



**Avant-projet de règlement grand-ducal précisant les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire.**

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

Notre Conseil d'Etat entendu ;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en conseil;

Arrêtons:

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

L'enveloppe budgétaire globale couvre également tous les autres engagements à charge de la Caisse nationale de santé en vertu de conventions ou d'accords conclus avec les groupements des hôpitaux ou les groupements professionnels des médecins possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif pour autant que sont concernées des dépenses du secteur hospitalier non incluses dans les actes et services visés à l'article 60, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

Les frais relatifs aux fournitures délivrées au secteur extrahospitalier, notamment les médicaments et les dispositifs médicaux pour le traitement de patients à domicile, sont exclus de l'enveloppe budgétaire globale.

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

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

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

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

**Art. 4.** Afin de permettre l'établissement du rapport d'analyse prévisionnel, la Caisse nationale de santé doit communiquer à l'Inspection générale de la sécurité sociale au plus tard pour le 15 juin de chaque année les données détaillant la variation effective des activités hospitalières au cours des trois années précédentes. L'Inspection générale de la sécurité sociale établit dans les années paires pour le 1<sup>er</sup> septembre au plus tard son rapport d'analyse prévisionnel incluant des propositions de taux de progression en considérant notamment les constats de la carte sanitaire, l'évolution de l'échelle mobile des salaires, le taux de croissance de l'économie nationale et les projets de développement des infrastructures prévues dans le plan hospitalier. Ce rapport peut être actualisé par l'Inspection générale de la sécurité sociale pour tenir compte de l'évolution des prévisions macroéconomiques retenues pour l'élaboration du projet de budget de l'Etat.

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

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

**Art. 7.** Notre Ministre de la Sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Mémorial.

### Exposé des motifs

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé prévoit parmi les mesures phares l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale, qui est sensée être un outil de pilotage en vue d'un meilleur contrôle de l'évolution financière du secteur hospitalier. Il est à préciser que cette enveloppe budgétaire globale inscrite à l'article 74 du Code de la sécurité sociale ne remplace pas les budgets individuels des établissements hospitaliers et ne change pas fondamentalement le mécanisme de budgétisation annuelle. Dans l'établissement des budgets, la Caisse nationale de santé et les hôpitaux, voire leurs groupements représentatifs, doivent, si possible de façon consensuelle et solidaire, respecter les limites posées par l'enveloppe.

La détermination de l'enveloppe budgétaire globale se déroule en deux étapes. Dans un premier temps, l'Inspection générale de la sécurité sociale établit un rapport d'analyse prévisionnel sur l'évolution des dépenses du secteur hospitalier pour les deux années à venir. Cette analyse doit intégrer, entre autres, des éléments liés aux besoins prévisibles de la population, à la pratique d'une médecine basée sur des preuves scientifiques, au progrès médical, au développement structurel et infrastructurel du secteur hospitalier et à la situation économique du pays. Ce rapport est soumis pour prise de position à la Caisse nationale de santé et à la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

Il appartient ensuite au Gouvernement de fixer la progression de l'enveloppe budgétaire globale et de déterminer ainsi un cadre pour l'évolution financière du secteur hospitalier. Cette décision est à considérer comme complémentaire aux décisions de politique de santé prises sur base de la loi hospitalière. En effet, le mécanisme de l'enveloppe budgétaire globale ne peut fonctionner que si la planification et l'organisation des activités hospitalières sont également revues.

Les conclusions du rapport d'analyse prévisionnel et la fixation de l'enveloppe budgétaire globale doivent guider les établissements hospitaliers dans l'exécution de leurs budgets spécifiques, ceci dans une logique d'optimisation de l'organisation hospitalière. En effet, le montant de l'enveloppe budgétaire globale ne peut pas être dépassé, la réserve pour imprévus instituée par le présent règlement en faisant partie intégrante. Complémentairement, une concertation voire une coordination devraient utilement se faire au niveau des groupements représentatifs des hôpitaux. Ceci rejoint l'un des objectifs de la réforme, à savoir la recherche de synergies et la coordination interhospitalière active. Les établissements hospitaliers devraient utiliser le mécanisme de l'enveloppe budgétaire globale pour accompagner leur volonté affichée de réforme du secteur hospitalier luxembourgeois, de recherche de synergies, de mutualisation des activités, de standardisation des équipements et des fonctionnements etc.

