



CHAMBRE DES SALARIES
LUXEMBOURG

22 juin 2011

AVIS I/40/2011

relatif à l'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

..... AVIS

Par lettre du 22 juin 2011, réf. : 21062011-YAT8-FN-6L, Monsieur Mars Di Bartolomeo, ministre de la Sécurité sociale, a soumis le projet de règlement grand-ducal sous rubrique à l'avis de la Chambre des salariés.

1. Cadre légal

1.1. Principe de l'enveloppe budgétaire

1. L'article 74, alinéa 1er CSS dispose que, sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS), la Caisse nationale de la santé (CNS) et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandées en leur avis, le gouvernement fixe dans les années paires, au 1er octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir.

2. Une disposition dérogatoire de 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 (article 6), fixe la progression annuelle, au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948, de l'enveloppe budgétaire globale pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012 par rapport à l'année 2010 à 3%. La référence à l'indice a été introduite suite aux avis de différentes institutions, dont la Chambre des salariés, et au rapport de la Commission de la santé et de la sécurité sociale de la Chambre des députés. Le projet de loi initial prévoyait une augmentation de 3%, sans préciser s'il s'agissait d'une augmentation indiciaire ou extra-indiciaire.

1.2. But de l'enveloppe

3. L'enveloppe budgétaire globale a été introduite dans le but de mettre en place un mécanisme de planification financière au niveau national visant à cadrer le mécanisme de budgétisation des établissements hospitaliers sur base de leurs activités spécifiques.

4. D'après l'argumentation du Gouvernement, jusqu'à la réforme introduite par la loi du 17 décembre 2010, le pilotage du secteur hospitalier se faisait quasi exclusivement à travers le plan hospitalier et la Commission permanente pour le secteur hospitalier. Aucun pilotage financier global n'était possible, notamment dû à l'augmentation des besoins ou au progrès technologique, mais aussi à un élargissement permanent de l'offre : construction de nouveaux hôpitaux, création de services, nombre de médecin agréés dans les hôpitaux, pratiques de prescriptions, etc.

5. La CSL rappelle toutefois qu'une planification a également existé avant l'entrée en vigueur de la réforme citée ci-dessus. En effet, la convention négociée entre l'Union des caisses de maladie et l'Entente des hôpitaux luxembourgeois a réglé depuis 1995 le financement des établissements hospitaliers par budgétisation prévisionnelle et flexible.

La convention règle la prise en charge des prestations hospitalières tandis que les investissements immobiliers sont financés par l'Etat à travers le Fonds des investissements hospitaliers

6. Le cadrage financier imposé au secteur hospitalier dans sa globalité a pour but d'engendrer l'obligation d'une recherche d'efficacité et de synergies au sein des hôpitaux mais aussi entre les différents hôpitaux, qui ne peuvent plus se contenter d'une stratégie isolationniste, mais doivent s'intégrer dans une approche nationale de l'organisation des services hospitaliers.

7. En outre, l'enveloppe budgétaire globale, plus stricte à appliquer que la budgétisation actuelle, 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.

8. Le mécanisme d'enveloppe budgétaire globale se veut complémentaire au pilotage et à la planification de l'offre et de la politique d'investissement, qu'il vise en effet à soutenir.

D'après le Gouvernement, l'introduction de filières de soins intégrées ou de centres de compétences, la recherche active de synergies et de collaborations, la mise en réseau avec les soins extrahospitaliers ou encore la mise en œuvre d'une stratégie de partage de données sont seulement possibles si le pilotage financier est également coordonné à un niveau national.

9. L'enveloppe globale vise donc une meilleure planification financière, mais aussi une limitation de la progression des dépenses. Ainsi, l'exposé des motifs du projet de loi portant réforme du système de soins de santé notait que l'introduction d'une enveloppe budgétaire hospitalière globale vise à ramener le taux de croissance du secteur hospitalier de +/-6% à 3% et devra représenter une économie d'au moins 10 millions d'euros par rapport à l'évolution à législation constante.

