

PARLEMENT
DE LA
COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Session 2016-2017

29 JUIN 2017

PROJET DE DÉCRET

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

RÉSUMÉ

A partir du 1er janvier 2016, la Fédération Wallonie-Bruxelles finance seule ces investissements dans l'infrastructure des hôpitaux universitaires. Il convient donc d'adopter une nouvelle législation organique déterminant les modalités de ce subventionnement – la législation fédérale en vigueur n'étant pas adaptée à la situation budgétaire de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Le nouveau mécanisme de soutien aux infrastructures vise à simplifier le système de financement des infrastructures et à favoriser la soutenabilité budgétaire. Il s'agit du même dispositif que celui adopté en Région wallonne. Ce nouveau mécanisme repose sur le principe du prix d'hébergement hospitalier.

Ainsi, 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 liés aux activités d'exploitation financées via le BMF des hôpitaux. Le prix est spécifique par hôpital car il correspond au profil de chaque institution, en fonction notamment de ses agréments. Chaque hôpital se verra attribuer 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. Cette technique permet de traiter chaque hôpital de façon égalitaire en fonction de son profil. Elle place donc tous les patients dans un traitement égal au niveau de la couverture de leur prise en charge.

TABLE DES MATIÈRES

EXPOSÉ DES MOTIFS	4
COMMENTAIRE DES ARTICLES	11
PROJET DE DÉCRET RELATIF AU PRIX D'HÉBERGEMENT ET AU FINANCEMENT DE CERTAINS APPAREILLAGES DES SERVICES MÉDICO-TECHNIQUES LOURDS EN HÔPITAL UNIVERSITAIRES	15
CHAPITRE I Disposition générale et définitions	15
CHAPITRE II Prix d'hébergement	15
SECTION I Éléments constitutifs du prix d'hébergement	15
SECTION II Principes du juste prix à la construction	16
SECTION III Calcul du prix d'hébergement annuel de l'hôpital	16
SOUS-SECTION I Prix à la construction	16
SOUS-SECTION II Prix pour les remplacements	16
SOUS-SECTION III Prix du matériel et des équipements	17
SOUS-SECTION IV Prix de l'entretien	17
SOUS-SECTION V Frais lié au financement	17
SECTION IV Capacité de facturation	17
CHAPITRE III Appareillages des services médico-techniques lourds	17
CHAPITRE IV Obligations	18
CHAPITRE V Dispositions transitoires	18
CHAPITRE VI Dispositions finales	18
AVANT-PROJET DE DÉCRET RELATIF AU PRIX D'HÉBERGEMENT ET AU FINANCEMENT DE CERTAINS APPAREILLAGES DES SERVICES MÉDICO-TECHNIQUES LOURDS EN HÔPITAL	20
CHAPITRE I Disposition générale et définitions	20
CHAPITRE II Prix d'hébergement	20
SECTION I Éléments constitutifs du prix d'hébergement	20
SECTION II Principes du juste prix à la construction	20
SECTION III Calcul du prix d'hébergement annuel de l'hôpital	21
SOUS-SECTION I Prix à la construction	21
SOUS-SECTION II Prix pour les remplacements	21
SOUS-SECTION III Prix du matériel et des équipements	21
SOUS-SECTION IV Prix de l'entretien	22
SOUS-SECTION V Frais lié au financement	22
SECTION IV Capacité de facturation	22
CHAPITRE III Appareillages des services médico-techniques lourds	22
CHAPITRE IV Obligations	22
CHAPITRE V Dispositions transitoires	23

CHAPITRE VI Dispositions finales 23

AVIS DU CONSEIL D'ETAT 25

EXPOSÉ DES MOTIFS

1. Introduction

La 6^{ème} réforme de l'Etat a transféré aux Communautés de nouvelles compétences en matière d'hôpitaux. Depuis le 1^{er} juillet 2014, elles sont en effet compétentes pour définir les normes auxquelles les hôpitaux, les services hospitaliers, les programmes de soins hospitaliers et les fonctions hospitalières doivent répondre pour pouvoir être agréés.

Suite aux accords de la Sainte Emilie, la Fédération Wallonie-Bruxelles a transféré l'exercice de ces nouvelles compétences à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, sauf pour ce qui concerne les hôpitaux universitaires.

Si le financement des hôpitaux reste une compétence principalement fédérale, les sous-parties A1 (constructions et rénovations) et A3 (investissement dans du matériel médical lourd) du Budget des Moyens Financiers des hôpitaux (BMF) sont transférées.

Antérieurement à la 6^{ème} réforme de l'Etat, les Communautés et les Régions intervenaient déjà pour partie dans le financement des infrastructures hospitalières : pour ce qui concerne les hôpitaux universitaires, la Fédération Wallonie-Bruxelles finançait en principe 60% des frais de constructions, de reconditionnement, d'équipement et d'appareillage, le solde étant à charge du budget fédéral. Par dérogation, la Fédération Wallonie-Bruxelles pouvait opter pour un financement de 10% – l'Autorité fédérale prenant en charge les 90% restant – pour les investissements considérés comme prioritaires.

2. Rétroactes : abrogation de l'ancien dispositif et mise en place d'un nouveau système pour les forfaits relatifs au financement de l'entretien et de l'équipement des installations

A partir du 1^{er} janvier 2016, la Fédération Wallonie-Bruxelles devenait compétente pour financer seule ces investissements dans l'infrastructure des hôpitaux universitaires. Il convenait donc d'adopter une nouvelle législation organique. C'est pourquoi le décret-programme du 10 décembre 2015 accompagnant le budget initial 2016 de la Fédération Wallonie-Bruxelles a abrogé la législation fédérale.

En effet, le mécanisme « historique » de financement, mis en place par l'Etat fédéral dans le cadre des sous-parties A1 et A3 du BMF, des hôpitaux posait plusieurs problèmes. D'une part, la complexité des modalités de calcul et de gestion administrative du BMF, avec des avances (provisions) et des recalculs a posteriori (via des révisions), rendait le système difficilement gérable.

D'autre part, la couverture pratiquement automatique à coûts réels de certains investissements sans autorisation préalable de l'autorité rendait la maîtrise budgétaire très aléatoire.

Cette abrogation a permis de sortir les montants relatifs aux anciens forfaits du fédéral de la mécanique de gestion des charges du passé que le fédéral impute automatiquement en déduction de notre dotation.

Une nouvelle législation organique déterminant les modalités du subventionnement des forfaits relatifs au financement de l'entretien et de l'équipement des installations à partir de 2016 a ensuite été adoptée. L'objectif était double : tenir compte de la nouvelle logique d'enveloppe fermée et simplifier au maximum le système (anciens forfaits du A1 et A3) pour les subventions relatives à l'entretien des infrastructures.

