

PARLEMENT
DE LA
COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Session 2016-2017

13 JUILLET 2017

PROJET DE DÉCRET

RELATIF AU PRIX D'HÉBERGEMENT ET AU FINANCEMENT DE CERTAINS
APPAREILLAGES DES SERVICES MÉDICO-TECHNIQUES LOURDS EN HÔPITAL
UNIVERSITAIRE(1)

RAPPORT DE COMMISSION

PRÉSENTÉ AU NOM DE LA COMMISSION DES RELATIONS
INTERNATIONALES ET DES QUESTIONS EUROPÉENNES, DES
AFFAIRES GÉNÉRALES, DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES, DES
PROFESSIONS DES SOINS DE SANTÉ ET DU RÈGLEMENT, DE
L'INFORMATIQUE, DU CONTRÔLE DES COMMUNICATIONS DES
MEMBRES DU GOUVERNEMENT ET DES DÉPENSES ÉLECTORALES

PAR M. EDDY FONTAINE.

(1) Voir Doc. n°495 (2016-2017) n°1 et 2.

TABLE DES MATIÈRES

RAPPORT	3
1 Exposé introductif de M. le Ministre-Président	3
2 Discussion générale	5
3 Examen des articles	8
4 Vote	10
 TEXTE ADOPTÉ PAR LA COMMISSION	 11
CHAPITRE I Disposition générale et définitions	11
CHAPITRE II Prix d'hébergement	11
SECTION I Éléments constitutifs du prix d'hébergement	11
SECTION II Principes du juste prix à la construction	11
SECTION III Calcul du prix d'hébergement annuel de l'hôpital	12
SOUS-SECTION I Prix à la construction	12
SOUS-SECTION II Prix pour les remplacements	12
SOUS-SECTION III Prix du matériel et des équipements	12
SOUS-SECTION IV Prix de l'entretien	13
SOUS-SECTION V Frais lié au financement	13
SECTION IV Capacité de facturation	13
CHAPITRE III Appareillages des services médico-techniques lourds	13
CHAPITRE IV Obligations	13
CHAPITRE V Dispositions transitoires	14
CHAPITRE VI Dispositions finales	14

RAPPORT

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission des Relations internationales et des Questions européennes, des Affaires générales, des Hôpitaux universitaires, des Professions des soins de santé et du Règlement, de l'Informatique, du Contrôle des communications des membres du Gouvernement et des Dépenses électorales a examiné au cours de sa réunion du 13 juillet 2017⁽²⁾, le projet de décret relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpital universitaire.

1 Exposé introductif de M. le Ministre-Président

M. le ministre-président rappelle que depuis le début de cette législature, il a déjà eu l'occasion de vous présenter à plusieurs reprises des textes relatifs aux hôpitaux universitaires.

Comme les commissaires le savent, à la suite de la sixième réforme de l'État, la compétence relative au financement des leurs infrastructures a été transférée à la Fédération Wallonie-Bruxelles, à partir du 1er juillet 2014.

Nonobstant cela, le transfert effectif de l'ensemble du dispositif sur le plan financier a été opéré au 1er janvier 2016, soit après la dernière période couverte par le calendrier de construction 2006-2015.

Depuis le 1er janvier 2016, donc, la Fédération Wallonie-Bruxelles exerce pleinement cette compétence.

C'est dans ce cadre que le Parlement a adopté le décret du 13 juillet 2016 portant financement de l'entretien et de l'équipement des infrastructures hospitalières, appelé usuellement décret « forfaits ».

Lors de la présentation de ce texte, M. le ministre avait annoncé qu'un autre décret, portant sur les gros travaux d'investissement, serait proposé dans un deuxième temps. Il s'agit de celui qui est soumis ce jour à la commission.

Entre-temps, en mars 2017, la Wallonie a adopté un décret pour les infrastructures des hôpitaux régionaux. Le Gouvernement wallon avait demandé à la Fédération Wallonie-Bruxelles d'examiner la possibilité d'adopter un système identique au sien.

Après concertation avec les hôpitaux universitaires, il s'est avéré que cette option était réalisable. La cohérence interinstitutionnelle ayant toujours été l'objectif, le projet de décret qui est proposé est pratiquement identique à celui adopté en Wallonie.

La seule différence se situe au niveau du système transitoire et de l'articulation entre le dispositif actuel et le nouveau mécanisme et ce, compte tenu du fait que nous avons déjà adopté une réglementation spécifique relative aux forfaits.

La spécificité des hôpitaux universitaires sera, par ailleurs, prise en compte dans l'arrêté d'exécution, via une attribution d'un nombre de mètres carrés plus important par lit et par service.

Comme après tout transfert, on peut se poser la question du motif du changement. Pourquoi, en l'occurrence, un nouveau système de financement ?

Ainsi il explique, pour le motif déterminant que l'objectif était de ne pas opérer un simple « copier-coller » du système du fédéral, mais de mettre à profit ce mouvement pour instaurer un système plus ajusté, adapté aux réalités du monde hospitalier telles que nous les connaissons et, surtout, telles qu'elles s'esquissent pour l'avenir.

M. le ministre-président présente ainsi un mécanisme d'intervention qui modifiera le paradigme, pour passer d'une logique de subvention à l'investissement à une démarche d'intervention dans un mécanisme de couverture sociale. Ce qui permettra, demain, de redonner de l'oxygène au secteur, sans risquer l'imputation négative et la consolidation SEC des investissements consentis. C'est là, toute l'originalité et le grand intérêt de la démarche qui est proposée.

L'ancien dispositif, hérité du fédéral, était un dispositif complexe et très aléatoire. Il reposait, en

⁽²⁾ Ont participé aux travaux de la commission :

M. Fontaine, M. Ikazban (en remplacement de M. Luperto), M. Martin, Mme Targnion, Mme Trotta (en remplacement de M. Onkelinx), Mme Zrihen (en remplacement de M. Collignon), M. Brotchi (Président), M. Culot, M. Destexhe, Mme Potigny, M. Fassi-Fihri, Mme Waroux

Ont assisté aux travaux de la commission :

M. Dufrane, Mme Vienne : membres du Parlement

M. Demotte, Ministre-Président

Mme Husden, conseillère au cabinet de M. le Ministre-Président Demotte

Mme Gilman, collaboratrice du groupe PS

Mme Lejeune de Schiervel, collaboratrice du groupe MR

Mme Dehin, collaboratrice du groupe cdH

effet, sur une série de calculs a priori qui étaient ensuite révisés. Ce système générait donc l'incertitude et a engendré beaucoup de retard, avec la nécessité d'effectuer des rattrapages après plusieurs années. Cela ne permettait pas au Gouvernement fédéral de fixer une trajectoire budgétaire stable ni d'assurer une certaine prévisibilité aux opérateurs.