10. Force est cependant de constater que cette réduction de 50% du taux de croissance ne sera pas réalisée. La progression moyenne de 6% est effectivement une progression nominale. La progression maximale prévue de 3% est réelle et il faut y ajouter la progression de l'échelle mobile des salaires. En effet, initialement, le Gouvernement visait une limitation nominale de la progression des coûts de 3%. Toutefois, suite aux amendements parlementaires, le texte de loi précise que les 3% (en moyenne annuelle sur la période 2011 et 2012) sont à l'indice 100.

En incluant donc l'évolution indiciaire prévue pour 2011 et 2012, on arrive à un taux de progression annuel moyen de 6,25%, en accord avec la tendance constatée pendant les années précédentes. En effet sur la période 1997-2010, la progression moyenne a été de 7,2% l'an. Sur la période 2004-2009, la progression n'a été que de 5,7%, ceci après provisions.

11. La CSL, qui ne plaide pas en faveur d'une réduction de la prise en charge des dépenses en matière de santé, se permet de poser la question de l'utilité de l'enveloppe budgétaire globale. La pratique de la budgétisation appliquée jusqu'à présent accompagnée d'une meilleure planification hospitalière n'atteindrait-elle pas le même objectif?

L'introduction d'une enveloppe budgétaire globale risque d'engendrer un autre mode de fonctionnement dans les hôpitaux, à savoir une concentration des efforts autour d'une activité maximale dans le but d'éviter toute réduction des fonds destinés au financement du personnel et du matériel, mis à disposition par la CNS.

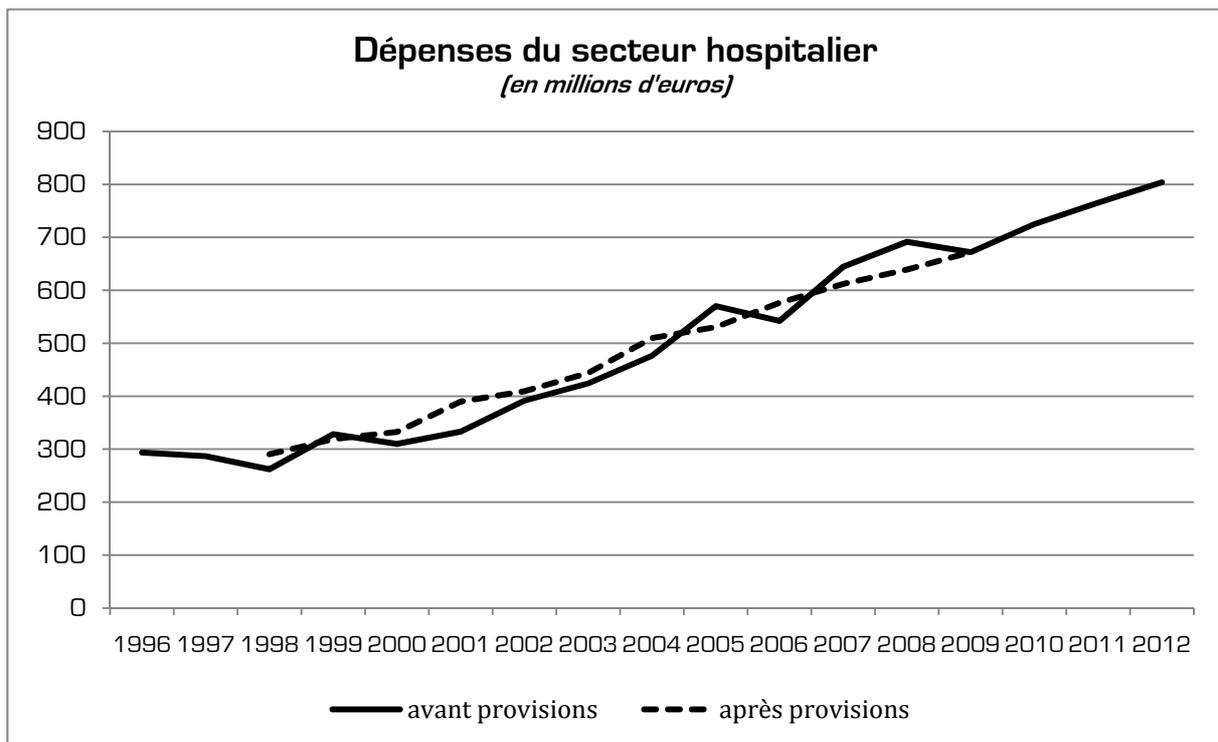
Ceci risque de mener à une concurrence accrue entre hôpitaux qui poursuivraient le seul objectif de s'assurer la plus grande part de marché possible. Une collaboration entre hôpitaux revêt visiblement dès lors un caractère exceptionnel, reléguant à l'arrière-plan les réflexions sur la complémentarité, lesquelles serviraient les intérêts des patients et permettraient une meilleure organisation des services.