La question du financement des travaux de construction, de reconstruction et de reconditionnement des installations devait, quant à elle, encore faire l'objet d'une analyse approfondie et il était convenu que la Fédération Wallonie-Bruxelles serait attentive au modèle que la Wallonie mettra en place pour les hôpitaux qui relèvent de sa compétence.

A présent que le décret wallon relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpital universitaire a été voté (le 8 mars 2017), la Fédération est en mesure d'adopter un texte cohérent entre les deux entités.

3. Objectifs du nouveau système de financement proposé

Le nouveau dispositif proposé par le présent projet vise plusieurs objectifs importants :

- maintenir en bon état l'infrastructure hospitalière, et permettre la poursuite de l'accueil des patients dans un cadre adéquat favorisant la qualité et la sécurité des soins aux patients pris en charge dans le cadre hospitalier ; cet objectif passe notamment par la mise en œuvre d'une politique qualité dans les hôpitaux, qui accompagnera cette réforme dans le cadre des arrêtés d'exécution ;
- respecter les choix du patient, qui doit pouvoir accéder librement à des soins de qualité à un coût soutenable et à une distance raisonnable de son domicile (en fonction de sa pathologie) ;
- garantir la liberté des organes de gestion des hôpitaux tout en encourageant la poursuite des collaborations entre institutions hospitalières, via la capacité laissée aux institutions de réaliser des projets en communs, par exemple en ce qui

concerne la centralisation de certains services logistiques, ou encore via une meilleure articulation entre les hôpitaux dans le déploiement de leurs activités au sein de leur zone d'action ;

- responsabiliser les hôpitaux, qui prennent le risque de la charge de l'investissement, et qui sont amenés à ajuster au mieux leurs futurs projets à leur capacité d'accueil des patients ;

- clarifier le nouveau système de financement par rapport aux anciens mécanismes à l'œuvre au fédéral, ce qui passe par la suppression des provisions (avances) et des révisions et recalculs a posteriori (particulièrement complexes à gérer sur le long terme) ;

- simplifier et alléger la charge administrative de gestion du système, en remplaçant les subventions en ligne directe visant des travaux de tous ordres réalisés dans les hôpitaux chaque année par centaines, et qui représentent autant de projets à administrer et de milliers de décomptes (factures) à vérifier. Cela nécessiterait à chaque fois de lourdes procédures d'accord sur le projet, accord sur projet, décompte partiel, avances, recalculs et décomptes finaux, desquels il faudrait distinguer ce qui relève des fonds propres de l'hôpital du financement régional ;

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

- assurer une certaine sécurité juridique, en facilitant les prévisions budgétaires dans le chef des gestionnaires hospitaliers ;

- permettre à la Fédération Wallonie-Bruxelles la maîtrise de sa trajectoire budgétaire, compte tenu du fait que les calculs sont réalisés a priori, et vu la volonté de prendre en compte dans le solde de financement annuel de la Fédération Wallonie-Bruxelles des seuls montants décaissés annuellement en faveur des hôpitaux.

4. Solde de financement et impact SEC2010

A l'heure actuelle, les hôpitaux en eux-mêmes ne sont pas consolidés dans le périmètre budgétaire public. Par contre, en mars 2014, l'ICN a acté la consolidation du financement des investissements des infrastructures hospitalières belges au sens des règles de comptabilité européenne (SEC2010) dans le périmètre de l'Etat fédéral, et a enregistré le transfert des investissements dans le périmètre des entités fédérées au 1er juillet 2014.

La volonté était donc de mettre en place un système de financement déconsolidant également les investissements, l'impact d'une telle consolidation au sens SEC étant totalement intenable compte tenu des obligations imposées aux différentes entités en termes de réduction du déficit budgétaire au sens SEC.

Le Ministre de la Santé wallon a transmis,

pour avis sur cette déconsolidation, à l'Institut des comptes nationaux la note cadre relative au financement des infrastructures hospitalières présentée au Gouvernement le 17 décembre 2015, présentant ce nouveau modèle de financement.

L'ICN a remis un avis globalement favorable sur cette note le 29 février 2016 en ces termes :

« Compte tenu des éléments mis à sa disposition, l'ICN est d'avis que les subventions prévues via le mécanisme du prix d'hébergement maximum facturable constituent au sens du SEC des transferts sociaux en nature en faveur des ménages pour des biens et services achetés auprès de producteurs marchands (D.632). En effet, les interventions prévues ne sont pas liées à un investissement spécifique fait par un hôpital mais plutôt à la présence effective des patients et ont pour effet de réduire le prix payé par les patients. Ces transferts sociaux en nature sont enregistrés au moment où les services sont prestés, donc au moment où les patients séjournent à l'hôpital. »

En ce qui concerne la subvention envisagée pour les travaux de remplacement qui présentent un caractère urgent et exceptionnel, le même enregistrement comptable s'applique si cette subvention est intégrée dans le prix d'hébergement. Sinon, il s'agit d'une aide à l'investissement (D.92) et il convient alors de comptabiliser l'intervention au moment où le droit à cette intervention est constaté. »

5. Contenu et principes du nouveau mécanisme de soutien aux infrastructures hospitalières

Le nouveau mécanisme de soutien aux infrastructures vise à simplifier le système de financement des infrastructures et à favoriser la soutenabilité budgétaire.

Ce nouveau mécanisme repose sur le principe du prix d'hébergement hospitalier.

Les modifications apportées au modèle wallon de par les spécificités des hôpitaux universitaires sont les suivantes :

- La valeur du parc hospitalier existant a été calculée en reprenant les superficies pour les hôpitaux universitaires et non celles pour hôpitaux généraux conformément à l'arrêté ministériel du 11 mai 2007 ;

- Vu l'abrogation des forfaits fédéraux et le remplacement en 2016 par un système de forfait unique reprenant les gros travaux d'entretien, les services médico techniques lourds et le forfait matériel médical et non médical et roulant, il est prévu que le Gouvernement puisse combler la différence entre le montant de la subvention forfaitaire calculée sur la base du décret du 13 juillet 2016 et le montant de l'intervention financière de la Communauté française calculée sur la base du présent projet de décret ;

· En outre, il n'a pas été appliqué dans les simulations une fermeture de 25 % des lits comme ça a été le cas dans le modèle wallon.

