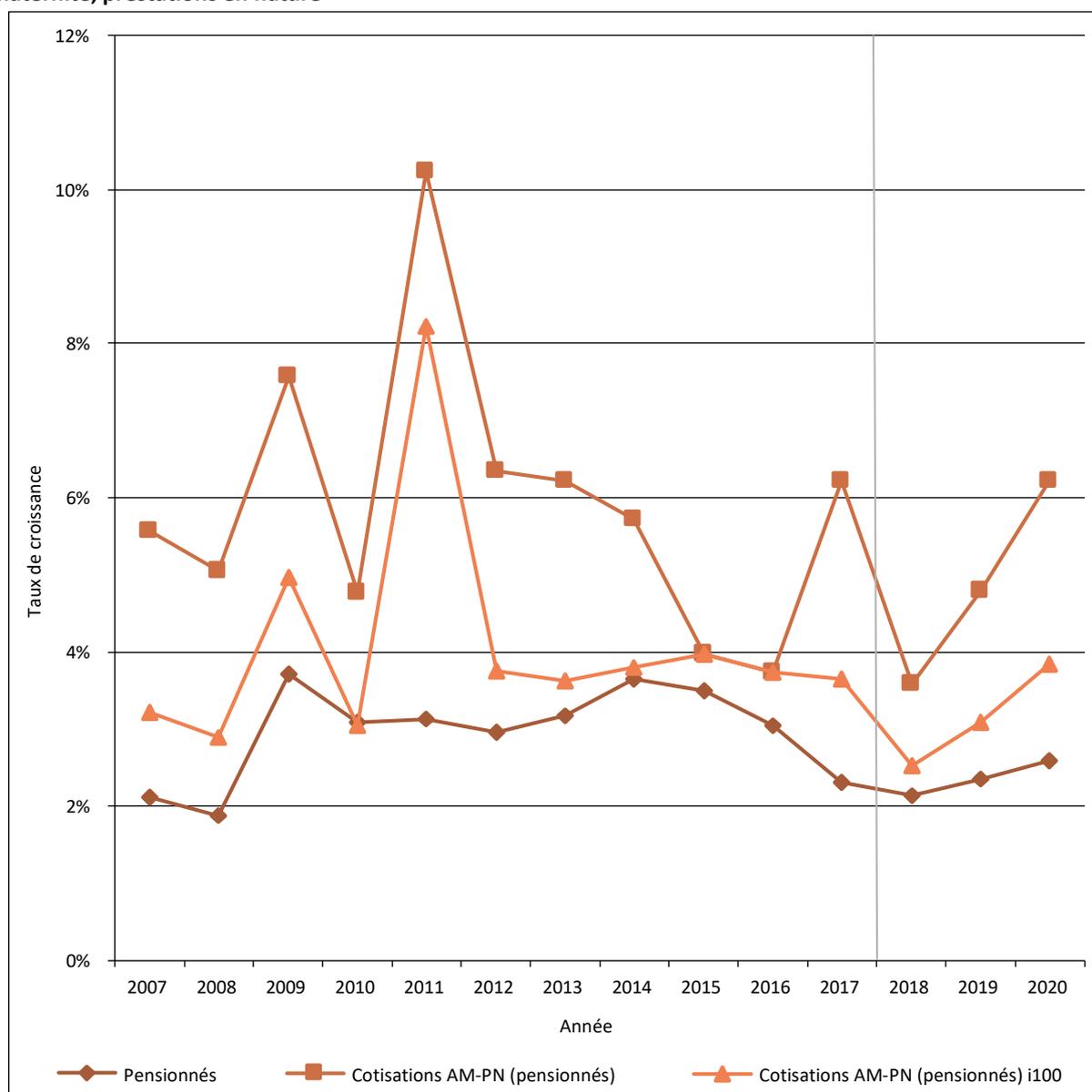


Source : IGSS - Prévisions de printemps 2018.

Sur la période 2018-2020, la croissance des cotisations, réduites à l'indice 100, provenant des revenus des assurés actifs devrait être en moyenne de 3,9% par an. Sur ce même intervalle, la croissance annuelle de l'emploi devrait atteindre 3,4% en moyenne.