12. Le danger d'une médecine à deux vitesses est également favorisé par l'introduction de ce mode de financement. En effet, les hôpitaux pourraient chercher à augmenter leurs recettes en se concentrant sur les prestations non opposables à la CNS, à savoir les prestations rendues à des personnes protégées à titre de convenance personnelle ou l'hospitalisation 1^{ère} classe au détriment des prestations opposables.

13. Notre chambre rappelle d'ailleurs que, dans son avis du 25 novembre 2010 relatif au projet de loi portant réforme du système de soins de santé, elle avait exprimé « de sérieux doutes en ce qui concerne la limitation des dépenses du secteur hospitalier alors que, hormis l'absence d'un plan hospitalier adapté qui devrait faire partie intégrante du présent projet de loi, les infrastructures hospitalières existantes ainsi que l'équipement et l'appareillage nouvellement acquis n'ont, pour la plupart, pas encore été amortis de sorte qu'il est illusoire de prévoir une réorganisation ou une synergie de l'offre des prestations à court et à moyen terme. »

14. Le développement démographique, le progrès technique en médecine et l'art de prodiguer les soins de façon moderne entraînent une augmentation inéluctable des besoins financiers pour les soins de santé. Il paraît donc tout à fait normal que dans les pays à haut niveau économique et social, la progression des dépenses de santé soit proportionnellement supérieure à celle du produit intérieur brut.

Si l'objectif d'un système de santé doit être le maintien, voire l'amélioration de la qualité des soins de santé, la question se pose si cela est compatible avec la limitation des dépenses à travers la tentative de synergies et/ou de restructurations du secteur hospitalier.



IGSS/CNS Prévisions pour 2011 et 2012

1.3. Evolution de l'enveloppe globale

15. Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et en tenant compte de la croissance économique du pays. L'enveloppe budgétaire globale et les budgets spécifiques des hôpitaux tiendront compte des dispositions du plan hospitalier, des spécificités des services spécialisés et nationaux et des centres de compétences, ainsi que des obligations découlant de la participation au service médical d'urgence.

1.4. Dépenses couvertes par l'enveloppe globale

16. La Caisse nationale de santé prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque hôpital visé à l'article 60, alinéa 2 CSS¹ sur base de son activité prévisible pour deux exercices à venir. Sont opposables à la Caisse nationale de santé les coûts convenus entre la Caisse nationale de santé et l'hôpital des activités dûment autorisées en application de la législation hospitalière. Les budgets comprennent l'amortissement des investissements mobiliers et immobiliers dans la mesure où ils sont conformes au plan hospitalier et n'ont pas été financés par les pouvoirs publics. Dans la mesure où l'investissement est soumis à une autorisation préalable en vertu d'une disposition légale ou réglementaire, l'amortissement n'est opposable que si cette autorisation a été accordée.