La partie « services médico-techniques lourds » et la partie « matériel médical et non médical et roulant continueront à être financée par un forfait séparé. Toutefois, le forfait médical, non médical et roulant a un caractère extinctif. Afin de ne pas financer 2 fois le matériel et les équipements, les hôpitaux qui pourront facturer le matériel et les équipements dans le nouveau système (dans le cadre du calendrier de construction arrêté par le gouvernement) verront diminuer leur forfait de ces montants. Ce forfait est donc partiellement maintenu tant que le montant ne dépasse pas le montant calculé en vertu de l'article 9 du projet de décret. Dans le cas contraire, seul le montant calculé conformément à l'article 9 est intégré dans le prix d'hébergement annuel de l'hôpital.

a) Principe général

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) liés aux activités d'exploitation financées via le BMF des hôpitaux.

Ce prix ne se rapporte donc pas aux surfaces financées par l'hôpital sur « fonds propres ».

Le prix est spécifique par hôpital car il correspond au profil de chaque institution, en fonction notamment de ses agréments (autorisation de fonctionnement).

b) Le « 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.

Dans un principe de continuité, le « juste prix » est constitué en principal des montants repris dans l'Arrêté ministériel du 11 mai 2007 pour les hôpitaux universitaires fixant le coût maxi-

mal pouvant être pris en considération pour l'octroi de subventions pour la construction de nouveaux bâtiments, les travaux d'extension et de reconditionnement d'un hôpital ou d'un service. Les balises posées dans cet arrêté ministériel devront être complétées pour tenir compte des éléments qui étaient historiquement financés au-delà des montants compris dans cet arrêté.

In fine, le calcul du « juste prix » tiendra notamment compte des éléments suivants, constitutifs du profil de l'hôpital :

- 1° le nombre de lits d'hospitalisation classique ;
- 2° le nombre de places et de prestations en hospitalisation de jour ;
- 4° le nombre de lits en soins intensifs ;
- 5° le nombre de salles d'opération ;
- 6° le nombre d'accouchements ;
- 7° le nombre de bunker de radiothérapie ;
- 8° le nombre de salle de cathétérisme cardiaque ;
- 9° le nombre de postes de centre de traitement de l'insuffisance rénale ;
- 10° le nombre de places de parking ;
- 11° l'aménagement des abords.

A titre d'exemples, pour la section relative aux « bâtiments » hospitaliers (hôpitaux universitaires), la formule pour le calcul des surfaces liées aux lits d'hospitalisation classique (1°) et au quartier opératoire (5°) est la suivante (hors tva et frais généraux) :

- Nombre de lits agréés (hors soins intensifs) x 1.866,58 x 157,60 m² par lit
- Nombre de salle d'opération x 2.310,08 x 560m² par salle

Chaque hôpital obtient donc, in fine, un nombre de mètres carrés maximum admis à la reconstruction et un prix moyen maximum par mètre carré, prix auquel s'ajoutent la TVA et les frais généraux.

Cette technique permet de traiter chaque hôpital de façon égalitaire en fonction de son profil. Elle place donc tous les patients dans un traitement égal au niveau de la couverture de leur prise en charge.

c) Calcul du « prix d'hébergement »

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

Cinq parties constituent le prix d'hébergement. Ces cinq parties 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.

En résumé, pour les hôpitaux universitaires

Partie	Maximum facturable du « juste prix » durant le cycle de renouvellement	Cycle de renouvellement	Intervention annuelle	Explications	Remarques
Construction	72,50 %	25 ans	2,90 %	72,50 % / 25 ans = 2,90 %	Plan de construction
Remplacement	4 %	20 ans	0,01 %	Après 20 ans = 0,20 % max. par an = 4%/20 ans	Automatique (cumulatif pendant 20 ans puis stable annuellement)
Matériel et équipement	14,50 %	10 ans	1,45 %	72,50 % de 20 % = 14,50 % / 10 = 1,45 %	Plan de construction
Entretien	0,20 %	10 ans	0,020 %	Après 10 ans = 0,20 % max par an	Automatique (cumulatif pendant 10 ans puis stable annuellement)
Financement construction	Taux IRS + forwards + marge bancaire (MB)	25 ans			Lié au plan de construction
Financement remplacement	Taux IRS + forwards + MB	20 ans			Automatique
Financement Matériel et équipement	Taux IRS + forwards + MB	10 ans			Lié au plan de construction
Financement entretien	Taux IRS + forwards + MB	10 ans			Automatique
Forfait matériel médical , non médical et roulant		<i>Solde après déduction des montants Matériel et équipement par l'hôpital</i>	<i>dans le nouveau plan maintenu en subvention au même annuellement</i>	<i>titre que le forfait équipement médico technique lourd</i>	
Total	facturable				

* *
*

· La partie « construction », liée aux surfaces BMF, a été estimée en moyenne à 72,50 % du « juste prix », facturable en 25 ans, le solde étant à charge de l'hôpital.

· La partie liée aux « matériel et aux équipements » a été estimée en moyenne à 20 % du prix de la construction, pour laquelle on autorise 72,50 % à la facturation en 10 ans ($72,50 \% \text{ de } 20 \% = 14,50 \% / 10 = 1,45 \% \text{ du « juste prix »}$). Il s'agit d'une majoration du « juste prix ».

· La partie « remplacement » a été estimée à 4 % du « juste prix », facturable en 20 ans (avec une montée progressive des montants en 20 ans).

· La partie « entretien » a été estimée à 0,20 % du « juste prix », facturable en 10 ans (avec montée progressive des montants en 10 ans).

In fine, le montant annuel autorisé à la facturation par hôpital est divisé par un ou plusieurs paramètres d'activités, qui visent à obliger les hôpitaux à adapter leurs infrastructures à une capacité de facturation à atteindre, et donc à un taux d'activité réaliste par rapport à leur patientèle potentielle.

Cela devrait inciter les hôpitaux à adapter leur infrastructure, de façon raisonnée, à leur volume d'activité.

d) Les plans de construction

Pour ce qui concerne les plans de construction, il est prévu que le Gouvernement détermine le contenu et les modalités de transmission des programmes d'investissement des hôpitaux.

Ces programmes d'investissements, en cas d'accord, 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 permet une montée en puissance du système.

Le Gouvernement arrête les plans de construction successifs. La période de reconstruction du parc est fixée à 35 ans. Pour ce faire, il prend en compte certains éléments pour la sélection des projets qu'il inscrit dans le plan de construction, notamment l'état des infrastructures.

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 ».

Chaque année, le Gouvernement arrête le prix d'hébergement de chaque hôpital, qui se compose de chacune des parties.

Pour ce qui concerne l'adaptation du prix, chaque fois que l'hôpital procède à des travaux

de construction (d'extension et de reconditionnement), et pour autant qu'ils soient inscrits dans le timing du plan de construction, l'hôpital peut demander à la Fédération Wallonie-Bruxelles l'autorisation de facturer et de revoir son prix d'hébergement lors de la prochaine adaptation.

e) Liquidation / 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.