Dans les négociations entre les établissements hospitaliers et la Caisse nationale de santé, il s'agira alors de tenir compte des éléments précités et de convenir de budgets annuels spécifiques négociés désormais tous les deux ans et respectant les données cadres globales auxquelles l'évolution des dépenses du secteur hospitalier est soumise. En effet, il appartient aux hôpitaux d'organiser l'activité de leurs services de sorte à ce que le budget spécifique annuel de l'établissement hospitalier puisse être respecté. L'article 79 du Code de la sécurité sociale prévoit que le budget spécifique d'un hôpital ne peut être rectifié qu'en cas de modifications importantes et imprévisibles des

conditions de son établissement, une telle rectification devant s'effectuer dans le cadre de la réserve pour imprévus définie dans l'enveloppe budgétaire globale. La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé prévoit diverses mesures demandées par les hôpitaux, comme la clarification du statut du médecin hospitalier ou l'introduction de médecins coordinateurs, pour leur permettre une meilleure pilotabilité de leur activité en vue d'améliorer l'efficacité et la qualité de leur offre en services et spécialités médicales. De ce fait, les rectifications des budgets hospitaliers devraient se limiter à des facteurs objectifs d'évolution de la demande et exclure les dépassements liés à une simple augmentation de l'offre.

L'enveloppe budgétaire globale couvre non seulement l'ensemble des dépenses des établissements hospitaliers opposables à la Caisse nationale de santé, mais également toute autre dépense à charge de la Caisse nationale de santé en vertu de conventions ou d'accords conclus avec les groupements représentatifs des hôpitaux et des médecins pour autant qu'il s'agisse de prestations dans l'intérêt des hôpitaux non inscrites dans la nomenclature des médecins telles que p.ex. les indemnités des médecins coordinateurs ou pour services de garde et d'urgence. Une partie de l'enveloppe budgétaire globale sera destinée aux primes annuelles versées aux hôpitaux ayant atteint certains critères de qualité et de performance. A noter que la loi prévoit la possibilité de définir des limites plus spécifiques pour certains éléments budgétaires à travers l'introduction de forfaits. Ainsi, le présent règlement grand-ducal précise pour quels types de frais des forfaits peuvent être définis. Il convient de préciser que l'enveloppe budgétaire globale ne concerne que les frais hospitaliers pris en charge par la Caisse nationale de santé et n'inclut donc pas les amortissements des investissements mobiliers et immobiliers financés par les pouvoirs publics.

Le nouvel article 74 du Code de la sécurité sociale prévoit encore certains autres changements au niveau de l'établissement des budgets hospitaliers, tels que la débudgétisation de l'activité extrahospitalière des laboratoires hospitaliers ou la prise en compte de l'organisation nationale d'activités administratives, logistiques et auxiliaires médicales. En outre le mécanisme de la budgétisation est complété par l'introduction d'une comptabilité analytique uniforme et la fixation de délais contraignants pour l'établissement des décomptes.

Par dérogation au nouvel article 74 du Code de la sécurité sociale, qui prévoit que le Gouvernement fixe dans les années paires le montant de l'enveloppe budgétaire globale pour les deux années à venir et que partant ce montant sera fixé à partir de l'année 2012 par règlement grand-ducal, l'article 6 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé détermine le montant de l'enveloppe budgétaire globale pour les exercices 2011 et 2012 en disposant que la progression annuelle de l'enveloppe budgétaire globale pour ces deux années par rapport à l'année 2010 est fixée à trois pour cent avec prise en compte de l'index. Le présent projet de règlement grand-ducal a été transmis pour information à la Caisse nationale de santé, qui doit déterminer le montant à retenir pour l'exercice 2010 devant permettre à son comité directeur de fixer le montant de l'enveloppe budgétaire globale pour les années 2011 et 2012.

