

RAPPORT D'ANALYSE PREVISIONNEL DE L'ENVELOPPE BUDGETAIRE GLOBALE DES DEPENSES DU SECTEUR HOSPITALIER

Y COMPRIS

**UNE ANALYSE DES RESERVES DES ETABLISSEMENTS
HOSPITALIERS**

ET

**UN AVIS COMPLEMENTAIRE SUR L'ENVELOPPE BUDGETAIRE
GLOBALE POUR LES ANNEES 2021 ET 2022**



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

Inspection générale de la sécurité sociale

Version du 19 septembre 2022

Sommaire

INTRODUCTION.....	5
1 LE SECTEUR HOSPITALIER.....	6
1.1 D'UNE PRISE EN CHARGE DE PRESTATIONS HOSPITALIÈRES NON BUDGETISÉES VERS UNE BUDGETISATION ET UNE ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE DES DÉPENSES DU SECTEUR HOSPITALIER	6
1.1.1 Le financement des prestations hospitalières avant 1992.....	6
1.1.2 Le financement des prestations hospitalières depuis 1992	6
1.1.3 Le financement des prestations hospitalières depuis 2011	7
1.2 LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS VISÉS PAR L'EBG	8
1.3 ÉVOLUTION DES FRAIS FIXES ET VARIABLES DU SECTEUR HOSPITALIER SUR LA PÉRIODE 2013-2020.....	9
1.4 ANALYSE DES RÉSERVES DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS.....	10
1.4.1 Champs et objectifs	10
1.4.2 Chronologie des travaux réalisés	11
1.4.3 Analyse détaillée sur l'évolution des réserves hospitalières de certains établissements hospitaliers sur base des budgets internes sur la période 2013-2020	12
1.4.4 Réserves hospitalières de tous les établissements hospitaliers sur base des budgets internes pour l'année 2020	16
1.4.5 Analyse détaillée des comptes annuels de certains établissements hospitaliers sur base des budgets internes et externes pour les années 2019 et 2020	17
1.4.6 Résultats et réserves des établissements hospitaliers en 2021	19
1.4.7 Constatations générales.....	20
1.4.8 Recommandations	21
1.5 AVIS COMPLÉMENTAIRE SUR L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE POUR LES ANNÉES 2021 ET 2022	21
2 PROJECTIONS DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE DES DÉPENSES DU SECTEUR HOSPITALIER.....	24
2.1 ESTIMATIONS DES FRAIS FIXES ET FRAIS VARIABLES DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS POUR L'ANNÉE DE BASE	24
2.2 PROJECTION DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE.....	25
2.2.1 Projection de l'activité hospitalière basée sur l'évolution des unités d'œuvre dans les différentes entités fonctionnelles des établissements hospitaliers	26
2.2.2 Projection de l'activité hospitalière basée sur l'évolution des différents types de prise en charge	27
2.2.3 Croissance moyenne retenue	28
2.3 PROJECTION DES FRAIS FIXES ET FRAIS VARIABLES SUR BASE DE L'ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE.....	28
3 PROPOSITION POUR LA FIXATION DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE.....	33
ANNEXE 1 - ANALYSE DE L'ACTIVITÉ DU SECTEUR HOSPITALIER EN 2019	35
ANNEXE 2 - PROJECTION MACRO-ÉCONOMIQUE DU LUXEMBOURG	47
1. ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE ET DE L'EMPLOI	47
2. ÉVOLUTION DES RECETTES DE COTISATIONS POUR L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ, PRESTATIONS EN NATURE ...	47
3. SITUATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	49
4. BUDGETS DEMANDÉS PAR LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS POUR LES ANNÉES 2023 ET 2024.....	50
BIBLIOGRAPHIE	52
GLOSSAIRE	53
SOMMAIRE DES TABLEAUX.....	55
SOMMAIRE DES GRAPHIQUES	56

INTRODUCTION

En exécution de l'article 74 du Code de la sécurité sociale (CSS), le présent rapport d'analyse prévisionnel de l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier (EBG) est établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) et s'inscrit dans le cadre des mesures structurelles prévues par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé. Sur base de ce rapport, le Gouvernement fixe, les années paires, au 1er octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir, à savoir 2023 et 2024.

L'établissement du rapport d'analyse prévisionnel de l'EBG 2023 et de l'EBG 2024 est particulièrement complexe en raison d'éléments nouveaux et de nombreuses incertitudes pouvant générer des impacts considérables sur l'EBG et sur la situation financière de l'assurance maladie-maternité. Quelques points à citer à ce niveau sont les répercussions sur l'économie mondiale du contexte géopolitique hostile comme l'évolution des prix énergétiques ou de l'échelle mobile des salaires et des taux d'intérêt, les effets de la pandémie COVID-19, l'impact de la généralisation de l'indemnisation des gardes et astreintes des médecins dans certains établissements hospitaliers, la formalisation des réseaux de compétences, ainsi que le développement de l'activité ambulatoire.

A ces éléments s'ajoutent des adaptations à prévoir au niveau des médicaments tombant dans le champ d'application des prestations à prendre en charge individuellement en dehors du budget, ainsi que des adaptations en rapport avec la comptabilisation des dépenses opposables liées au développement de l'approche qualité.

De même, en exécution de ses missions de surveillance découlant des articles 409 et 424 du CSS et sur base d'une demande d'avis du 28 février 2022 lui adressée par Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale, l'IGSS procède, dans le cadre du présent rapport, à une analyse des réserves des établissements hospitaliers.

De plus, et en exécution de l'article 39 de la loi du 17 décembre 2021 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2022, l'IGSS présente, dans le cadre du rapport, un avis complémentaire sur l'EBG fixée pour les années 2021 et 2022.

1 LE SECTEUR HOSPITALIER

1.1 D'UNE PRISE EN CHARGE DE PRESTATIONS HOSPITALIÈRES NON BUDGETISÉES VERS UNE BUDGETISATION ET UNE ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE DES DÉPENSES DU SECTEUR HOSPITALIER

1.1.1 Le financement des prestations hospitalières avant 1992

Avant 1992, et donc avant l'entrée en vigueur de la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé, les rapports entre l'assurance maladie et le secteur hospitalier étaient régis par la convention conclue le 31 décembre 1974 entre l'Entente des hôpitaux luxembourgeois (devenue dans la suite la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL)) et l'Union des caisses de maladie (devenue dans la suite la Caisse nationale de santé (CNS)) sur base de l'article 308bis du Code des assurances sociales. Cette convention avait été amendée et complétée dans la suite par une quarantaine d'avenants.

La convention prévoyait une prise en charge par les caisses de maladie des frais de soins hospitaliers dans le secteur stationnaire par le biais de trois mécanismes principaux, à savoir le prix de journée, la rémunération individuelle de certains actes et fournitures, et les forfaits chirurgicaux.

Le séjour hospitalier était pris en charge par un prix de journée uniforme pour tous les hôpitaux quels que soient leur structure et leur type d'activité. Il existait deux prix uniformes différents, l'un pour le séjour normal et l'autre pour le séjour en réanimation.

Les prestations médico-techniques étaient prises en charge par le biais d'une facturation individuelle de l'acte ou de la fourniture. Cette facturation concernait le laboratoire, les médicaments, le radiodiagnostic, la radiothérapie, les prestations paramédicales, les fournitures et la location d'appareils.

Le tarif de six forfaits chirurgicaux variait suivant l'importance de l'intervention et des moyens techniques mis en œuvre. Les forfaits chirurgicaux englobaient en principe les fournitures nécessitées au cours des interventions chirurgicales, notamment les pansements, les narcotiques et les tranquillisants.

Fondé sur des tarifs uniformes pour l'ensemble du secteur, le système de prise en charge par l'assurance maladie du traitement hospitalier avait réussi à maintenir un certain équilibre financier global. En revanche, il n'avait pas permis d'équilibrer les recettes et les dépenses au niveau de chaque établissement hospitalier.

Aussi étant donné que les dépenses du secteur hospitalier n'étaient comptabilisées qu'à partir du moment de la date de la réalisation de la prestation, elles étaient considérées comme imprévisibles puisque non liées à une démarche de budgétisation. Cette imprévisibilité, qui se retrouvait au niveau de chaque hôpital, est contraire au principe de bonne gouvernance qui implique une planification et un suivi des dépenses dans le temps. Le résultat en était alors une déresponsabilisation des gestionnaires des hôpitaux.

1.1.2 Le financement des prestations hospitalières depuis 1992

L'assurance maladie a été profondément réformée par la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé. La loi précitée codifia la législation en matière d'assurance maladie qui jusque-là faisait l'objet de lois multiples. Alors que le régime des ouvriers était intégré au Code des assurances sociales (devenu dans la suite le Code de la sécurité sociale) depuis 1925, les règles applicables aux employés privés, aux professions indépendantes et aux agriculteurs étaient régies par des lois spéciales. De plus, cette loi a introduit le principe de la budgétisation dans la législation.

Le projet de loi portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé, déposé le 31 mars 1991 et amendé par le Gouvernement en date du 14 novembre 1991, proposait dès lors que sur base de règles communes, arrêtées dans les négociations, chaque établissement hospitalier présente son budget qui couvre tous les frais résultant du traitement et du séjour des assurés de l'assurance maladie dans cet établissement.

Spécifiquement, la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé a dès lors inscrit au Code des assurances sociales le principe de l'individualisation de la budgétisation pour la prise en charge par l'assurance maladie des prestations en secteur hospitalier. Un budget séparé est arrêté d'un commun accord entre l'Union des caisses de maladie et chaque établissement hospitalier. Comme par définition les budgets sont fixés avant la période qu'ils couvrent, ce procédé a un impact positif sur la planification des dépenses de l'assurance maladie.

Ainsi, outre un budget 'interne' comprenant l'ensemble des recettes et dépenses, chaque établissement hospitalier établit un budget 'externe' opposable à l'Union des caisses de maladie, dans la suite nommé le budget, comprenant dans une mesure suffisante et appropriée les prestations de soins de santé en relation avec l'assurance maladie et, par ricochet, de l'assurance accidents.

Ne sont pas opposables, les prestations qui sont soit étrangères à l'objet de l'assurance maladie (et de l'assurance accidents), soit prestées à des personnes non protégées en vertu de l'assurance maladie ou soit dépassant l'utile et le nécessaire ou ne respectant point la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et la conformité aux données acquises par la science et à la déontologie médicale.

Sont portées en déduction du budget, bien qu'opposables par nature, des prestations de l'établissement hospitalier qui sont financées par d'autres biais.

Lors de l'élaboration du budget, les établissements hospitaliers sont obligés à ventiler leurs frais dans deux catégories, à savoir les frais directement proportionnels au niveau de l'activité (frais variables) et ceux non liés à l'activité (frais fixes). En effet, une grande partie des frais résulte de la seule mise à la disposition de l'infrastructure de l'hôpital et de ses services. Ces frais sont versés sous forme d'avances mensuelles sur base du budget arrêté, quel que soit le niveau de l'activité. Les frais directement en rapport avec le niveau de l'activité continueront à être versés par l'Union des caisses de maladie à l'établissement hospitalier sur base d'un état justificatif, le tarif par passage résultant de la division des frais variables prévus au budget arrêté par le nombre prévisible de passages.

Encore les établissements hospitaliers, en accord avec l'Union des caisses de maladie, peuvent retenir des prestations opposables par nature et à rémunérer en dehors du budget, et ceci soit individuellement, soit sous forme de forfaits. Le premier mode de prise en charge s'impose pour certaines prestations exceptionnelles, particulièrement coûteuses et souvent imprévisibles. Le deuxième mode de prise en charge, sous forme de forfaits, inspiré du système des groupements homogènes de maladie, permet d'orienter les hôpitaux vers une exploitation plus rationnelle.

1.1.3 Le financement des prestations hospitalières depuis 2011

Le projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant: 1. le Code de la sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, déposé le 6 octobre 2010 et amendé par le Gouvernement en date du 16 novembre 2010, a proposé des adaptations du mécanisme de budgétisation introduit en 1992. Ainsi, et en continuation avec un objectif de planification des dépenses du secteur hospitalier, les budgets externes séparés des établissements hospitaliers seront dès à présent à subordonner à une EBG, représentant une borne supérieure à fixer par le Gouvernement pour la totalité des budgets à arrêter séparément pour tous les établissements hospitaliers visés à l'article 74 du CSS des prestations de soins de santé opposables à la CNS. Il est à relever que le principe de la prise en charge en dehors du budget des prestations à rémunérer soit individuellement, soit sous forme de forfaits, est maintenu.

Ainsi la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant: 1. le Code de la sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers impose un cadrage financier au secteur hospitalier dans sa globalité visant l'obligation d'une recherche d'efficacité et de synergies des établissements hospitaliers. Les établissements hospitaliers ne peuvent plus se contenter d'une stratégie isolationniste, mais doivent s'intégrer dans une approche nationale de l'organisation des services hospitaliers. En outre, l'EBG oblige les établissements hospitaliers à mieux planifier et organiser leurs activités et à intégrer activement le principe de l'utile et du nécessaire dans leur gestion, principe trop souvent oublié dans une logique expansionniste et de satisfaction de toutes les demandes, tout en assurant des modes de financement à part pour des prestations exceptionnelles, particulièrement coûteuses et souvent imprévisibles ou pour promouvoir la tarification à l'activité sur base de groupements homogènes de maladie.

Sur base de ce qui précède, le rapport d'analyse prévisionnel à établir par l'IGSS limite l'EBG des dépenses du secteur hospitalier aux prestations de soins de santé opposables à la CNS en excluant les prestations à rémunérer en dehors de ces budgets, soit individuellement, soit sous forme de forfaits.

1.2 LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS VISÉS PAR L'EBG

D'après les dispositions de l'article 60, alinéa 2 du CSS et de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, les établissements hospitaliers visés par l'EBG sont repris au tableau qui suit.

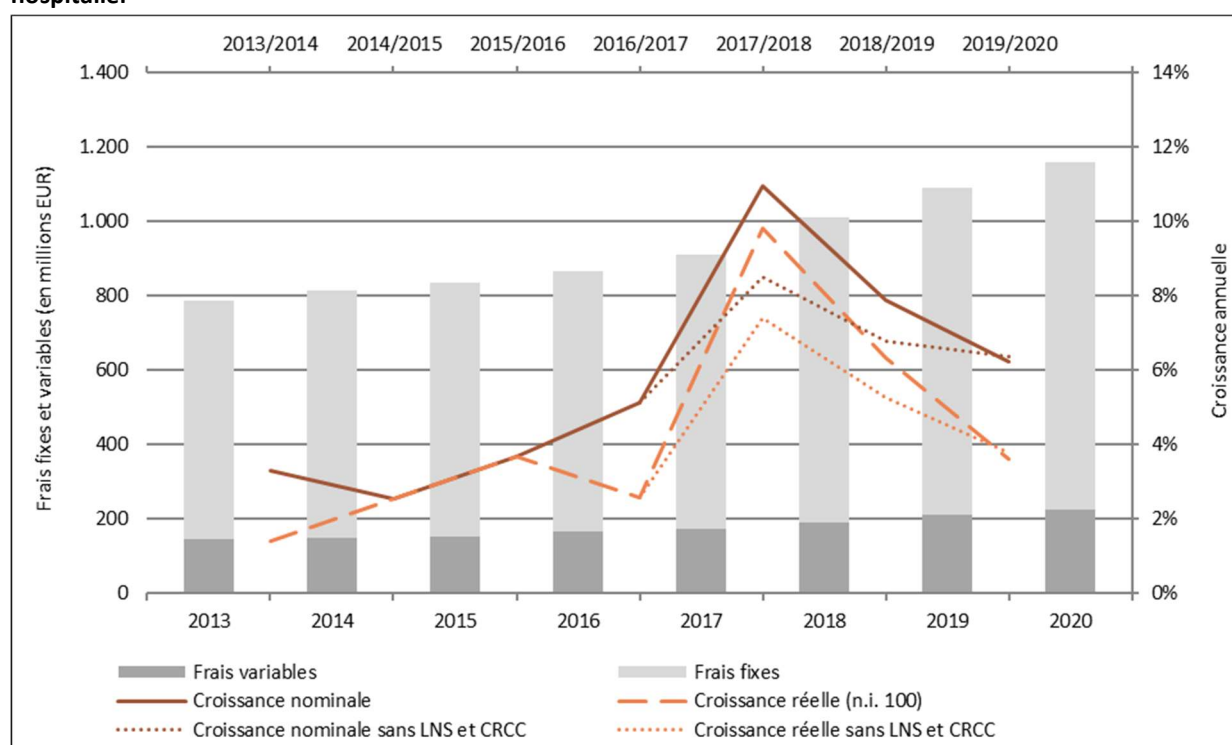
Tableau 1 – Établissements hospitaliers visés par l'EBG

Nom de l'établissement	Site(s)
HÔPITAUX	
Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)	Luxembourg, Eich
Hôpitaux Robert Schuman (HRS)	Luxembourg, Kirchberg, Esch-Alzette
Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM)	Esch-Alzette, Dudelange, Niederkorn
Centre Hospitalier du Nord (CHdN)	Ettelbruck, Wiltz
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS SPÉCIALISÉS	
Centre National de Radiothérapie François Baclesse (CFB)	Esch-Alzette
Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle (INCCI)	Luxembourg
Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation (RHZ - Rehazenter)	Luxembourg
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP)	Ettelbruck, Manternach, Useldange, Diekirch
Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS - Établissement Hospitalier Spécialisé en Rééducation Gériatrique)	Steinfort
Centre de Réhabilitation du Château de Colpach (CRCC - Établissement Hospitalier Spécialisé en Réhabilitation Physique et Post-Oncologique)	Colpach
ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL POUR PERSONNES EN FIN DE VIE	
Haus Omega (O90)	Luxembourg
CENTRE DE DIAGNOSTIC	
Laboratoire National de Santé (LNS - Centre de diagnostic dans le domaine de la génétique humaine et de l'anatomo-pathologie)	Dudelange

1.3 ÉVOLUTION DES FRAIS FIXES ET VARIABLES DU SECTEUR HOSPITALIER SUR LA PÉRIODE 2013-2020

Le graphique qui suit affiche l'évolution des frais fixes (FF) et frais variables (FV) des établissements hospitaliers visés par l'EBG, ainsi que leurs croissances annuelles nominales et réelles sur la période 2013-2020 sur base des données comptables. Il est souligné que pour les années 2013 à 2016, les décomptes sont signés avec tous les établissements hospitaliers. Pour 2017, le décompte d'un établissement hospitalier est encore manquant, 8 décomptes ne sont pas encore signés pour l'année 2018 et pour les années 2019 et 2020, seul un établissement hospitalier a signé le décompte avec la CNS. Par conséquent, les données présentées à partir de l'année 2017 peuvent encore être sujets à des modifications ultérieures.

Graphique 1 – Évolution et croissance des frais fixes et frais variables des établissements hospitaliers du secteur hospitalier



Source : CNS.

En 2014, l'augmentation annuelle réelle des frais fixes et variables se situe à 1,4%, suivie d'une croissance réelle plus élevée pour les années 2015, 2016 et 2017 (entre 2,6% et 3,7%).

Pour 2018, l'augmentation annuelle réelle s'élève à 9,8%. Cette croissance provient d'une augmentation considérable des frais de personnel suite à l'adaptation des conventions collectives de travail du secteur hospitalier (CCT-FHL) et à l'augmentation du nombre des équivalents temps plein (ETP), ou encore des deux nouveaux établissements hospitaliers (LNS et du CRCC) à considérer à partir du 1^{er} avril 2018. En faisant abstraction du LNS et du CRCC, la croissance réelle s'élève à 7,4%. La croissance observée pour 2018 reflète ainsi particulièrement les implications financières de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière sur les dépenses des établissements hospitaliers¹.

Les croissances annuelles réelles pour 2019 et 2020 s'élèvent à 6,3%, respectivement à 3,6% (5,3% respectivement à 3,8% en faisant abstraction du LNS et CRCC). Pour l'année 2020 l'épidémie COVID-19 a certes entraîné des changements importants au niveau de la prise en charge des assurés, notamment par

¹ Rapport sur la situation financière de l'assurance maladie-maternité, IGSS, 2019 - <https://igss.gouvernement.lu/dam-assets/publications/rapports-quadri/rapport-quadri-2019.pdf>

une suspension des activités non urgentes pendant la phase aiguë de l'épidémie. Mais, et bien que les activités hospitalières aient été fortement impactées par l'épidémie COVID-19², les frais hospitaliers n'ont pas diminué pour autant du fait que la majorité des dépenses est constituée par des frais fixes (personnel, contrat de maintenance, frais d'énergie, etc.).

1.4 ANALYSE DES RÉSERVES DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

En exécution de ses missions de surveillance découlant des articles 409 et 424 du CSS et sur base d'une demande d'avis du 28 février 2022 lui adressée par Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale, l'IGSS procède, dans le cadre du présent rapport, à une analyse des réserves des établissements hospitaliers.

1.4.1 Champs et objectifs

Dans son courrier du 8 février 2022, la Chambre des Députés a informé Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale que la Commission du contrôle de l'exécution budgétaire a eu une discussion au sujet des réserves des hôpitaux. La Commission note que les réserves et les résultats reportés par l'ensemble des différents établissements hospitaliers, financés en partie par l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier à charge de l'assurance maladie-maternité ont atteint un montant total de 174 millions EUR au 31 décembre 2019. En y ajoutant les provisions, le montant atteint environ 239 millions EUR en 2019. Ces réserves concernent l'activité opposable tout comme l'activité non opposable à la CNS.

La Commission constate qu'aujourd'hui l'utilisation et le transfert des réserves hospitalières ne sont pas soumis à des règles. Or, la Commission estime que l'affectation des réserves, qui comportent des recettes de cotisation et des participations étatiques, devraient être allouées à des fins qui touchent à la gestion opérationnelle des hôpitaux et financer des projets d'amélioration de la qualité et de l'efficacité du secteur hospitalier. La Commission est ainsi d'avis qu'il est nécessaire que l'utilisation des réserves hospitalières fasse l'objet d'une transparence accrue et que l'allocation des montants opposables à la CNS y afférents devrait en tout état de cause faire l'objet d'un contrôle rigoureux.

Dans ce même contexte, dans son avis du 16 décembre 2021 relatif aux décisions du conseil d'administration de la CNS du 24 novembre 2021, l'IGSS a analysé les modifications apportées à la convention CNS-FHL en matière de management de la qualité des prestations hospitalières. L'IGSS a notamment soulevé que le système de management de la qualité dans les hôpitaux, prévu au niveau conventionnel, devrait, en l'état actuel de la législation, respecter les dispositions y relatives de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

En effet, la loi précitée établit le principe que les établissements hospitaliers s'engagent dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins pour le patient pour satisfaire au mieux ses besoins. Cette politique implique une gestion des risques qui, par des indicateurs et des résultats d'évaluations subséquentes, contrôle les effets des actions afin de maîtriser les risques identifiés.