Pour les patients qui se trouvent habituellement sur le territoire (hors « tourisme médical ») et qui ne relèvent pas d'un organisme assureur, une solution sera trouvée afin de permettre la liquidation des interventions, également en tiers payant. A cette fin, on évaluera la possibilité de se raccrocher au système « MediPRIMA ».

Ces montants sont facturables par patient par journée réalisée (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 SEC2010.

f) Cadastre et indicateurs qualité

Les hôpitaux auront l'obligation d'inscrire leurs investissements dans un cadastre financier des investissements hospitaliers. Ce cadastre aura pour objet de suivre les investissements réalisés par les hôpitaux et de permettre un suivi budgétaire global.

Parallèlement, il permettra également d'établir une projection des besoins futurs en matière d'infrastructure hospitalière.

Par ailleurs, les hôpitaux seront également tenus de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Outre les processus qualité déjà en cours de réflexion (notamment au travers des processus d'accréditation et d'indicateurs qualité avec le soutien de la PAQS qui reçoit un subside de la FWB), les hôpitaux seront tenus de maintenir leurs investissements hospitaliers à un certain niveau, qui sera lié à la qualité de l'accueil des patients.

6. Effet standstill

Le Conseil d'Etat s'est référé à son avis sur le projet de décret wallon portant sur le même objet que le présent texte, dans lequel il avait formulé la remarque suivante : « Si l'exposé des motifs se centre sur l'explicitation de la notion de « prix d'hébergement » et, dans ce cadre de « juste prix », ainsi que la description des coûts couverts par les interventions calculées en pourcentage au départ de cette nouvelle notion, il ne précise en rien en quoi le recours à ce concept comme fondement du nouveau système de financement des hôpitaux permet de maintenir le niveau de protection offert aux citoyens en matière de santé ou s'il est réduit, en quoi cette réduction n'empêche pas un risque de réduction sensible sans qu'existent, pour ce faire, des motifs liés à l'intérêt général et qui méconnaît l'article 23, alinéa 3, 2°, de la Constitution.

En d'autres termes, il appartient à l'auteur de le projet de faire apparaître clairement, dans l'exposé des motifs, comment il entend assurer, dans le nouveau système de financement des hôpitaux qu'il met en place, le respect de l'article 23 de la Constitution. »

On rappellera que l'article 23 de la Constitution dispose : « Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine. A cette fin, la loi, le décret ou la règle visée à l'article 134 garantissent, en tenant compte des obligations correspondantes, les droits économiques, sociaux et culturels, et déterminent les conditions de leur exercice. Ces droits comprennent notamment :

1° le droit au travail et au libre choix d'une activité professionnelle dans le cadre d'une politique générale de l'emploi, visant entre autres à assurer un niveau d'emploi aussi stable et élevé que possible, le droit à des conditions de travail et à une rémunération équitables, ainsi que le droit d'information, de consultation et de négociation collective ;

2° le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique ; (...)

L'article 23 de la Constitution implique, en ce qui concerne la protection de la santé, une obligation de standstill « qui s'oppose à ce que le législateur compétent réduise sensiblement le niveau de protection offert par la législation applicable, sans qu'existent pour ce faire des motifs liés à l'intérêt général » (C.C., arrêt n° 135/2006 du 14 septembre 2006).

La Cour constitutionnelle a également rappelé, à plusieurs reprises, que « l'article 23 de la Constitution implique une obligation de standstill qui fait obstacle à ce que le législateur compétent réduise de manière sensible le niveau de protection qu'offre la législation applicable sans qu'existent pour ce faire des motifs liés à l'intérêt général. Cette obligation ne peut toutefois

s'entendre comme imposant à chaque législateur, dans le cadre de ses compétences, de ne pas toucher aux modalités de l'aide sociale prévues par la loi. Elle leur interdit d'adopter des mesures qui marqueraient un recul sensible du droit garanti par l'article 23, alinéa 1er et alinéa 3, 2°, de la Constitution sans qu'existent des motifs liés à l'intérêt général, mais elle ne les prive pas du pouvoir d'apprécier de quelle manière ce droit est le plus adéquatement assuré » (C.C., arrêt n° 42/2016 du 17 mars 2016. Dans le même sens : C.C., arrêt n° 5/2004 du 14 janvier 2004 et C.C., arrêt n° 169/2002 du 27 novembre 2002).

Comme le souligne la Cour constitutionnelle, « pour juger de la violation éventuelle, par une norme législative, de l'effet de standstill attaché à l'article 23 de la Constitution [...], la Cour doit procéder à la comparaison de la situation des destinataires de cette norme avec la situation qui était la leur sous l'empire de la législation antérieure » (C.C., arrêt n° 123/2006 du 28 juillet 2006).

En l'espèce, le nouveau système de financement des infrastructures hospitalières n'implique pas un recul du niveau de protection du droit à la santé des patients et il est pleinement justifié au regard de l'objectif de pérennisation du régime de soins de santé hospitaliers, de sorte qu'un éventuel recul serait, en tout état de cause, justifié par un objectif d'intérêt général suffisant.

L'ancien régime était organisé de manière double : d'une part un financement « fédéral » et d'autre part un financement « fédéré ». Le premier portait sur une majoration du Budget des Moyens Financiers, le second consistant en un subside, théoriquement complémentaire au montant intégré dans le BMF. Ce taux d'intervention du BMF était appliqué sur un plafond à la construction qui ne comprenait pas l'ensemble de la construction. En outre, ce financement était limité à 33 ans, cette période correspondait à la durée de vie d'un hôpital. Enfin, le coût maximal pour lequel une intervention était prévue était un coût statistiquement moyen, indifférencié, entre hôpitaux.

Le nouveau mécanisme prévoit une intervention de la Communauté française sur la base d'un « juste prix » fixé pour chaque hôpital. Ce juste prix représente le prix de revient théorique à la reconstruction de chaque hôpital individuel, ce prix est calculé notamment sur la base du nombre de lits hospitaliers mais également sur la base d'autres caractéristiques propres à chaque hôpital. Il comprend une partie relative aux bâtiments, une partie relative aux parkings et une partie relative aux abords de l'hôpital. Ce juste prix recouvre donc plus d'éléments que les éléments pris en compte dans l'ancien système de financement et est plus individualisé. Par hypothèse, dès lors que le système s'éloigne d'une moyenne arithmétique, les interventions pourront être majorées par rapport à la situation ancienne, là où cela se justifie.

Dans les autres cas, compte tenu du mécanisme d'intervention « maximale » applicable alors, l'intervention n'aurait pas dû ou pu couvrir davantage que ce qui est requis. Ce juste prix se veut plus adapté aux particularités de chaque hôpital et donc, l'objectif est que l'intervention de la région corresponde plus adéquatement aux besoins de chaque hôpital. En outre, cette intervention est facturable à durée indéterminée.