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 2017, ainsi que les prévisions pour les années 2018 à 2020.

**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.

Sur la période 2018-2020, la croissance des cotisations, réduites à l'indice 100, provenant des pensions devrait être en moyenne de 3,1% par an. Sur ce même intervalle, la croissance annuelle du nombre de pensionnés (cotisants pour le régime d'assurance maladie luxembourgeois) devrait atteindre 2,4% en moyenne.

### 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 53% (de 18 570 millions EUR en 2006 à 28 410 millions EUR en 2017<sup>49</sup>). Les dépenses pour soins de santé ont connu une croissance de 43,4% pour passer de 1 568 millions EUR en 2008 à 2 249 millions EUR en 2017<sup>50</sup> (CNS, 2018).

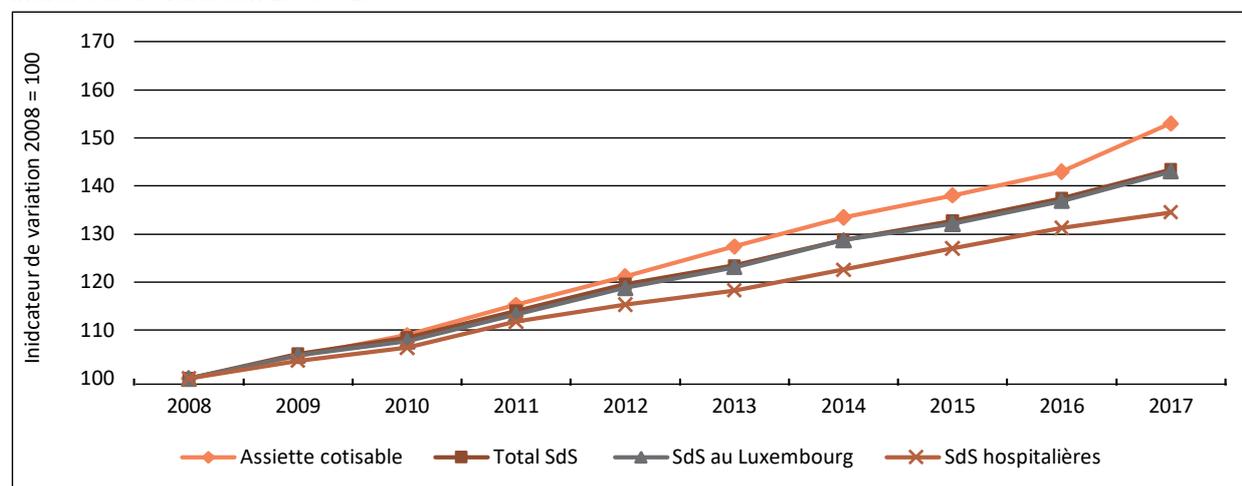
<sup>49</sup> Selon la date d'échéance de la cotisation : il s'agit de la date où le paiement est dû, et non pas de la date où le montant est comptabilisé.

<sup>50</sup> 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.

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.

Les coûts pour les prestations pour soins de santé hospitalières connaissent une évolution moins rapide que ceux pour l'ensemble des prestations pour soins de santé.

**Graphique 16 - Évolution de l'assiette cotisable et des prestations pour soins de santé (SdS)<sup>51</sup> de 2008 à 2017 - indicateur de variation 2008 = 100**



Le montant des assiettes cotisables et le montant des prestations pour soins de santé ont connu une variation importante depuis 2008.

Le tableau 13 montre la répartition pour les années 2008 à 2017 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 2008 à 2017**

% dans l'assiette cotisable	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Actifs	83%	83%	82%	82%	82%	82%	82%	82%	82%	82%
Pensionnés	17%	17%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%
Résidents	65%	65%	65%	65%	65%	65%	65%	65%	65%	65%
Non-résidents	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%

La répartition entre actifs et pensionnés est restée très stable depuis 2008 : 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-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 2008 à 2017 des dépenses pour les soins de santé (SdS) au Luxembourg entre les soins hospitaliers<sup>52</sup> et extrahospitaliers ainsi qu'entre résidents et non-résidents.