Et de ce manque de clarté de l'ancien système découlait également le problème de la dotation négative pour l'exercice de cette compétence, maintes fois abordé, encore lors de l'ajustement budgétaire.

À l'inverse, le nouveau mécanisme poursuit essentiellement quatre objectifs :

- la simplification administrative ;
- la responsabilisation des opérateurs ;
- la garantie d'un maintien des droits actuels du patient ;
- et la déconsolidation budgétaire.

S'il est d'une grande ambition, ce texte est aussi d'une grande technicité. Pour cette présentation, M. le ministre-président s'en tient donc aux grands principes, utiles à sa compréhension.

Pour atteindre les objectifs qu'il vient d'évoquer, il part désormais du principe que l'intervention des pouvoirs publics se fera via une capacité donnée aux hôpitaux de facturer un « prix d'hébergement » aux patients qui utilisent les infrastructures hospitalières et ce, par le truchement des organismes assureurs.

Cela étant, il va veiller à ce que ce changement soit indolore pour le portefeuille des patients, puisque la contribution qui leur sera demandée sera couverte par les mutuelles. Ensuite, c'est Fédération Wallonie-Bruxelles qui réglera les questions budgétaires et les flux financiers entre le ministère et les organismes assureurs.

Pour décrire synthétiquement ce mécanisme, il explique que le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles autorise chaque hôpital universitaire à facturer aux patients admis en hospitalisation un prix d'hébergement spécifique. Ce prix se rapporte à l'usure et au développement de l'infrastructure hospitalière, ainsi qu'au renouvellement des équipements (matériel médical et non médical). Le prix est spécifique par hôpital car il correspond au profil de chaque institution, en fonction notamment de ses agréments.

a) La première étape est donc l'établissement du « juste prix ».

Afin de fixer le prix d'hébergement spécifique correspondant à la configuration de chaque hôpital, le Gouvernement établit un « juste prix », qui représente le prix de revient théorique à la reconstruction de chaque hôpital (y compris les parkings et les abords), calculé sur la base d'un cycle de vie

de 25 ans, considéré hors équipement.

Le « juste prix » est constitué de 3 sections :

- une section relative aux bâtiments ;
- une section relative aux parkings ;
- et une section relative aux abords.

Chaque hôpital se verra attribuer, par section, un prix moyen au mètre carré et un nombre de mètres carrés maximum qui pourront être admissibles au calcul du prix d'hébergement et donc, in fine, autorisés à la facturation.

b) Vient ensuite le calcul du « prix d'hébergement ».

La valeur des éléments constitutifs du prix d'hébergement sont calculés sur la base d'un pourcentage du « juste prix » (prix de revient théorique).

Cinq parties constituent le prix d'hébergement et sont calculées au départ du « juste prix » :

- 1° le prix à la construction ;
- 2° le prix des remplacements ;
- 3° le prix du matériel et des équipements ;
- 4° le prix de l'entretien ;
- 5° le prix des coûts liés à la pré-exploitation et au financement par l'hôpital des parties 1 à 4.

Les parties « prix de l'entretien » et « prix des remplacements » sont automatiquement facturables par tous les hôpitaux dès l'entrée en vigueur du dispositif, afin d'assurer le maintien en bon état des infrastructures.

Les parties « prix à la construction » et « prix du matériel et des équipements » sont facturables en fonction de l'entrée progressive des hôpitaux dans les plans successifs de construction.

Ce qui n'est pas couvert par le prix d'hébergement doit être financé par les hôpitaux sur fonds propres.

c) En ce qui concerne les plans de construction, justement, le Gouvernement déterminera le contenu et les modalités de transmission des programmes d'investissement des hôpitaux.

En cas d'accord, ces programmes d'investissements doivent permettre de planifier l'introduction des mètres carrés de chaque hôpital admissibles à la (re)construction, à l'extension et au reconditionnement et donc à la facturation dans le cadre des parties « prix à la construction » et « prix du matériel et des équipements », ce qui permettra une montée en puissance du système.

Le Gouvernement arrête donc les plans de construction successifs ; la période de reconstruction du parc étant fixée à 35 ans.

In fine, l'ensemble des hôpitaux entreront tôt ou tard dans le plan de construction et activeront

les parties « prix à la construction » et « prix du matériel et des équipements ».

d) Enfin, en ce qui concerne la liquidation et la facturation, la liquidation des montants est réalisée à travers les organismes assureurs, via un contre remboursement de la participation des patients à ce prix d'hébergement, selon les principes du tiers payant.

Ces montants sont facturables par patient et par journée réalisée – la présence effective des patients dans les lits qui traduit l'activité de l'hôpital.

La facturation n'est autorisée que pour autant que les patients occupent les lits. L'hôpital doit donc atteindre un taux d'occupation suffisant pour obtenir la couverture de ses investissements. Cela encouragera les hôpitaux à reconstruire leurs infrastructures en cherchant à adapter au mieux leurs capacités aux volumes d'activité future.

Le principe de la couverture est donc bien lié strictement au patient. Cette méthode permet également de « convertir » ces montants en transferts sociaux en nature vers les ménages, au sens des règles SEC 2010, ce qui évite tout lien avec l'investissement réalisé par l'hôpital et donc tout risque de consolidation de cet investissement sur le compte de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

M. le ministre-président conclut que sa volonté était d'être efficace dans les délais les plus courts.

2 Discussion générale

M. Culot a bien noté que le mécanisme fédéral de financement était complexe et devait être remplacé. Mais il reste perplexe face au texte proposé. Si le projet de décret très technique doit répondre, par un nouveau mécanisme, aux objectifs cités par M. le ministre-président, l'impact budgétaire réel en Fédération Wallonie-Bruxelles reste une donnée tout à fait essentielle pour une bonne compréhension du texte par les parlementaires.

Or en termes de conséquences sur le budget de la Fédération Wallonie-Bruxelles, cet intervenant trouve qu'il est désarmé puisqu'il n'a aucune indication quant aux conséquences budgétaires et ne dispose d'ailleurs même pas de l'avis de l'inspection des finances, à la différence de la méthode qui a été suivie au Parlement de Wallonie.

D'ailleurs, il constate que M. le ministre-président s'est largement inspiré du mécanisme en Wallonie à tel point d'ailleurs qu'il y a peut-être quelques coquilles à corriger, comme à la page 4 de l'exposé des motifs où il est question du « décret wallon qui concerne les hôpitaux universitaires » ou encore à la page 10, premier paragraphe, où il est question de l'intervention de la Région alors que c'est celle de la Fédération Wallonie-Bruxelles qui est visée.