La grande différence entre ces deux régimes est que le premier repose sur une intervention théorique de 100 %, mais dont l'application entraînait une intervention moindre (avoisinant les 80 %) et limitée à la durée de vie « comptable » de l'hôpital, même si celui-ci demeurerait après, sans financement.

Le nouveau régime de financement repose sur une intervention réelle annuelle et qui repose sur un montant de référence correspondant aux besoins réels des hôpitaux.

Enfin, le nouveau régime – et la potentielle diminution marginale du droit des patients – est en tout état de cause justifié par des motifs liés l'intérêt général.

En effet, la réforme du système de financement est justifiée d'une part par la complexité des modalités de calcul de l'ancien régime mais également par le côté aléatoire de la maîtrise budgétaire qu'impliquait ce régime. D'autre part, cette réforme est sous-tendue par un objectif de plus grande responsabilisation des hôpitaux et d'une plus grande adéquation entre les besoins et surtout les capacités des hôpitaux avec leur financement.

Fondamentalement, le régime proposé est destiné à assurer la pérennité de l'offre de soins hospitaliers en s'assurant d'une grande adéquation entre les moyens alloués et les besoins réels de l'institution. La meilleure allocation des ressources limitées des pouvoirs publics et l'attention accrue demandée de la part des gestionnaires, sont destinés à s'assurer de la pérennité du régime de financement.

Il n'y a pas de violation du principe de standstill dès lors que la réforme du régime de financement des infrastructures hospitalières n'entraîne pas de recul significatif du niveau de protection du droit à la santé des patients. L'objectif de la réforme est justement de permettre une offre de soins de santé plus qualitative et plus adaptée à la demande des patients.

Le financement des infrastructures hospitalières ne sera pas d'un niveau moindre dans le nouveau régime qu'il ne l'était dans l'ancien. Par conséquent, l'offre en soins de santé que peuvent proposer les hôpitaux ne sera pas diminuée comme conséquence à ce changement de régime de financement. Et donc, par conséquent, le niveau de protection des droits des patients ne sera pas négativement impacté.

Au contraire, l'objectif de la réforme est d'assurer une offre plus qualitative des soins de santé proposée par les hôpitaux, en permettant une meilleure adéquation entre les besoins et la demande des hôpitaux avec les services proposés.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article premier

Cet article porte sur la définition de certaines notions liées au cadre dans lequel le présent décret s'inscrit, et à certaines notions spécifiques au décret, notamment la notion de « prix d'hébergement », et de « juste prix » à la construction.

Art. 2

Les hôpitaux peuvent facturer aux patients admis en hospitalisation un prix d'hébergement maximum. Ce prix couvre de façon théorique l'utilisation des infrastructures hospitalières et des équipements par le patient. Le prix d'hébergement est considéré comme le maximum facturable au patient. Ce prix ne peut donc donner lieu à aucun supplément facturé au patient au-delà du prix établi en vertu du présent décret, pour les éléments couverts par le présent dispositif.

Par hospitalisation, il est entendu l'admission en hôpital, donnant lieu à la facturation d'une journée d'hospitalisation via le budget des moyens financiers des hôpitaux (AR du 25/04/2002), ou via les forfaits d'hôpital de jour dans le cadre de la convention passée entre les représentants des hôpitaux et les organismes assureurs au sein de l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI).

Art. 3

Cette disposition précise les cinq parties du prix d'hébergement. Ces cinq parties portent sur :

1° le prix à la construction, qui vise les travaux importants liés à de nouvelles constructions et reconstructions, à l'extension d'un bâtiment existant et aux reconditionnements (la modification globale d'affectation d'un bâtiment ou d'une partie de bâtiment, nécessitant un déshabillage de l'intérieur d'un bâtiment existant) ;

2° le prix des remplacements qui vise les charges de remplacement des éléments de construction qui ont une durée de vie moins importante que la durée de vie de l'infrastructures hospitalière prise globalement. Cette composante vise par exemple le remplacement d'une cabine électrique (haute tension), d'un alternateur électrique, d'appareils de chauffage, de traitement des eaux, ou encore des éléments de toitures, de châssis, de façades, etc. pendant la durée de vie de l'hôpital ;

3° le prix du matériel et des équipements, qui vise tant le matériel médical (brancards, appareils de monitoring, pompes, respirateurs, etc.), le matériel non médical (lits, armoires, tables, chaises,

fauteuil, etc.), que les équipements (ECG, etc.) ;

4° le prix de l'entretien des bâtiments, qui vise les travaux contribuant à l'entretien régulier de l'infrastructure pour ce qui concerne des travaux de moindre importance nécessaires pour le maintien de l'outil ; ce prix de l'entretien ne vise pas le financement du personnel de nettoyage courant, du personnel d'entretien technique et du personnel de réparation liés à l'exploitation normale de l'hôpital, ainsi que les frais habituels liés à l'activité de ce personnel (par exemple les produits utilisés par le personnel de nettoyage), ce financement, lié à l'exploitation de l'hôpital est couvert par la sous-partie B1 du BMF des hôpitaux, qui est resté de compétence fédérale ;

5° le prix des coûts liés à la pré-exploitation et au financement par l'hôpital des parties 1° à 4°, en fonction des périodes de financement nécessaire pour couvrir ces coûts sur la base des périodes d'emprunt.

Art. 4

Cette disposition précise que le prix d'hébergement est arrêté annuellement par le Gouvernement, sur la base du « juste prix » de chaque hôpital.

Le prix d'hébergement découle directement du « juste prix », qui correspond à une vision théorique de la valeur de l'hôpital, donc à une forme de prix de revient que la Région accepte de prendre en considération.

Elle précise également les principes applicables pour l'élaboration du prix d'hébergement, sur la base de plusieurs principes de bonne gestion :

- l'équité impose la mise en œuvre de règles de calcul identiques pour l'ensemble des hôpitaux, de même que l'application de ces règles ;

- la prévisibilité et la sécurité juridique renvoient au résultat du calcul du prix d'hébergement, qui est certes différent d'un hôpital à l'autre, mais qui tient compte du profil de chaque hôpital.

Art. 5

Pour chaque hôpital universitaire, il est calculé sur la base de son profil un « juste prix » au mètre carré, et un nombre maximum de mètres carrés admissibles in fine à la facturation.

Cette technique vise à calculer la valeur globale théorique de (re)construction au sens large, et le nombre de mètres carrés maximums admissibles de chaque hôpital.