Ainsi la gestion de la qualité et de la sécurité des prestations hospitalières pour le patient s'inscrit dans l'approche d'une bonne gouvernance des établissements hospitaliers. Dès lors le règlement général que chaque établissement hospitalier est tenu d'adopter comporte un volet intitulé « *la qualité des prestations globales et spécifiquement celles dans le domaine médical et des soins* ». Aujourd'hui, le coût de bon nombre d'actions qui découlent de cette gestion de la qualité et de la sécurité est déjà intégré dans les centres de frais auxiliaires.

² Rapport sur la situation financière de l'assurance maladie-maternité, IGSS, 2021 – <https://igss.gouvernement.lu/dam-assets/publications/rapports-quadri/rapport-quadripartite-2021.pdf>

En complément au cadre défini par la loi précitée, le CSS associe à la qualité, à l'efficacité et à la sécurité des prestations de soins, l'économicité dans son article 23 qui stipule que « *Les prestations à charge de l'assurance maladie accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés. Elles ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale.* » Chaque prestation de soins comporte dès lors une composante qualité.

A ce sujet l'IGSS a sollicité la CNS en date du 15 juillet 2022 pour obtenir des informations supplémentaires relatives au programme qualité inscrit dans la convention CNS-FHL, notamment sur le contrôle de l'utilisation de la prime annuelle dans le contexte seul de prestations opposables conformément aux stipulations de l'article 74 du CSS.

Dans sa réponse du 18 juillet 2022 la CNS précise que la prime annuelle est exclue du budget externe. Pourtant, dans le cadre des amendements de la convention CNS-FHL, entrés en vigueur au 1er janvier 2022, la CNS insiste pour préciser que la prime annuelle ne peut pas être affectée à des prestations non opposables. Dans ce contexte, la CNS a prévu une méthodologie pour procéder au contrôle du respect du principe ci-avant.

Sur base de ces éléments de réponse et des développements aux paragraphes précédents, il ressort que les programmes qualité prévus dans la convention CNS-FHL font partie d'un ensemble de mesures qui découlent des objectifs stratégiques que chaque établissement hospitalier décide conformément au cadre légal.

Ainsi pour compléter l'analyse des réserves des établissements hospitaliers, l'IGSS a étudié en détail l'utilisation de la prime annuelle versée par la CNS à chaque établissement hospitalier.

1.4.2 Chronologie des travaux réalisés

Décembre 2021	Analyse liée à la prime annuelle dans le cadre d'un programme qualité
8 février 2022	Courrier de la Chambre des députés concernant l'utilisation des réserves hospitalières
28 février 2022	Demande d'avis de Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale
Avril - mai 2022	Analyse détaillée sur l'évolution des réserves hospitalières de certains établissements hospitaliers sur base des budgets internes
Juin - juillet 2022	Analyse détaillée des comptes annuels de certains établissements hospitaliers sur base des budgets internes et externes
15 juillet 2022	Courrier de l'IGSS à la CNS relatif à la prime annuelle dans le cadre d'un programme qualité
Août 2022	Finalisation des résultats de l'analyse des réserves des établissements hospitaliers du secteur hospitalier

1.4.3 Analyse détaillée sur l'évolution des réserves hospitalières de certains établissements hospitaliers sur base des budgets internes sur la période 2013-2020

Dans la présente section l'analyse des réserves des établissements hospitaliers se limite aux quatre centres hospitaliers.

Afin de donner une vue complète de la situation financière de ces établissements, l'IGSS a rajouté aux résultats et réserves, le capital souscrit, les primes d'émission et les subventions d'investissement en capital. L'analyse porte ainsi sur le passif du bilan et en particulier sur les capitaux propres, qui contiennent entre autres les réserves et résultats ainsi que les primes d'émission et le capital souscrit. A côté des primes annuelles, les provisions comptabilisées par les établissements hospitaliers sont également intégrées dans l'analyse.

L'analyse porte sur les années 2013 à 2020. Les données sont issues des informations disponibles au Registre de commerce et des sociétés (RCS), à la CNS, et auprès des hôpitaux concernés. S'y ajoutent les informations issues de la comptabilité des établissements hospitaliers, ainsi que les informations provenant des décomptes clôturés. En ce qui concerne les primes annuelles indiquées, elles correspondent aux programmes qualité des années en question. Les montants indiqués pour les années 2017, 2018, 2019, 2020 sont des avances payées par la CNS, les montants définitifs étant encore inconnus.

Les tableaux qui suivent indiquent l'évolution des résultats et réserves des sociétés, fondations et établissements publics suivants :

Fondation Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM) ;

Établissement public dénommé Centre hospitalier de Luxembourg (CHL) ;

Établissement public dénommé Centre hospitalier du Nord (CHdN) ;

Groupe Hôpitaux Robert Schuman (HRS) composé de la

- Société anonyme dénommée Hôpitaux Robert Schuman (HRS SA) à partir de 2017
- Fondation François Elisabeth jusqu'en 2013
- Fondation Hôpitaux Robert Schuman (fondation HRS), à partir de 2014
- Société anonyme Clinique Privée du Dr. E. Bohler jusqu'en 2016
- Société anonyme ZithaKlinik jusqu'en 2016.

Tableau 2 – Situation financière du CHEM - Evolution des capitaux propres, des provisions et des paiements liés à la prime annuelle (en milliers EUR)

Année	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Capital souscrit (a)	11 721	11 721	11 721	11 721	11 721	11 721	11 721	11 721
Primes d'émission (b)	0	0	0	0	0	0	0	0
Résultats de l'exercice (c)	1 554	335	- 1 930	- 232	3 353	- 1 414	5 410	- 4 086
Résultat reporté (d)	31 716	33 270	33 605	31 675	31 443	34 796	33 381	38 791
Résultat cumulé (e=c+d)	33 270	33 605	31 675	31 443	34 796	33 381	38 791	34 705
Evolution Résultats reportés	0	1 554	335	- 1 930	- 232	3 353	- 1 414	5 410
Réserve (f)	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Réserves (g=e+f)	33 270	33 605	31 675	31 443	34 796	33 381	38 791	34 705
Subventions d'inv. en capital (h)	76 467	77 138	78 811	82 746	86 480	82 546	85 299	90 360
Capitaux propres (a+b+g+h)	121 458	122 464	122 207	125 909	132 996	127 648	135 811	136 786
Provisions	438	503	218	3 769	3 657	3 665	4 601	8 330
Prime annuelle	2 162	3 131	3 221	2 682	1 150	1 100	1 150	1 200

Sur la période 2013-2018 le niveau du total de la réserve n'évolue que peu. Le total des réserves du CHEM s'élève à 38,8 millions EUR en 2019, et diminue en 2020 en passant à 34,7 millions suite à un déficit de l'exercice 2020 de 4,1 millions EUR. Les provisions comptabilisées en 2020 s'élèvent à 8,3 millions EUR. En particulier, les provisions pour décomptes CNS s'élèvent à 2,5 millions EUR en 2020.

Il est soulevé que la prime annuelle contribue de manière sensible à l'équilibre, voire à l'excédent du résultat de l'exercice, et donc par ricochet soit à une augmentation, le cas échéant, du total des réserves au cours de la période 2013-2020, soit à une réduction de la détérioration de celle-ci.

A titre d'information, l'augmentation observée des provisions dès l'année 2016 provient notamment d'un reclassement comptable lié aux heures supplémentaires.

Tableau 3 – Situation financière du CHL - Evolution des capitaux propres, des provisions et des paiements liés à la prime annuelle (en milliers EUR)

Année	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Capital souscrit (a)	86 853	86 853	86 853	86 853	86 853	86 853	86 853	86 853
Primes d'émission (b)	0	0	0	0	0	0	0	0
Résultats de l'exercice (c)	3 477	11 666	4 201	3 348	3 520	3 461	5 115	- 940
Résultat reporté (d)	7 445	10 922	22 588	26 789	30 136	33 657	37 118	42 233
Résultat cumulé (e=c+d)	10 922	22 588	26 789	30 136	33 657	37 118	42 233	41 293
Evolution Résultats reportés	0	3 477	11 666	4 201	3 348	3 520	3 461	5 115
Réserve (f)	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Réserves (g=e+f)	10 922	22 588	26 789	30 136	33 657	37 118	42 233	41 293
Subventions d'inv. en capital (h)	84 093	84 527	89 719	80 193	72 321	67 726	70 766	71 400
Capitaux propres (a+b+g+h)	181 867	193 967	203 360	197 182	192 830	191 696	199 852	199 546
Provisions	6 821	4 170	3 304	2 265	2 094	1 283	1 365	2 583
Prime annuelle	3 339	3 637	3 635	3 227	1 600	1 900	2 050	2 250

Le total des réserves du CHL a progressé de 10,9 millions EUR en 2013 à 42,2 millions EUR en 2019, tout en soulevant une progression soutenue pour l'année 2014. Le niveau du total de la réserve a stagné à 41,3 millions EUR en 2020.

En particulier, les résultats reportés et le résultat de l'exercice 2020 comportent un montant global 20,8 millions EUR réservé au secteur médical conformément à l'article 9 de la loi modifiée du 10 décembre 1975 créant un établissement public dénommé Centre hospitalier de Luxembourg. A noter que le CHL ne peut pas utiliser le résultat en question pour des acquisitions, respectivement des investissements qui ne concernent pas le secteur médical. A ce sujet, et à l'opposé des trois autres centres hospitaliers, les résultats d'exercice du CHL sont impactés par le résultat de cette activité médicale spécifique au CHL.

Ainsi la progression du total des réserves en 2014 s'explique notamment par un excédent sensible de cette activité médicale de 6,3 millions EUR. De même, pour l'année 2020, c'est de nouveau l'activité médicale excédentaire de 5,3 millions EUR, notamment sur base des forfaits horaires pour consultation et traitement dans le cadre de l'épidémie COVID-19, qui apporte une réduction sensible du déficit du résultat de l'exercice.

De même l'analyse fait ressortir que la prime annuelle contribue de manière significative au total des réserves au cours de la période 2013-2019, tout en réduisant substantiellement le déficit pour l'année 2020.

Tableau 4 – Situation financière du CHdN - Évolution des capitaux propres, des provisions et des paiements liés à la prime annuelle (en milliers EUR)

Année	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Capital souscrit (a)	10 205	10 205	10 205	10 205	10 205	10 205	10 205	10 205
Primes d'émission (b)	0	0	0	0	0	0	0	0
Résultats de l'exercice (c)	2 254	1 035	3 130	607	3 514	- 436	7 961	- 3 821
Résultat reporté (d)	8 299	8 657	5 886	7 127	5 692	8 029	7 464	13 450
Résultat cumulé (e=c+d)	10 553	9 692	9 016	7 735	9 206	7 593	15 425	9 629
Evolution Résultats reportés	0	- 861	- 676	- 1 281	1 471	8 029	- 565	5 986
Réserve (f)	9 437	10 120	17 165	11 901	10 601	9 825	7 068	8 971
Total Réserves (g=e+f)	19 474	19 812	26 182	19 635	19 807	17 418	22 493	18 600
Subventions d'inv. en capital (h)	47 536	50 066	53 028	54 295	50 751	48 145	48 821	46 911
Capitaux propres (a+b+g+h)	77 732	80 084	89 415	84 136	80 763	75 767	81 519	75 716
Provisions	1 187	3 278	6 115	4 802	5 014	5 367	4 964	6 059
Prime annuelle	1 725	2 019	1 884	1 649	700	750	800	900

Sur la période 2013-2018, le total de la réserve du CHdN n'évolue que peu, à l'exception pour l'année 2015. En effet, en 2015 des recettes exceptionnelles de l'ordre de 6,0 millions EUR sont à enregistrer suite aux opérations de dissolution. En 2019, le total de la réserve augmente à 22,5 millions EUR. En 2020, le CHdN a réalisé un résultat de l'exercice déficitaire de 3,8 millions EUR. En tenant compte du résultat reporté 2020 de 13,5 millions EUR, le résultat cumulé 2020 s'élève à 9,6 millions EUR. Aux résultats cumulés 2020 de 9,6 millions EUR, s'ajoutent des réserves de l'ordre de 9,0 millions EUR, de sorte à atteindre un montant total des résultats cumulés et réserves de 18,6 millions EUR en 2020. Les provisions comptabilisées s'élèvent à 6,1 millions EUR en 2020. Les provisions pour décomptes CNS s'élèvent à 1,2 millions EUR en 2020.

Il est noté que le CHdN procède au recours de l'outil de la réserve. Le CHdN a financé certaines acquisitions avec ses résultats reportés et ses réserves, ce qui explique que l'évolution des résultats reportés ne correspond pas aux sommes des résultats de l'exercice et des résultats reportés. A titre d'exemple, et selon divers rapports du réviseur, les réserves liées à la prime annuelle ont été utilisées pour financer des aménagements architecturaux (peinture et entretien, détection incendie, lits-portes) et des investissements au niveau informatique (nouveau réseau informatique, projet DPI), des charges et honoraires en relation avec des audits et certifications, ainsi que des ressources humaines allouées en supplément à la dotation accordée par la CNS (accréditation laboratoire, certification stérilisation et pharmacie clinique, RSSI, pharmacie clinique, RCP manager plan national cancer).

Tableau 5 – Situation financière du HRS - Evolution des capitaux propres, des provisions et des paiements liés à la prime annuelle (en milliers EUR)

Année	2013			2014			2015		
	Fondation François* Elisabeth	Clinique Pr. Dr. E. Bohler S.A.	Zithaklinik S.A.	Fondation HRS*	Clinique Pr. Dr. E. Bohler S.A.	Zithaklinik S.A.	Fondation HRS*	Clinique Pr. Dr. E. Bohler S.A.	Zithaklinik S.A.
Capital souscrit (a)	3 848	31	4 500	3 848	31	4 500	3 848	31	4 500
Primes d'émission (b)	0			0			0		
Résultats de l'exercice (c)	6 628	379	296	9 280	997	- 360	6 667	561	238
Résultat reporté (d)	24 356	550	477	30 985	929	773	40 264	1 926	414
Résultat cumulé (e=c+d)	30 985	929	773	40 264	1 926	414	46 931	2 486	652
Evolution Résultats reportés	0	0	0	6 628	379	296	9 280	997	- 360
Réserve (f)	0	27	450	0	27	450	0	27	450
Total Réserves (g=e+f)	30 985	956	1 223	40 264	1 953	864	46 931	2 513	1 102
Subventions d'inv. en capital (h)	45 784	9 156	15 826	43 926	7 797	20 703	40 841	6 448	18 608
Capitaux propres (a+b+g+h)	93 670	10 142	21 549	88 039	9 781	26 066	91 620	8 992	24 210
Provisions	23 688	5 359	6 084	22 561	5 504	7 989	15 796	4 866	13 696
Prime annuelle	2 057	351	1 149	2 490	367	1 347	2 451	327	1 402

Année	2016			2017		2018		2019		2020	
	Fondation HRS*	Clinique Pr. Dr. E. Bohler S.A.	Zithaklinik S.A.	Fondation HRS	HRS SA	Fondation HRS	HRS SA	Fondation HRS	HRS SA	Fondation HRS	HRS SA
Capital souscrit (a)	3 848	31	4 500		2 000		2 000		2 000		2 000
Primes d'émission (b)	0			18 166	17 271	18 166	17 271	18 166	17 271	18 166	17 271
Résultats de l'exercice (c)	8 049	2 117	325	7 141	779	5 918	40	7 852	151	6 561	- 5 029
Résultat reporté (d)	46 931	2 486	652	73 360	- 3	80 501	738	86 419	738	94 271	377
Résultat cumulé (e=c+d)	54 980	4 604	977	80 501	777	86 419	778	94 271	889	100 832	- 4 652
Evolution Résultats reportés	6 667	561	238			7 141	741	5 918	0	7 852	- 361
Réserve (f)	0	27	450				39		79		591
Total Réserves (g=e+f)	54 980	4 631	1 427	80 501	777	86 419	817	94 271	968	100 832	- 4 061
Subventions d'inv. capital (h)	38 761	9 886	20 999	50 028	24 553	43 656	37 489	37 549	52 850	31 748	67 877
Capitaux propres (a+b+g+h)	97 590	14 547	26 926	148 695	44 601	148 241	57 577	149 986	73 089	150 745	83 088
Provisions	13 915	4 458	13 225	4 400	26 571	4 648	30 796	4 491	31 351	4 359	35 089
Prime annuelle	2 468	346	1 414		1 650		1 250		1 350		1 400

* Pour les années 2013-2016 l'activité de la fondation François Elisabeth et de la fondation HRS se limite à celle renseigné à la CNS sur base des activités de l'Hôpital Kirchberg et de la Clinique Saint-Marie sur base des budgets internes CNS.

En ce qui concerne le groupe HRS, pour les années 2013 à 2016, celui-ci est composé d'un côté par la Fondation Hôpitaux Robert Schuman (Fondation François Elisabeth jusqu'en 2013) qui inclut deux hôpitaux, à savoir l'Hôpital Kirchberg et la Clinique Sainte-Marie, et d'un autre côté, la Clinique Privée du Dr. E. Bohler et la ZithaKlinik. En 2017 les Hôpitaux Robert Schuman S.A. ont été constituées par la fusion des quatre hôpitaux sous rubrique. L'activité hospitalière se retrouve dès lors au niveau de la HRS SA tandis que les autres activités sont regroupées sous la Fondation HRS.

Le total des réserves du groupe HRS évolue à 95,2 millions EUR en 2019 pour stagner à 96,8 millions EUR en 2020. Du fait de l'approche retenue par l'IGSS pour la comptabilisation de l'activité du HRS sur la période 2013-2016 (voir note de bas du tableau ci-avant) le total de la réserve n'inclut pas la part relative à l'activité de HRS hors activité hospitalière. A ce sujet, et sur base du bilan de la fondation HRS disponible pour l'année 2016, cette part peut être quantifiée à 18,4 millions EUR pour l'année 2016. Par contre, à partir de 2017, cette activité est renseignée dans le total des réserves du tableau.

Il est de même à souligner que lors de la fusion en 2017, la Fondation HRS, la Clinique Privée du Dr. E. Bohler et la ZithaKlinik ont effectué un apport en capital sans rémunération de titres d'un total de 60,3 millions EUR au 1^{er} janvier 2017. L'apport en capital a été suivi d'un remboursement aux apporteurs de 43,0 millions EUR en décembre 2017 (convention d'apports). Ces opérations comptables ont été réalisées par des inscriptions au niveau d'un compte de la classe 1, notamment sous primes d'émission. Ainsi, le montant de 17,3 millions EUR comptabilisé sous primes d'émission s'ajoute au montant total des résultats reportés et réserves, de sorte à afficher un montant total de 13,3 millions EUR en 2020, alors qu'un montant de 43,0 millions EUR a été remboursé aux apporteurs et est comptabilisé dans les résultats reportés de la fondation HRS.

Tableau 6 – Primes d'émission

Primes d'émission	Débit	Crédit	Remarques
01/01/2017		60 271 370 EUR	Apport en capitaux propres
31/12/2017	43 000 000 EUR		Remboursement
		17 271 370 EUR	Solde

Pour 2020, HRS SA affiche un déficit de -5,0 millions EUR, déficit qui est largement couvert par l'activité de la fondation HRS. Aussi, pour l'année 2020, les provisions comprennent un montant de 17,0 millions EUR pour décomptes CNS. Il est noté que le niveau élevé des provisions du HRS résulte d'un côté d'une approche comptable relative aux primes des salariés et, d'un autre côté, de provisions substantielles pour litiges.

Sur la période 2013-2020 la prime annuelle contribue chaque année à une situation excédentaire du résultat de l'exercice pour le groupe HRS.

Le tableau suivant affiche les capitaux propres pour les sociétés, fondations et établissements publics sous rubrique.

Tableau 7 – Situation financière cumulée des sociétés, fondations et établissements sous rubrique - Evolution des capitaux propres, des provisions et des paiements liés à la prime annuelle (en milliers EUR)

Année	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Capital souscrit (a)	117 158	117 158	117 158	117 158	110 779	110 779	110 779	110 779
Primes d'émission (b)	0	0	0	0	35 437	35 437	35 437	35 437
Résultats de l'exercice (c)	14 589	22 953	12 867	14 214	18 307	7 569	26 489	- 7 315
Résultat reporté (d)	72 843	85 536	104 682	115 661	140 628	157 720	165 120	189 121
Résultat cumulé (e=c+d)	87 432	108 488	117 549	129 874	158 935	165 289	191 609	181 807
Evolution Résultats reportés	0	11 474	21 241	8 456	4 586	22 783	7 400	24 002
Réserve (f)	9 914	10 597	17 642	12 378	10 601	9 864	7 147	9 563
Total Réserves (g=e+f)	96 830	119 086	135 192	142 252	169 537	175 152	198 756	191 370
Subventions d'inv. en capital (h)	278 861	284 157	287 455	286 881	284 133	279 562	295 285	308 296
Capitaux propres (a+b+g+h)	506 418	520 400	539 805	546 291	599 885	600 929	640 256	645 881
Provisions	43 576	44 005	43 994	42 433	41 736	45 759	46 771	56 419
Prime annuelle	10 783	12 990	12 919	11 786	5 100	5 000	5 350	5 750

La vue consolidée des sociétés, fondations et établissements sous rubrique confirme que la prime annuelle contribue de manière significative à une situation excédentaire du résultat de l'exercice et, dès lors, à la croissance du total des réserves. L'analyse qui précède fait ressortir pourtant que d'autres éléments ont aussi contribué à l'alimentation de cette réserve.

Les primes annuelles relatives au programme qualité des années 2013 à 2020 payées par la CNS aux établissements concernés par l'analyse représentent 69,7 millions EUR. En 2020, le total des réserves s'élève à 191,4 millions EUR. Le total des provisions qui s'élèvent 56,4 millions EUR ne sont pas entièrement liées aux décomptes à signer avec la CNS, une part importante étant liée aux frais de personnel (congrés non pris, heures à récupérer, heures supplémentaires). A noter de même une réduction du total de la réserve de 7,4 millions EUR entre 2019 et 2020.

1.4.4 Réserves hospitalières de tous les établissements hospitaliers sur base des budgets internes pour l'année 2020

Le tableau suivant affiche la situation financière de l'ensemble des établissements hospitaliers à considérer dans le contexte de l'EBG.