M. Culot revient ensuite sur les conséquences budgétaires du mécanisme et en particulier, sur l'avis rendu par le Conseil d'Etat. Le Conseil d'Etat pointe deux difficultés en rapport avec la violation de l'article 23 de la Constitution, et donc la protection dont chacun des citoyens peut bénéficier en termes d'accès à la santé et de protection de l'environnement et du développement durable, en particulier.

En termes d'accès à la santé, le Conseil d'Etat avait pointé, s'agissant du texte wallon et le point de la même façon en l'espèce, la diminution du taux d'intervention prévu de 80% à 72,5 % et souhaitait, sur ce point, une justification.

Par ailleurs, le Conseil d'Etat demandait une justification permettant de comprendre la raison pour laquelle les investissements liés au développement durable ne pourraient plus être pris en considération dans le prix d'hébergement.

A la lecture de l'exposé des motifs, ce commissaire est déçu des réponses qui ont été apportées par le Gouvernement à ces deux remarques fondamentales.

Il relève que M. le ministre-président indique, mais on est obligé de le croire sur parole, qu'il n'y aurait pas de violation du principe de standstill : que le projet de décret n'entraînerait pas un recul significatif au niveau de la protection du droit à la santé des patients.

En outre, il remarque que sur le développement durable, il n'y a pas un seul mot.

De plus, dès lors qu'il n'y a pas de chiffres à disposition et que M. le ministre-président annonce que le financement des infrastructures hospitalières ne serait pas d'un niveau moindre demain que le niveau d'aujourd'hui, il en voudrait la preuve.

M. Destexhe interroge M. le ministre-président sur ce qui est prévu pour les hôpitaux universitaires. Il demande si les cliniques universitaires Saint Luc souhaitent démolir l'ancien hôpital et reconstruire un nouveau sur le même site. Quant à Erasme, il sait qu'il n'y a pas de grandes demandes d'infrastructures d'ici 2025. Et pour le Centre hospitalier universitaire de Liège, il s'agit de la rénovation des chambres.

Il évoque le rapport du Centre d'expertise fédéral qui montre qu'il y a trop de lits d'hôpitaux en Belgique et pense personnellement que c'est exact. Il demande si M. le ministre-président a tenu compte de cette étude dans la détermination du nombre de lits d'hôpitaux.

Ce même commissaire reconnaît la complexité de l'ancien mécanisme, mais il estime l'explication de M. le ministre-président peu claire. Il craint que les hôpitaux continuent à être incités d'occuper des lits plutôt que de laisser vides. Il ajoute que la Belgique connaît des durées d'hospitalisations plus

longues que les comparaisons internationales.

Enfin, il relève qu'il y a toujours un conflit un peu latent entre les hôpitaux universitaires et les non universitaires. Il souhaite savoir s'il y a un mécanisme d'échange d'informations ou de coordination à ce propos dans la réforme dont on parle.

Mme Waroux relève que de manière générale, pour mettre en œuvre la très complexe 6^e réforme de l'État, et pour faire face au contexte actuel (mutation des réalités hospitalières ; plus forte spécialisation des pôles ; modification des sources de financement fédérales ; coût accru des soins de santé pour les budgets publics) il s'agit, par ce projet de décret, d'instaurer un tout nouveau système de soutien au financement des infrastructures des hôpitaux universitaires et de certains appareillages des services medicotechniques lourds en hôpital.

L'intervenante explique que cette réforme va concerner 4 hôpitaux universitaires : le Centre hospitalier universitaire de Liège, les Cliniques universitaires du Mont-Godinne, les Cliniques universitaires Saint-Luc à Woluwé-Saint-Lambert et l'Hôpital Erasme à Anderlecht.

Elle souligne que suivant les remarques du Conseil d'Etat, il y avait nécessité de mettre en place le nouveau dispositif dans un délai raisonnable, afin d'éviter au maximum le vide juridique existant.

Le travail accompli pour ce nouveau dispositif a été fait en collaboration avec la Région wallonne, laquelle est compétente pour la gestion des hôpitaux. Cette collaboration, qui permet en outre l'établissement d'un système plus simple et innovant, la satisfait.

Ce nouveau système va en effet permettre aux hôpitaux universitaires de facturer un prix d'hébergement via les organismes assureurs. On passe ainsi d'un «subside à l'investissement » à une « aide aux personnes ».

La même oratrice précise d'emblée que ce prix d'hébergement, fruit d'un calcul complexe, sera indolore financièrement pour le patient, puisque le prix maximum facturable correspondra au montant pris en charge par la mutualité en tiers payant.

Elle met ainsi en exergue les objectifs essentiels recherchés par la réforme sont les suivants :

- maintenir en bon état l'infrastructure hospitalière, et permettre la poursuite de l'accueil des patients dans un cadre adéquat ;
- respecter les choix du patient ;
- garantir la liberté des organes de gestion des hôpitaux universitaires tout en encourageant la poursuite des collaborations entre institutions hospitalières ;
- responsabiliser les hôpitaux universitaires, qui prennent le risque de la charge de l'investis-

sement ;

- favoriser le traitement égalitaire des hôpitaux universitaires dans l'accès aux financements de leurs infrastructures.

Ce projet de décret, qu'elle qualifie de « très technique », va permettre, en d'autres termes :

- de mettre en œuvre d'une politique de qualité dans les hôpitaux ;
- au patient d'accéder librement à des soins de qualité à un coût soutenable et à une distance raisonnable de son domicile ;
- aux institutions de mettre en œuvre des projets communs, et de mieux articuler les hôpitaux dans le déploiement de leurs activités au sein de leur zone d'action ;
- de responsabiliser les hôpitaux ;
- de clarifier le nouveau système de financement par rapport aux anciens mécanismes à l'œuvre au fédéral ;
- de favoriser le traitement égalitaire des hôpitaux dans l'accès aux financements de leurs infrastructures ;
- d'assurer une certaine sécurité juridique, en facilitant les prévisions budgétaires dans le chef des gestionnaires hospitaliers, en permettant aussi à la Région de mieux maîtriser sa trajectoire budgétaire, grâce aux calculs qui seront effectués a priori.

Ce texte permet de simplifier autant que possible le mécanisme de financement des infrastructures, et on favorise aussi la soutenabilité budgétaire de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Les incertitudes du système hérité du fédéral seront levées, et les structures rationalisées. La haute qualité de nos soins pourra ainsi être préservée.

Elle constate que toutes les observations du Conseil d'Etat ont amené des modifications du texte de l'avant-projet de décret, de son commentaire d'articles et de son exposé des motifs.