<sup>51</sup> Selon la date de prestation

<sup>52</sup> 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.

**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 2008 à 2017**

% dans l'ensemble des soins de santé Lux	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2017	2018
Soins hospitaliers	50%	49%	49%	49%	48%	48%	47%	48%	48%	47%
Soins extrahospitaliers	50%	51%	51%	51%	52%	52%	53%	52%	52%	53%
Résidents	97%	97%	97%	96%	96%	96%	96%	95%	95%	95%
Non-résidents	3%	3%	3%	4%	4%	4%	4%	5%	5%	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 (44,4 millions EUR en 2017).

La part des dépenses pour les soins dispensés au Luxembourg pour des non-résidents a progressé depuis 2008, mais reste encore très limitée. Elle ne s'élève qu'à 5% en 2017.

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 2008 à 2017**

% dans l'ensemble des soins de santé	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total prestations au Lux.	82%	82%	81%	81%	81%	82%	82%	81%	82%	82%
Total prestations à l'étranger	18%	18%	19%	19%	19%	18%	18%	19%	18%	18%
Part des résidents	83%	82%	82%	82%	82%	81%	81%	81%	80%	80%
Part des non-résidents	17%	18%	18%	18%	18%	19%	19%	19%	20%	20%

Alors que la part des prestations à l'étranger reste stable depuis 2008, la part des non-résidents a connu une augmentation progressive depuis 2008. En 2017, 18% 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

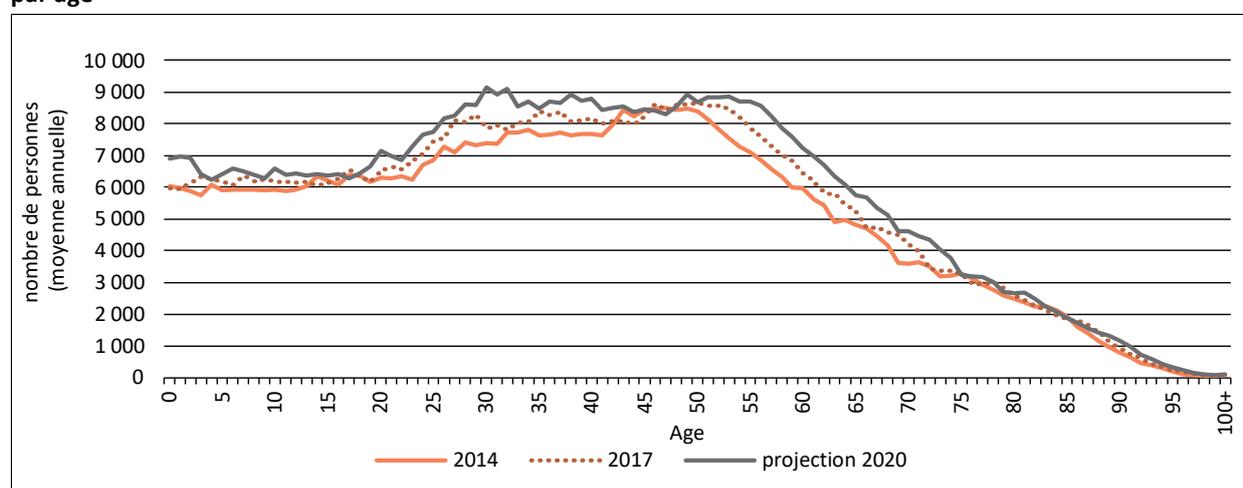
section 3.1 du présent rapport pour plus de détails). Même si l'âge est probablement le facteur le plus important, un autre facteur expliquant cette distorsion pourrait être imputable au coût des soins moins élevé dans les pays voisins.

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 privé, 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 2020.

**Graphique 17 - Population protégée résidente en 2014 et 2017 et projection pour 2020 - nombre de personnes par âge<sup>53</sup>**



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 2,2% entre 2018 et 2020. 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 9,0% alors qu'elles représentent seulement 0,7% 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 15,8%, et qui affiche une croissance annuelle moyenne de 3,7%.