Tableau 8 – Situation financière 2020 de tous les établissements hospitaliers visés par l’enveloppe budgétaire globale (en milliers EUR)

2020	Capital souscrit	Primes d'émission et primes assimilées	Résultats de l'exercice	Résultats reportés	Résultats cumulés	Réserves	Résultats cumulés+ Réserves	Subventions d'investissement en capital	Provisions	Prime annuelle
CHL	86 853	0	- 940	42 233	41 293	0	41 293	71 400	2 583	2 250
CHEM	0	11 721	- 4 086	38 791	34 705	0	34 705	90 360	8 330	1 200
HRS SA	2 000	17 271	- 5 029	377	- 4 652	591	- 4 061	67 877	35 089	1 400
CHdN	10 205	0	- 3 821	13 450	9 629	8 971	18 600	46 911	6 059	900
CHNP	1 299	0	1 417	32 100	33 517	214	33 731	60 127	13 130	290
HIS	0	0	3	2 229	2 232	0	2 232	1 339	672	40
CFB	0	0	957	7 689	8 646	1 021	9 667	8 438	1 553	40
INCCI	50	0	162	6 288	6 450	0	6 450	5 821	4 044	130
RZ	4 637	0	742	1 237	1 978	0	1 978	12 762	3 399	160
O90	0	0	- 27	2 171	2 144	5 291	7 435	4 313	0	20
CRCC	0	0	- 209	- 475	- 684	583	- 101	99	1 210	30
LNS	0	0	4 693	12 073	16 767	0	16 767	76 498	0	0
Total	105 043	28 992	- 6 137	158 163	152 025	16 672	168 697	445 945	76 068	6 460

En 2020, les réserves et les résultats cumulés de tous les établissements s’élèvent à 168,7 millions EUR, ce qui correspond à une baisse de 6 millions EUR par rapport à 2019. Cette baisse résulte surtout des pertes réalisées par les quatre centres hospitaliers lors de la crise sanitaire. Le LNS a par contre réalisé un bénéfice important de 4,7 millions EUR sur toute son activité y incluse l’activité non-opposable à la CNS.

1.4.5 Analyse détaillée des comptes annuels de certains établissements hospitaliers sur base des budgets internes et externes pour les années 2019 et 2020

L’analyse détaillée des comptes annuels porte sur les sociétés, fondations et établissements publics suivants :

- Fondation Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM) ;
- Établissement public dénommé Centre hospitalier de Luxembourg (CHL) ;
- Établissement public dénommé Centre hospitalier du Nord (CHdN) ;
- Groupe Hôpitaux Rober Schuman (HRS) composée de la
 - Société anonyme dénommée Hôpitaux Robert Schuman (HRS SA)
 - Fondation Hôpitaux Robert Schuman (fondation HRS).

L'analyse se limite aux années 2019 et 2020 et se base sur la comptabilité desdits établissements, leurs rapports annuels, leurs décomptes signés avec la CNS (années antérieures) ainsi que sur leurs rapports d'audit réalisés par les réviseurs.

Ainsi sur base des données disponibles, il est procédé à une évaluation financière des activités hospitalières opposables et non-opposables. Le tableau qui suit affiche les résultats des budgets internes et externes pour 2019.

Tableau 9 – Résultat du budget interne et du budget externe (2019) (en milliers EUR)

	2019	CHEM	CHL	CHdN	HRS	Total
Résultat sur budget interne (a)		5 410	5 115	7 961	8 003	26 489
Frais fixes (b)		193 005	194 668	110 307	226 590	724 570
Frais variables (c)		41 419	57 483	26 296	51 829	177 028
Participations assurées (d)		2 787	2 281	1 880	2 965	9 912
Total reçu (e=b+c+d)		237 211	254 431	138 484	281 385	911 510
Frais opposables (f)		- 238 877	- 257 422	- 135 769	- 280 633	- 912 701
Dotations aux provisions pour décomptes (g)		- 132	2 296	0	- 2 602	- 438
Décomptes exercices antérieurs (h)		4 599	1 328	2 000	2 526	10 454
Résultat sur budget externe (i=e+f+g+h)		2 801	633	4 715	677	8 825
Prime annuelle (j)		3 250	3 660	1 839	0	8 749
Solde activité non-opposable (k=a-i-j)		- 641	822	1 407	7 327	8 915

Pour l'année 2019 les sociétés, fondations et établissements publics sous rubrique ont réalisé un bénéfice global de 26,5 millions EUR.

Selon l'analyse réalisée, pour l'ensemble des acteurs, le résultat lié à l'activité opposable pour l'année 2019 avant décompte final de l'exercice avec la CNS est déficitaire de 1,6 millions EUR par rapport à un montant total des frais opposables à la CNS de 912,7 millions EUR en 2019. En tenant compte des décomptes des exercices antérieurs, le solde de l'activité hospitalière opposable s'établit à 8,8 millions EUR. A ce solde s'ajoute un excédent de 8,8 millions EUR sur base des recettes probables par la prime annuelle.

Les acteurs sous rubrique ont comptabilisé 8,8 millions EUR pour la prime annuelle liée au programme qualité 2019³ ; le montant réel n'étant pas encore connu. La prime annuelle payée par la CNS ne fait pas partie du budget externe. Dans le cas du CHEM, le montant comptabilisé en 2019 correspond à 80% du montant projeté par le CHEM et le solde sera comptabilisé au moment du décompte de l'exercice. Le CHL indique pour la prime le montant relatif à l'année 2017 (année N-2) (non encore payé par la CNS). Le CHdN comptabilise le montant estimé de la prime à recevoir pour 2019. Le HRS n'a pas comptabilisé de prime annuelle.

Concernant les décomptes, le montant des paiements réalisés par la CNS relatifs à des exercices antérieurs lors du décompte est de 10,5 millions EUR. Ces paiements comptabilisés en 2019 comme produits exceptionnels font partie du budget externe.

Le résultat de l'activité non-opposable liée aux prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie et de l'assurance accidents, à celles faites à titre de convenance personnelle de la personne protégée et à celles fournies à des personnes non protégées ainsi qu'à celles du secteur médical du CHL, s'élève à 8,9 millions EUR. A ce sujet il est soulevé que le groupe HRS influence de façon non négligeable le solde excédentaire de ces activités non-opposables.

³ Manuel des règles de calcul: Comme il s'agit d'un produit régulier, la CNS demande de comptabiliser la prime annuelle sur le compte « 7488 Autres produits d'exploitation divers ».

Le tableau qui suit affiche les résultats des budgets internes et externes pour 2020.

Tableau 10 – Résultat du budget interne et du budget externe (2020) (en milliers EUR)

	2020	CHEM	CHL	CHdN	HRS	Total
Résultat sur budget interne (a)		- 4 086	- 940	- 3 821	1 532	- 7 315
Frais fixes (b)		202 524	206 931	115 622	238 712	763 789
Frais variables (c)		36 495	58 184	22 133	52 420	169 232
Participations assurées (d)		2 392	1 924	1 580	2 622	8 518
Total reçu (e=b+c+d)		241 411	267 038	139 335	293 754	941 539
Frais opposables (f)		- 246 242	- 280 847	- 143 953	- 293 805	- 964 847
Dotations aux provisions pour décomptes (g)		- 2 360	7 127	- 872	- 2 488	1 407
Décomptes exercices antérieurs (h)		2 140	736	579	206	3 660
Résultat sur budget externe (i=e+f+g+h)		- 5 051	- 5 945	- 4 911	- 2 333	- 18 241
Prime annuelle (j)		3 250	4 036	735	0	8 022
Solde activité non-opposable (k=a-i-j)		- 2 284	969	355	3 865	2 905

En 2020, en raison de la crise sanitaire, la situation financière devient moins favorable. Ainsi, les acteurs sous rubrique ont réalisé un déficit global de 7,3 millions EUR.

Concernant l'activité opposable hors décomptes exercices antérieurs le déficit s'élève à 21,9 millions EUR en 2020 pour les acteurs sous rubrique. En tenant compte des décomptes, le déficit se réduit à 18,2 millions EUR. La prime annuelle comptabilisée en 2020 s'élève à 8,0 millions EUR. En principe les établissements ont procédé de la même façon qu'en 2019. Seul le CHdN n'a comptabilisé que 40% de la prime estimée. En effet à cause de la crise sanitaire en 2020, aucun programme qualité n'a été signé et la CNS a annoncé ne considérer que 40% du programme.

1.4.6 Résultats et réserves des établissements hospitaliers en 2021

Le tableau ci-dessous permet d'avoir un aperçu des résultats et réserves de l'ensemble de établissements hospitaliers à considérer dans le contexte de l'EBG.

Tableau 11 – Situation financière des établissements hospitaliers fin 2021

	Réserves	Résultat reporté	Résultat 2021	Total résultat et réserves	Provisions
CHL	0	41 293 028	-5 290 256	36 002 772	1 404 819
CHEM	0	34 705 468	-6 561 757	28 143 712	15 312 200
HRS SA	591 468	-4 652 283	4 602 654	541 839	35 254 726
CHdN	8 965 031	7 847 665	-2 697 607	14 115 089	11 548 011
CHNP	0	33 517 080	-745 667	32 771 414	18 476 897
HIS	0	2 228 076	-225 804	2 002 272	1 339 485
CFB	1 056 177	8 610 700	862 635	10 529 512	804 104
INCCI	0	6 450 195	-6 060	6 444 136	4 204 188
RZ	1 356 137	1 978 451	-622 315	2 712 274	6 119 448
O90	5 187 430	2 143 604	0	7 331 034	0
CRCC	0	-683 973	-397 222	-1 081 195	1 597 685
LNS	0	16 766 591	754 215	17 520 806	3 735 385
Total	17 156 244	150 204 603	-10 327 183	157 033 664	99 796 947

Source : CNS.

1.4.7 Constatations générales

L'analyse détaillée des réserves de certains acteurs visés par l'EBG indique que les comptes ne sont actuellement que difficilement comparables et nécessitent dès lors une analyse poussée. En effet, le traitement comptable appliqué diffère d'un acteur à l'autre. Des différences sont constatées au niveau de la comptabilisation de provisions et de créances en lien avec le décompte CNS, ainsi qu'au niveau de la comptabilisation de la prime annuelle en lien avec le programme qualité.

Concernant les provisions, des différences sont constatées au niveau de la provision en lien avec le décompte de la CNS liée à d'éventuels remboursements à effectuer par les établissements hospitaliers au profit de la CNS. De même, au niveau des créances en lien avec le décompte CNS, il y a des différences au niveau des montants à recevoir par les établissements hospitaliers de la part de la CNS.

Enfin, l'alimentation par primes annuelles en lien avec le programme qualité n'est pas enregistrée selon les mêmes principes dans les différents établissements. Le CHL par exemple comptabilise celle-ci avec un retard de deux ans, alors que d'autres établissements procèdent différemment. A ceci s'ajoute que les réserves et résultats inscrits dans les comptes des établissements hospitaliers sont impactés par des clôtures tardives des décomptes, ce qui ensemble avec les pratiques comptables non harmonisées à la clôture de l'exercice fait que lesdites situations financières sont à considérer avec prudence et peu comparables. En particulier, la forme juridique de l'établissement peut aussi constituer un facteur explicatif des divergences dans les principes comptables retenus lors de la clôture de l'exercice comptable.

Par ailleurs, les réserves et résultats repris des rapports des réviseurs des établissements hospitaliers ne proviennent pas exclusivement de l'activité hospitalière, et ne sont ainsi pas entièrement disponibles à l'exploitation hospitalière. Pour le CHL par exemple, une partie des réserves est réservée au secteur médical.

Concernant en particulier les principes de comptabilisation, il y a aussi des divergences au niveau des transferts vers les réserves : le CHdN par exemple procède à des transferts vers les réserves, alors que d'autres ne le font pas.

Le groupe HRS présente une particularité par rapport aux autres établissements et qui est surtout liée à la fusion en 2017. Depuis lors l'activité hospitalière se retrouve au niveau des Hôpitaux Robert Schuman S.A. tandis que la Fondation Hôpitaux Robert Schuman ne comprend plus que les activités non hospitalières. Lors de la fusion, la Fondation Hôpitaux Robert Schuman, la clinique Bohler S.A. et la Zithaklinik S.A. ont effectué un apport en capital sans rémunération de titres d'un total de 60,3 millions EUR au 1^{er} janvier 2017 et ont ensuite procédé à un remboursement aux apporteurs de l'ordre de 43,0 millions EUR de sorte à ce que seulement un montant restant de 17,0 millions EUR est comptabilisé au niveau des primes d'émissions et s'ajoute aux réserves et résultats des Hôpitaux Robert Schuman S.A.

Pour tenir compte de l'évolution des comptes du groupe HRS au fil des années, les comptes de la fondation HRS sont impérativement à considérer, tout en sachant que ces derniers ne concernent plus d'activité hospitalière à partir de 2017, mais incluent des actifs constitués dans le passé à partir de prestations opposables par nature.

En particulier, le budget externe opposable à la CNS des établissements hospitaliers est en principe un budget de dépenses effectives et les possibilités de faire des bénéfices à ce niveau sont réduites, bien que les recettes reçues lors de la clôture de décomptes des exercices antérieurs influencent souvent les résultats, ces recettes sont cependant souvent la contrepartie des pertes réalisées lors de l'exercice en question. S'y ajoutent les recettes liées à une sous-dotation en personnel de moins de 1,0%. Si la sous-dotation est supérieure à 1% de la dotation accordée, alors la CNS déduit les frais de personnel relatifs à la sous-dotation qui dépasse la limite de 1,0%. Concernant le budget interne (comprenant les prestations opposables et non opposables à la CNS), les bénéfices proviennent notamment de la prime annuelle liée au programme qualité, ainsi que des prestations non opposables (convenances personnelles et autres).

L'analyse se complique par le fait que les décomptes sont souvent clôturés avec un retard de plusieurs années. A ce sujet l'IGSS en a informé la CNS dans son courrier du 15 juillet 2022 au sujet de son avis sur le décompte annuel pour l'exercice 2021 de l'assurance maladie-maternité, en soulevant que dans le cadre des relations avec le secteur hospitalier, la CNS doit arrêter le décompte définitif au plus tard douze mois après la fin de l'exercice en question (article 79 du CSS). Comme pour l'avis financier 2019 et 2020, l'IGSS constate toujours un certain retard dans la finalisation des décomptes définitifs. 12 décomptes définitifs ont été signés en 2021 et concernent les exercices 2014 à 2020. Pour les hôpitaux relevant du groupe HRS, 4 décomptes pour les exercices 2013 à 2016 ne sont pas encore signés. De plus, 32 décomptes pour les exercices 2017 à 2020 sont encore à finaliser (2017 : 2, 2018 : 8, 2019 : 11 et 2020 : 11).

1.4.8 Recommandations

Il ressort de l'analyse qui précède que, pour atteindre plus de comparabilité et de transparence, et en vue d'être aligné au plus près aux exercices comptables concernés, des adaptations concernant le mode de financement de la prime annuelle dans le cadre du programme qualité s'imposent et sont dès lors à aligner et à incorporer aux mécanismes prévus par le CSS. Ainsi le financement de l'ensemble des dépenses opposables liées au développement de la qualité sera à considérer dans le dispositif des frais fixes qui est défini dans la convention CNS-FHL. Les montants seront à arrêter dans le cadre des négociations entre la CNS et les établissements hospitaliers.

En procédant ainsi, les montants respectifs seront payés régulièrement sous forme de prestations opposables, dans le respect de l'utile et du nécessaire et tout en assurant un financement en ligne avec les dépenses engagées par les établissements. Ainsi, et considérant ce qui précède, la prime annuelle sous sa forme actuelle ne sera plus retenue pour l'établissement de l'EBG à partir de 2023. Cette approche ne vise pas à diminuer l'importance accordée à la qualité ni de réduire le montant à y affecter, mais uniquement d'en assurer le financement selon les termes des articles 74 et suivants du CSS.

De même, pour atteindre plus de transparence dans les comptes des établissements hospitaliers, l'harmonisation des règles de comptabilisation quant aux montants encore à payer par la CNS respectivement à recevoir de la CNS s'impose. Pour atteindre ce but une clôture des décomptes annuels dans les délais prévus par l'article 79, paragraphe 3 du CSS est requise.

Aussi, sur base des constats formulés au sujet du total des réserves des établissements, il y a lieu d'identifier parmi ces montants la part qui a été alimentée à partir des prestations opposables à la CNS. Dans le cadre de la négociation des budgets individuels et décomptes subséquents, la CNS doit s'assurer que la prime annuelle a bien été affectée, le cas échéant également pour le passé, à des prestations opposables rentrant dans le champ d'application du livre I du CSS.

En ce qui concerne le total des réserves des établissements hospitaliers, une constitution partielle de réserves à partir des avances sur financement de prestations opposables est à associer aux éventuels apports sur base du paiement de primes annuelles ou aux décomptes sur exercices antérieurs. Une fois ces deux composantes clairement identifiées, ces ressources de financement devront être considérées et intégrées impérativement aux négociations futures des budgets externes.

1.5 AVIS COMPLÉMENTAIRE SUR L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE POUR LES ANNÉES 2021 ET 2022

En exécution de l'article 39 de la loi du 17 décembre 2021 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2022, l'IGSS établit un avis complémentaire sur l'EBG fixée pour les années 2021 et 2022.

Lors de l'établissement de l'EBG 2021, l'hypothèse retenue pour l'évolution de l'échelle mobile des salaires (EMS) était de 0,0% pour 2021. Or, L'évolution réelle observée de l'EMS s'élève à 0,6% pour 2021,

ce qui correspond à des frais de personnel supplémentaires d'environ 4,5 millions EUR. De plus, les effets de la CCT-FHL (impact financier de 3,53% sur l'enveloppe CCT-FHL à partir de 2021 retenue par la commission paritaire FHL) génèrent des dépenses supplémentaires de l'ordre de 26 millions EUR non prévues lors de l'établissement de l'EBG 2021.

D'un autre côté, l'EBG accordée 2021 inclut certains services qui étaient planifiés, mais dont la réelle ouverture a eu lieu plus tard que prévue.

Au vu de ces éléments et selon les projections actuelles, le solde prévisible restant de l'EBG 2021 est positif et le financement des prestations opposables 2021 assuré.

Lors de l'établissement de l'EBG 2022 en 2020, l'hypothèse retenue pour l'évolution de l'EMS était de 1,9% pour 2022. Or, l'évolution réelle observée s'élève à 3,8% pour 2022, de sorte à engendrer des frais de personnel supplémentaires de 20,0 millions EUR auxquels s'ajoutent encore environ 28 millions EUR liés à l'augmentation de 3,53% de l'enveloppe CCT-FHL.

Par rapport aux hypothèses retenues lors de l'établissement de l'EBG, les nouvelles estimations de 2022 incluent également une croissance des frais d'énergie du simple au double. Cette hausse liée à au contexte géopolitique hostile représente une augmentation des coûts d'énergie de l'ordre de 16 millions EUR par rapport aux estimations initiales.

Ainsi les dépenses générées par l'augmentation des frais de personnel et de l'énergie dépassent la réserve pour imprévus de 2% des FF et FV retenue lors de l'établissement de l'EBG 2022 et qui s'élève à environ 23 millions EUR.

De plus, les dépenses de 2022 relatives à la pandémie COVID-19 et liées aux ETP et aux frais variables dépassent le niveau prévue dans l'EBG accordée.

La plupart des services planifiés sont entretemps fonctionnels, voire devraient l'être sous peu, de sorte que les dépenses y relatives prévues lors de l'établissement de l'EBG 2022 devraient se matérialiser.

Les dépenses prévisibles 2022 comprennent actuellement uniquement une estimation de 5,4 millions EUR au niveau des gardes et astreintes en attente d'une généralisation de la prise en charge des frais fixes opposables découlant des gardes et astreintes des médecins dans les centres hospitaliers et établissements spécialisés.

En effet, la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière prévoit l'obligation d'assurer des gardes et astreintes par certains établissements hospitaliers. Dès lors leur intégration est à prévoir dans les frais fixes et à considérer dans l'EBG. A ce sujet une note relative aux gardes et astreintes des médecins dans les centres hospitaliers et les établissements spécialisés a été introduite au Conseil de Gouvernement du 7 janvier 2022. En s'inspirant de la convention portant organisation du service de remplacement de nuit, des fins de semaine et des jours fériés des médecins-généralistes et de la convention projet pilote portant organisation du service continuité des soins de médecine générale dans les structures d'hébergement et de soins pour le remplacement de soirée, de nuit, de fin de semaine et des jours fériés, un coût global annuel de l'ordre de 38 millions EUR est à retenir.

Faute de modalités pratiques conventionnelles afférentes à la généralisation de la prise en charge des frais fixes opposables découlant des gardes et astreintes des médecins à ce stade, l'IGSS estime que le montant retenu pour l'EBG 2022 couvrant les coûts éligibles relatifs aux seules obligations de présence sur site est adéquat.

En 2021 a été portée modification à la convention CNS-FHL en formalisant entre autres la facturation de prestations prises en charge individuellement, actuellement comprises dans les estimations des dépenses de l'EBG 2022. En application de l'article 76, alinéa 1er, tiret 5 du CSS, l'IGSS estime que toute prestation facturée individuellement ou sous forme de forfaits est à rémunérer en dehors des budgets, et par

conséquent en dehors de l'EBG. L'IGSS en a informé la CNS dans son courrier du 15 juillet 2022 au sujet de son avis sur le décompte annuel pour l'exercice 2021 de l'assurance maladie-maternité. L'IGSS souligne que les prestations opposables de par leur nature, telles que visées par l'article 21 de la convention entre la CNS et la FHL sont par définition des frais rémunérés individuellement hors budget et ne sont pas à traiter dans le contexte des frais variables.

Ainsi, les dépenses pour les médicaments tombant dans le champ de l'article 21 et facturés individuellement pour un montant de 9,0 millions EUR sont à financer en dehors de l'EBG ce qui permet d'utiliser ce montant pour le financement d'autres prestations opposables à financer par le mécanisme de l'EBG.

Finalement, et par principe de prudence, pour 2022, l'IGSS recommande que les avances liées à la prime annuelle dans le cadre du programme qualité payées pour le financement de prestations opposables soient allouées dans les limites du solde EBG disponible.

Au vu des éléments qui précèdent et selon les projections actuelles des dépenses, l'EBG 2022 accordée permettra le financement des prestations opposables pour l'année 2022, bien que le solde restant de l'EBG 2022 ne permettra pas le paiement de la totalité de la prime annuelle liée au programme qualité 2022, sachant que le montant prévisible du solde restant s'élève à 6,7 millions EUR.

Sur base de l'analyse qui précède, l'IGSS est d'avis que les EBG 2021 et EBG 2022 fixées par le Conseil de Gouvernement sont suffisantes selon les estimations actuelles pour couvrir les dépenses opposables des établissements hospitaliers. Il s'ensuit que l'IGSS est d'avis qu'une adaptation n'est pas requise à ce stade.

Or, concernant en particulier l'EBG 2022, et au vu des incertitudes concernant les répercussions sur l'économie du contexte géopolitique hostile et de la pandémie COVID-19, l'IGSS se réserve le droit de revoir son avis dans le cadre de l'article 39 cité plus haut, s'il s'avérait, sur base d'estimations futures, que l'EBG 2022 ne serait plus suffisante pour couvrir les dépenses opposables des établissements hospitaliers.

2 PROJECTIONS DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE DES DÉPENSES DU SECTEUR HOSPITALIER

Les projections de l'EBG se basent sur les dernières estimations disponibles des frais fixes et frais variables des établissements hospitaliers pour l'année de base 2022. Sur base d'une activité estimée des établissements pour les années 2023 et 2024, il sera procédé à une projection des frais fixes et frais variables pour les années respectives.