Par ailleurs, une évaluation du dispositif est aussi prévue, puisque l'article 19 prévoit fort opportunément que 3 ans après l'entrée en vigueur du présent décret, le Gouvernement procèdera à une évaluation.

Mme Waroux déclare que la route vers un paysage d'hôpitaux universitaires modernisés, responsabilisés et performants est encore longue, mais, le vote de ce texte permettra de bien commencé.

L'intervenante souhaite interroger M. le ministre-président. Dans son avis rendu le 12 novembre 2015 sur l'abrogation du dispositif de financement lié au BMF des hôpitaux, au vu des éléments dont elle disposait, la section de législation du Conseil d'Etat n'était pas en mesure d'appré-

cier l'impact du vide juridique actuel sur la situation budgétaire et comptable des hôpitaux universitaires. Au vu des informations à sa disposition, il ne lui était notamment pas possible de déterminer pendant combien de temps ce vide juridique est appelé à subsister. Il n'était cependant pas exclu que cette absence de règles ait, selon la longueur de la période pendant laquelle elle va perdurer, des répercussions – plus ou moins importantes – sur la situation financière des hôpitaux universitaires et emporte, ce faisant, un risque sérieux d'insécurité juridique pour les structures hospitalières et de rupture du principe de légitime confiance. Dès lors, elle lui demande s'il dispose de chiffres relatifs aux éventuelles répercussions financières du vide juridique actuel depuis le 1er janvier 2016.

Ensuite, sur le dossier du financement des hôpitaux universitaires, qui a déjà été à de nombreuses reprises porté au Comité de concertation, elle demande à M. le ministre-président de faire le pont. Elle sait que la dotation prévue par la loi spéciale de financement ne permet pas de couvrir l'ensemble des charges hospitalières et notamment les charges passées. Ce phénomène induit un dépassement budgétaire important auquel sont aujourd'hui confrontées les entités fédérées. Le problème pourrait plus que probablement s'aggraver après 2019. Le 21 décembre dernier, M. le ministre-président expliquait que « Le pouvoir fédéral a prévu les crédits nécessaires pour que les communautés et la Commission communautaire commune reçoivent au 1er décembre 2016 les moyens qui leur reviennent en vertu de la loi spéciale de financement du 16 janvier 1989. Par contre, la question relative aux montants prélevés par l'État fédéral pour couvrir les dépenses liées aux charges du passé, qui sont supérieures aux montants inscrits dans la dotation prévue à l'article 47/9 de la loi spéciale de financement, n'est pas réglée ». Elle demande des informations à ce sujet.

M. Martin remercie M. le ministre-président pour son exposé très complet sur un texte très technique qui a déjà fait l'objet d'un examen approfondi au niveau du Parlement de Wallonie.

Au nom de son groupe, il salue ce texte car il s'agit d'un texte important pour les hôpitaux universitaires. Il fait suite à la sixième réforme de l'Etat qui donnait à la Fédération Wallonie-Bruxelles pleine compétence sur ce secteur et il était, comme Mme Waroux, l'a indiqué, attendu avec impatience suite au vide juridique qui a découlé de cette réforme de l'Etat.

Ce commissaire souligne que le texte présenté est bien pensé. Objectivement, relevé le défi du financement des infrastructures hospitalières sans tomber dans les difficultés de la consolidation budgétaire, malgré le caractère particulièrement restrictif de l'analyse faite par Eurostat sur l'ensemble des dossiers, est un tour de force réalisé que ce soit en Région wallonne ou en Fédéra-

tion Wallonie-Bruxelles par un système audacieux. D'ailleurs, cela a conduit Eurostat à confirmer qu'on n'était plus dans un cadre de consolidation budgétaire. Il tient à saluer le travail des techniciens qui ont été à la manœuvre et ont permis au texte d'aboutir dans ce sens.

Parmi les mérites que ce texte permet de souligner, au-delà du fait qu'il échappe à la consolidation budgétaire, qu'il rassure les gestionnaires hospitaliers. Ces gestionnaires seront ainsi traités de manière équitable. Pour ce commissaire, il s'agit d'une avancée certaine par rapport à un traitement équitable des différentes institutions hospitalières. Les institutions sont ainsi responsabilisées sur base de critères clairs et objectifs, elles pourront prévoir leurs investissements, notamment de manière pluriannuelle.

Il apprécie que ce système soit extrêmement simplifié, ce qui représente une avancée pour les gestionnaires hospitaliers mais aussi pour l'administration.

Le même intervenant relève que ce texte donne une autonomie aux institutions, étant donné qu'elles pourront faire elles-mêmes les choix qui leur semblent prioritaires par rapport à leur développement futur. Il s'agit d'une forme de responsabilisation qui va, selon lui, dans le bon sens.

Contrairement à ce qu'il a entendu chez certains commissaires, il estime que cette réforme permet de parfaitement coller à la réalité actuelle des hôpitaux, notamment en termes de taux d'occupation, ce qui permet de coller à la réalité de terrain des hôpitaux quant aux financements qui leur seront octroyés. Quant à ceux qui seraient plus ambitieux que la situation qui est la leur en termes de développement des infrastructures, il déclare : libres à eux de trouver des moyens sur fonds propres qui leur permettront de répondre à leurs ambitions.

Il souligne que le système présente ainsi de nombreux avantages que ce soit en termes de simplification, de responsabilisation des acteurs de terrain, de prévisions pluriannuelles de l'utilisation de ces budgets, de même qu'en maîtrise budgétaire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

A ce propos, il constate que le groupe MR a déposé un amendement qui porte sur l'impact budgétaire réel de ces mesures. Il en est un peu étonné, car il rappelle qu'au Parlement wallon, le groupe MR, en la personne de M. Tzanetatos a vanté les mérites de ce système et a rappelé que ce système permettait précisément de sortir d'un mécanisme d'emballage budgétaire.

M. Martin tient à préciser par rapport à l'observation du Conseil d'Etat citée par M. Culot, sur le passage du taux de 80 % à 72,5 % que la durée d'amortissements est différente puisqu'avant, on parlait de 33 ans et de 25 ans aujourd'hui. Dès lors, il convient de faire les ratios à la lumière de

calculs qui sont repensés complètement.

Quant à la critique par rapport au développement durable, il ne l'a pas comprise.

Concernant les réflexions de M. Destexhe, ce commissaire souhaite intervenir sur la disponibilité de lits. Il est vrai que certains disent qu'il y a trop de lits hospitaliers en Belgique. Mais il souhaite attirer l'attention sur deux aspects. Tout d'abord, la réalité d'une région n'est pas celle de l'autre, il y a des régions où l'offre hospitalière n'est suffisante en termes de lits. Ensuite, quand M. Destexhe évoquait une course effrénée au taux d'occupation des lits, il s'en étonne, car le financement hospitalier tel qu'il existait au niveau fédéral, visait précisément à limiter des durées de séjours.