## 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

<sup>53</sup> Méthodologie : Application à la population protégée résidente des hypothèses de mortalité et de migration établies par EUROSTAT (ESSPOP) pour les projections de la population résidente. Notamment les employés et fonctionnaires des institutions européennes ne sont pas couverts par le système national car ils ont leur propre assurance.

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, 2018).

## 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 883/2004<sup>54</sup> qui prévoient 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.

---

<sup>54</sup> 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 2017

	Réserves	Résultat reporté	Résultat	Total résultat et réserves	Provisions
CHL		30 136 231	3 520 435	33 656 666	2 093 689
CHEM		31 442 881	3 352 694	34 795 575	3 657 200
HRS		-2 736	779 334	776 598	26 571 383
CHNP		24 050 830	2 848 518	26 899 348	4 938 314
HIS		2 207 930	-328 431	1 879 500	412 169
CFB	950 339	5 495 349	734 895	7 180 583	2 957 795
INCCI		3 596 370	1 891 916	5 488 286	1 177 411
RZ	1 523 593	0	-1 467 699	55 894	2 021 648
CHdN	10 601 156	5 691 616	3 513 972	19 806 744	5 013 576
O90	4 110 591	698 866	-71 244	4 738 213	1 884
<b>Total</b>	<b>17 185 681</b>	<b>103 317 336</b>	<b>14 774 389</b>	<b>135 277 406</b>	<b>48 845 069</b>

### 2. BUDGETS DEMANDÉS PAR LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS POUR LES ANNÉES 2019 ET 2020

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 2018 et la variation annuelle des budgets demandés par les établissements hospitaliers (hors LNS et CRCC) pour 2019 et 2020 par type de dépense respectivement par établissement. **Les budgets demandés pour frais fixes et frais variables s'élèvent pour 2019 à 1 068,9 millions EUR et pour 2020 à 1 109,8 millions EUR.**

Les budgets estimés pour 2018 (à partir du 1<sup>er</sup> avril 2018) pour le LNS et le CRCC s'élèvent à 16,1 millions EUR respectivement à 10,0 millions EUR. Le LNS demande une hausse de son budget pour 2019 de 25,7% par rapport à 2018<sup>55</sup>, et de 7,8% pour 2020 par rapport à 2019. Le CRCC demande une hausse de 28,6% pour 2019 par rapport à 2018<sup>56</sup>, et de 7,0% pour 2020 par rapport à 2019 et explique cette hausse par une augmentation du taux d'occupation qui devrait passer de 61% en 2018 à 90% en 2019.

<sup>55</sup> Le budget de l'année 2018 est proratisé (i.e 16,1 millions x 12 / 9) afin d'obtenir un budget pour une année entière pour calculer la hausse.

<sup>56</sup> Le budget de l'année 2018 est proratisé (i.e 10,0 millions x 12 / 9) afin d'obtenir un budget pour une année entière pour calculer la hausse.

**Tableau 17 - Budget 2018 et variation annuelle des budgets demandés pour 2019 et 2020 par type de dépense (en millions EUR)**

	2018	Part du budget 2018	Variation		
			2018/2019	2019/2020	2018/2020
Frais fixes opposables	799,89	81,2%	8,6%	3,6%	12,6%
<i>Consommation fixe</i>	14,5	1,5%	0,6%	5,2%	5,9%
<i>Autres charges externes/d'exploitations</i>	97,6	9,9%	11,2%	1,8%	13,2%
<i>Personnel</i>	659,3	66,9%	8,8%	4,1%	13,3%
<i>Amortissement</i>	57,7	5,9%	-7,1%	0,3%	-6,8%
<i>Frais financiers</i>	0,4	0,0%	35,7%	16,6%	58,2%
<i>Subvention</i>	-29,5	-3,0%	-12,8%	2,6%	-10,5%
Frais variables <sup>1)</sup>	185,5	18,8%	7,7%	4,6%	12,7%
<b>Total</b>	<b>985,40</b>	<b>100%</b>	<b>8,5%</b>	<b>3,8%</b>	<b>12,6%</b>

1) Y compris Réserve pour activité facturée supérieure à l'activité budgétisée.