17. La Chambre des salariés demande comment se situent les centres de compétences, introduits par la loi du 17 décembre 2010 dans la législation hospitalière de 1998² dans le cadre du financement des établissements hospitaliers.

Elle observe que le règlement grand-ducal précisant les modalités et les détails de la procédure à suivre pour l'obtention, la prolongation et le retrait de l'autorisation d'un centre de compétences fait toujours défaut.

2. Projet de règlement grand-ducal

2.1. Objet du projet de règlement grand-ducal

18. Le projet de règlement grand-ducal sous avis énonce en premier lieu les dépenses des établissements hospitaliers couvertes par l'enveloppe budgétaire. Ensuite, il précise la manière dont sont établis les différents frais. D'autre part, le projet de règlement grand-ducal fixe le calendrier d'après lequel les différents acteurs (CNS, IGSS, établissements hospitaliers) doivent communiquer leurs données et établir leurs rapports en vue de la fixation de l'enveloppe budgétaire.

Finalement, le projet prévoit une réserve pour imprévus faisant partie de l'enveloppe budgétaire globale, et qui sert à effectuer des rectifications des budgets spécifiques des établissements hospitaliers avant la date limite de l'arrêt des décomptes définitifs [12 mois après la fin de l'exercice].

2.2. Frais couverts

19. Le projet de règlement grand-ducal précise les frais couverts par l'enveloppe globale. Il s'agit des

- frais de personnel ;
- frais de consommation ;
- frais pour immeubles et équipements ;
- frais de gestion ;
- frais financiers ;
- frais d'amortissement.

¹ Sont considérées comme prestations du secteur hospitalier toutes les prestations en nature dispensées à des assurés traités dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé ou un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie au sens de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

² «Art. 26bis. Un «centre de compétences» ... est une entité organisationnelle qui rassemble à l'intérieur d'un ou plusieurs établissements hospitaliers des ressources d'un ou plusieurs services assurant une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie ou un groupe de pathologies.... »

Les frais relatifs à des infrastructures et services communs sont à intégrer dans les autres frais s'ils sont nécessaires à l'activité opposable des établissements hospitaliers.

L'enveloppe couvre également tous les engagements à charge de la CNS en vertu de conventions et d'accords pour autant que sont concernées des dépenses du secteur hospitalier non incluses dans les actes et services des médecins et médecins-dentistes prestés dans le secteur hospitalier (art. 60, alinéa 3 CSS).

Elle ne couvre pas les frais relatifs aux fournitures délivrées au secteur extra-hospitalier, comme les médicaments et dispositifs médicaux pour le traitement de patients à domicile.

2.3. Modalités de calcul des frais

20. La dotation en personnel de soins et les frais de consommation prévisibles sont déterminés par le niveau des activités par entité fonctionnelle.

Le terme "entité fonctionnelle" désigne une section de frais de l'hôpital qui facture des prestations à la CNS. Il s'agit par exemple de l'hospitalisation - soins normaux, de l'hospitalisation - soins intensifs, des salles opératoires et salles de réveil, des salles d'accouchement, de l'IRM, de la radiothérapie, de la policlinique et autres unités médico-techniques.

21. 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 CNS et les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif.

22. Les frais de consommation sont fixés par unité d'œuvre. Le terme "unités d'œuvre" désigne les prestations d'une entité fonctionnelle. Cela peut être un passage en salle d'accouchement ou la présence à minuit ou l'entrée/sortie le même jour d'un patient en cas d'hospitalisation, ou encore une séance de radiothérapie.

23. D'après l'article 3 du projet de règlement grand-ducal, 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.

24. La CSL se pose la question si la dotation de personnel est toujours calculée d'après le modèle PRN, qui évalue le volume de travail à 100 % alors qu'une dotation en personnel de seulement 82 % est accordée. Cela signifie que pour une prestation et une qualité requises à 100%, seulement 82 % de personnel est mis à disposition.