En guise de conclusion, il salue le travail mené en concertation avec la Région wallonne par le ministre-président et son équipe, dans un domaine extrêmement technique qui permettra de rassurer les secteurs et de lui donner des perspectives viables à long terme.

Concernant le développement durable, M. Culot précise que le Conseil d'Etat indique dans son avis que l'avant-projet ne prévoit pas le financement spécifique des charges d'investissements réalisés dans le cadre du développement durable et que la réponse donnée par la Wallonie de dire que d'autres législations pouvaient veiller à ce respect, n'était pas une explication complète et suffisante aux yeux du Conseil d'Etat.

Sur l'amendement, ce commissaire explique que la volonté est précisément de répondre à l'opacité qui règne sur les conséquences budgétaires du projet proposé. Il explique que si M. Tzanetatos a exprimé moins de craintes au Parlement wallon que celles que ce commissaire a formulé ici, c'est parce que le texte wallon contient une disposition, à savoir l'article 20 qui prévoit que *les flux financiers générés par ou en vertu du présent décret font l'objet d'un monitoring financier constant du Conseil de monitoring financier et budgétaire de l'Agence Wallonne de la Santé, de la Protection sociale, du Handicap et des Familles* contrairement au texte examiné ce jour. D'ailleurs, il ajoute que le groupe MR s'est abstenu au Parlement wallon.

Sur les conséquences budgétaires, M. le ministre-président déclare qu'il a toujours eu par principe la prudence. Il met en exergue qu'il s'agit d'un financement des hôpitaux hérités du fédéral. Ce financement était hautement aléatoire et complexe à tel point que les négociateurs tous partis confondus ont fait une photographie de la situation qui amène aujourd'hui à un manque à gagner substantiel. Les moyens transférés de la sixième réforme auraient dû couvrir trois moments : les charges du passé, celles en cours et celles pour couvrir les besoins futurs. Des années après cette négociation, il confie qu'il n'y a toujours pas de lecture précise sur la question des charges du passé et

donc, pas de vision prospective sur les besoins du futur.

Concernant la note juridique au Conseil d'Etat sur le standstill, M. le ministre-président la fera parvenir à celui qui la souhaite.

En ce qui concerne le développement durable, il souligne que dans le modèle proposé, rien n'exclut évidemment l'intégration de cette dimension.

M. le ministre-président a pris connaissance de l'amendement et rassure qu'il n'a aucune difficulté avec un mécanisme de monitoring.

A M. Destexhe, il précise que Saint Luc va continuer à utiliser le bâtiment existant et construira des extensions. Sur Erasme et Liège, il n'a rien à ajouter.

Quant à sa remarque sur le trop de lits, il tient à rappeler le système de double verrouillage. Avec le dispositif de ce projet de décret, le nombre de lits devra bien être calculé par les hôpitaux car s'ils ne sont pas occupés, ils perdront. Mais d'un autre côté, le BMF a un verrou garanti par le fédéral qui considère qu'en cas de dépassement de la limite, il y a une sanction. De toute manière, Il estime qu'il faudra toujours une adéquation entre le besoin en nombre de lits, le type de pathologie, les durées de traitement des pathologies, ce qui restera, à son sens, du ressort de la sécurité sociale fédérale.

M. le ministre-président confirme ce qui a été dit par M. Martin sur les taux d'intervention.

M. Culot est rassuré par la réponse de M. le ministre-président sur le développement durable qui figurera dans les documents parlementaires. Il aurait souhaité que cela apparaisse clairement dans le texte du projet de décret.

M. le ministre-président indique que dans ce cas, le Conseil d'Etat procède à une spéculation puisque le texte n'en parlait pas de manière explicite. Dans la logique des hôpitaux, personne ne peut imaginer que le choix se portera sur le système le plus énergivore ou le moins environnementaliste.

Par ailleurs, il rassure M. Culot que ce sera bien précisé dans les arrêtés d'exécution.

M. Culot souhaiterait dès lors, à l'instar des débats en Wallonie qu'ils soient communiqués avant le vote du projet de décret.

M. le ministre-président transmettra ces arrêtés.

3 Examen des articles

Article 1er

Cet article n'appelle pas de commentaire.

L'article 1er est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Article 2

M. Culot constate que cette disposition prévoit que les hôpitaux facturent le prix d'hébergement maximum au patient admis en hospitalisation. Or le commentaire de l'article est, selon lui, plus nuancé puisque « Les hôpitaux peuvent facturer aux patients admis en hospitalisation un prix d'hébergement maximum. »

M. le ministre-président répond qu'il s'agit de la formulation habituelle des dispositifs de cette nature et cela ne posera pas de problème.

L'article 2 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Article 3

Cet article n'appelle pas de commentaire.

L'article 3 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Article 4

Cet article n'appelle pas de commentaire.

L'article 4 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Article 5

M. Culot demande pourquoi, à la différence du texte wallon, le Gouvernement ne doit pas fixer des sous-catégories. En effet, dans le texte de la Fédération Wallonie-Bruxelles, il s'agit uniquement d'une faculté.

M. le ministre-président explique qu'il n'y a en matière de sous-catégorisation aucune vision précise sur les développements. La volonté est de ne pas obérer les éventuelles possibilités.

L'article 5 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Article 6

Cet article n'appelle pas de commentaire.

L'article 6 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Article 7

Cet article n'appelle pas de commentaire.

L'article 7 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Article 8

Cet article n'appelle pas de commentaire.

L'article 8 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Article 9

M. Culot relève que dans le prix de l'entretien, le pourcentage prévu (0,02%) est différent de celui de la Wallonie (0,04%) et demande la raison de cette différence.

M. le ministre-président précise que sur une base annuelle, le pourcentage est de 0,02, comme indiqué, mais la Wallonie a procédé, quant à elle, à un cumul sur deux ans, ce qui explique le pourcentage de 0,04. La Fédération Wallonie-Bruxelles a donc, en l'espèce, prévu dans les forfaits un montant de 11 millions.

L'article 9 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Article 10

Cet article n'appelle pas de commentaire.

L'article 10 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Article 11

Cet article n'appelle pas de commentaire.

L'article 11 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Article 12

M. Culot constate que la Wallonie a fixé comme objectif la diminution de 25 % du nombre de lits. Il demande si une réduction de ce type a déjà été envisagée avec les hôpitaux concernés en Fédération Wallonie-Bruxelles et interroge sur la manière de concilier les plans de construction wallons, ceux de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de Bruxelles.