2.1 ESTIMATIONS DES FRAIS FIXES ET FRAIS VARIABLES DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS POUR L'ANNÉE DE BASE

Les tableaux 12 et 13 reprennent d'un côté le nombre de lits hospitaliers aigus et de moyen séjour, de lits d'hospitalisation de jour, y inclus les postes de dialyse, et de lits portes, ainsi que de l'autre côté le personnel hospitalier budgétisés pour 2022.

Tableau 12 – Nombre de lits budgétisés en 2022

Établissement hospitalier	Lits aigus et lits de moyens séjour	Lits aigus Soins normaux et intensifs		Lits de moyen séjour soins normaux				Lits de longue durée	Lits d'hospitalisation de jour (chir. et non chir.)		Postes dialyse	Lits portes
		Soins normaux aigus	Soins intensifs	Rééducation gériatrique	Rééducation phvs.oncologique	Rééducation psychiatrique	Soins palliatifs		Lits d'hospitalisation de jour (chir. et non chir.)	Lits d'hospitalisation de jour psychiatrie		
CHL	579	514	55	0	0	0	10	0	72	16	26	8
CHEM	549	491	31	19	0	0	8	0	47	21	16	6
CHNP	180	0	0	0	0	180	0	67	0	30	0	0
HIS	40	0	0	40	0	0	0	0	0	0	0	0
CFB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INCCI	19	9	10	0	0	0	0	0	13	0	0	0
RHZ	73	73	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHdN	357	276	16	30	0	29	6	0	38	40	18	4
O90	15	0	0	0	0	0	15	0	0	0	0	0
HRS	710	564	33	30	0	75	8	20	118	47	29	8
CRCC	60	0	0	0	60	0	0	0	20	0	0	0
LNS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2 582	1 927	145	119	60	284	47	87	308	154	89	26

Source : CNS.

Le nombre de lits est fixé en fonction des autorisations d'exploitation délivrées aux différents établissements hospitaliers. Au total en 2022, 2 582 lits aigus et lits de moyens séjour ainsi que 87 lits de longue durée ont été budgétisés.

Tableau 13 – Personnel budgétisé en 2022 (en équivalents temps plein - ETP)

Établissement hospitalier	Total
CHL	1 635,5
CHEM	1 617,8
CHNP	420,4
HIS	83,1
CFB	56,1
INCCI	106,9
RHZ	250,8
CHdN	904,4
O90	24,1
HRS	1 892,3
CRCC	85,3
LNS	176,9
TOTAL	7 253,5

Source : CNS

Le personnel est adapté en fonction des autorisations d'exploitation et des normes de personnel retenues. 7 253,5 ETP (dont 1 146,2 ETP administratifs) sont budgétisés pour l'année 2022, ce qui représente une augmentation de 314,4 ETP par rapport à 2020 (4,5%).

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

L'EBG 2022 accordée par le Conseil de Gouvernement s'élève à 1 287,9 millions EUR et permettra de couvrir toutes les prestations opposables en 2022. L'estimation pour 2022 des différentes catégories de frais servira comme point de départ pour la projection des années 2023 et 2024.

A soulever qu'en application de l'article 76, alinéa 1^{er}, tiret 5 du CSS les prestations visées à l'article 21 de la convention ne sont pas retenues dans le contexte de l'élaboration de l'EBG.

Par ailleurs, les prestations opposables en relation avec les pathologies énumérées à l'article 28, paragraphe 2 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière relative aux réseaux de compétences, sont à considérer en application de l'article 76, alinéa 1^{er}, tiret 5 du CSS et ne sont dès lors pas retenues dans le contexte de l'élaboration de l'EBG.

En application de la recommandation de l'IGSS concernant les réserves des établissements hospitaliers, la prime annuelle sous sa forme actuelle ne sera plus retenue pour l'établissement de l'EBG à partir de 2023 et les dépenses liées aux prestations opposables y relatives seront considérées dans le frais fixes.

La loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière prévoit l'obligation d'assurer des gardes et astreintes par certains établissements hospitaliers. Dès lors l'élaboration de l'EBG intégrera la généralisation de l'indemnisation des gardes et astreintes.

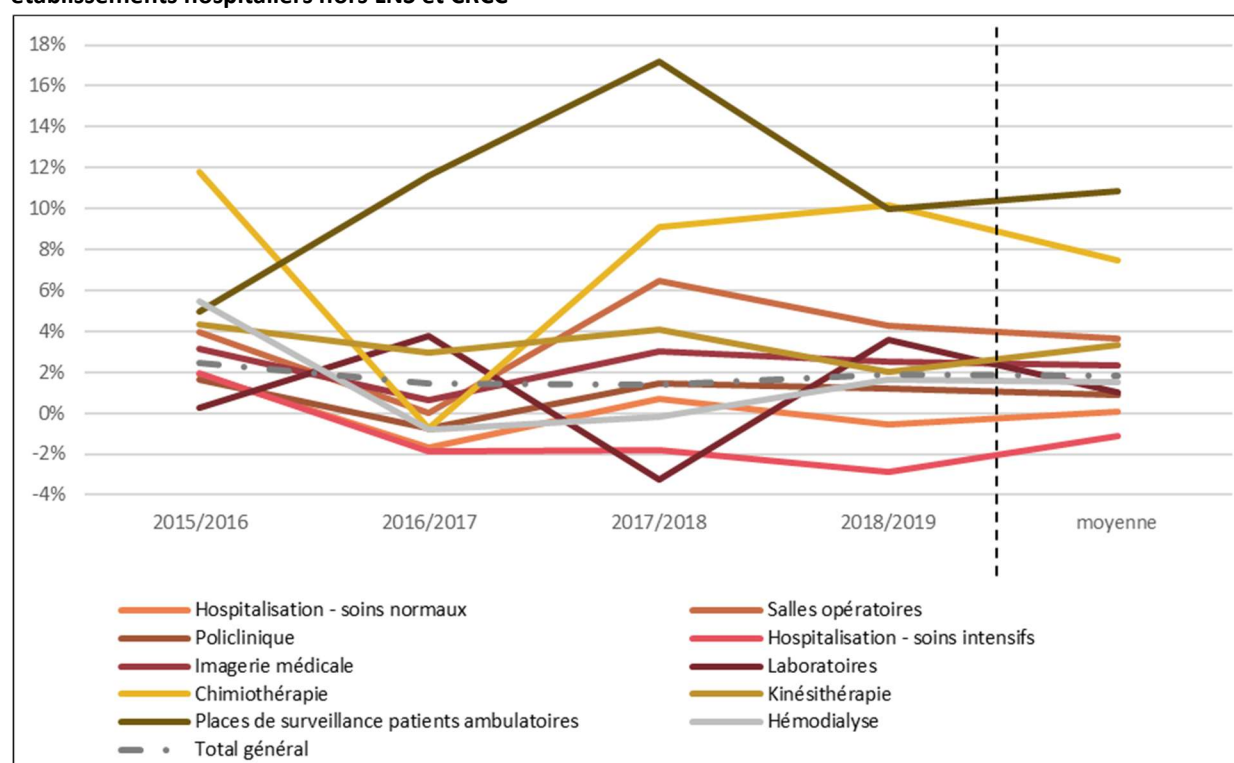
2.2 PROJECTION DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE

Les projections de l'activité des établissements hospitaliers du secteur hospitalier pour les années 2023 et 2024 se basent à la fois sur l'évolution moyenne du nombre et du coût moyen des unités d'œuvre (UO) dans les différentes entités fonctionnelles (EF) et sur l'évolution du nombre et du coût moyen des différents types de prise en charge sur la période 2015-2019. L'activité hospitalière en 2020 et 2021 étant fortement impactée par la pandémie COVID-19, l'année 2019 représente la dernière année à considérer.

L'annexe 1 comprend une analyse de l'activité hospitalière ainsi qu'une description détaillée des différents types de prises en charge utilisés dans le cadre de la projection.

2.2.1 Projection de l'activité hospitalière basée sur l'évolution des unités d'œuvre dans les différentes entités fonctionnelles des établissements hospitaliers

Graphique 2 – Taux de croissance annuel et taux de croissance moyen entre 2015 et 2019 des unités d'œuvre des 10 types d'entités fonctionnelles les plus coûteuses parmi les dépenses pour frais fixes et frais variables des établissements hospitaliers hors LNS et CRCC



Le graphique 2 affiche l'évolution entre 2015 et 2019 des 10 types d'UO les plus coûteuses et du total de l'ensemble des EF ainsi que le taux de croissance moyen entre 2015 et 2019 (hors EF du LNS et CRCC). Les dépenses pour les frais fixes et les frais variables des établissements hospitaliers hors LNS et CRCC pour ces dix EF représentent plus de 80% des dépenses de l'ensemble des EF facturées par les établissements hospitaliers (hors LNS et CRCC) à la CNS. Il n'y a pas de grande fluctuation annuelle en ce qui concerne l'ensemble des EF (entre 1,4% et 2,5%). Au niveau des différentes EF, des fluctuations plus importantes sont observées et s'expliquent notamment par la mise en place de nouveaux services, la fermeture temporaire de services (pour rénovation, restructuration, acquisition de nouveaux appareils ou extension de capacités), mais également dans la méthode de prise en charge (par exemple la chimiothérapie).

Les taux de croissance utilisés pour la projection basée sur l'historique des UO sont les taux de croissance moyens entre 2015 et 2019 par UO, avec fixation⁴ 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 6,0% 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

⁴ Le taux minimum et maximum ne s'applique pas pour l'EF « Hospitalisation – soins normaux » comme très peu de variation est observée au passé, ce qui montre que la capacité optimale semble être atteinte.

fixe⁵) par UO de 2019 est appliqué à la projection du nombre des UO des EF pour les années 2020-2024, afin d'estimer l'augmentation des coûts (indice 100).

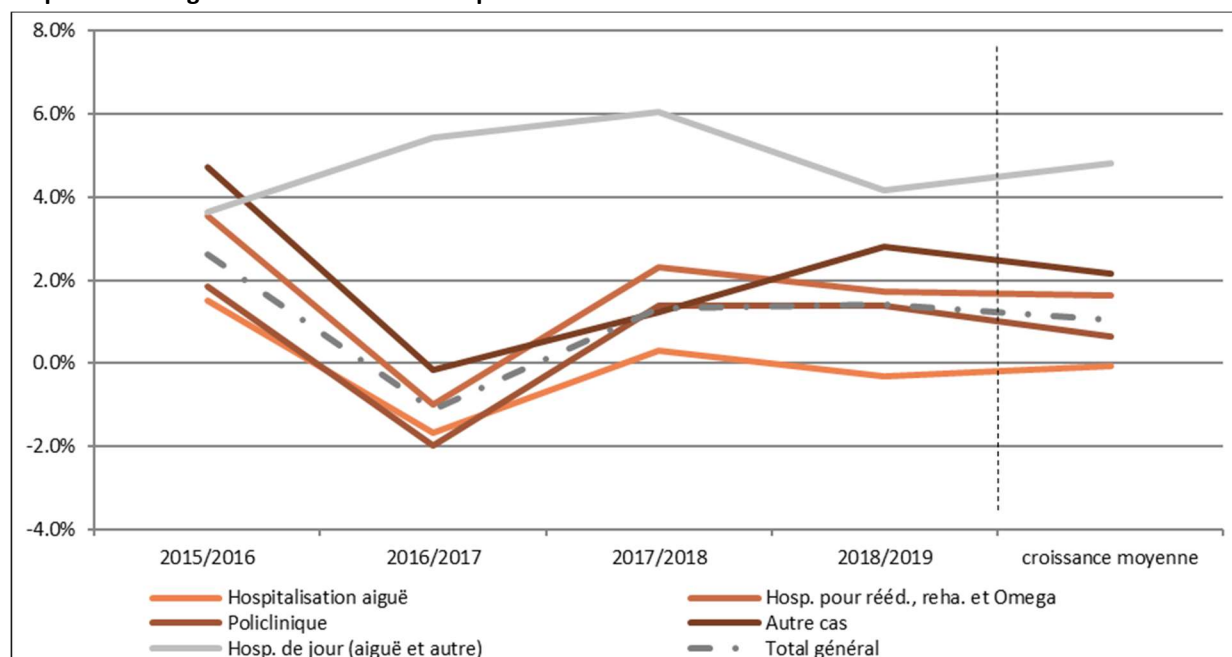
En vue de promouvoir le virage ambulatoire, et ceci notamment dans le contexte du diagnostic par imagerie médicale, et tout en promouvant le recours au mode de financement aux termes de l'article 76, alinéa 1er, tiret 5 du CSS, l'hypothèse de croissance des UO relatives au diagnostic par imagerie médicale est fixée à 0%, bien que la croissance moyenne observée entre 2015 et 2019 s'élève à 2,3% pour l'imagerie par résonance magnétique et à 5,0% pour les autres types d'imagerie.

Les frais variables de l'entité fonctionnelle chimiothérapie ont connu une hausse non négligeable depuis 2017 liée à une augmentation des coûts des médicaments et à un changement dans la prise en charge des patients (immunothérapie de longue durée impliquant une augmentation du nombre de patients et par conséquent du nombre d'UO). Selon les informations fournies par la FHL, cette évolution se poursuivra en 2023 et en 2024. Ainsi, la projection est adaptée pour en tenir compte en prévoyant une augmentation des UO de la chimiothérapie de 10% pour la période 2020 à 2022 et de 7,5% pour la période 2023 à 2024, tous les autres paramètres restent inchangés.

La croissance réelle qui résulte de la projection de l'activité basée sur l'évolution des unités d'œuvre des différentes entités fonctionnelles est de 1,2% en 2023 et de 1,3% en 2024 pour les frais fixes et de 3,5% en 2023 et de 3,5% en 2024 pour les frais variables.

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

Graphique 3 – Taux de croissance annuel et taux de croissance moyen entre 2015 et 2019 des différents types de prise en charge des établissements hospitaliers hors LNS et CRCC⁶



Le graphique 3 montre l'évolution entre 2015 et 2019 de l'ensemble des prises en charge hospitalières en général, des différents types de prise en charge hospitalière (sans prise en compte des activités du LNS et CRCC), ainsi que le taux de croissance moyen entre 2015 et 2019 pour chaque type de prise en charge. L'année 2016 est marquée par une croissance de l'activité hospitalière autour de 2,6%. L'année 2017 par contre, se caractérise par une faible baisse qui est à nouveau contrebalancée par une faible croissance en 2018. L'année 2019 connaît également une croissance de 1,4%. Les fluctuations observées

⁵ 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.

⁶ Evolution des nuitées en cas d'hospitalisation complète.

peuvent s'expliquer par les fermetures temporaires de services pour rénovations ou restructurations et par la mise en place de capacités supplémentaires. Les hospitalisations de jour sont de leur côté, marquées par une croissance moyenne de 4,8% observée entre 2015 et 2019. Très peu de fluctuations sont par contre constatées au niveau des hospitalisations aiguës avec nuitées.

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 2015 et 2019 par type de traitement hospitalier, avec fixation d'un taux minimum (à savoir 0,5%) et d'un taux maximum (à savoir 6,0%). Cette manière de procéder tient compte de l'évolution démographique et des progrès thérapeutiques⁷. Le fait d'exiger au moins une croissance de 0,5% et d'au plus 6,0% 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 variable⁸ et partie fixe) par type de prise en charge observé en 2019 est appliqué à la projection du nombre des hospitalisations pour les années 2020-2024, afin d'estimer l'augmentation des coûts (indice 100).

La consommation de frais fixes et de frais variables diffère par type de prise en charge, étant donné que les ressources nécessaires pour l'exécution des tâches varient. Cette différence explique pourquoi la projection prévoit des estimations séparées pour frais fixes et pour frais variables. La plupart des frais liés à une chimiothérapie est prise en charge dans le cadre d'une 'policlinique sans hospitalisation', respectivement selon le type de prise en charge 'autre cas' et impacte fortement les frais variables moyens pour une telle prise en charge. Pour cette raison, la projection basée sur les différents types d'hospitalisation fait abstraction des frais variables liés à l'EF chimiothérapie⁹. Ces frais sont ajoutés par la suite en reprenant les résultats concernant l'EF chimiothérapie de la projection basée sur les différentes EF avec les hypothèses y retenues concernant l'évolution de l'EF chimiothérapie. Aussi l'activité relative à l'imagerie médicale est fixée à 0%.

Sur base de ce qui précède, la croissance réelle qui résulte de la projection de l'activité basée sur l'évolution des différents types de prise en charge est de 1,0% en 2023 et 2024 pour les frais fixes et de 3,1% en 2023 et de 3,2% en 2024 pour les frais variables¹⁰.

2.2.3 Croissance moyenne retenue

La croissance moyenne des deux projections précédentes est retenue pour estimer les besoins financiers des établissements hospitaliers. Cette croissance moyenne s'élève à 1,1% en 2023 et en 2024 pour les frais fixes et à 3,3% en 2023 et à 3,4% en 2024 pour les frais variables.

2.3 PROJECTION DES FRAIS FIXES ET FRAIS VARIABLES SUR BASE DE L'ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE

L'estimation de base 2022 (hors LNS et CRCC) sert comme point de départ pour projeter les enveloppes budgétaires globales de 2023 et 2024. Les années 2020 et 2021 ne sont cependant pas considérées pour la projection des dépenses pour 2023 et 2024, comme l'activité de ces années fût fortement perturbée par la pandémie COVID-19. Ces prévisions sont complétées par une estimation des budgets LNS et CRCC pour 2023 et 2024¹¹ sur base de l'évolution moyenne observée des frais fixes et des frais variables respectifs entre 2019 et 2022.

⁷ Car supposées identiques à l'évolution passée.

⁸ Sans les frais liés à l'EF chimiothérapie.

⁹ L'EF chimiothérapie ne dispose pas de frais fixes.

¹⁰ 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.

¹¹ Le LNS et le CRCC ne font partie de l'EBG que depuis de 1^{er} avril 2018. Vu les perturbations des activités hospitalières, avec même un arrêt temporaire de l'activité usuelle au CRCC afin d'y assurer un suivi des patients COVID-19, l'historique des évolutions annuelles de l'activité ne peut pas être utilisé pour une projection cohérente. Il est donc plus propre de se baser uniquement sur une estimation dont les données historiques cohérentes sont disponibles, et de compléter par une estimation séparée pour le CRCC et LNS.

Le tableau 14 illustre qu'en complément de l'augmentation de l'activité, plusieurs facteurs contribuent à la progression des différents éléments qui composent les frais fixes et les frais variables.

Tableau 14 – Facteurs pris en compte dans la projection des frais fixes et variables de l'enveloppe budgétaire globale

	Augmentation de l'activité	EMS	Glissement des carrières	Autres facteurs
Frais fixes opposables				
Consommation fixe	x	x		
Autres charges externes/d'exploitation	x	x		
Personnel	x	x	x	
Amortissement				x
Frais financiers				x
Subvention				x
Développement de la qualité				x
Gardes et astreintes				x
Frais variables	x			

En date du 31 mars 2022, un accord a été conclu pour décaler la tranche indiciaire estimée – sur base des prévisions d'inflation actualisées du STATEC – être déclenchée en août 2022 à avril 2023 et de compenser de manière ciblée la perte de pouvoir d'achat qui en découlerait pour les ménages à revenus faibles et modestes (Ministère des Finances, 2022). Le tableau 15 reprend les hypothèses concernant l'évolution de l'EMS qui ont été établies par le STATEC en mai 2022 ¹².

Tableau 15 – Prévisions du STATEC de l'EMS

	2022	2023	2024
EMS (côtes d'application) - Var. an. moy.	+3,8%	+2,5%	+2,5%
Moyenne annuelle	871,66	893,45	915,78

Les croissances de l'EMS et des frais fixes sont appliquées aux autres charges externes et aux autres charges d'exploitations. Seulement une partie de ces frais (p.ex. certains contrats de maintenance) est liée à l'EMS. L'autre partie des frais est plus stable (eau, frais de communication, ...). L'application de la croissance de l'EMS à la partie précitée génère ainsi une marge budgétaire permettant de couvrir d'éventuels nouveaux frais engagés (p.ex. nouveaux contrats de maintenance, ...) par les établissements hospitaliers. Vu les incertitudes concernant l'évolution des frais d'énergie, le montant y relatif de 2022 est doublé pour les années 2023 et 2024.

Pour les besoins de ce rapport, les hypothèses de la circulaire du Ministère des Finances concernant le glissement des carrières (Ministère des Finances, 2022) sont retenues, à savoir 1,49% pour 2023 et 2024.

A côté de l'augmentation de l'activité, de l'EMS des salaires et du glissement des carrières, d'autres facteurs sont pris en compte pour projeter l'évolution des frais fixes.

En complément des frais fixes relatifs au développement de la qualité et à la généralisation de l'indemnisation des gardes les points qui suivent sont à soulever.

- Les frais financiers, l'amortissement, la subvention d'exploitation et d'investissement ne sont pas liés à l'activité. L'amortissement est déjà connu, en grande partie, à l'avance par la CNS. Avec la hausse des taux d'intérêts annoncés par les banques, les frais financiers des établissements hospitaliers sont adaptés par la CNS pour en tenir compte. Les budgets demandés par les établissements hospitaliers pour les trois autres points précités seront pris en compte pour les prévisions du budget global pour 2023 et 2024.

¹² Utilisation des prévisions du STATEC de mai 2022. Les prévisions émises en août par le STATEC ne couvrent pas l'année 2024.

- Les imprévus et projets planifiés, mais non chiffrés sont estimés à 2,0% du total des FF et FV.
- Les pensions complémentaires comprises dans les frais de personnel sont adaptées sur base de l'EMS.

De nouveaux services et mises en exploitation de nouvelles infrastructures sont demandés pour 2023 et 2024, à savoir :

- Nouvelle salle d'électrophysiologie à l'INCCI ;
- Mise en place d'un robot chirurgical au CHdN ;
- Ouverture d'un hôpital de jour de psychiatrie juvénile et d'un hôpital de jour psychiatrique pour personnes souffrant de dépendances aux opiacés en 2023 par la CHNP ;
- Nouvelle unité de 8 lits dans les services nationaux pédiatriques (CHL) ;
- Adaptation infrastructurelle du Bâtiment Centre - services des urgences et radiologie du CHL.

Ces projets sont inclus dans les demandes de budgets des établissements et se chiffrent à des besoins supplémentaires de 1,9 millions EUR pour 2023 et de 2,4 millions EUR pour 2024.