## Commentaire des articles

### Article 1

Cet article définit le champ d'application de l'enveloppe budgétaire globale, qui est défini de façon extensive en englobant l'ensemble des dépenses engagées de façon directe ou indirecte par la Caisse nationale de santé pour le secteur hospitalier. L'enveloppe budgétaire globale couvre également les montants visés à l'article 74, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale, dont les participations des assurés, puisqu'il s'agit de montants opposables à la Caisse nationale de santé. Elle couvre aussi les projets hospitaliers communs prévus par l'article 12 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers tels que les centres de compétences ou la mutualisation d'activités hospitalières.

L'enveloppe budgétaire globale couvre également les dépenses à charge de la Caisse nationale de santé en vertu de conventions ou d'accords conclus avec les groupements représentatifs des hôpitaux et des médecins pour autant qu'il s'agisse de prestations dans l'intérêt des hôpitaux non inscrites dans la nomenclature des médecins telles que p.ex. les indemnités des médecins coordinateurs ou pour services de garde et d'urgence.

Conformément à l'article 74, alinéa 8 du Code de la sécurité sociale, les frais relatifs à l'activité ambulatoire des laboratoires hospitaliers facturée suivant la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales sont exclus de l'enveloppe budgétaire globale. L'alinéa 3 de l'article commenté prévoit que les frais relatifs aux fournitures délivrées au secteur extrahospitalier sont également exclus de l'enveloppe budgétaire globale.

### Article 2

Cet article reprend les éléments déterminants des budgets spécifiques des établissements hospitaliers. Parmi ceux-ci, les dotations en personnel de soins et les frais de consommation (médicaments, implants) jouent un rôle primordial et constituent des éléments spécifiques aux établissements. Pour les autres frais des entités fonctionnelles, l'article 2 laisse le choix entre des éléments arrêtés de manière individuelle et des éléments forfaitaires. Par contre, les frais des centres de frais auxiliaires, à l'exception des frais d'amortissement et des frais financiers, ne sont pris en charge que par l'intermédiaire de forfaits. Ceci permet une gestion plus flexible aux administrations des établissements et favorise la mise en commun d'activités administratives (facturation, informatique) et logistiques (cuisine, buanderie, nettoyage). Tous les forfaits sont déterminés dans le cadre conventionnel qui lie la Caisse nationale de santé et les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif.

### Articles 3 et 4

Ces articles précisent les dispositions de la loi quant à la procédure d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale. Ils fixent les délais à respecter par la Caisse nationale de santé et l'Inspection générale de la sécurité sociale compte tenu des délais fixés à l'article 77, alinéa 2 et à l'article 74, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale. Ainsi ces articles prévoient que la procédure doit se dérouler les années paires entre le 1er juillet,

date pour laquelle les établissements hospitaliers doivent remettre leur demande de budget à la Caisse nationale de santé et le 1er octobre, date pour laquelle le gouvernement doit fixer le montant de l'enveloppe budgétaire globale. La procédure décrite aux articles sous examen débutera en 2012 pour les exercices 2013 et 2014, l'article 6 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé prévoyant des dispositions spécifiques pour les exercices 2011 et 2012.

Si l'article 3 prévoit que le rapport d'analyse prévisionnel de l'Inspection générale de la sécurité sociale peut être actualisé pour tenir compte de l'évolution des prévisions macroéconomiques retenues pour l'élaboration du projet de budget de l'Etat, c'est parce que ce rapport doit être établi pour le 1<sup>er</sup> septembre au plus tard au vu des échéances susmentionnées, mais qu'à cette date certaines prévisions macroéconomiques ne sont pas encore disponibles. En effet, conformément au calendrier du semestre européen, qui est un cycle de coordination ex ante des politiques économiques et budgétaires des Etats membres de l'Union européenne, la mise à jour des prévisions macroéconomiques est à faire aux mois de septembre et octobre.

#### **Articles 5 et 6**

L'article 5 définit une réserve à déterminer dans l'enveloppe globale et destinée à amortir les variations non prévisibles dans la demande en soins hospitaliers ainsi que les difficultés d'application de l'enveloppe globale, surtout au cours des premières années. A noter que la première enveloppe budgétaire globale, qui a trait aux exercices 2011 et 2012 et à partir de laquelle seront fixées les enveloppes budgétaires globales subséquentes, est déterminée conformément à l'article 6 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé.

L'article 6 prévoit que le recours à la réserve doit se limiter aux finalités prévues à l'article 79 du Code de la sécurité sociale.