**Tableau 18 - Budget 2018 et variation annuelle des budgets demandés pour 2019 et 2020 par établissement (en millions EUR)**

	2018 (en millions EUR)	Part du budget 2018	Variation		
			2018/2019	2019/2020	2018/2020
CHL	239,8	24,3%	9,3%	4,7%	14,4%
CHEM	226,6	23,0%	13,2%	1,6%	15,0%
CHNP	45,5	4,6%	5,8%	2,9%	8,9%
HIS	6,4	0,6%	43,7%	2,2%	46,8%
CFB	8,3	0,8%	10,0%	3,5%	13,9%
INCCI	27,8	2,8%	8,1%	8,0%	16,8%
Rehazenter	30,8	3,1%	7,3%	4,7%	12,3%
CHdN	126,6	12,8%	9,4%	2,9%	12,6%
Omega	3,2	0,3%	19,5%	0,4%	20,0%
HRS	270,5	27,4%	3,0%	5,2%	8,4%
<b>Total</b>	<b>985,4</b>	<b>100,0%</b>	<b>8,5%</b>	<b>3,8%</b>	<b>12,6%</b>

## ANNEXE 4 - GLOSSAIRE ET RELEVÉ DES ENTITÉS FONCTIONNELLES

### GLOSSAIRE

Activité non opposable	Il s'agit des services et prestations non couverts par la CNS, notamment parce que le bénéficiaire n'est pas un assuré de la CNS ou parce que l'activité n'est pas reprise dans le catalogue des activités couvertes par la CNS.
Activité opposable	Il s'agit des services et prestations couverts par la CNS.
CCT	Convention collective de travail
CFB	Centre de radiothérapie François Baclesse
CHdN	Centre Hospitalier du Nord
CHEM	Centre Hospitalier Emile Mayrisch
CHNP	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
CNS	Caisse nationale de santé
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
CPH	Commission permanente pour le secteur hospitalier
CRCC	Centre de Réhabilitation du Château de Colpach
CSS	Code de la sécurité sociale
DMS	Durée moyenne de séjour
Durée de séjour	La durée de séjour renseigne le nombre de jours pendant lesquels un patient suit un traitement stationnaire dans un hôpital
Entité fonctionnelle (E.F.)	Une entité fonctionnelle désigne une section de frais de l'hôpital qui facture des prestations à la CNS. 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.
Haus Omega	Centre de soins palliatifs pour personnes en fin de vie
HIS	Hôpital Intercommunale de Steinfort
HRS	Hôpitaux Robert Schumann
Hospitalisation complète	Hospitalisation avec nuitée

Hospitalisation de jour	Hospitalisation avec entrée et sortie le même jour, sans présence à minuit. Il ne faut pas la confondre avec un passage en polyclinique ou un traitement ambulatoire à l'hôpital (dialyse etc).
INCCI	Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle
LNS	Laboratoire National de Santé
OMT	Objectif à moyen terme
PPA	La parité de pouvoir d'achat (PPA) est un taux de conversion monétaire qui permet d'exprimer dans une unité commune les pouvoirs d'achat des différentes monnaies. Ce taux exprime le rapport entre la quantité d'unités monétaires nécessaire dans des pays différents pour se procurer le même « panier » de biens et de services (définition INSEE).
PPR - Population protégée résidente	Il s'agit de la population résidente couverte par l'assurance maladie-maternité nationale
Prestations en nature	Prestations pour soins de santé
Rehazenter	Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation
Unité d'œuvre (U.O.)	Une unité d'œuvre désigne les prestations d'une entité fonctionnelle

---

## LES ENTITÉ FONCTIONNELLES<sup>57</sup>

- 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(s) et/ou autres unités médico-techniques
- Radiothérapie
- Salles d'accouchement
- Salles OP
- Soins intensifs
- Soins normaux

---

<sup>57</sup> Il s'agit des entités fonctionnelles facturées en 2016 par ordre alphabétique.