Ce juste prix se compose de trois sections : une section relative aux bâtiments au sens large, une section relative aux parkings et une section relative à l'aménagement des abords. Cette distinction est opérée car l'objectif est d'aboutir, par hôpital, à une valeur théorique par mètre carré de l'hôpital, or la différence de coût est particulièrement importante entre l'infrastructure hospitalière au sens strict (les bâtiments nécessaires à l'activité), les parkings et les abords.

Art. 6

La partie du prix visant les constructions se compose par hôpital d'un montant forfaitaire global facturable calculé sur base d'un pourcentage du « juste prix ». Ce montant global forfaitaire facturable permet aux hôpitaux d'assumer leurs travaux de construction. Le montant est fixé à 2,90 % du juste prix, multipliés par le nombre de mètres carrés retenus de façon successive dans le cadre des plans de constructions. Cela correspond au terme d'un cycle de 25 ans, à 72,50 % du « juste prix » que la Fédération Wallonie-Bruxelles accepte de prendre en compte ($2,90 * 25 = 72,50$). Le solde est historiquement à charge de l'hôpital sur fonds propres.

Ce prix est majoré du montant correspondant au taux de TVA en vigueur pour les travaux de construction, et des frais généraux. Le taux de TVA en la matière pouvant varier. Le taux appliqué à cette partie est celui applicable au moment du calcul.

Les frais généraux couvrent notamment les frais d'architecte, les frais de dossiers, les frais d'étude (incidence, sondage de sols, etc.), les frais liés au permis de bâtir, les frais d'avocat, etc.

Art. 7

Cette partie visant les travaux de remplacement correspond à un pourcentage du « juste prix » à la construction.

Ce pourcentage va croissant.

Au terme d'un cycle de 20 ans, cette intervention porte sur 4 % du « juste prix », ce qui permettra à l'hôpital d'effectuer des travaux de remplacement, par exemple des réparations importantes, le maintien global du bâti, mais également l'adaptation de certains services en fonction de l'évolution de la médecine et des critères de qualité et de sécurité du patient.

Ce mécanisme doit également permettre aux hôpitaux qui ne s'inscrivent pas dans le cadre des premiers plans de construction de procéder aux adaptations de base nécessaires à leur activité (par exemple en raison de l'évolution des techniques médicales).

Ce prix est majoré du montant correspondant au taux de TVA en vigueur pour les travaux de

construction. Le taux de TVA en la matière pouvant varier. Le taux appliqué à cette partie est celui applicable au moment du calcul.

Les frais généraux s'élèvent à 15 %. Les frais généraux couvrent notamment les éventuels frais d'architecte, les frais de dossiers, les frais d'étude (incidence, des sols, etc.), les frais liés au permis de bâtir, les frais d'avocat, etc.

Art. 8

Cette disposition organise le mode de calcul du prix du renouvellement du matériel et des équipements, sur la base du coût au mètre carré et du nombre de mètres carrés admis à la construction.

Au terme d'un cycle de 10 ans, ce financement permet d'obtenir ainsi une majoration de 14,50 % du « juste prix ». Cela permettra à l'hôpital d'effectuer les investissements nécessaires en matériel et équipements dans un principe de développement de la qualité. Les pourcentages sont calculés de façon théorique sur la base des derniers projets connus. Le financement des équipements (pour la part BMF) est estimé à 20 % (ramené à 72,50 % de 20 % = 14,50 %).

Ce prix est majoré du montant correspondant au taux de TVA en vigueur et de frais généraux pour 5 %. Le taux de TVA en la matière pouvant varier. Le taux appliqué à cette partie est celui applicable au moment du calcul.

Les frais généraux couvrent notamment les frais d'architecte, les frais de dossiers, les frais d'étude (incidence, sondage de sols, etc.), les frais liés au permis de bâtir, les frais d'avocat, etc.

Art. 9

Cette partie visant l'entretien des bâtiments correspond à un pourcentage du « juste prix » à la construction.

Ce pourcentage va croissant les 10 premières années, pour atteindre le montant total amortissable. Ces 10 années correspondent aux cycles d'amortissement des travaux d'entretien.

Ce prix est majoré du montant correspondant au taux de TVA en vigueur pour les travaux de construction. Le taux de TVA en la matière pouvant varier. Le taux appliqué à cette partie est celui applicable au moment du calcul.

Les frais généraux couvrent notamment les frais d'architecte, les frais de dossiers, les frais d'étude (incidence, sondage de sols, etc.), les frais liés au permis de bâtir, les frais d'avocat, etc.

Art. 10

Cette partie du prix vise à couvrir de façon forfaitaire les charges financières et les charges connexes liées aux différentes parties du prix qui doivent être préfinancées.

Ces frais seront calculés sur base forfaitaire ; ils pourront être différents en fonction de chaque sous-partie.

Art. 11

Cet article n'appelle pas de commentaire.

Art. 12

Cette disposition habilite le Gouvernement à déterminer le mode de calcul du diviseur permettant la facturation du prix d'hébergement au patient par journée d'hospitalisation réalisée, en tenant compte notamment de l'occupation effective des lits. Le diviseur traduira in fine le seuil d'activité à atteindre par l'hôpital afin d'obtenir l'entièreté de son financement.

Le Gouvernement devra inciter les hôpitaux à adapter leurs reconstructions en fonction de leur capacité réelle de facturation. En effet, les lits inoccupés ne seront in fine pour partie plus financés car ils ne donneront pas lieu à une facturation au patient. Les pourcentages retenus devront tenir compte des taux d'occupation (réalisation) à atteindre, qui évoluent compte tenu de la diminution des durées de séjour et du turnover plus important des patients. Les hôpitaux font en effet face à des hospitalisations plus nombreuses mais pour des périodes en moyenne plus courtes qu'auparavant, ce qui nécessite des adaptations importantes, par exemple pour la mise à disposition des chambres.

Art. 13

Les RMN, les PET-scans et la radiothérapie sont subventionnés directement par le Gouvernement sur base forfaitaire.

Pour les RMN et les PET-scans, le montant forfaitaire global facturable est réparti entre les hôpitaux sur la base du nombre d'appareils agréés de chaque type. Ces appareils sont en effet soumis à une programmation, ce qui n'est pas le cas de la radiothérapie.

Pour la radiothérapie le montant global sera réparti sur la base d'un nombre de points liés aux prestations de la nomenclature des soins de santé, qui traduit l'utilisation des machines.

Art. 14

L'hôpital qui facture le prix d'hébergement doit respecter un certain nombre de principes notamment le fait d'enregistrer l'état de ses infrastructures dans un registre, de s'inscrire dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins etc. . .