M. le ministre-président informe que ce n'est pas repris dans le décret lui-même, mais qu'il y a des explications annexes. En outre, si demain, il y a une spécialisation par lit, on peut imaginer que le rôle des hôpitaux universitaires n'est pas amené à diminuer. Il ajoute que dans la question du nombre de lits, il y a une lecture à avoir pour les hôpitaux universitaires.

Concernant Bruxelles, il indique la Cocom n'a pas encore donné de ligne d'orientation à ce sujet.

L'article 12 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Article 13

Cet article n'appelle pas de commentaire.

L'article 13 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Article 14

Cet article n'appelle pas de commentaire.

L'article 14 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Article 15

Cet article n'appelle pas de commentaire.

L'article 15 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Article 16

Cet article n'appelle pas de commentaire.

L'article 16 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Article 17

Cet article n'appelle pas de commentaire.

L'article 17 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Article 18

M. Culot note que pour l'introduction des plans de construction, le Gouvernement peut tenir compte d'un indice de vétusté des bâtiments et des montants déjà pris en charge par les autorités publiques. Il ne s'agit donc pas d'une obligation, mais juste d'une possibilité. Il en demande la portée juridique.

M. le ministre-président explique que la vétusté pour les infrastructures d'un hôpital est un critère fondamental. Mais étant donné qu'il n'y a que 4 hôpitaux universitaires, les questions de vétusté sont plus programmables et estimables qu'en Wallonie avec ses 65 hôpitaux et plus de 100 sites.

L'article 18 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Un amendement n°1 est déposé par M.M. Culot, Destexhe et Mme Potigny, il est libellé comme suit :

Un article 18 bis est inséré :

Article 18 bis

Les flux financiers générés par ou en vertu du présent décret font l'objet d'un monitoring financier constant. Le Gouvernement habilite l'Administration ou l'organisme le plus adéquat pour ce faire.

Justification :

Il est essentiel d'assurer la maîtrise budgétaire du nouveau mécanisme : les pourcentages d'intervention prévus dans le projet de décret, la valeur du juste prix, l'entrée progressive des hôpitaux dans le plan de construction. Ces décisions

ont en effet un impact budgétaire très grand pour la Fédération Wallonie-Bruxelles.

L'amendement n°1 est adopté à l'unanimité.

Article 19

Cet article n'appelle pas de commentaire.

L'article 19 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Article 20

Cet article n'appelle pas de commentaire.

L'article 20 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Article 21

Cet article n'appelle pas de commentaire.

L'article 21 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

Article 22

Cet article n'appelle pas de commentaire.

L'article 22 est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

4 Vote

Le projet de décret, tel qu'amendé, est adopté par 7 voix et 4 abstentions.

A l'unanimité des membres présents, la commission a fait confiance au Président et au Rapporteur pour la rédaction du rapport.

Le Rapporteur,

Le Président,

E. FONTAINE

J. BROTCHE

TEXTE ADOPTÉ PAR LA COMMISSION

CHAPITRE PREMIER

Disposition générale et définitions

Article premier

Pour l'application du présent décret, on entend par :

1° « la loi sur les hôpitaux » : la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008 ;

2° « l'hôpital universitaire », ci-après dénommé « l'hôpital » :

- a) le Centre hospitalier universitaire de Liège ;
- b) les Cliniques universitaires Saint-Luc à Woluwé-Saint-Lambert ;
- c) les Cliniques universitaires de Mont-Godinne ;
- d) l'Hôpital Erasme à Anderlecht ;

3° « l'Administration » : l'Administration générale de l'Infrastructure du Ministère de la Communauté française ;

4° « le prix d'hébergement » : la capacité de facturation couvrant de façon théorique l'intervention du patient dans les frais de construction, de reconstruction, d'extension, de reconditionnement, de remplacement, d'entretien, de matériel et d'équipement, les frais de pré-exploitation, ainsi que dans les frais de financement y associés ;

5° « le juste prix » : la valeur théorique de reconstruction à neuf de l'infrastructure hospitalière, basée sur le profil de chaque hôpital, estimé hors TVA, frais généraux, frais de pré-exploitation et de financement ;

6° « frais généraux » : frais connexes au projet faisant l'objet du financement, notamment les frais d'étude, les frais d'architectes, les frais de bureaux d'ingénierie, les frais de demande et d'élaboration de permis, les taxes et impôts généralement quelconques, les frais de marchés publics, les frais de coordination et de sécurité des chantiers, les frais de sécurisation des chantiers, les frais de déménagement, ...

CHAPITRE II

Prix d'hébergement

Art. 2

Les hôpitaux facturent le prix d'hébergement maximum au patient admis en hospitalisation.

Par hospitalisation, il faut entendre l'admission et le traitement dans un hôpital suite à la survenance d'une maladie, d'un accouchement ou d'un accident pour autant qu'une journée d'hospitalisation complète, de jour ou de nuit soit effectivement portée en compte.

Le Gouvernement précise la notion d'hospitalisation.

SECTION PREMIÈRE

Éléments constitutifs du prix d'hébergement

Art. 3

Pour chaque hôpital, il est fixé un prix d'hébergement maximum.

Le prix d'hébergement est composé de 5 parties calculées de façon forfaitaire :

1° le prix à la construction qui vise le financement théorique des charges liées aux constructions, aux reconstructions, aux extensions et aux reconditionnements ;

2° le prix des remplacements qui vise le financement théorique des charges liées aux remplacements des éléments de construction, y compris l'immobilier par destination ;

3° le prix du matériel et des équipements qui vise le financement théorique des charges liées à l'achat de matériel médical et non médical et à l'achat des équipements ;

4° le prix de l'entretien des bâtiments qui vise le financement théorique des charges des travaux contribuant à l'entretien régulier de l'infrastructure ;

5° le prix des coûts liés à la pré-exploitation et aux charges financières liées aux différentes parties du prix qui doivent être préfinancées selon des cycles de vies différents en fonction des parties 1° à 4°.

SECTION II

Principes du juste prix à la construction

Art. 4

Le prix d'hébergement est calculé et arrêté annuellement par le Gouvernement sur la base du juste prix de chaque hôpital.

Les principes suivants sont d'application pour le calcul du prix d'hébergement :

1° les règles de calcul et l'application de ces

règles sont identiques pour l'ensemble des hôpitaux ;

2° le résultat du calcul est, par contre, différent d'un hôpital à l'autre, pour tenir compte de son profil, établi au départ du juste prix.