Ce calcul correspond à une moyenne annuelle. Or, le travail dans les services des hôpitaux n'est pas étalé de manière uniforme sur l'ensemble de l'année. Il apparaît donc rapidement que la moindre augmentation de l'activité normale par rapport à la moyenne calculée vient encore accentuer le problème du manque ponctuel de personnel et que les patients sont privés d'une partie toujours plus importante des soins et des services auxquels ils ont droit.

25. D'autre part, si la dotation en nombre de personnel est citée, il n'est pas fait référence à la rémunération du personnel. La loi du 17 décembre 2010 ne contient pas non plus des dispositions sur la prise en compte des rémunérations.

26. Notre chambre demande donc que le projet de règlement grand-ducal apporte des précisions quant aux éléments qui sont compris dans le taux de progression des rémunérations, à savoir les progressions liées à la convention collective de travail et les évolutions des carrières. Il faudrait en outre laisser une marge de manœuvre si les négociations collectives n'ont pas encore abouti. Le secteur hospitalier est un secteur à forte composante de main d'œuvre, ce qui fait qu'une grande partie du budget est absorbée par les salaires et traitements du personnel. Ainsi, l'échéance d'une tranche indiciaire et les augmentations conventionnelles des salaires représentent déjà une augmentation des salaires de 3%. Par conséquent, l'évolution de l'enveloppe budgétaire permettrait à peine de couvrir ces frais salariaux, mettant en cause l'amélioration des infrastructures, l'acquisition de nouveaux appareillages ou encore l'adaptation des hôpitaux aux progrès médicaux.

En effet, le financement de la plupart des équipements hospitaliers relève de la Convention entre la CNS et l'Entente des hôpitaux luxembourgeois. Seules les infrastructures immobilières sont financées par l'Etat au moyen du Fonds d'investissements hospitaliers.

27. Notre chambre ne peut en aucun cas accepter une ingérence du Gouvernement dans l'autonomie contractuelle des partenaires sociaux en matière de négociations collectives. L'enveloppe budgétaire globale devra obligatoirement tenir compte des résultats de ces négociations. La responsabilité du Gouvernement est entière et il ne pourra pas se retrancher derrière l'IGSS, qui est instituée au sein de l'administration gouvernementale et placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale (art. 422 CSS).

28. Etant donné que la loi fixe uniquement le principe général de l'enveloppe budgétaire globale, il revient au règlement grand-ducal d'arrêter les dépenses couvertes par l'enveloppe. La Chambre des salariés demande d'insérer entre les 1er et 2e alinéas de l'article 1er du projet de règlement grand-ducal le texte suivant :

« Les dépenses de personnel sont chiffrées sur base des salaires, traitements et suppléments de salaire suivant les dispositions de la convention collective de travail des salariés occupés dans les établissements hospitaliers luxembourgeois.

Les dispositions particulières ayant une incidence sur le calcul des dépenses en personnel et découlant de conventions collectives de travail en vigueur ou d'engagements individuels, sont intégrées dans le calcul des dépenses.

Sont également prises en considération toutes les autres mesures spécifiques ou générales concernant les rémunérations, les conditions de travail, les avantages sociaux que l'établissement accorde à ses salariés.

Le calcul des dépenses couvertes par l'enveloppe se fait sur la base du rapport de l'IGSS prévu à l'article 5, qui tiendra compte non seulement des dispositions en vigueur de la convention collective de travail des salariés occupés dans les établissements hospitaliers luxembourgeois, mais également, le cas échéant, d'une prévision du résultat des négociations en cours. »

29. Les actes médicaux ne sont pas intégrés dans l'enveloppe budgétaire globale. Ils continuent à être pris en charge par la voie des conventions négociées entre la CNS et les prestataires de soins.

La CSL rappelle à ce sujet que l'activité des médecins agréés à l'hôpital échappe à toute planification de l'activité des services. Or, un accroissement des prestations des médecins agréés entraîne également une augmentation d'autres dépenses qui, elles, sont incluses dans l'enveloppe budgétaire.