- Le projet concernant l'ouverture de deux salles OP supplémentaires sur le site de Niederkorn du CHEM n'est pas intégré, comme il n'est pas encore autorisé.
- Les crèches hospitalières seront financées jusqu'en 2023 par l'EBG. Pour 2022, les frais y relatifs s'élèvent à environ 4 millions EUR. À partir de 2024, le financement sera à assurer par le Ministère de l'Education nationale, de l'enfance et de la Jeunesse et par conséquent la dépense sera enlevée de l'EBG 2024.
- Les dotations supplémentaires pour COVID-19 ont été prolongés jusque fin 2022 pour gérer l'augmentation des patients mais également pour permettre de gérer l'absentéisme du personnel en lien avec des isolements. En début de l'année 2022, il y a eu également des dotations supplémentaires pour les soins intensifs et le gardiennage afin de contrôler les règles 3G. Dans la suite le contrôle des règles 3G a été remplacé par un contrôle des masques (contrôle beaucoup moins intensif et dont l'obligation légale prend fin en octobre 2022). Vu l'évolution de la situation dans les établissements hospitaliers, la dotation supplémentaire pour les soins intensifs n'a plus été renouvelée pour les 7 derniers mois de 2022. La gestion du COVID-19 devra cependant continuer au-delà de l'année 2022, et les hypothèses retenues pour 2023 et 2024 prévoient des dotations complémentaires COVID-19 qui correspondent à la phase 2, donc identique à ce qui est prévu pour les 7 derniers mois de 2022, mais sans gardiennage.
- Les estimations des FF des établissements comprennent les cotisations FHL (autres charges externes/d'exploitations). Néanmoins une hausse considérable de 6,8 millions EUR pour la FHL, la COM achat, la COM informatique et la COM physique médicale est planifiée pour 2023.

Le tableau 16 ci-après affiche une estimation des coûts hospitaliers pour les années 2023 et 2024 basée sur les hypothèses précitées. En faisant abstraction des nouveaux services et mises en exploitations, des besoins supplémentaires en ETP liés au COVID-19, de la débudgétisation des crèches hospitalières en 2024, du budget supplémentaire demandé par la FHL, des gardes et astreintes et des imprévus, la croissance des coûts hospitaliers est estimée à 8,5% en 2023 et à 4,2% en 2024.

Pour information, à activité constante les établissements hospitaliers (sans LNS et CRCC) verront leurs dépenses pour FF et FV augmenter de 5,9% en 2023 et de 2,8% en 2024 (croissance liée à l'EMS, au glissement des carrières et à d'autres facteurs).

L'augmentation de l'activité hospitalière projetée de 1,1% permet d'augmenter le personnel soignant de 57,2 ETP en 2023 et de 63,5 ETP en 2024 (total : 120,6 ETP)¹³.

En prenant en compte l'ensemble des facteurs, l'augmentation de l'EBG est estimée à 13,5% en 2023 par rapport à l'EBG 2022 et à 3,8% en 2024 par rapport à l'estimation 2023.

¹³ Estimation sur base du coût moyen pour les nouveaux ETP demandés par les établissements hospitaliers.

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

Plusieurs éléments permettent d'expliquer la croissance considérable de l'EBG en 2023 de 13,5%, dont notamment :

- Effet de base lié à l'application partielle du taux de référence qui découlent des recommandations du Semestre européen pour la fixation des EBG 2021 et EBG 2022: si les critères respectifs n'avaient pas été appliqués et que la projection de base de l'IGSS avait été appliquée sans réduction, alors l'évolution des dépenses de 2023 par rapport à 2022 auraient été de 10,9% au lieu des 13,5%.
- Ajout de 2,0% de réserve pour imprévus : la réserve pour imprévus de 2022 a entièrement été consommée de sorte que le niveau de dépenses prévisibles 2022 est plus élevé et que la nouvelle réserve s'ajoute à ce niveau plus élevé de dépenses.
- Croissance de 2,6% liée à la consommation fixe due à la hausse des prix énergétiques.
- Croissance de 2,5% liée au système d'indemnisation des gardes et astreintes des médecins dans les centres hospitaliers et les établissements spécialisés.

La croissance restante s'explique principalement par l'évolution de l'EMS, le glissement des carrières et l'évolution de l'activité.

Tableau 16 – Projection des coûts hospitaliers pour 2023 et 2024 (en millions EUR)

	EBG 2022	% EBG 2022	↗ de l'activité	EMS	Glissement des carrières	Autres facteurs	2023	Croissance	↗ de l'activité	EMS	Glissement des carrières	Autres facteurs	2024	Croissance
Frais fixes opposables (FF) *	1 002,04	77,8%					1 133,58	13,1%					1 174,52	3,6%
<i>Consommation fixe</i>	33,50	2,6%				Hyp. IGSS	67,00	100,0%				Hyp. IGSS	67,00	0,0%
<i>Autres charges externes/ d'exploitation</i>	122,24	9,5%	1,1%	2,5%			126,67	3,6%	1,1%	2,5%			131,30	3,7%
<i>Δ Crèche ¹⁾</i>													-4,20	
<i>Δ FHL + COM</i>						Source CNS	6,82					Source CNS	6,39	-6,4%
<i>Personnel ²⁾</i>	796,81	61,9%	1,1% x 71,9% = 0,8%	2,5%	1,5%		835,14	4,8%	1,1% x 71,9% = 0,8%	2,5%	1,5%		875,48	4,8%
<i>Personnel supplémentaire COVID-19 ³⁾</i>	10,22	0,8%		2,5%	1,5%	Hyp. IGSS	6,31	-38,3%		2,5%	1,5%	Hyp. IGSS	6,56	4,0%
<i>Amortissement</i>	55,89	4,3%				b.d. ⁵⁾	60,25	7,8%				b.d. ⁵⁾	58,98	-2,1%
<i>Frais financiers</i>	0,44	0,0%				Source CNS	1,05	138,4%				Source CNS	0,95	-9,5%
<i>Subvention exploitation + amort. subv. d'investissement</i>	-28,93	-2,2%				b.d. ⁵⁾	-30,62	5,8%				b.d. ⁵⁾	-29,81	-2,6%
<i>Développement de la qualité ⁶⁾</i>	6,46	0,5%				Hyp. IGSS	22,97	255,6%				Hyp. IGSS	23,88	4,0%
<i>Gardes et astreintes ⁷⁾</i>	5,40	0,4%				Hyp. IGSS	38,00	603,3%				Hyp. IGSS	38,00	0,0%
Frais variables (FV) *	239,76	18,6%	3,3%				247,67	3,3%	3,4%				256,05	3,4%
LNS et CRCC (FF + FV) ⁴⁾	46,11	0,0%					50,49	9,5%					54,68	8,3%
Nouveaux services et mises en exploitations (FF et FV)						Source CNS	1,94					Source CNS	2,36	21,7%
Total FF + FV	1 287,90	100,0%					1 433,68	11,3%					1 487,61	3,8%
<i>Imprévus</i>	0,00	0,0%				2% (FF+FV)	28,67					2% (FF+FV)	29,75	3,8%
Total	1 287,90	100%					1 462,35	13,5%					1 517,36	3,8%

*) sans LNS, CRCC, nouveaux services et mises en exploitations

1) Les crèches sont financées jusqu'en 2023 via l'EBG et les frais y relatifs sont compris dans les FF (4 millions EUR). A partir de 2024, tel n'est plus le cas.

2) La croissance estimée de 1,1% est appliquée uniquement au personnel soignant qui représente 71,9% des ETP accordés.

3) Estimation CNS pour l'année 2022. L'estimation pour l'année 2022 contient également des frais de gardiennage (règles 3G (pendant 5 mois), masque (pendant 4 mois)) et du personnel supplémentaire pour les soins intensifs (de janvier à mai). Les hypothèses retenues pour 2023 et 2024 ne contiennent pas de gardiennage et des ETP supplémentaires pour les soins intensifs.

4) Extrapolation des budgets LNS et CRCC par l'IGSS sur base de la croissance des FF et FV des budgets 2019-2022.

5) Budgets demandés par les établissements hospitaliers.

6) 1,74% des frais pour consommation fixe, autres charges externes et d'exploitation, frais de personnel, amortissements et frais financiers, subvention d'exploitation et frais variables.

7) Estimations IGSS sur base de la note introduite au Conseil de Gouvernement du 7 janvier 2022.

3 PROPOSITION POUR LA FIXATION DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE

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

La détermination de l'EBG des établissements hospitaliers pour les années 2023 et 2024 repose sur l'estimation du total des dépenses à charge de l'EBG en 2022. Le tableau 17 présente les projections de l'IGSS aboutissant à un taux de croissance nominal de l'EBG de 13,5% pour l'année 2023 par rapport à l'enveloppe fixée pour l'année 2022, et de 3,8% pour 2024 par rapport à l'EBG calculé pour 2023.

Tableau 17 – Enveloppe budgétaire globale projetée pour 2023 et 2024 en millions EUR

2022	2023	2024
	13,5%	3,8%
1 287,9	1 462,4	1 517,4

Pour tenir compte des recommandations du Semestre européen découlant du Pacte de stabilité et de croissance, le Luxembourg est appelé à enrayer la croissance des dépenses publiques (critère de dépenses) de façon à assurer une politique budgétaire prudente.

En raison du contexte économique dégradé ainsi que des diverses mesures prises par le Gouvernement, les finances publiques du Luxembourg seront impactées sur les années à venir. Ainsi, les recommandations du Semestre européen appellent à une approche prudente en matière budgétaire et proposent des critères quantitatifs pour conserver des finances publiques saines. En ligne avec le principe de prudence, l'évolution des dépenses courantes devrait s'aligner sur la croissance potentielle du PIB à moyen-terme.

Plus concrètement, les taux de référence qui découlent des recommandations du Semestre européen sont indiqués au tableau 18 et devraient être considérés lors la fixation des taux de progression de l'enveloppe budgétaire. En particulier, le critère de 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 18 – Recommandation du Semestre européen pour la croissance des dépenses publiques

	2023*	2024*
Taux de référence réel	2,5%	2,5%
Déflateur du PIB**	1,3%	1,4%
Taux de référence nominal	3,8%	4,0%

* Estimation préliminaire du Ministère des Finances.

** Source : Ministère des Finances, STATEC.

Cependant, au vu des nombreuses incertitudes pouvant s'accompagner d'impacts considérables sur les dépenses éligibles des établissements hospitaliers, telles que l'évolution de l'EMS, l'indemnisation des gardes et astreintes des médecins, l'évolution des prix énergétiques, la hausse des taux d'intérêt, les effets liés à la pandémie COVID-19, tout comme le développement de l'activité ambulatoire, l'IGSS

considère qu'un alignement de la progression de l'EBG sur le taux de référence qui découle du Semestre européen ne permettrait pas d'intégrer l'ensemble des éléments décrits précédemment et auxquels l'EBG ne pourrait se soustraire. Ainsi, l'IGSS propose de ne pas suivre pour la fixation de l'EBG 2023 et de l'EBG 2024 les recommandations du Semestre européen et dès lors de ne pas appliquer le critère de dépenses.

Sur base de ce qui précède, l'IGSS propose au Gouvernement une fixation de l'EBG 2023 à 1 462,4 millions EUR et de l'EBG 2024 à 1 517,4 millions EUR.

Par ailleurs, en exécution de ses missions fixées à l'article 424 du CSS, disposant que l'IGSS peut faire au Gouvernement toute suggestion susceptible d'améliorer la législation de sécurité sociale ou l'organisation des institutions de sécurité sociale, l'IGSS se permet de soulever plus particulièrement les implications financières de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière sur les dépenses des établissements hospitaliers. En effet, l'EBG s'en trouve considérablement impactée, et en conséquence les risques de ne plus tenir l'équilibre financier de l'assurance maladie-maternité sont majeurs. Sont à citer notamment la budgétisation de deux nouveaux établissements hospitaliers, les obligations de certains établissements hospitaliers relatives aux gardes et astreintes ou encore l'instauration des réseaux de compétences.

A ce sujet l'IGSS estime que les dispositions de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, et spécifiquement l'article 15, alinéa 1er, point 1) et l'article 8, paragraphe 1er, point 1) relatif aux projets de modernisation, sont à appliquer de manière à ce que l'État assure sa participation financière aux charges incombant aux établissements hospitaliers relatives aux investissements mobiliers et immobiliers indépendamment du fait qu'il s'agisse d'une première installation ou d'un renouvellement.

De même, en vue d'assurer la soutenabilité financière de l'assurance maladie-maternité, l'IGSS estime qu'une fixation du taux de participation de l'État aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers, telle que prévue à l'article 15, alinéa 1er de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, à 100% se justifie dans le contexte d'une planification hospitalière par l'État des infrastructures mobilières et immobilières des établissements hospitaliers.

Aussi, et toujours au sujet de la soutenabilité financière de l'assurance maladie-maternité, l'IGSS rappelle ses recommandations de son analyse des réserves des établissements hospitaliers, et spécifiquement la considération d'éventuelles constitutions de réserves sous formes d'avances sur financement de prestations opposables.

ANNEXE 1 - ANALYSE DE L'ACTIVITÉ DU SECTEUR HOSPITALIER EN 2019

Considérant que certains établissements hospitaliers n'ont pas encore, respectivement que très récemment introduit l'entièreté de leurs données de facturation pour 2021, l'analyse de l'activité hospitalière s'arrête à l'année 2020 afin de disposer de données les plus complètes possibles par année entière¹⁴ et ne concerne que les prestations prises en charge par l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise. Néanmoins, l'activité 2020 est fortement impactée¹⁵ par la pandémie COVID-19, et ne pourra pas servir comme année de départ pour les projections de l'activité. La dernière année complète est donc 2019.

L'analyse qui suit présente un résumé succinct des activités hospitalières utilisées dans le cadre de la projection. Pour plus de détails, la carte sanitaire, publiée par l'Observatoire national de la santé en juillet 2022, peut être consultée¹⁶. Il s'agit d'un rapport qui dresse un état des lieux détaillé du secteur hospitalier, avec un inventaire qui couvre les ressources structurelles et humaines et leur organisation, ainsi que le relevé des activités et des taux d'utilisation de ces structures.

Méthodologie :

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

Différents types de prises en charge par patient sont définis :

Hospitalisation aiguë complète : il s'agit des cas aigus pour lesquels l'hôpital a fait une déclaration de prise en charge comportant au moins une journée entière avec présence du patient à minuit et pour lequel le séjour est terminé. Un épisode d'hospitalisation peut comporter des hospitalisations successives dans plusieurs hôpitaux.

Hospitalisation pour rééducation, réhabilitation et accueil pour personnes en fin de vie : il s'agit des hospitalisations pour réhabilitation fonctionnelle, gériatrique ou psychiatrique, ainsi que des séjours dans un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie.

Hospitalisation de jour (aiguë et subaiguë) : il s'agit des cas pour lesquels l'hôpital a fait une déclaration de prise en charge avec entrée et sortie le même jour, sans présence à minuit, respectivement où l'hôpital a facturé une hospitalisation de jour pédiatrique, chirurgicale, non chirurgicale¹⁷ ou psychiatrique.

Passage en policlinique/urgence sans admission subséquente : il s'agit des cas où l'hôpital a facturé un passage en policlinique ou en urgence/policlinique non programmée triée¹⁸. En cas d'hospitalisation, le passage en policlinique n'est pas repris dans cette catégorie, car il est déjà classé dans une des catégories précédentes.

Autres cas : il s'agit de patients ambulatoires ayant recours à des services médicotechniques de l'hôpital sans passage en policlinique et de patients dont l'hospitalisation n'est pas encore terminée. 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 2019 : anatomie pathologique 32,0% ; imagerie médicale 24,6% ; kinésithérapie 14,4% ; laboratoire 6,2% ; ergothérapie 5,5% ; hémodialyse 4,3% ; IRM 3,8%. Dans la plupart des cas (57,2%), 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).

¹⁴ Les statistiques se basent sur la situation connue en date du 20 juin 2022 (extraction des données utilisées).

¹⁵ L'activité de 2021 est également impactée par la pandémie. L'impact est moindre qu'en 2020, et concerne plutôt l'activité des mois d'hiver et d'automne (janvier, février, octobre, novembre, décembre).

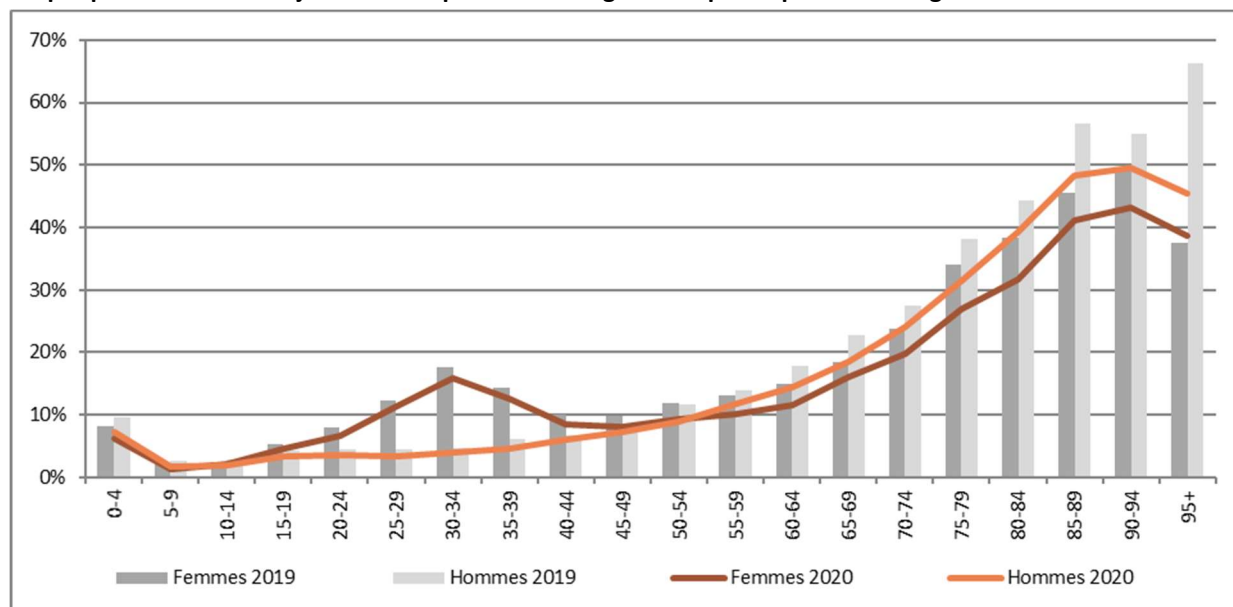
¹⁶ <https://sante.public.lu/fr/espace-obsante/carte-sanitaire.html>

¹⁷ Avant 2019, aucune distinction n'a été faite pour la facturation des entités fonctionnelles « hospitalisations de jour pédiatriques, chirurgicales et non chirurgicales » et elles étaient toutes facturées sous l'entité fonctionnelle « place de surveillance ».

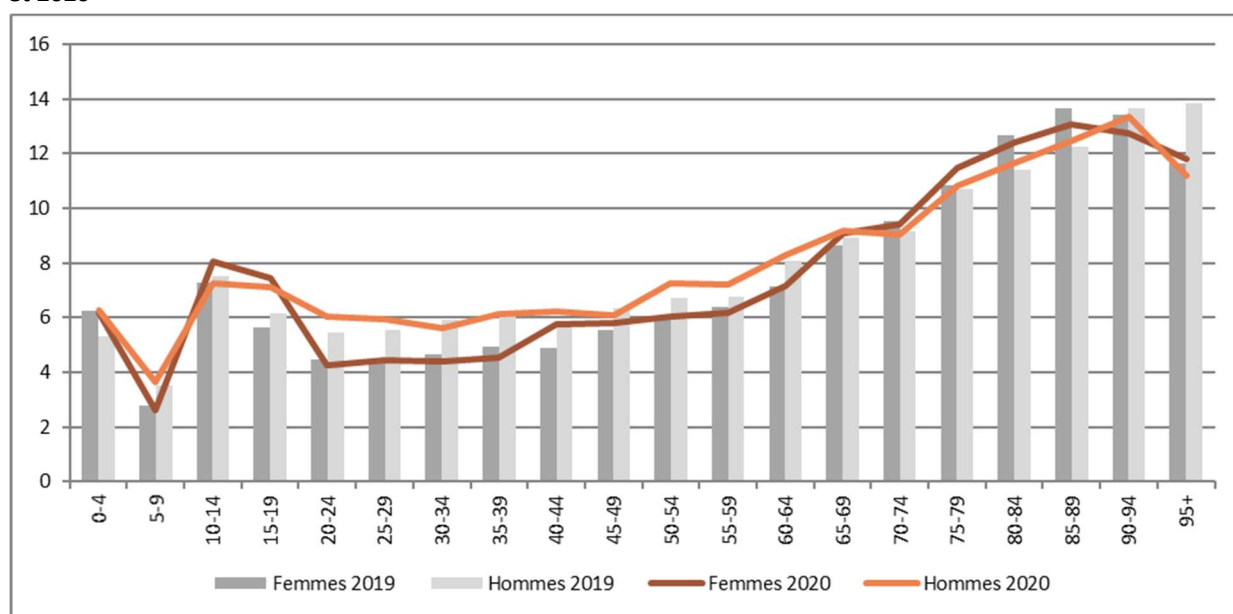
¹⁸ Depuis 2019, une distinction est faite pour la facturation entre l'entité fonctionnelle « Policlinique(s) et/ou autres unités médico-techniques » et l'entité fonctionnelle « Urgences/policlinique non programmée triée ». Avant 2019, tout était facturé sous l'entité fonctionnelle « Policlinique ».

Le graphique 4 montre le taux des séjours d'hospitalisation¹⁹ et le graphique 5 montre 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)²⁰ pour les années 2019 et 2020. Le taux des séjours d'hospitalisation plus importante des femmes entre 20 et 39 ans 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.

Graphique 4 – Taux des séjours des hospitalisations aiguës complètes par classe d'âge et sexe en 2019 et 2020



Graphique 5 – Durée moyenne de séjour des hospitalisations aiguës complètes par classe d'âge et sexe en 2019 et 2020



Le taux des séjours des hospitalisations aiguës complètes a diminué notablement en 2020 par rapport à 2019, pour les hommes ainsi que pour les femmes et pour toutes les classes d'âge. Par contre, aucun effet notable peut être constaté au niveau de la durée moyenne de séjour par classe d'âge et par sexe.