Art. 15

Cette disposition prévoit que la transition entre l'ancien et le nouveau système puisse se faire sans que l'hôpital ne perde les avantages acquis pour ce qui concerne les forfaits relatif au matériel médical et non médical repris dans le décret du 13 juillet 2016 portant financement de l'équipement des infrastructures hospitalières universitaires. Cette technique permet de garantir aux hôpitaux qu'ils pourront facturer au minimum le montant forfaitaire prévu.

Au fur et à mesure du déploiement de la capacité de facturation de la partie liée aux équipements dans le cadre du nouveau mécanisme, les montants calculés conformément au décret 2016 pour couvrir le matériel médical et non médical s'éteignent.

Art. 16

Cet article permet au Gouvernement de combler la différence entre le montant de la subvention forfaitaire calculée sur la base du décret du 13 juillet 2016 et le montant de l'intervention financière de la Communauté française calculée sur la base du présent décret.

Art. 17

Cet article organise la déduction de la capacité de facturation du prix d'hébergement des indemnités de fermeture qui seraient demandés par certains hôpitaux pour ce qui concerne la partie des indemnités liée aux infrastructures. Ces indemnités sont effectivement aujourd'hui à charge de la Fédération Wallonie-Bruxelles suite à la Sixième réforme de l'Etat.

Art. 18

Cette disposition précise que la capacité de facturation augmente au fur et à mesure des hôpitaux ou parties d'hôpitaux acceptés à la (re)construction, à l'extension et au reconditionnement dans le cadre de plans de construction adoptés par le Gouvernement tous les 5 ans.

Ce dispositif permet l'entrée progressive des hôpitaux dans le nouveau système pour ce qui concerne les parties « prix à la construction » et « prix du matériel et des équipements ». Le plan de construction ne vise in fine qu'à permettre l'entrée progressive des hôpitaux dans le nouveau système de financement au fur et à mesure de la reconstruction des hôpitaux. A la fin de la période considérée, les hôpitaux bénéficieront tous pour cette sous-partie d'une capacité forfaitaire maximale de facturation calculée sur la base d'un nombre maximum de mètres carrés et d'un prix forfaitaire au mètre carré, pour les 3 sections du « juste prix ».

Art. 19

Cette disposition prévoit l'évaluation du dispositif.

Art. 20

Cette disposition précise que le Gouvernement fixe de la date du premier plan pluriannuel de construction.

Art. 21

Afin de garder une cohérence avec le système mis en place en Wallonie, il a été décidé d'intégrer les travaux importants de réparation et d'entretien, périodiques ou non qui donnent lieu à un amortissement dans le nouveau dispositif et non plus dans le forfait prévu dans le décret de 2016.

Pour que la Communauté française soit dotée d'un seul texte réglementant le financement des infrastructures des hôpitaux universitaires, le décret du 13 juillet 2016 est abrogé et ses dispositions sont :

- soit intégrés telles quelles dans le présent décret (forfait : l'article 13 prévoit le financement de l'équipement médico-technique lourd) ;

- soit mis en extinction (matériel médical, non médical et roulant : système d'extinction) ;

- soit intégrés dans le nouveau système (les travaux importants de réparation et d'entretien entrant en ligne de compte dans le prix d'hébergement)

Art. 22

Cette disposition règle l'entrée en vigueur du présent décret.

PROJET DE DÉCRET

RELATIF AU PRIX D'HÉBERGEMENT ET AU FINANCEMENT DE CERTAINS APPAREILLAGES DES SERVICES MÉDICO-TECHNIQUES LOURDS EN HÔPITAL UNIVERSITAIRES

Le Gouvernement de la Communauté française ;

Sur proposition du Ministre-Président ;

Après délibération,

ARRETE

Le Ministre-Président est chargé de présenter au Parlement de la Communauté française le projet de décret dont la teneur suit :

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 par-

ties 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 rapport 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

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. 20

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. 21

Le décret du 13 juillet 2016 portant financement de l'entretien et de l'équipement des in-

frastructures hospitalières est abrogé sauf, à titre transitoire, pour l'application des articles 15 et 16 du présent décret.

Art. 22

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

Fait à Bruxelles, le

Par le Gouvernement de la Communauté française,

Le Ministre-Président,

R. DEMOTTE

AVANT-PROJET DE DÉCRET

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

CHAPITRE PREMIER

Disposition générale et définitions

Article premier

Le présent décret règle des matières visées à l'article 128, § 1er, de la Constitution.

Art. 2

Pour l'application du présent décret, l'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 » :

1° Le Centre hospitalier universitaire de Liège ;

2° Les Cliniques universitaires Saint-Luc à Woluwé-Saint-Lambert ;

3° Les Cliniques universitaires de Mont-Godinne ;

4° 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.

CHAPITRE II

Prix d'hébergement

Art. 3

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. 4

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. 5

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. 6

§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. 7**

La partie relative au prix à la construction, telle que visée à l'article 4, 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 6, 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 18.

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. 8**

La partie relative au prix des remplacements visés à l'article 4, alinéa 2, 2°, correspond à un pourcentage du juste prix visé à l'article 6.

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 6, §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. 9**

La partie relative au prix du matériel et des équipements, telle que visée à l'article 4, alinéa 2, 3°, correspond à 1,45 % du coût maximum au mètre carré fixé conformément au juste prix visé à l'article 6, pour la section relative à la construction des bâtiments tels que visée à l'article 6, §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 18.

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. 10**

La partie visant le prix de l'entretien des bâtiments, telle que visée à l'article 4, alinéa 2, 4°, correspond à un pourcentage du juste prix visé à l'article 6.

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. 11**

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

Art. 12

Le Gouvernement détermine le mode de calcul des différentes parties visées aux articles 7 à 11.

SECTION IV

Capacité de facturation**Art. 13**

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 3.

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 rapport 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. 14**

§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. 15**

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. 16

§ 1er. De manière transitoire, en dérogation à l'article 9, la partie du prix visée à l'article 4, 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 dépasse le montant calculé en vertu de l'article 9. Dans le cas contraire, seul le montant calculé conformément à l'article 9 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. 17

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. 18

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. 19

§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 7, pour chaque section visée à l'article 6, §2 ;

2° du prix du matériel et des équipements, calculé conformément à l'article 9 ;

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 11, pour les parties du prix visées à l'article 4, 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 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. 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 1^{er} 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 16 et 17 du présent décret.

Art. 23

Le présent décret entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018

Fait à Bruxelles, le

Par le Gouvernement de la Communauté française,

*Le Ministre-Président, en charge des hôpitaux
universitaires,*

R. DEMOTTE

AVIS DU CONSEIL D'ÉTAT



CONSEIL D'ÉTAT

section de législation

avis 61.519/4
du 14 juin 2017

sur

un avant-projet de décret de la Communauté française 'relatif
au prix d'hébergement et au financement de certains
appareillages des services médico-techniques lourds en
hôpital'

Le 15 mai 2017, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par le Ministre-Président du Gouvernement de la Communauté française à communiquer un avis, dans un délai de trente jours, sur un avant-projet de décret 'relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpital'.