D'après le commentaire des articles du projet de loi portant réforme du système de soins de santé, devenu loi du 17 décembre 2010, l'inclusion des actes médicaux aurait toutefois été sérieusement

étudiée et elle représenterait des atouts intéressants, tels qu'un pilotage financier global de l'activité hospitalière et une transparence accrue.

Néanmoins, elle semble être difficilement intégrable dans un système de médecine libérale qui reste la règle au Luxembourg. En outre, les objectifs visés peuvent être atteints par l'obligation de la documentation ou surtout l'introduction d'un numerus clausus du nombre de médecins intégrés dans les établissements hospitaliers.

30. D'après le commentaire des articles du projet de loi, une combinaison effective des frais directement liés à l'acte médical et des frais hospitaliers est idéalement réalisable dans le cadre d'une prise en charge forfaitaire globale, tels les systèmes de DRG (Diagnosis related groups) introduits sous diverses formes dans presque tous les systèmes de santé avancés.

Une telle réforme ne serait pas à l'ordre du jour et comporterait des risques d'application et des difficultés d'implémentation pour un petit pays. La présente réforme crée néanmoins les prérequis pour un tel éventuel prochain pas.

31. La Chambre des salariés note en effet que l'article 2 du projet de règlement grand-ducal sous avis prévoit la détermination de forfaits pour les frais autres que les frais de personnel de soins et les frais de consommation. Ainsi, les frais des entités fonctionnelles et des centres de frais auxiliaires, à l'exception des frais d'amortissement et des frais financiers, sont ou peuvent être pris en charge suivant des forfaits à déterminer de commun accord par la CNS et les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif.

Il est fait une distinction 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.

32. Notre chambre rappelle qu'au vu des inconvénients qui sont cités dans le contexte de l'introduction des DRG, (prise en charge des soins accordés aux patients souffrant d'une multitude de pathologies, surcroît de travail administratif au détriment des soins aux patients) et en l'absence d'une analyse approfondie et comparative des avantages et des désavantages d'un tel système codifié, elle ne saura donner son accord à un tel système de rémunération forfaitaire alors qu'il ne met plus le patient au centre des préoccupations mais bien le coût financier de la prestation.

Ainsi, l'hôpital pourrait avoir tendance à privilégier les actes médicaux standardisés par rapport à des traitements nécessitant beaucoup d'analyses et de temps. Comme le montrent les expériences à l'étranger, l'introduction de forfaits n'équivaut pas à un ralentissement des dépenses. Au contraire, le fait que les hôpitaux se spécialiseront dans des opérations standardisées peut aussi signifier que de tels actes sont accomplis de manière excessive sans qu'il existe vraiment une nécessité. Le concept de « l'utile et du nécessaire » serait abandonné.

33. Par ailleurs, le règlement grand-ducal est imprécis au sujet de la définition et du calcul de ces forfaits en question. Ainsi, il ne décrit nullement l'évolution des financements proposés. Aucune référence n'est faite à l'adaptation annuelle du forfait aux salaires et conditions de travail du personnel occupé dans les services concernés.

34. La question se pose si ce nouveau type de financement permet le maintien et la garantie des conditions de travail et de salaire telles qu'elles sont définies dans la convention collective de travail des salariés occupés dans les établissements hospitaliers luxembourgeois. Qui plus

est, un financement forfaitaire ne tient pas compte de la disparité entre les services, voire entre les différents hôpitaux en matière de politique du personnel. L'engagement de personnel qualifié et/ou ayant une ancienneté de service élevée serait rendu difficile à l'avenir.

Le nouveau mode de financement proposé risque donc d'être une tentative de limiter les coûts globaux dans le secteur des soins de santé au détriment de la qualité des prestations.

35. Tout comme en matière de financement par enveloppe budgétaire globale, le financement par forfaits comporte le risque du développement d'une médecine à deux vitesses, du fait que l'hôpital pourrait privilégier les prestations lucratives non opposables au détriment des prestations intensives en main-d'œuvre opposables.