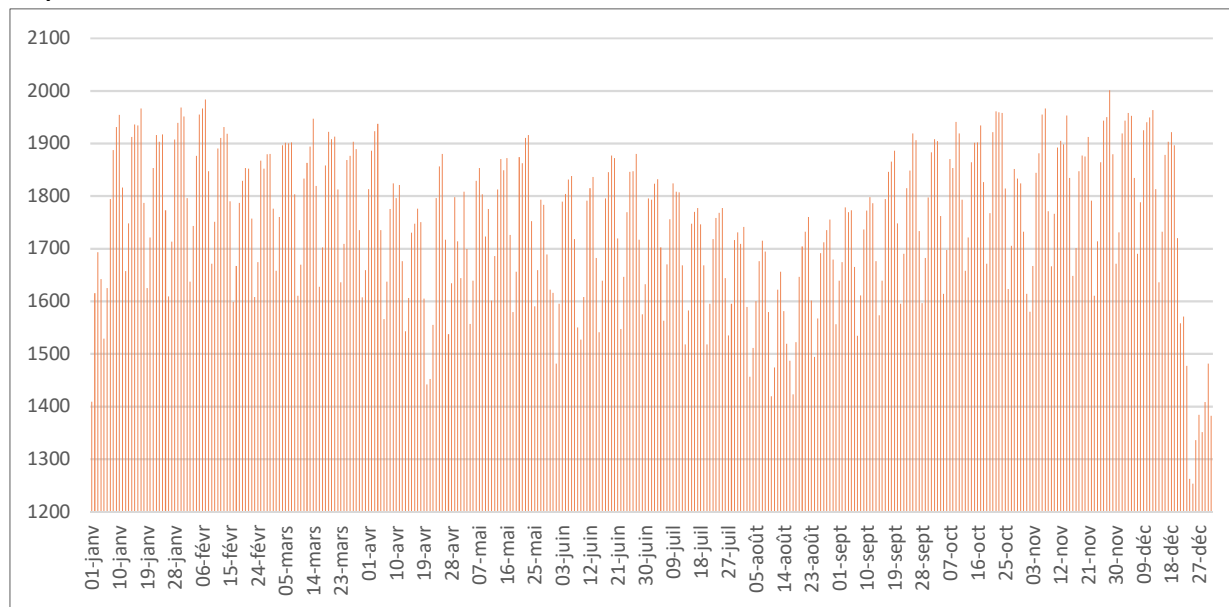
¹⁹ Nombre d'hospitalisations par effectif de la population protégée résidente en fonction de classe d'âge et sexe.

²⁰ Il s'agit du nombre moyen de nuits passées à l'hôpital. 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.

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 constater une quelconque activité médicale nécessitant un séjour hospitalier. Pour les personnes âgées de 70 ans et plus, les durées d'hospitalisation dépassent souvent largement les durées d'hospitalisation moyennes.

Un certain nombre de lits hospitaliers est bloqué par des personnes âgées en attente d'une place dans un établissement d'aides et de soins à séjour continu, ce qui engendre des frais évitables pour l'assurance maladie-maternité et ce qui représente des inconvénients majeurs pour les patients. En effet, il est démontré que pour des personnes âgées fragiles, le risque de perte d'autonomie et des infections nosocomiales augmente avec la durée d'hospitalisation²¹.

Graphique 6 – Évolution journalière du nombre d'EF soins normaux et soins intensifs en 2019 pour les 4 centres hospitaliers²²

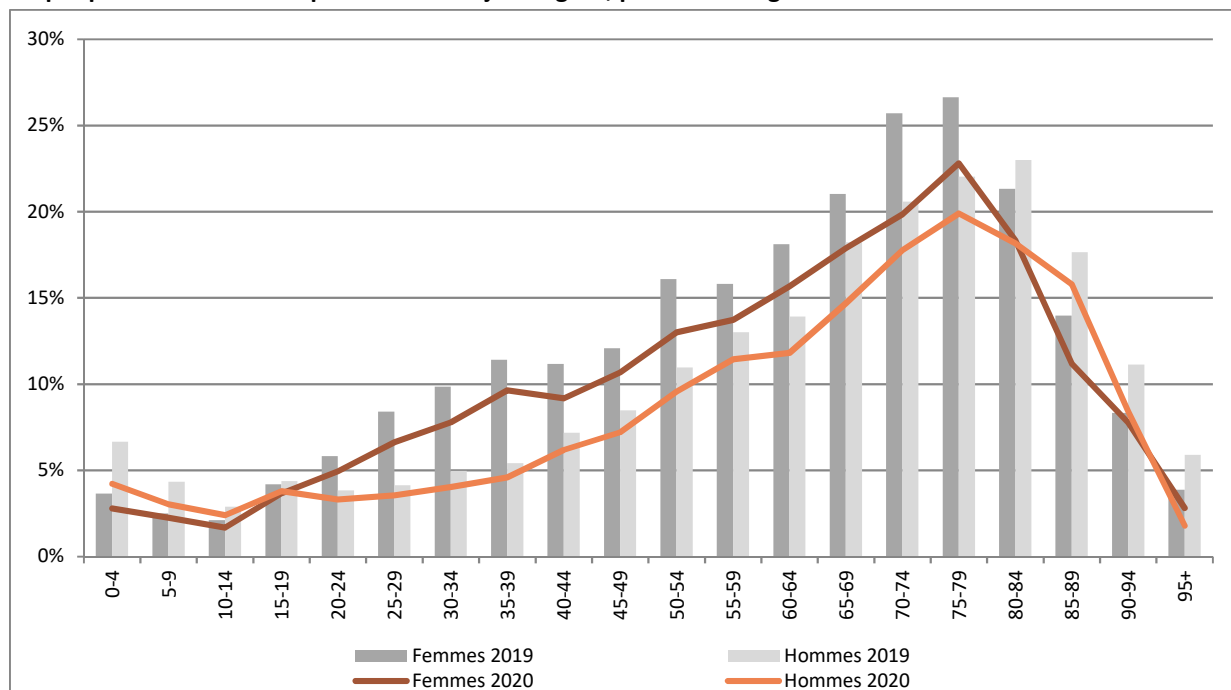


Le graphique 6 montre l'évolution journalière des EF soins normaux et soins intensifs facturées²³ en 2019 pour les 4 centres hospitaliers (HRS, CHL, CHdN, CHEM). L'activité est en dents de scie, pendant le weekend l'activité diminue. De plus, pendant les mois d'été l'activité est moins intensive, ainsi que pendant les fêtes de fin d'année.

²¹ La loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière prévoit l'installation de lits de longue durée afin de remédier à cette problématique. 20 lits sont autorisés aux HRS à partir de 2021.

²² CHL, HRS, CHdN, CHEM.

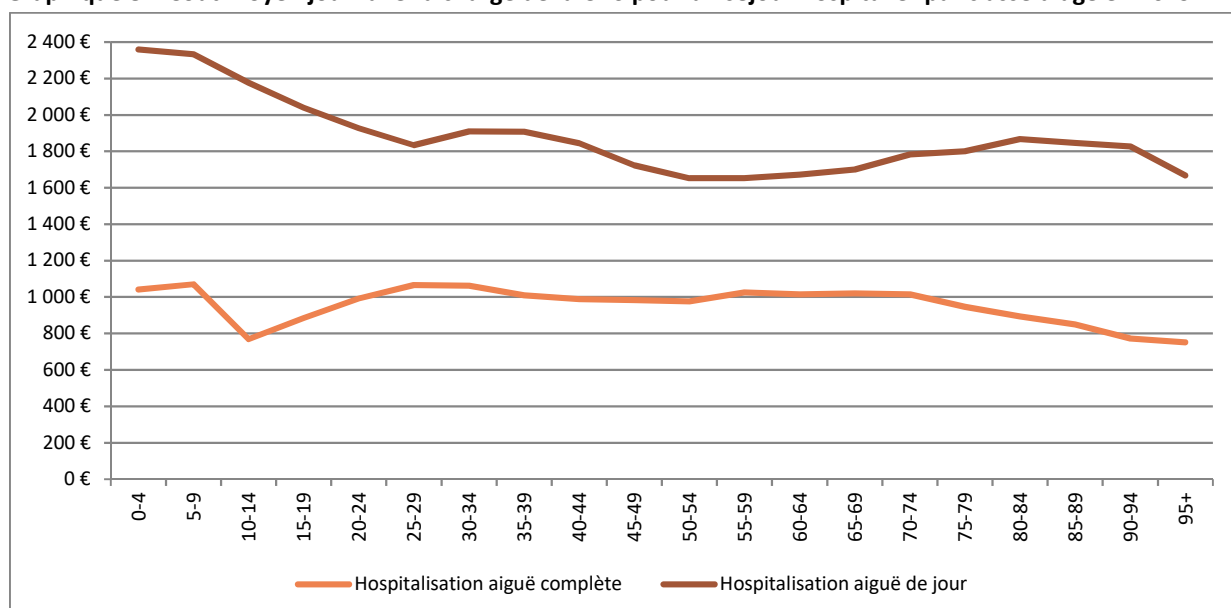
²³ Y compris les prestations couvertes par une assurance de maladie étrangère respectivement par l'assurance accident.

Graphique 7 – Taux des hospitalisations de jour aiguës, par classe d'âge et sexe en 2019 et en 2020

Le graphique 7 montre le taux des hospitalisations aiguës de jour par sexe et classe d'âge en 2019 et 2020. Comme déjà constaté au niveau du taux des hospitalisations aiguës complètes, la pandémie liée à la COVID-19 impacte fortement l'évolution du nombre des hospitalisations de jour en 2020.

Le taux des hospitalisations aiguës complètes est beaucoup plus élevé que celui des hospitalisations de jour. Il diminue pour les personnes au-dessus de 80 ans, au profit des hospitalisations complètes.

Comme les données de 2020 sont fortement impactées par la pandémie COVID19, les analyses suivantes se limiteront aux données de 2019. L'année 2020, avec son évolution atypique, ne peut pas servir pour des projections de l'activité hospitalière.

Graphique 8 – Coût moyen journalier à charge de la CNS pour un séjour hospitalier par classe d'âge en 2019

Le graphique 8 montre le coût moyen journalier (hors frais médicaux) à charge de la CNS par classe d'âge en 2019 pour une hospitalisation aiguë complète et pour une hospitalisation de jour (avec et sans interventions chirurgicales). Le coût moyen hospitalier se compose de 85,9% de frais fixes pour les

hospitalisations aiguës complètes, alors que ce taux s'élève à seulement 66,8% pour les hospitalisations de jour.

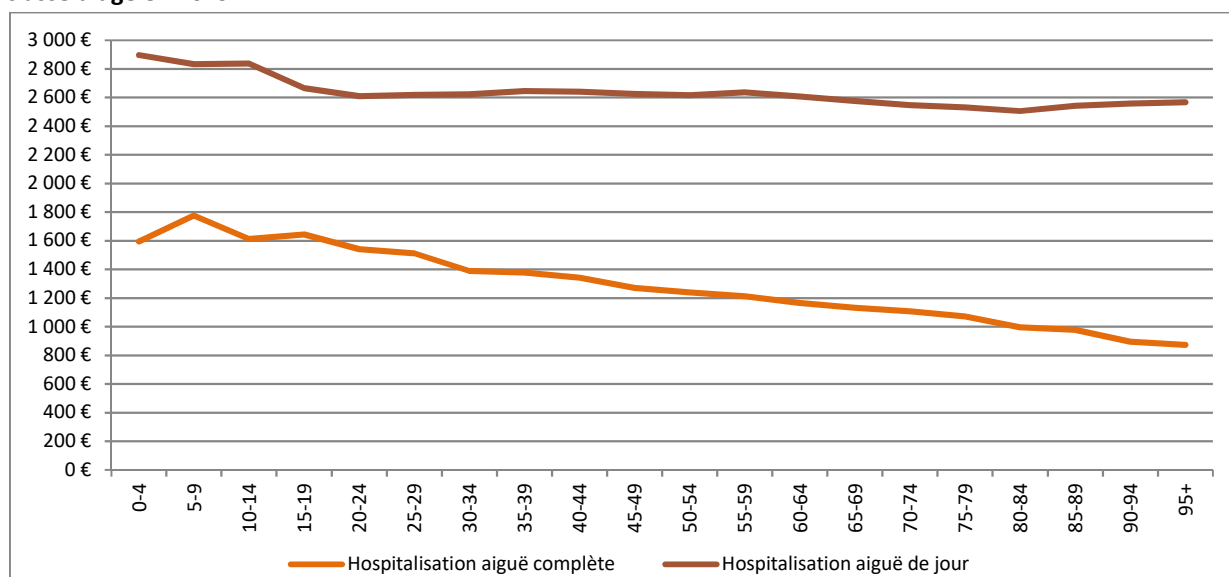
Selon le graphique, une hospitalisation de jour coûte plus chère qu'une hospitalisation complète : ceci est dû au fait que les frais occasionnés lors de l'hospitalisation, comme les frais liés au séjour à l'hôpital (soins normaux, soins intensifs, ...) et les frais liés à l'intervention (salle OP, imageries, labos, ...) sont répartis sur la durée de séjour, à savoir un jour dans le cas d'une hospitalisation de jour et 7,8 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 plus bas que celui d'une hospitalisation de jour.

A partir de 75 ans, 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 2019, à 20,3% respectivement 21,3% des frais d'hospitalisation²⁴.

Le graphique 9 montre le coût moyen journalier (hors frais médicaux) à charge de la CNS par classe d'âge en 2019 pour les hospitalisations aiguës complètes et pour les hospitalisations de jour pour lesquelles une salle OP est facturée.

Graphique 9 – Coût moyen journalier à charge de la CNS pour un séjour hospitalier avec salle OP facturée par classe d'âge en 2019

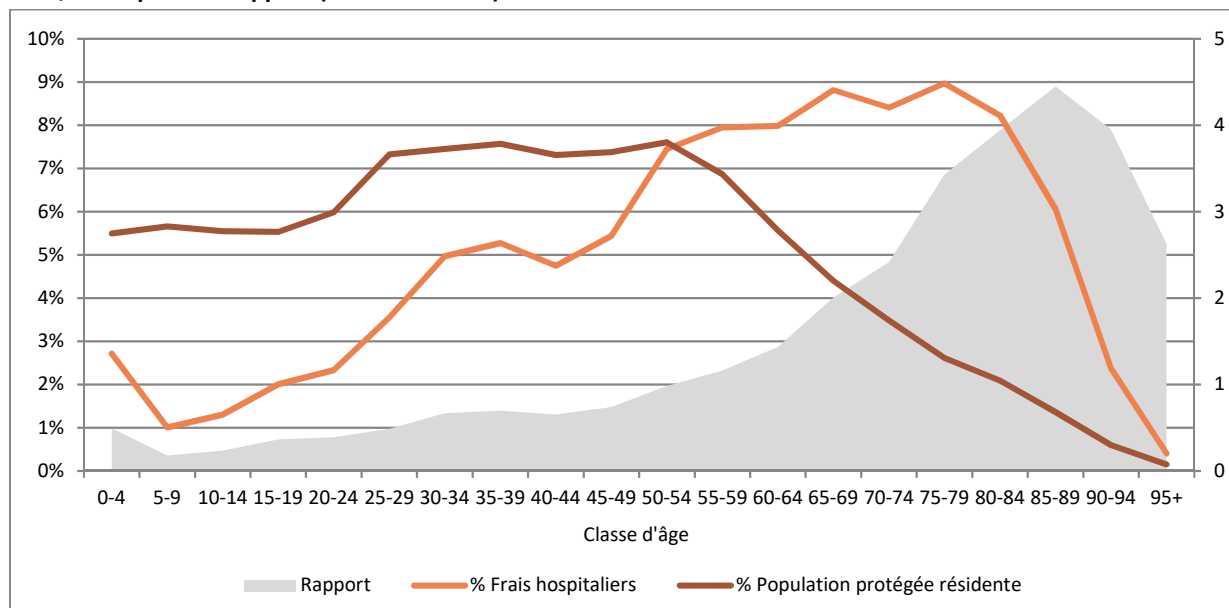


En limitant la comparaison aux hospitalisations aiguës pour lesquelles une salle OP est facturée, la différence entre le coût moyen journalier pour une hospitalisation de jour et une hospitalisation complète est encore plus élevée et s'élève à 1 450,7 EUR (tout âge confondu) en 2019. Les coûts occasionnés le jour de l'opération sont les plus importants, or les patients restent en moyenne 6,4 jours à l'hôpital.

Le coût moyen hospitalier se compose de 83,4% de frais fixes pour les hospitalisations aiguës complètes avec salle OP, alors que ce taux s'élève à seulement 71,2% pour les hospitalisations de jour avec salle OP.

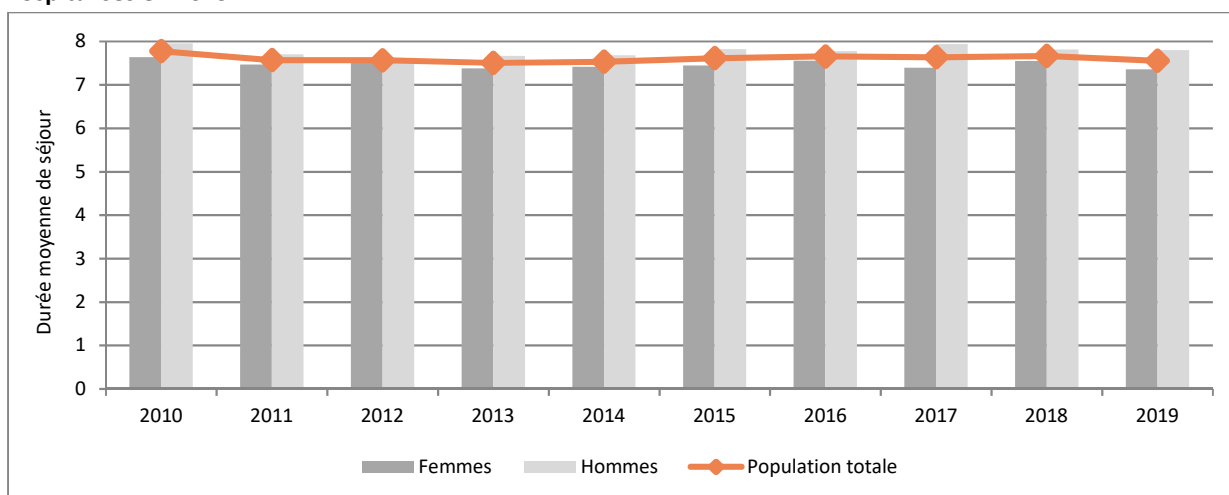
²⁴ Estimation IGSS – ne considère que les prises en charge en milieu hospitalier pour lesquels la CNS a remboursé des frais médicaux pour la période de la prise en charge. Ce taux ne peut pas être appliqué pour connaître les frais médicaux liés à un passage policlinique, une dialyse, etc.

Graphique 10 – Pourcentage de la population protégée résidente et des frais hospitaliers par classe d'âge en 2019, ainsi que leur rapport (axe secondaire)



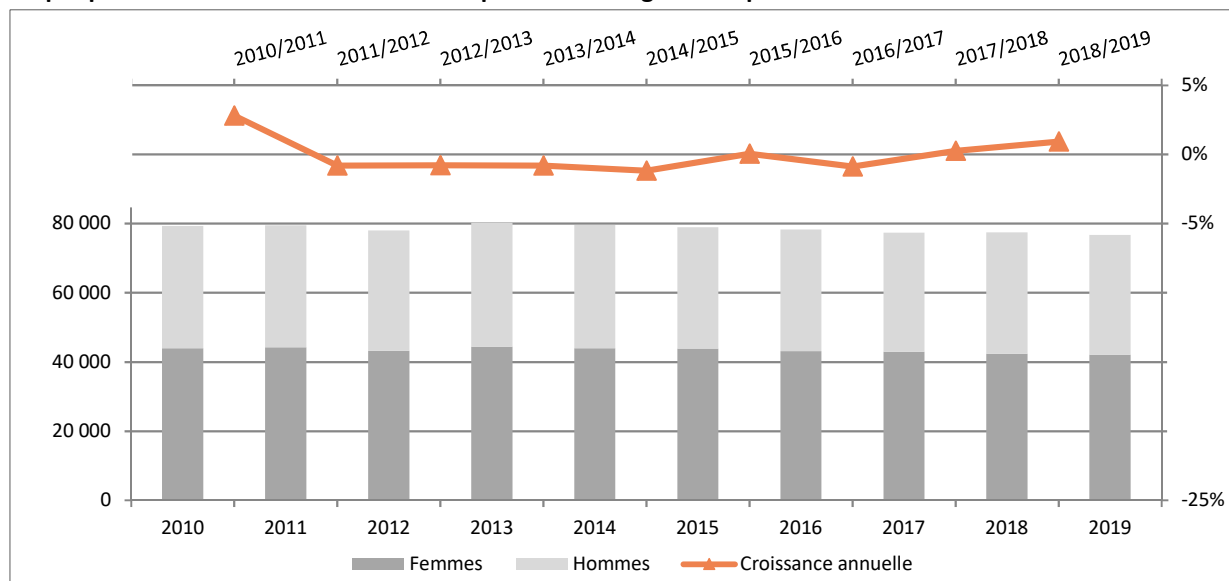
Le graphique 10 montre le pourcentage de la population protégée résidente (PPR) et des frais hospitaliers par classe d'âge par rapport à leur total respectif, ainsi que le rapport entre ces deux parts. Ainsi, la classe d'âge située entre 60-64 ans est à l'origine de 8,0% des frais hospitaliers, alors qu'elle représente seulement 5,6% 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 la part des frais hospitaliers et la part de la population protégée résidente dépasse 1.

Graphique 11 – Évolution de la durée moyenne de séjour de 2010 à 2019 - standardisation selon patients hospitalisés en 2019



Le graphique 11 montre l'évolution de la durée moyenne de séjour (DMS) standardisée²⁵ entre 2010 et 2019 pour les hospitalisations aiguës complètes (résidents et non-résidents, opposables à la CNS ou à une autre caisse de maladie). La DMS n'a guère évolué au cours des dernières années. En 2019, la DMS atteint 7,6 jours en moyenne globale. 12,5% des admissions pour une hospitalisation complète aiguë ont une durée supérieure à 14 jours en 2019 et ces hospitalisations représentent 52,4% de l'ensemble des nuitées.

²⁵ Normalisation selon la population hospitalisée en 2019, i.e. DMS par âge et sexe de l'année considérée mais appliquée au nombre d'hospitalisations par âge et sexe de l'année 2019.

Graphique 12 – Évolution du nombre d'hospitalisations aiguës complètes

Le graphique 12 montre l'évolution du nombre d'épisodes d'hospitalisations aiguës complètes (résidents et non-résidents, opposables à la CNS ou aux autres caisses de maladie) entre 2010 et 2019. Le nombre d'admissions diminue légèrement entre 2012 et 2015 (baisse annuelle moyenne de 0,9%). En 2016, le nombre d'admissions reste stable par rapport à 2015, pour connaître à nouveau une baisse de 0,9% en 2017. L'année 2018 se caractérise par une légère hausse de 0,3% et l'année 2019 par une hausse de 0,9% et se situe aux alentours de 77 700 admissions. Le nombre de nuitées enregistrées en 2019 a cependant diminué de 0,6% par rapport à 2018.

Le tableau 19 montre la répartition des prestations facturées opposables²⁶ de 2017 à 2019 entre les différents types de prise en charge (y compris au LNS et CRCC), ainsi que leur croissance réelle entre 2017 et 2019.