Art. 5

§ 1er. Le Gouvernement détermine le juste prix à la construction, qui correspond à un nombre de mètres carrés maximum et à un coût maximum par mètre carré admissibles à la facturation.

Le Gouvernement fixe le mode de calcul et d'adaptation du juste prix en tenant compte des éléments suivants, constitutifs du profil de l'hôpital :

1° le nombre de lits d'hospitalisation complète (jour et nuit) ;

2° le nombre de places en hospitalisation de jour ;

3° le nombre de salles de bloc opératoire ;

4° le nombre d'accouchements ;

5° le nombre de bunkers de radiothérapie ;

6° le nombre de poste d'un centre de traitement pour l'insuffisance rénale chronique à l'hôpital ;

7° le nombre de salles ou d'appareillages au sein d'un service médico-technique lourd ;

8° le nombre de programmes de soins complet (B) relatif à la procréation médicalement assistée ;

9° le nombre d'installation d'hydrothérapie ;

10° le nombre de centre de curiethérapie ;

11° le nombre de places de parking ;

12° l'aménagement des abords.

Le Gouvernement peut fixer des sous-catégories au sein des éléments constitutifs du profil de l'hôpital visés à l'alinéa précédent.

§ 2. Le juste prix visé au paragraphe 1er est composé de 3 sections :

1° une section relative aux bâtiments nécessaires à la prise en charge des patients dans le cadre de l'activité hospitalière ;

2° une section relative aux places de parking couvertes ou non couvertes ;

3° une section relative aux aménagements des abords.

Pour chacune des sections, il est établi un prix par mètre carré et un nombre de mètres carrés admissibles à la facturation.

§ 3. Le Gouvernement arrête les modalités d'indexation du « juste prix » à la construction.

SECTION III

Calcul du prix d'hébergement annuel de l'hôpital

SOUS-SECTION PREMIÈRE

Prix à la construction

Art. 6

La partie relative au prix à la construction, telle que visée à l'article 3, alinéa 2, 1°, correspond à 2,90 % du coût maximum au mètre carré pour chaque section fixé conformément au juste prix visé à l'article 5, multiplié par le nombre de mètres carrés retenus pour l'hôpital dans le cadre des plans de construction successifs arrêtés par le Gouvernement en vertu de l'article 17.

Le prix ainsi arrêté est majoré des montants correspondant au taux de TVA en vigueur pour les travaux de construction et des frais généraux fixés forfaitairement à 15,00 %.

SOUS-SECTION II

Prix pour les remplacements

Art. 7

La partie relative au prix des remplacements visés à l'article 3, alinéa 2, 2°, correspond à un pourcentage du juste prix visé à l'article 5.

A partir de 2018, le pourcentage facturable s'élève à 0,01 % du juste prix à la construction, pour la section relative à la construction des bâtiments telle que visée à l'article 5, § 2, 1°. Ce pourcentage augmente de façon linéaire chaque année de 0,01 % du « juste prix » pour atteindre un pourcentage maximum de 0,20 % du juste prix.

Ce prix est majoré des montants correspondant au taux de TVA en vigueur pour les travaux de construction, et des frais généraux fixés forfaitairement à 15,00 %.

SOUS-SECTION III

Prix du matériel et des équipements

Art. 8

La partie relative au prix du matériel et des équipements, telle que visée à l'article 3, alinéa 2, 3°, correspond à 1,45 % du coût maximum au mètre carré fixé conformément au juste prix visé à l'article 5, pour la section relative à la construction des bâtiments tels que visée à l'article 5, § 2, 1°, multiplié par le nombre de mètres carrés retenus de l'hôpital dans le cadre des plans de construction successifs arrêtés par le Gouvernement en vertu de

l'article 17.

Ce prix est majoré des montants correspondant au taux de TVA en vigueur et de frais généraux fixés forfaitairement à 5 %.

SOUS-SECTION IV

Prix de l'entretien

Art. 9

La partie visant le prix de l'entretien des bâtiments, telle que visée à l'article 3, alinéa 2, 4°, correspond à un pourcentage du juste prix visé à l'article 5.

A partir de 2018, ce pourcentage s'élève à 0,02 % du « juste prix » à la construction. Ce pourcentage augmente de façon linéaire chaque année de 0,020 % du « juste prix » pour atteindre un pourcentage maximum de 0,20 % du juste prix. Ce prix est majoré des montants correspondant au taux de TVA en vigueur pour les travaux de construction et des frais généraux fixés forfaitairement à 15,00 %.

SOUS-SECTION V

Frais lié au financement

Art. 10

La partie visant le prix des coûts liés à la pré-exploitation et aux charges financières, visés à l'article 3, alinéa 2, 5°, est calculée sur base forfaitaire et varie en fonction de chaque partie visée à l'article 3, alinéa 2, 1° à 4°.

Art. 11

Le Gouvernement détermine le mode de calcul des différentes parties visées aux articles 6 à 10.

SECTION IV

Capacité de facturation

Art. 12

Le prix d'hébergement tel que calculé en application de la section 3 du présent chapitre est divisé pour obtenir un prix facturable à la journée d'hospitalisation, telle que définie à l'article 2.

Le Gouvernement détermine les modalités de calcul du diviseur visé à l'alinéa précédent en tenant compte des éléments suivants :

1° le nombre de journées réalisées en hospitalisation complète par rapport au nombre de lits d'hospitalisation complète, en fonction des catégories de lits ;

2° les nombre de journées réalisées en hospitalisation partielle en service psychiatrique, par rap-

port au nombre de lits d'hospitalisation partielle en service psychiatrique ;

3° le nombre de journées, de places ou de forfaits en hospitalisation chirurgicales de jour ;

4° le nombre de journées, de places ou de forfaits en hospitalisation médicale de jour ;

5° des taux d'occupation à atteindre.

Le diviseur est calculé sur la base des derniers éléments connus de l'Administration. Le Gouvernement prévoit les règles spécifiques et la ou les périodicités d'adaptation du diviseur.

CHAPITRE III

Appareillages des services médico-techniques lourds

Art. 13

§ 1er. Le Gouvernement subventionne forfaitairement le coût des appareillages des services médico-techniques lourds.

Les appareillages visés à l'alinéa 1er sont les PET-scans, les RMN et les appareils de radiothérapie qui bénéficient des agréments de la Communauté française en application de la loi sur les hôpitaux.

§ 2. Le Gouvernement arrête le montant annuel global visant chaque type d'appareillage.

Pour les RMN et les PET-scans, le montant annuel global est à chaque fois réparti entre les hôpitaux sur la base du nombre d'appareils agréés de chaque hôpital.