---

## ANNEXE 5 - SOURCE DES DONNÉES

Les données utilisées pour l'établissement de l'activité des soins de santé se limitent aux années 2010 à 2016. Elles se basent sur les factures soumises à la CNS. L'année 2017 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 en 2018 .....	8
Tableau 3 – Personnel opposable à la CNS en 2018.....	8
Tableau 4 - Fonds des investissements hospitaliers : dépenses annuelles ajustées <sup>1)</sup> .....	13
Tableau 5 - Répartition et croissance des prestations facturées opposables à la CNS par type de prise en charge .....	19
Tableau 6 - Répartitions des prestations facturées opposables en 2016 selon frais variables et frais fixes .....	23
Tableau 7 - Estimation du total des dépenses à charge de l'enveloppe budgétaire globale en 2018 (en EUR) .....	26
Tableau 8 - Facteurs pris en compte dans la projection des frais fixes et variables de l'enveloppe budgétaire globale.....	28
Tableau 9 – Prévisions du STATEC de l'échelle mobile des salaires .....	29
Tableau 10 - Projection des coûts hospitaliers pour 2019 et 2020 (en millions EUR) .....	30
Tableau 11 - Enveloppe budgétaire globale recommandée pour 2019 et 2020 en millions EUR .....	34
Tableau 12 - Critère du Pacte de stabilité et de croissance pour la croissance des dépenses publiques. 34	
Tableau 13 - Pourcentage des actifs/pensionnés et des résidents/non-résidents dans l'assiette cotisable de l'assurance maladie-maternité pour les années 2008 à 2017 .....	44
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 2008 à 2017.....	45
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 2008 à 2017.....	45
Tableau 16 - Situation financière des établissements hospitaliers fin 2017 .....	48
Tableau 17 - Budget 2018 et variation annuelle des budgets demandés pour 2019 et 2020 par type de dépense (en millions EUR).....	49
Tableau 18 - Budget 2018 et variation annuelle des budgets demandés pour 2019 et 2020 par établissement (en millions EUR).....	49

## Sommaire des graphiques

Graphique 1 - Fréquence et durée moyenne des séjours des hospitalisations aiguës complètes par classe d'âge et sexe en 2016.....	16
Graphique 2 - Fréquence des hospitalisations de jour aiguës, par classe d'âge et sexe en 2016.....	16
Graphique 3 - Coût moyen journalier à charge de la CNS pour un séjour hospitalier par classe d'âge en 2016.....	17
Graphique 4 - Pourcentage de la population protégée résidente et des frais hospitaliers par classe d'âge, ainsi que leur rapport (axe secondaire) .....	18
Graphique 5 - Durée moyenne de séjour de 2007 à 2016 - hospitalisation complète aiguë - standardisation selon patients hospitalisés en 2016 .....	18
Graphique 6 - Évolution du nombre d'hospitalisations aiguës complètes.....	19
Graphique 7 - Répartition de la fréquence annuelle des unités d'œuvre par entité fonctionnelle en 2016 .....	20
Graphique 8 - Répartition des frais annuels des unités d'œuvre par entité fonctionnelle en 2016 .....	21
Graphique 9 - Taux de croissance et taux de croissance moyen entre 2012 et 2016 des 10 types d'unités d'œuvre les plus fréquents.....	21
Graphique 10 - Taux de croissance et taux de croissance moyen entre 2012 et 2016 des différents types de prise en charge .....	22
Graphique 11 - Évolution et croissance annuelle des frais fixes et variables des budgets hospitaliers (LNS et CRCC non compris).....	25
Graphique 12- Croissance annuelle du PIB et de l'emploi .....	40
Graphique 13 - Croissance de l'emploi par rapport au trimestre correspondant de l'année précédente	41
Graphique 14 - Croissance annuelle de l'emploi et des cotisations pour l'assurance maladie-maternité, prestations en nature, des assurés actifs .....	42
Graphique 15 - Croissance annuelle du nombre de pensionnés et de leurs cotisations pour l'assurance maladie-maternité, prestations en nature.....	43
Graphique 16 - Évolution de l'assiette cotisable et des prestations pour soins de santé (SdS) de 2008 à 2017 - indicateur de variation 2008 = 100 .....	44
Graphique 17 - Population protégée résidente en 2014 et 2017 et projection pour 2020 - nombre de personnes par âge.....	46