Tableau 19 – Répartition et croissance des prestations facturées opposables à la CNS par type de prise en charge

Type de prise en charge	Répartition			Croissance réelle	
	2017	2018	2019	2017/2018	2018/2019
Hospitalisation aiguë complète	54,0%	52,1%	51,1%	7,81%	11,01%
Hospitalisation de jour (aiguë et autre)	10,8%	10,6%	11,2%	9,86%	20,14%
Hospitalisation pour rééducation, réhabilitation et accueil pour personnes en fin de vie	9,7%	10,2%	9,8%	18,10%	8,60%
Polyclinique/urgence sans admission subséquente	15,3%	15,0%	15,2%	9,82%	14,65%
Autres cas	10,3%	12,0%	12,6%	31,02%	18,75%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	11,71%	13,21%

Certains changements s'observent dans la répartition des prestations facturées entre 2017 et 2019. Ainsi, la part de l'hospitalisation aiguë complète a diminué de 2,9% pour se situer à 51,1% des prestations facturées opposables à la CNS en 2019. Cette diminution s'explique en partie par l'intégration de l'activité de l'anatomie pathologie et de la génétique humaine du LNS et du CRCC dans l'EBG à partir du 1^{er} avril 2018. Hors LNS et CRCC, la part de l'hospitalisation aiguë complète s'élève à 52,8% en 2019. Une augmentation des frais opposables pour l'hospitalisation pour rééducation, réhabilitation et accueil pour personnes en fin de vie est observée en 2018. Cette augmentation résulte de la nouvelle activité du CRCC²⁷, qui représente en 2018 0,7% et en 2019 1,1% des prestations facturées opposables totales. Hors

²⁶ Part fixe + part variable correspondant aux EF.

²⁷ Début de l'activité au 1^{er} avril 2018.

prestations facturées par le CRCC, la croissance réelle observée pour l'hospitalisation pour rééducation, réhabilitation et accueil pour personnes en fin de vie ne s'élèverait qu'à 10,4% en 2018 et à -3,2% en 2019, ce qui laisse conclure que des traitements réalisés autrefois dans des hôpitaux aigus sont maintenant réalisés au CRCC. Les répartitions des hospitalisations de jour ainsi que de la polyclinique sans hospitalisation restent stables au cours des années 2017 à 2019. Les prestations facturées par le LNS²⁸ ne représentent que 2,2% de l'ensemble des prestations de l'année 2019, et la majorité des prestations facturées (plus de 90%) figure dans la catégorie « Autres cas » ce qui explique l'augmentation de cette catégorie dans la répartition totale.

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

Les croissances de 2019 s'expliquent encore en partie par l'intégration de l'activité de l'anatomie pathologie et de la génétique humaine du LNS et du CRCC (pas inclus dans le budget de 2018 pour les 3 premiers mois de l'année) à l'EBG, mais également par une adaptation des tarifs des frais fixes et frais variables lors des négociations des budgets individuels et par une augmentation de l'activité pour certains types de prise en charge.

Une comparaison au niveau des prestations facturées opposables entre résidents et non-résidents en 2019 montre que l'utilisation des différents types d'hospitalisation diffèrent, ce qui est notamment lié à leur structure d'âge. La population protégée non-résidente est en moyenne plus jeune que la population protégée résidente.

Tableau 20 – Répartition des prestations facturées opposables à la CNS en 2019 par type de prise en charge et résidence

Type de prise en charge	Résidence au Luxembourg	
	Non	Oui
Hospitalisation aiguë complète	47,3%	51,4%
Hospitalisation de jour (aiguë et autre)	13,8%	11,1%
Hospitalisation pour rééducation, réhabilitation et accueil pour personnes en fin de vie	4,5%	10,2%
Policlinique/urgence sans admission subséquente	20,3%	16,8%
Autres cas	14,2%	12,5%
TOTAL	100,0%	100,0%

Le recours à l'hospitalisation de jour et à la polyclinique/urgence est plus élevé parmi la population protégée non-résidente, que parmi la population protégée résidente. La population protégée résidente fait beaucoup plus recours à l'hospitalisation pour rééducation, réhabilitation et accueil pour personnes en fin de vie.

La part des non-résidents parmi les prestations facturées s'élève à 5,7% pour tous les types de prise en charge confondus. En distinguant entre les différents types de prise en charge, cette part varie entre 2,6% pour l'hospitalisation pour rééducation, réhabilitation et accueil pour personnes en fin de vie et 7,6% pour polyclinique/urgence sans admission subséquente.

Des analyses géographiques par canton de la population protégée résidente par groupe d'âge et de la consommation des soins stationnaires²⁹ et ambulatoires³⁰ par hôpital de référence sont présentées ci-après. Pour ces analyses, le canton Luxembourg est divisé en Luxembourg Campagne et Luxembourg-Ville. Elles se limitent à la consommation de soins des résidents affiliés à l'assurance maladie-maternité.

En 2019, la population protégée résidente de l'assurance maladie-maternité s'élève à 572 481 personnes, dont 285 622 femmes et 286 859 hommes. Le canton avec la part la plus importante de la population

²⁸ Début de l'activité faisant partie de l'enveloppe budgétaire globale au 1^{er} avril 2018.

²⁹ Avec au moins une nuitée dans l'hôpital.

³⁰ Sans nuitée, avec ou sans prise en charge, avec au moins une EF facturée dans l'hôpital.

protégée résidente de l'assurance maladie-maternité est le canton d'Esch-Sur-Alzette avec 31,1%, suivi du canton de Luxembourg qui représente 27,0% de la population protégée résidente de l'assurance maladie-maternité (16,5% pour Luxembourg-Ville et 10,5% pour Luxembourg-Campagne). En particulier, le canton d'Esch-sur-Alzette compte 178 216 personnes et le canton de Luxembourg compte 154 724 personnes (94 658 pour Luxembourg-Ville et 60 066 pour Luxembourg-Campagne) (Graphique 13).

Les cantons de Capellen, Diekirch et Mersch complètent le top 5 des cantons représentant les parts les plus importantes de la population protégée résidente avec des parts de 8,0% respectivement de 5,8% et 5,5% de la population protégée résidente. Le canton de Grevenmacher représente 5,0% de la population protégée résidente, et les autres cantons présentent à chaque fois moins de 5,0%.

L'analyse de la répartition de la population d'un canton donné selon la classe d'âge montre que dans les cantons de Remich et de Luxembourg, la classe d'âge de 0 à 19 ans représente uniquement 19,9% respectivement 19,7% de leur population respective, alors que ces parts dépassent les 20,0% dans les autres cantons pour s'élever même à 23,8% dans le canton de Wiltz et à 23,2% dans le canton de Vianden. Dans le canton d'Esch-sur-Alzette, ce groupe d'âge représente 21,5% de la population.

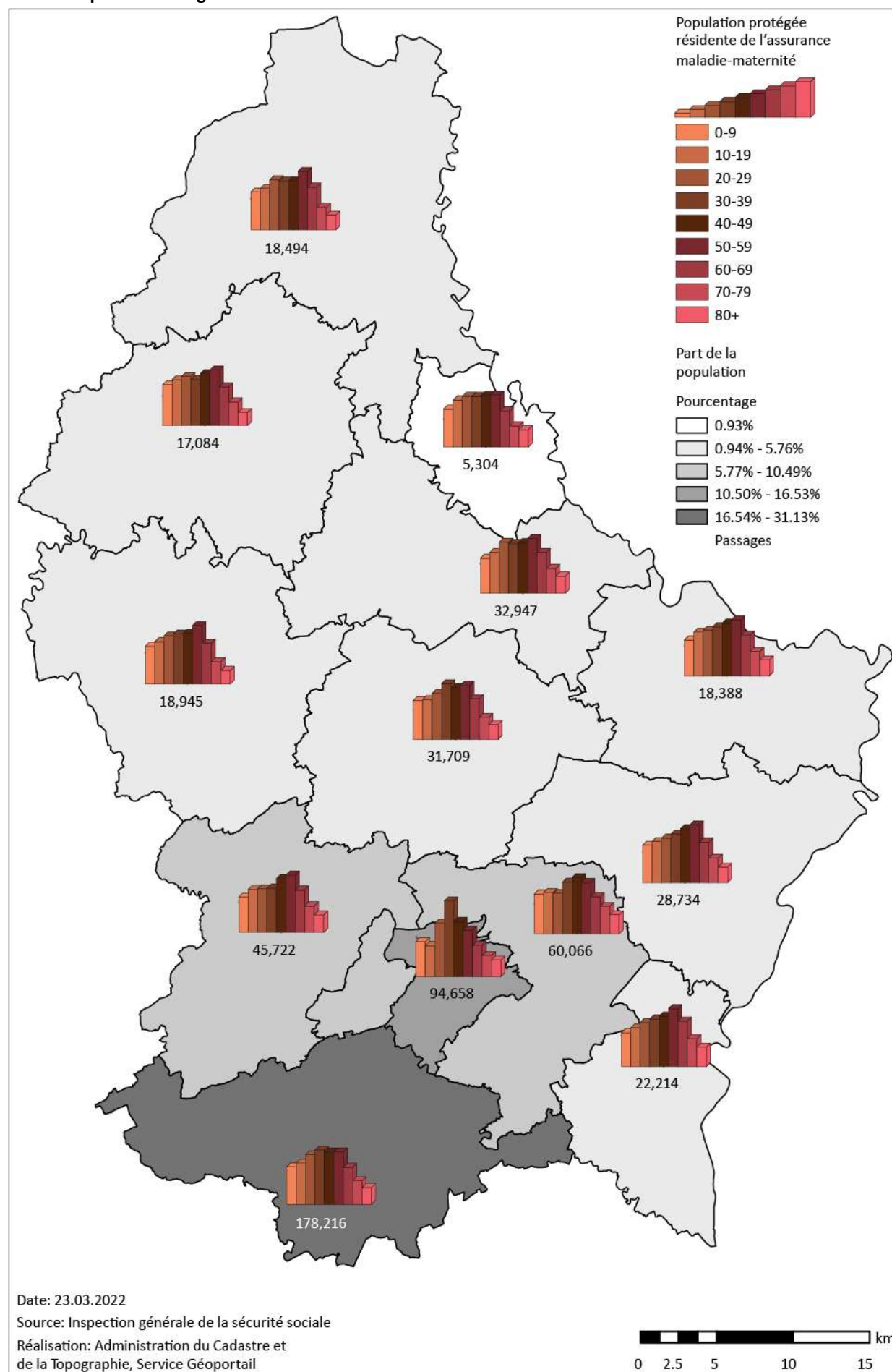
La part des personnes âgées entre 20 et 59 ans dans la population résidente d'un canton est la plus élevée dans le canton de Luxembourg, soit 59,9% (63,1% pour Luxembourg-Ville et 54,7% pour Luxembourg-Campagne) ; la part de cette classe d'âge étant inférieure à ce taux dans les autres cantons. Par exemple, dans les cantons de Remich et de Capellen, les groupes d'âge de 20 à 59 ans représentent une part de moins de 55,0% de la population résidente.

La comparaison des classes d'âges des différents cantons montre aussi que le canton de Remich présente une part plus élevée de personnes âgées de 60 ans et plus, soit 25,4% de sa population protégée. Le canton de Capellen présente une part de 23,8% pour les personnes âgées de 60 ans et plus par rapport au reste de sa population. Les cantons de Diekirch, Echternach et Grevenmacher présentent des parts de 22,7%, de 22,3%, respectivement de 22,1%. Pour Clervaux, cette part s'élève à 21,9% et pour Esch-sur-Alzette, elle s'élève à 21,2%. Les cantons de Vianden et de Wiltz présentent les parts les plus faibles de personnes âgées de 60 ans et plus par rapport au reste de leur population avec 20,5% respectivement 20,6%.

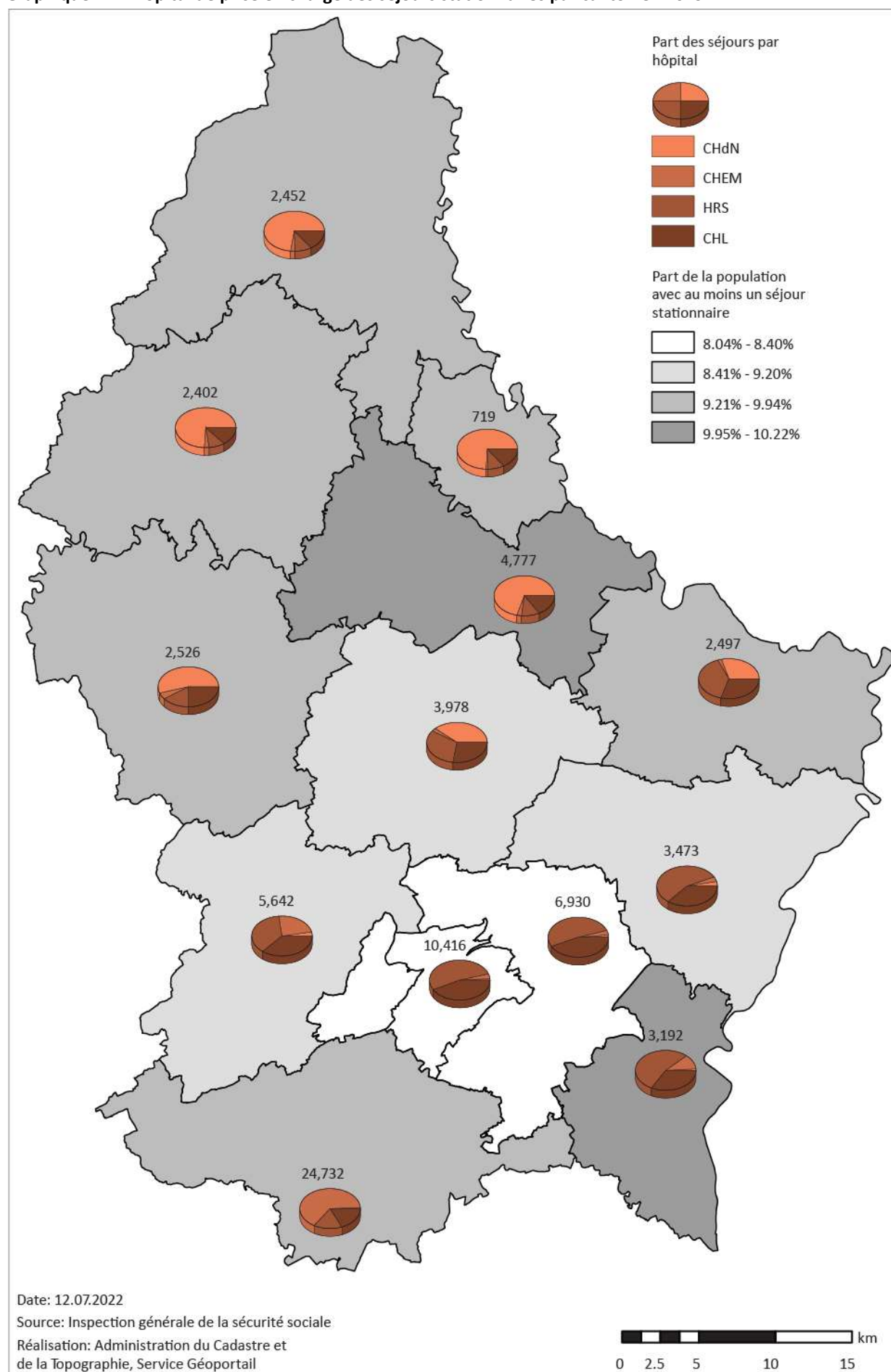
Dans le cadre de l'analyse géographique des soins stationnaires, une part de 8,0% à 10,2% de la population par canton a eu recours à des soins stationnaires dans un des quatre centres hospitaliers du Luxembourg (CHL, CHEM, HRS, CHdN). La proportion des habitants représentée dans l'analyse est la plus élevée dans les cantons Diekirch et Remich (10,0%), tandis qu'elle est la plus basse à Luxembourg-Ville et à Luxembourg-Campagne, ceci avec environ 8,0%. Le CHdN est l'hôpital de référence de la population protégée résidente des cantons situés au nord (Clervaux, Wiltz, Vianden, Diekirch et Redange) avec plus de la moitié des séjours stationnaires y enregistrés. À l'exception de quelques cas, les résidents du nord n'ont pas de séjours au CHEM, qui est l'hôpital géographiquement le plus éloigné. Au contraire, en ce qui concerne les séjours stationnaires de la population du canton Esch-sur-Alzette, environ 63,0% des patients sont pris en charge au CHEM. Un nombre comparativement élevé d'habitants du canton de Capellen se fait également soigner au CHEM (25,0%). Généralement, la population des cantons Luxembourg-Campagne, Luxembourg-Ville, Echternach, Grevenmacher et Remich se laisse principalement soigner aux HRS et au CHL (Graphique 14).

L'analyse géographique des soins ambulatoires met en évidence, que la proportion de la population avec au moins un passage en soins ambulatoires dans un des quatre centres hospitaliers est plus élevée que la part de la population avec au moins un séjour stationnaire en 2019 : entre environ 51,0% et 59,0% de la population d'un canton ont eu au moins un passage en soins ambulatoires. Cette proportion est la plus élevée aux cantons Diekirch et Esch-sur-Alzette avec 58,3% et 58,7% et la plus basse aux cantons Echternach et Luxembourg-Ville (50,9% et 50,6%). La répartition des passages par hôpital est similaire à celle des séjours stationnaires: la population a une tendance à choisir l'hôpital géographiquement le moins éloigné du canton de résidence. Ainsi, plus que la moitié des passages des cantons situés au nord ont lieu au CHdN tandis que la population du canton Esch-sur-Alzette se fait soigner au CHEM et les résidents des cantons Luxembourg-Campagne, Luxembourg-Ville, Echternach, Grevenmacher et Remich se rendent principalement aux HRS et au CHL (Graphique 15).

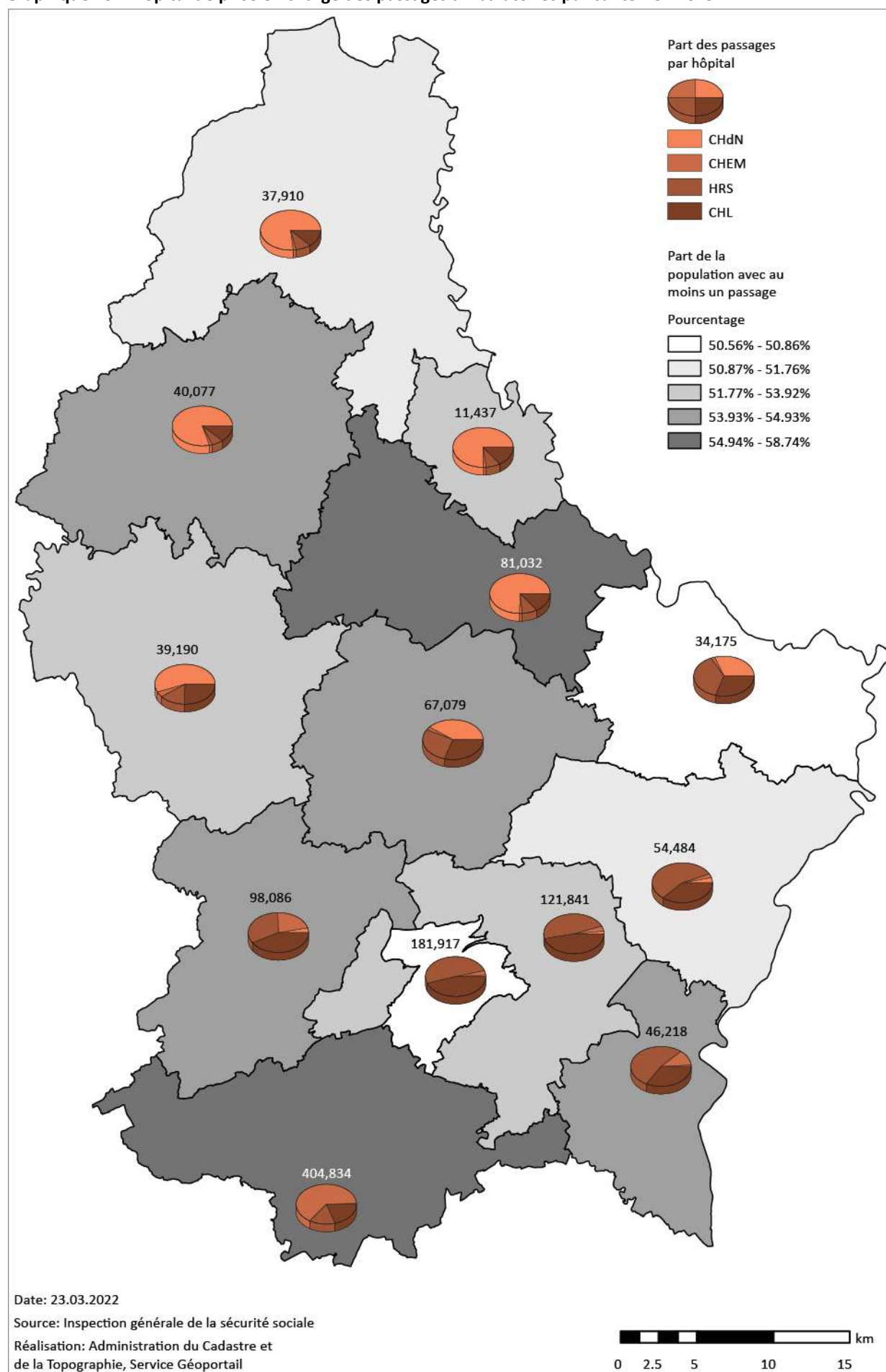
Graphique 13 – Répartition géographique de la population protégée résidente de l'assurance maladie-maternité par classe d'âge en 2019



Graphique 14 – Hôpital de prise en charge des séjours stationnaires par canton en 2019



Graphique 15 – Hôpital de prise en charge des passages ambulatoires par canton en 2019

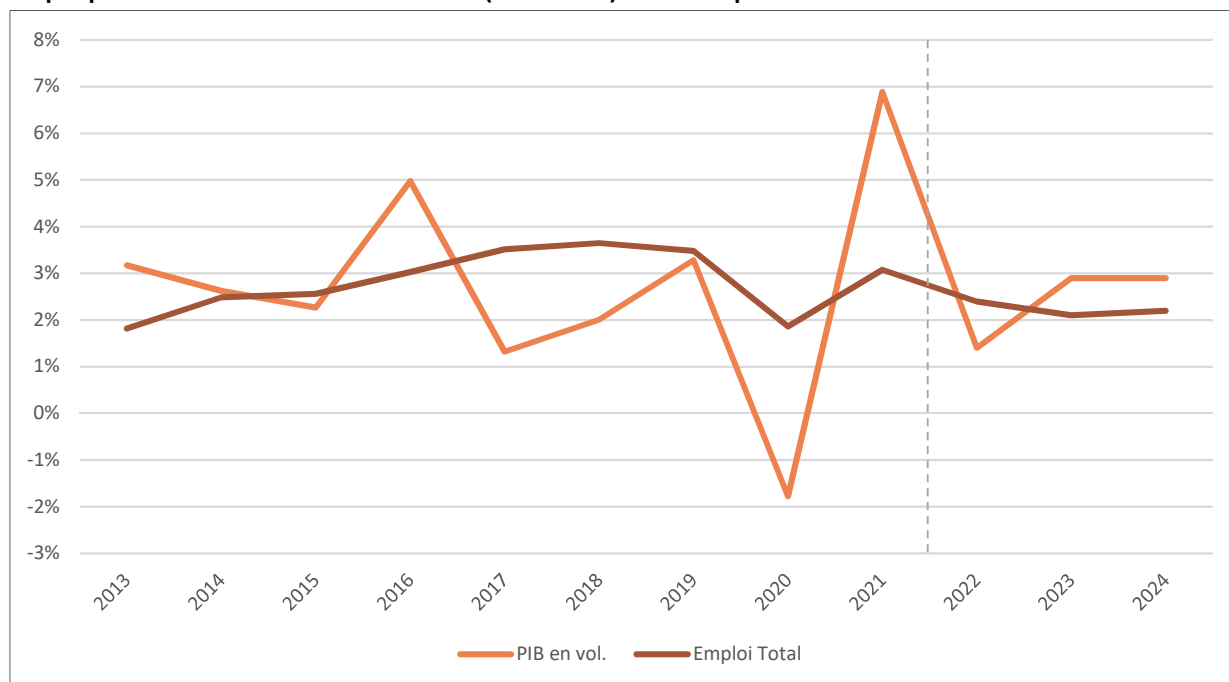


ANNEXE 2 - PROJECTION MACRO-ÉCONOMIQUE DU LUXEMBOURG

1. ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE ET DE L'EMPLOI

Après une croissance annuelle moyenne de 2,8% (en volume) sur la période 2013-2019, le PIB luxembourgeois a, sous l'effet des mesures de confinement liées à la pandémie de COVID-19, enregistré un recul de 1,8% à l'issue de l'année 2020. En 2021, dans un contexte de forte reprise économique, le PIB a augmenté de 6,9% (Graphique 16).