Pour la radiothérapie, le montant annuel global est réparti sur la base des prestations de la nomenclature de soins de santé facturées par l'hôpital, qui traduit l'utilisation des machines.

Le Gouvernement détermine le mode de calcul de répartition du montant annuel global relatif à la radiothérapie.

§ 3. Par dérogation à l'article 62, 1°, du décret du 20 décembre 2011 portant organisation du budget et de la comptabilité des services du Gouvernement de la Communauté française, la subvention annuelle forfaitaire visée au § 1er, est liquidée par avance en une tranche unique.

CHAPITRE IV

Obligations

Art. 14

L'hôpital est tenu de :

1° enregistrer l'état de ses infrastructures dans un cadastre ;

2° s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de qualité. Cette démarche d'amélioration repose sur trois volets :

a) un volet relatif à des indicateurs qualité portant sur l'amélioration des soins de santé, et la sécurité des prises en charge en milieu hospitalier ;

b) un volet portant sur l'accompagnement des hôpitaux, sur une base volontaire, à l'accréditation par un organisme reconnu au niveau international ;

c) un volet relatif aux droits des patients et à la gestion des plaintes ;

3° maintenir un ratio d'investissement visant au maintien de la qualité de son infrastructure ;

4° prendre en considération les aspects de développement durable dans les projets de construction et veiller à intégrer au mieux l'hôpital dans son environnement tant au niveau social qu'économique ;

5° veiller à prendre en compte l'accès de l'hôpital aux personnes à mobilité réduite, tant en interne qu'en ce qui concerne l'environnement immédiat.

Tout hôpital qui ne remplit pas les obligations définies au présent article voit sa capacité de facturation diminuer.

Le Gouvernement fixe les modalités d'application et de sanction du présent article.

CHAPITRE V

Dispositions transitoires

Art. 15

§ 1er. A titre transitoire, en dérogation à l'article 8, la partie du prix visée à l'article 3, alinéa 2, 3°, fait l'objet d'une subvention annuelle forfaitaire calculée conformément aux dispositions du décret du 13 juillet 2016 portant financement de l'entretien et de l'équipement des infrastructures hospitalières. Cette dérogation s'applique tant que le montant ainsi fixé ne dépasse pas le montant calculé en vertu de l'article 8. Dans le cas contraire, seul le montant calculé conformément à l'article 8 est intégré dans le prix d'hébergement annuel de l'hôpital.

Le Gouvernement fixe les modalités d'application du présent article.

§ 2. Par dérogation à l'article 62, 1°, du décret du 20 décembre 2011 portant organisation du budget et de la comptabilité des services du Gouvernement de la Communauté française, la subvention annuelle forfaitaire visée au paragraphe premier est liquidée par avance en une tranche unique.

Art. 16

A titre transitoire, le Gouvernement peut octroyer une subvention complémentaire dont le montant correspond à la différence entre le montant dont bénéficie annuellement l'hôpital en application du présent décret et celui dont il bénéficierait en application du décret du 13 juillet 2016 portant financement de l'entretien et de l'équipement des infrastructures hospitalières.

Le Gouvernement peut fixer les modalités d'application du présent article.

Art. 17

Les indemnités octroyées aux hôpitaux, telles que visées à l'article 8 de l'arrêté royal du 19 mai 1987 fixant les conditions d'octroi de l'indemnisation pour la non-exécution des projets de construction d'hôpitaux et pour la fermeture et la non mise en service d'hôpitaux ou de services hospitaliers, ainsi que le mode de calcul de l'indemnisation, sont déduites du résultat du calcul du prix d'hébergement de chaque hôpital qui bénéficie de ces indemnités.

CHAPITRE VI

Dispositions finales

Art. 18

§ 1er. Les plans de construction successifs arrêtés par le Gouvernement ont pour objectif de planifier pour chaque hôpital l'introduction :

1° des mètres carrés relatifs au prix à la construction, calculé conformément à l'article 6, pour chaque section visée à l'article 5, § 2 ;

2° du prix du matériel et des équipements, calculé conformément à l'article 8 ;

3° du prix des coûts liés à la pré-exploitation et aux charges financières liées aux différentes parties du prix qui doivent être préfinancées, calculés en vertu de l'article 10, pour les parties du prix visées à l'article 3, alinéa 2, 1° et 3°.

Chaque plan de construction porte sur une durée de 5 ans.

§ 2. Le Gouvernement détermine le contenu et les modalités de transmission des programmes d'investissement des hôpitaux qui demandent l'intégration dans le calcul des parties du prix d'hébergement visées au paragraphe 1er. Il fixe, sur proposition du Ministre qui a les hôpitaux universitaires dans ses attributions les critères de sélection prioritaires pour l'introduction de programmes d'investissement dans les plans de construction.

Pour l'introduction des plans de construction, le Gouvernement peut tenir compte d'un indice de vétusté des bâtiments et des montants déjà pris en

charge par les autorités publiques.

Par vétusté, il faut entendre l'état d'usure ou de détérioration résultant du temps ou de l'usage normal des matériaux et éléments d'équipement dont est constitué l'hôpital.

Par indice de vétusté, il faut entendre le rapport entre la valeur comptable résiduelle et la valeur comptable d'acquisition.

Les programmes d'investissements répondent aux prescrits de la loi sur les hôpitaux.

Le plan de construction et les critères de priorités sont mis à jour tous les cinq ans.

§ 3. Chaque hôpital qui introduit un projet, pour autant qu'il soit retenu dans le cadre du plan de construction, se voit attribuer un nombre de mètres carré maximum admissibles à la facturation ainsi qu'une planification pluriannuelle de prise en compte de cette capacité de facturation des parties du prix visées au paragraphe 1er.

§ 4. Les hôpitaux peuvent introduire des programmes d'investissements communs en vue de développer des activités partagées visant une rationalisation de l'offre hospitalière.

Art. 19

Les flux financiers générés par ou en vertu du présent décret font l'objet d'un monitoring financier constant. Le Gouvernement habilite l'Administration ou l'organisme le plus adéquat pour ce faire.

Art. 20

Trois ans après l'entrée en vigueur du présent décret, le Gouvernement procède à une évaluation du présent dispositif. Le Gouvernement transmet ce rapport pour information au Parlement.

Art. 21

Le premier plan pluriannuel de construction est arrêté à une date à fixer par le Gouvernement et au plus tard pour le 1er janvier 2018.

Art. 22

Le décret du 13 juillet 2016 portant financement de l'entretien et de l'équipement des infrastructures hospitalières est abrogé sauf, à titre transitoire, pour l'application des articles 15 et 16 du présent décret.

Art. 23

Le présent décret entre en vigueur le 1er janvier 2018.