2.4. Procédure et échéancier

36. Annuellement, avant le 1er avril, l'IGSS élabore une circulaire servant aux hôpitaux pour l'établissement de leurs budgets et comprenant l'estimation de l'évolution prévisible des facteurs économiques exogènes intervenant dans l'établissement des budgets.

Pour le 15 juin de chaque année, la CNS doit communiquer à l'IGSS les données détaillant la variation effective des activités hospitalières au cours des trois années précédentes.

Chaque établissement hospitalier soumet son budget pour les deux exercices à venir au plus tard le 1er juillet à la CNS.

Dans les années paires, la CNS dresse pour le 15 juillet au plus tard un tableau synthétique des demandes de budgets spécifiques et des activités prévisionnelles des établissements hospitaliers.

Dans les années paires, l'IGSS établit pour le 1er 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'IGSS pour tenir compte de l'évolution des prévisions macroéconomiques retenus pour l'élaboration du projet de budget de l'Etat.

La loi dispose que le gouvernement fixe dans les années paires, au 1er octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir.

Sur base de l'enveloppe globale, la CNS conclut dans les années paires pour le 31 décembre au plus tard avec les établissements hospitaliers les budgets spécifiques pour les deux années à venir.

37. La Chambre des salariés constate que ce calendrier peut dans certains cas être très serré. En effet, 6 semaines pendant l'été suffisent-elles pour établir des prévisions prenant en compte des facteurs très divers ? Il ne s'agit en effet pas seulement de faire des estimations sur le taux de progression de l'échelle mobile ou de la croissance de l'économie nationale, mais de considérer les constats de la carte sanitaire, qui sont d'ailleurs nombreux.

38. A ce sujet, notre chambre demande d'ailleurs une adaptation beaucoup plus régulière de la carte sanitaire. La dernière version pouvant être consultée sur le site Internet du ministère de la Santé est celle relative à la période 1998-2005.

39. En outre, le plan hospitalier ne devrait-il pas servir davantage d'instrument de planification ? La fixation d'une enveloppe budgétaire globale n'est-elle pas une solution de facilité esquivant des décisions politiquement peu gratifiantes ?

40. Le calendrier tel qu'il résulte du Code de la sécurité sociale et du projet de règlement grand-ducal se situe dans le cadre du semestre européen. Or, la CSL a déjà critiqué que le semestre européen, impliquant l'avancement au mois d'avril des programmes de stabilité des États membres génère le risque d'une incertitude accrue en ce qui concerne la préparation des décisions macroéconomiques.

41. C'est pourquoi notre chambre insiste sur le fait que les rapports de l'IGSS ne peuvent être que des outils guidant le Gouvernement dans sa décision. L'IGSS, qui fait partie de l'administration de l'Etat, a e.a. la mission de préparer des projets concernant la programmation sociale, à moyen ou à long terme, suivant les lignes de conduite à définir par le Gouvernement (art. 423, point 5) CSS). La fixation de l'enveloppe budgétaire est de la responsabilité du Gouvernement.

2.5. Budgets des hôpitaux et réserve pour imprévus

42. Le projet de règlement grand-ducal définit également une réserve pour imprévus à déterminer dans l'enveloppe globale et qui est destinée à amortir les variations non prévisibles dans la demande en soins hospitaliers ainsi que les difficultés d'application de l'enveloppe globale.

Cette réserve pour imprévus correspond au maximum à 2% de l'enveloppe globale et elle en fait partie.

Après déduction de cette réserve, la CNS conclut dans les années paires pour le 31 décembre au plus tard avec les établissements hospitaliers les budgets spécifiques pour les deux années à venir.

43. La CSL estime que ces dispositions sont insuffisantes pour parer à des dépassements budgétaires difficilement prévisibles comme des pandémies, des nouvelles thérapies ou une augmentation des prescriptions par les médecins.