Graphique 16 – Croissance annuelle du PIB (en volume) et de l'emploi



Source : STATEC (PSC 2022)

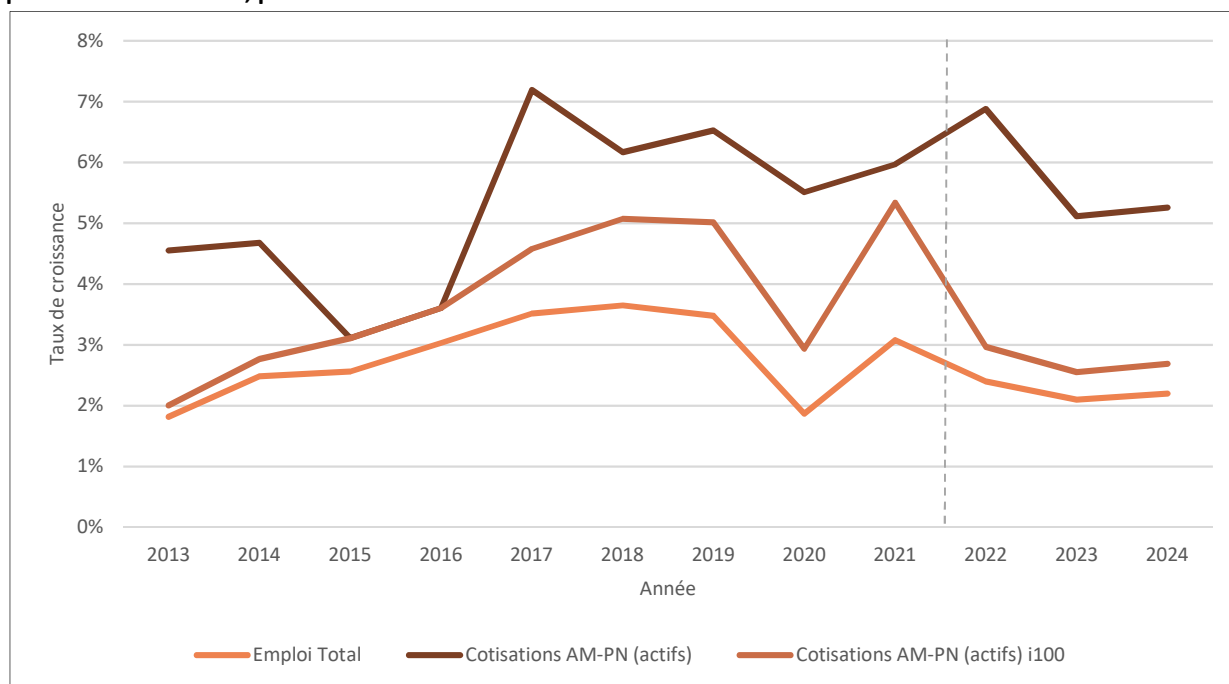
Selon les projections issues du Programme de stabilité et de croissance (PSC), transmis par le Gouvernement luxembourgeois à la Commission européenne en avril 2022, la croissance du PIB devrait atteindre 1,4% en 2022 puis 2,9% en 2023 et 2024. La croissance de l'emploi devrait, quant à elle, afficher un taux de 2,4% en 2022, 2,1% en 2023 puis 2,2% 2024.

2. ÉVOLUTION DES RECETTES DE COTISATIONS POUR L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ, PRESTATIONS EN NATURE

En 2021, le montant des recettes de cotisations pour l'assurance maladie-maternité, prestations en nature, a atteint 2 003 millions EUR. Ces cotisations proviennent, à raison de 82%, des revenus des assurés actifs et, à raison de 18%, des pensions. Enfin, les cotisations pour prestations en nature ont représenté 95% de l'ensemble des recettes de cotisations du régime d'assurance maladie-maternité.

De manière générale, l'évolution des cotisations provenant des revenus des assurés actifs (respectivement pensions) est dictée par l'évolution de l'EMS, l'évolution réelle du revenu cotisable moyen et, enfin, l'évolution de l'emploi (respectivement du nombre de pensionnés) (Graphiques 17 et 18).

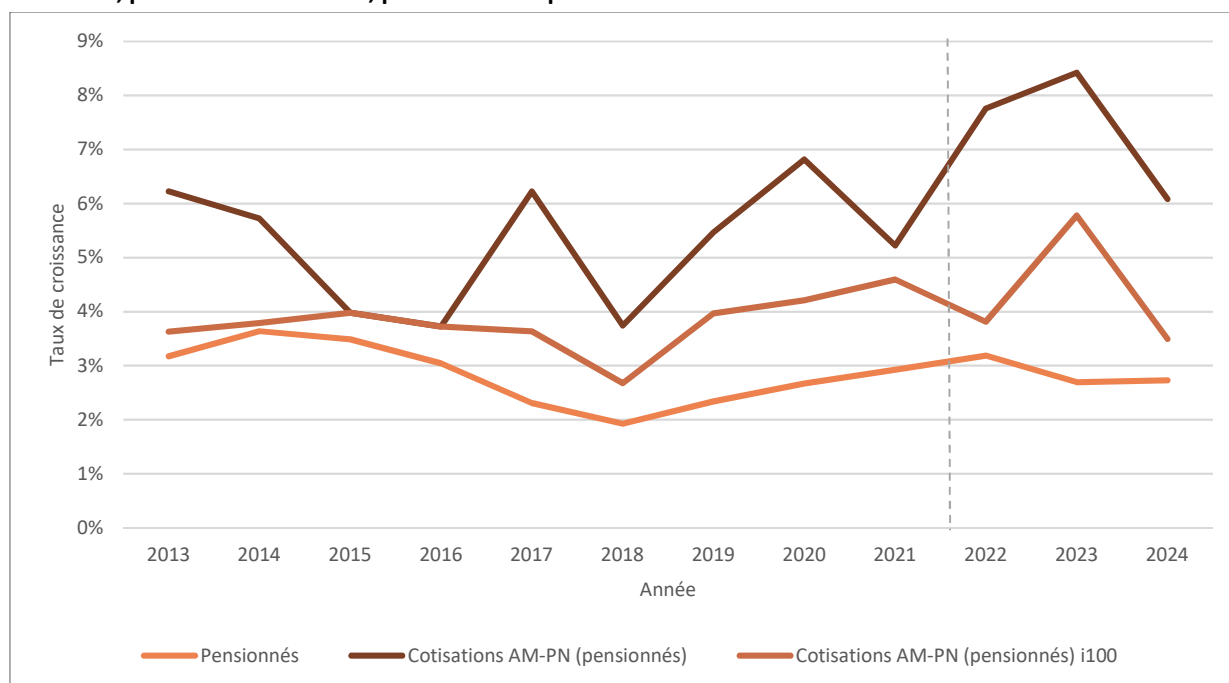
Graphique 17 – Croissance annuelle de l'emploi et des cotisations pour l'assurance maladie-maternité, prestations en nature, provenant des revenus des assurés actifs



Source : STATEC et IGSS

Sur la période 2022-2024, la croissance des cotisations, réduites à l'indice 100, provenant des revenus des assurés actifs devrait être en moyenne de 2,7% par an. Sur ce même intervalle, la croissance annuelle de l'emploi devrait atteindre 2,2% en moyenne.

Graphique 18 – Croissance annuelle du nombre de pensionnés et des cotisations pour l'assurance maladie-maternité, prestations en nature, provenant des pensions



Source : IGSS.

Sur la période 2022-2024, la croissance des cotisations, réduites à l'indice 100, provenant des pensions devrait être en moyenne de 4,4% par an. Sur ce même intervalle, la croissance annuelle du nombre de pensionnés (cotisants pour le régime d'assurance maladie-maternité luxembourgeois) devrait atteindre 2,9% en moyenne.

3. SITUATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

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

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

Le tableau 21 reprend la situation financière de l'assurance maladie-maternité. Il s'agit d'une estimation des recettes et dépenses de l'assurance maladie-maternité réalisée par la CNS et présentée au comité quadripartite le 4 mai 2022.

Tableau 21 – Situation financière de l'assurance maladie-maternité (en millions d'EUR)

Exercice	Décompte			Estimation
	2019	2020	2021	2022
Recette courantes	3 203,3	3 764,5	3 576,3	3 824,7
<i>Var. en %</i>	<i>6,5%</i>	<i>17,5%</i>	<i>-5,0%</i>	<i>19,4%</i>
Dépenses courantes	3 101,3	3 776,8	3 632,0	3 872,8
<i>Var. en %</i>	<i>7,8%</i>	<i>21,8%</i>	<i>-3,8%</i>	<i>24,9%</i>
Solde des opérations courantes	102,0	-12,3	-55,7	-48,1
<i>En % des dép. courantes</i>	<i>3,3%</i>	<i>-0,3%</i>	<i>-1,5%</i>	<i>-1,2%</i>
Solde global cumulé	971,7	959,4	903,7	923,6
<i>Solde global cumulé/dép. courantes</i>	<i>31,3%</i>	<i>25,4%</i>	<i>24,9%</i>	<i>23,8%</i>
Fonds de roulement minimum	310,1	377,7	363,2	387,3
<i>Taux FDR/Dép. courantes</i>	<i>10,0%</i>	<i>10,0%</i>	<i>10,0%</i>	<i>10,0%</i>
Résultat de l'exercice	79,4	-80,0	-41,3	-72,3
Résultat cumulé	661,5	581,5	540,2	467,9

Source : CNS.

4. BUDGETS DEMANDÉS PAR LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS POUR LES ANNÉES 2023 ET 2024

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

Les tableaux 22 et 23 montrent les budgets opposables de 2022 (sans frais liés à l'article 21, dont les frais sont à prendre à charge en dehors de l'EBG selon l'avis IGSS) et la variation annuelle des budgets demandés par les établissements hospitaliers pour 2023 et 2024 par type de dépense respectivement par établissement. L'estimation du budget 2022 tient compte de la dotation supplémentaire pour COVID-19 pour l'année 2022 en entière ainsi qu'une estimation de la hausse non négligeable des prix d'énergie.

Les budgets demandés pour frais fixes et frais variables (hors CRCC et LNS) s'élèvent pour 2023 à 1 387,5 millions EUR et pour 2024 à 1 449,1 millions EUR (y compris variation de 6,8 millions EUR pour la FHL, la COM achat, la COM informatique et la COM physique médicale est planifiée pour 2023). En ajoutant le CRCC et le LNS, les budgets demandés s'élèvent à 1 447,7 millions EUR pour 2023 et à 1 515,8 millions EUR pour 2024.

Tableau 22 – Budget estimé 2022 et variation annuelle des budgets demandés (sans CRCC et LNS) pour 2023 et 2024 par type de dépense (en millions EUR)

	2022 ¹⁾	% base 2022	Variation		
			2022/2023	2023/2024	2022/2024
Frais fixes opposables	989,91	80,5%	11,2%	4,2%	15,9%
<i>Consommation fixe</i>	33,5	2,7%	-10,9%	14,0%	1,6%
<i>Autres charges externes/d'exploitations</i> ²⁾	122,2	9,9%	29,1%	1,5%	31,0%
<i>Personnel</i>	806,8	65,6%	9,3%	4,5%	14,2%
<i>Amortissement</i>	55,9	4,5%	10,8%	0,0%	10,8%
<i>Charges financières</i>	0,4	0,0%	51,8%	25,2%	90,1%
<i>Subvention</i>	-28,9	-2,4%	7,0%	-0,3%	6,7%
Frais variables ³⁾	239,8	19,5%	19,5%	5,4%	25,9%
Total	1 229,67	100,0%	12,8%	4,4%	17,8%

1) Y compris dotation supplémentaire pour COVID-19 et l'augmentation de l'enveloppe d'investissement.

2) Y compris supplément de 6,7 millions EUR pour le budget FHL, le COM achat, le COM physique médicale et le COM informatique par rapport à 2022.

3) Sans Article 21.

Tableau 23 – Budget estimé 2022 et variation annuelle des budgets demandés pour 2023 et 2024 par établissement (en millions EUR)

			Variation		
	2022	% base 2022	2022/2023	2023/2024	2022/2024
CHL	302,4	23,7%	9,3%	4,0%	13,7%
CHEM	281,4	22,1%	12,9%	5,1%	18,7%
CHNP	57,3	4,5%	16,8%	2,8%	20,1%
HIS	9,8	0,8%	12,0%	4,5%	17,1%
CFB	9,5	0,7%	10,5%	2,7%	13,5%
INCCI	31,8	2,5%	20,0%	5,3%	26,4%
Rehazenter	38,6	3,0%	14,2%	4,7%	19,5%
CHdN	162,9	12,8%	12,5%	4,4%	17,4%
O90	3,9	0,3%	11,2%	3,2%	14,7%
HRS	332,2	26,0%	12,7%	4,7%	17,9%
CRCC	14,5	1,1%	8,9%	4,9%	14,2%
LNS	31,3	2,5%	41,6%	13,0%	60,0%
Total (sans variation FHL + COM's)	1 275,5	100,0%	13,0%	4,8%	18,3%
Total	1 275,5	100,0%	13,5%	4,7%	18,8%

Afin de tenir compte d'imprévus liés à la pandémie COVID-19, l'inflation et la hausse des taux d'intérêts, la plupart des établissements se sont mis d'accord à demander dans le contexte de la crise actuelle un supplément de 5% par rapport aux frais réels 2022 des charges externes et un supplément de 5% par rapport aux tarifs calculés pour la détermination des frais variables.

BIBLIOGRAPHIE

CNS. (2022). *Décompte annuel de l'assurance maladie-maternité - Exercice 2021*.

Fédération des hôpitaux luxembourgeois. (2021). Convention entre la CNS et FHL. (*Mémorial A - N°30 de 2013, Mémorial A - N°266 de 2014, Mémorial A - N°152 de 2016, Mémorial A - N°304 de 2019, Memorial A – N 215 de 2021*) .

FHL, OGBL, LCGB. (2021). Convention Collective du secteur hospitalier.

Ministère des Finances. (2022). *Circulaire aux départements ministériels - Projet de budget pour l'exercice 2023 - Programme pluriannuel 2022-2026 – Partie II : Instructions techniques*. Luxembourg.

Ministère des Finances. (2022). *Programme de Stabilité et de Croissance du Grand-Duché de Luxembourg 2022>2026*.

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

GLOSSAIRE

Activité non opposable	Il s'agit des services et prestations non couverts par la CNS, notamment parce que le bénéficiaire n'est pas un assuré de la CNS ou parce que l'activité n'est pas reprise dans le catalogue des activités couvertes par la CNS.
Activité opposable	Il s'agit des services et prestations couverts par la CNS.
CCT	Convention collective de travail
CFB	Centre de radiothérapie François Baclesse
CHdN	Centre Hospitalier du Nord
CHEM	Centre Hospitalier Emile Mayrisch
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
CHNP	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
CNS	Caisse nationale de santé
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
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
EMS	Échelle mobile des salaires
Entité fonctionnelle (EF)	Une entité fonctionnelle désigne une section de frais de l'hôpital qui facture des prestations à la CNS.
Épisode	Un épisode d'hospitalisation commence avec l'hospitalisation du patient et se termine avec l'autorisation de rentrer soit à la maison soit dans une structure d'hébergement autre qu'un établissement hospitalier.
ETP	Équivalent temps plein
FHL	La Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (anciennement Entente des hôpitaux luxembourgeois EHL) est l'association représentant les institutions de Santé du secteur aigu (hôpitaux et cliniques), respectivement du secteur long séjour (établissements de soins) au niveau de leurs directions.
Haus Omega - O90	Centre de soins palliatifs pour personnes en fin de vie
HIS	Hôpital Intercommunale de Steinfort
HRS	Hôpitaux Robert Schumann
Hospitalisation complète	Hospitalisation avec nuitée
Hospitalisation de jour	Hospitalisation avec entrée et sortie le même jour, sans présence à minuit. Il ne faut pas la confondre avec un passage en 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
PPR - Population protégée résidente	Il s'agit de la population résidente couverte par l'assurance maladie-maternité nationale
Prestations en nature	Prestations pour soins de santé
PSC	Programme de stabilité et de convergence
Rehazenter	Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation
Unité d'œuvre (UO)	Une unité d'œuvre désigne les prestations d'une entité fonctionnelle

SOMMAIRE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Établissements hospitaliers visés par l'EBG	8
Tableau 2 – Situation financière du CHEM - Evolution des capitaux propres, des provisions et des paiements liés à la prime annuelle (en milliers EUR)	12
Tableau 3 – Situation financière du CHL - Evolution des capitaux propres, des provisions et des paiements liés à la prime annuelle (en milliers EUR)	13
Tableau 4 – Situation financière du CHdN - Évolution des capitaux propres, des provisions et des paiements liés à la prime annuelle (en milliers EUR)	14
Tableau 5 – Situation financière du HRS - Evolution des capitaux propres, des provisions et des paiements liés à la prime annuelle (en milliers EUR)	14
Tableau 6 – Primes d'émission	15
Tableau 7 – Situation financière cumulée des sociétés, fondations et établissements sous rubrique - Evolution des capitaux propres, des provisions et des paiements liés à la prime annuelle (en milliers EUR)	16
Tableau 8 – Situation financière 2020 de tous les établissements hospitaliers visés par l'enveloppe budgétaire globale (en milliers EUR)	17
Tableau 9 – Résultat du budget interne et du budget externe (2019) (en milliers EUR)	18
Tableau 10 – Résultat du budget interne et du budget externe (2020) (en milliers EUR)	19
Tableau 11 – Situation financière des établissements hospitaliers fin 2021	19
Tableau 12 – Nombre de lits budgétisés en 2022	24
Tableau 13 – Personnel budgétisé en 2022 (en équivalents temps plein - ETP)	25
Tableau 14 – Facteurs pris en compte dans la projection des frais fixes et variables de l'enveloppe budgétaire globale	29
Tableau 15 – Prévisions du STATEC de l'EMS	29
Tableau 16 – Projection des coûts hospitaliers pour 2023 et 2024 (en millions EUR)	32
Tableau 17 – Enveloppe budgétaire globale projetée pour 2023 et 2024 en millions EUR	33
Tableau 18 – Recommandation du Semestre européen pour la croissance des dépenses publiques	33
Tableau 19 – Répartition et croissance des prestations facturées opposables à la CNS par type de prise en charge	41
Tableau 20 – Répartition des prestations facturées opposables à la CNS en 2019 par type de prise en charge et résidence	42
Tableau 21 – Situation financière de l'assurance maladie-maternité (en millions d'EUR)	49
Tableau 22 – Budget estimé 2022 et variation annuelle des budgets demandés (sans CRCC et LNS) pour 2023 et 2024 par type de dépense (en millions EUR)	50
Tableau 23 – Budget estimé 2022 et variation annuelle des budgets demandés pour 2023 et 2024 par établissement (en millions EUR)	51

SOMMAIRE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 – Évolution et croissance des frais fixes et frais variables des établissements hospitaliers du secteur hospitalier	9
Graphique 2 – Taux de croissance annuel et taux de croissance moyen entre 2015 et 2019 des unités d'œuvre des 10 types d'entités fonctionnelles les plus coûteuses parmi les dépenses pour frais fixes et frais variables des établissements hospitaliers hors LNS et CRCC	26
Graphique 3 – Taux de croissance annuel et taux de croissance moyen entre 2015 et 2019 des différents types de prise en charge des établissements hospitaliers hors LNS et CRCC	27
Graphique 4 – Taux des séjours des hospitalisations aiguës complètes par classe d'âge et sexe en 2019 et 2020	36
Graphique 5 – Durée moyenne de séjour des hospitalisations aiguës complètes par classe d'âge et sexe en 2019 et 2020	36
Graphique 6 – Évolution journalière du nombre d'EF soins normaux et soins intensifs en 2019 pour les 4 centres hospitaliers	37
Graphique 7 – Taux des hospitalisations de jour aiguës, par classe d'âge et sexe en 2019 et en 2020 ...	38
Graphique 8 – Coût moyen journalier à charge de la CNS pour un séjour hospitalier par classe d'âge en 2019	38
Graphique 9 – Coût moyen journalier à charge de la CNS pour un séjour hospitalier avec salle OP facturée par classe d'âge en 2019	39
Graphique 10 – Pourcentage de la population protégée résidente et des frais hospitaliers par classe d'âge en 2019, ainsi que leur rapport (axe secondaire)	40
Graphique 11 – Évolution de la durée moyenne de séjour de 2010 à 2019 - standardisation selon patients hospitalisés en 2019	40
Graphique 12 – Évolution du nombre d'hospitalisations aiguës complètes	41
Graphique 13 – Répartition géographique de la population protégée résidente de l'assurance maladie-maternité par classe d'âge en 2019	44
Graphique 14 – Hôpital de prise en charge des séjours stationnaires par canton en 2019	45
Graphique 15 – Hôpital de prise en charge des passages ambulatoires par canton en 2019	46
Graphique 16 – Croissance annuelle du PIB (en volume) et de l'emploi	47
Graphique 17 – Croissance annuelle de l'emploi et des cotisations pour l'assurance maladie-maternité, prestations en nature, provenant des revenus des assurés actifs	48
Graphique 18 – Croissance annuelle du nombre de pensionnés et des cotisations pour l'assurance maladie-maternité, prestations en nature, provenant des pensions	48