Dans le cas d'une sévère épidémie due par exemple à une infection à E. coli entéro-hémorragique (EHEC), analogue à celle qui sévissait en Allemagne au printemps 2011 ou d'une pandémie nécessitant le traitement d'urgence de centaines de patients, cette réserve risque fort de ne pas être suffisante.

44. En outre, le projet de règlement grand-ducal limite d'une manière très stricte la possibilité de budgets spécifiques rectifiés prévus par le premier alinéa de l'article 79 CSS qui prévoit une telle rectification, à la demande de l'hôpital ou de la Caisse nationale de santé, compte tenu de l'évolution réelle des facteurs économiques exogènes et en cas de modifications importantes et imprévisibles des conditions de l'établissement du budget.

En effet, le projet de règlement grand-ducal dispose que les rectifications doivent s'effectuer dans la limite fixée par l'enveloppe budgétaire globale. Avec une enveloppe globale prévue de 765 millions d'euros pour 2011, ceci laisse une réserve de 15,3 millions d'euros pour les 13 établissements budgétisés. Au regard des budgets des deux centres hospitaliers les plus importants (CHL et CHEM), qui disposent chacun de quelque 170 millions d'euros, la marge de manœuvre fournie par la réserve est très étroite.

Au vu de ce qui précède, la question se pose si la possibilité d'une rectification de budget ne devrait pas être étendue à l'enveloppe budgétaire globale, au lieu d'être limitée aux budgets spécifiques des établissements hospitaliers.

45. Notre chambre voit également le danger de conflits plus importants entre la CNS et les établissements hospitaliers qui devront être portés devant la commission des budgets

hospitaliers, avec le risque d'une paralysie du secteur hospitalier. Vu que l'enveloppe budgétaire s'applique à la totalité des établissements hospitaliers, que se passera-t-il si certains hôpitaux font face à un dépassement de leur budget ? Les autres établissements devront-ils freiner leurs dépenses ?

Pour ce qui est de la commission des budgets hospitaliers, celle-ci a une mission de conciliation en cas de litige et dispose en même temps d'un pouvoir décisionnel, ce qui risque de mener à des conflits d'intérêts. La composition de la commission (deux représentants de la CNS et deux représentants des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné) ne garantit pas nécessairement sa neutralité, qui pourrait cependant être essentielle pour la conciliation du litige et pour la décision.

46. Finalement, la Chambre des salariés se demande si le projet de règlement grand-ducal, en imposant des limitations supplémentaires que la loi elle-même ne prévoit pas, ne viole pas le principe de la hiérarchie des normes. En effet, l'article 79 CSS traite des budgets rectifiés sans prévoir de limitation. C'est seulement l'article 6 du projet de règlement grand-ducal sous avis qui dispose que les rectifications des budgets doivent s'effectuer dans la limite de l'enveloppe budgétaire globale.

* * *

47. Pour conclure, la Chambre des salariés ne peut donner son accord au projet de règlement grand-ducal, tel qu'il lui est soumis. Le texte se borne en effet à définir de manière très générale les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques, sans même traiter des interactions entre les deux budgétisations.

Par ailleurs, la prise en compte des frais de personnel n'est réglée que de manière très sommaire et le risque d'une ingérence des pouvoirs publics dans l'autonomie contractuelle des partenaires sociaux n'est pas à exclure.

La CSL note que le projet de règlement grand-ducal ne contient pas de dispositions sur la qualité des soins. Bien que le projet prévoie que, pour les budgets spécifiques des hôpitaux, 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, la philosophie de la réglementation prévue en matière de budgétisation est essentiellement celle d'un freinage de la participation de l'Etat au financement des hôpitaux.

Luxembourg, le 20 juillet 2011

Pour la Chambre des salariés,

La direction



René PIZZAFERRI



Norbert TREMUTH

Le président



Jean-Claude REDING

L'avis a été adopté à l'unanimité.