L'avant-projet a été examiné par la quatrième chambre le 14 juin 2017. La chambre était composée de Pierre LIÉNARDY, président de chambre, Martine BAGUET et Bernard BLERO, conseillers d'État, Sébastien VAN DROOGHENBROECK et Jacques ENGLEBERT, assesseurs, et Anne-Catherine VAN GEERSDAELE, greffier.

Le rapport a été présenté par Pauline LAGASSE, auditeur adjoint.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 14 juin 2017.

*

Comme la demande d'avis est introduite sur la base de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'État, la section de législation limite son examen au fondement juridique de l'avant-projet^(*), à la compétence de l'auteur de l'acte ainsi qu'à l'accomplissement des formalités préalables, conformément à l'article 84, § 3, des lois coordonnées précitées.

Sur ces trois points, l'avant-projet appelle les observations suivantes.

FORMALITÉS PRÉALABLES

1. Conformément à l'article 4, 1^o, du décret de la Communauté française du 7 janvier 2016 'relatif à l'intégration de la dimension de genre dans l'ensemble des politiques de la Communauté française', chaque Ministre est tenu d'établir, dans le cadre des politiques, actions et mesures relevant de sa compétence, pour chaque projet d'acte législatif et réglementaire, un rapport d'évaluation de l'impact du projet sur la situation respective des femmes et des hommes, dit « test genre ».

Il ne ressort pas du dossier remis à la section de législation que cette formalité aurait été accomplie. L'auteur de l'avant-projet veillera à son accomplissement.

2. L'article 12, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'accord de coopération-cadre du 27 février 2014 entre la Communauté française, la Région wallonne et la Commission communautaire française 'relatif à la concertation intra-francophone en matière de santé et d'aide aux personnes et aux principes communs applicables en ces matières', dispose :

« Le Gouvernement ou le Collège de la partie concernée transmet au comité ministériel et à l'organe de concertation tout avant-projet de décret en matière de soins de santé ou d'aide aux personnes dès sa prise d'acte ».

L'auteur de l'avant-projet veillera au respect de cette formalité ainsi que de la procédure visée aux articles 13 à 15 de cet accord de coopération.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES

A. Respect de l'article 23 de la Constitution

1. L'exposé des motifs précise que le dispositif faisant l'objet de l'avant-projet à l'examen poursuit « plusieurs objectifs importants », à savoir :

« – maintenir en bon état l'infrastructure hospitalière, et permettre la poursuite de l'accueil des patients dans un cadre adéquat favorisant la qualité et la sécurité des soins aux patients pris en charge dans le cadre hospitalier ; cet objectif passe

(*) S'agissant d'un avant-projet de décret, on entend par « fondement juridique » la conformité aux normes supérieures.

notamment par la mise en œuvre d'une politique qualité dans les hôpitaux, qui accompagnera cette réforme dans le cadre des arrêtés d'exécution ;

– respecter les choix du patient, qui doit pouvoir accéder librement à des soins de qualité à un coût soutenable et à une distance raisonnable de son domicile (en fonction de sa pathologie) ;

– garantir la liberté des organes de gestion des hôpitaux tout en encourageant la poursuite des collaborations entre institutions hospitalières, via la capacité laissée aux institutions de réaliser des projets en communs, par exemple en ce qui concerne la centralisation de certains services logistiques, ou encore via une meilleure articulation entre les hôpitaux dans le déploiement de leurs activités au sein de leur zone d'action ;

– responsabiliser les hôpitaux, qui prennent le risque de la charge de l'investissement, et qui seront amenés à ajuster au mieux leurs futurs projets à leur capacité d'accueil des patients ;

– clarifier le nouveau système de financement par rapport aux anciens mécanismes à l'œuvre au fédéral, ce qui passe par la suppression des provisions (avances) et des révisions et recalculs *a posteriori* (particulièrement complexes à gérer sur le long terme) ;

– simplifier et alléger la charge administrative de gestion du système, en remplaçant les subventions en ligne directe visant des travaux de tous ordres réalisés dans les hôpitaux chaque année par centaines, et qui représentent autant de projets à administrer et de milliers de décomptes (facture) à vérifier. Cela nécessiterait à chaque fois de lourdes procédures d'accord sur avant-projet, accord sur projet, décomptes partiels, avances, recalculs et décomptes finaux, desquels il faudrait distinguer ce qui relève des fonds propres de l'hôpital du financement régional ;

– favoriser le traitement égalitaire des hôpitaux dans l'accès aux financements de leurs infrastructures ;

– assurer une certaine sécurité juridique, en facilitant les prévisions budgétaires dans le chef des gestionnaires hospitaliers ;

– permettre à la Fédération Wallonie Bruxelles la maîtrise de sa trajectoire budgétaire, compte tenu du fait que les calculs sont réalisés *a priori*, et vu la volonté de prendre en compte dans le solde de financement annuel de la Fédération Wallonie Bruxelles des seuls montants décaissés annuellement en faveur des hôpitaux ».

2. L'avant-projet de décret soumis pour avis est similaire au décret de la Région wallonne du 9 mars 2017 'relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpital'. Tout comme celui-ci, l'article 7 de l'avant-projet de décret à l'examen repose sur la prise en charge du prix à la construction de 72,50 % du juste prix ($72,50 \% / 25 = 2,90 \%$) et sur la prise en charge du prix du matériel et des équipements de 14,50% du juste prix ($14,50 \% / 10 = 1,45 \%$)¹.

¹ Voir la note au Gouvernement, point 6, c).

Dans son avis 60.437/4 donné le 12 décembre 2016 relatif à l'avant-projet devenu le décret du 9 mars 2017, la section de législation relevait que :

« 2. Tant le Comité économique et social de la Région wallonne que la Commission wallonne de la santé ont émis des remarques assez semblables quant à la fixation, dans l'avant-projet, du pourcentage de prise en charge du prix à la construction à 72,5 % du 'juste prix'. Constatant que l'intervention publique est aujourd'hui d'environ 80 % des surfaces de l'hôpital, en tant que ce pourcentage est considéré comme lié aux activités d'hospitalisation et donc financées par le BMF et que les 20 % restant sont liés à des activités médico-techniques et de consultation, financées par les rétrocessions d'honoraires. La Commission wallonne de la santé note que 'ce taux d'intervention [à savoir de 72,5 %], s'il devait être maintenu, ne permettrait pas aux hôpitaux de financer leurs infrastructures sans engendrer des effets pervers' .

Des préoccupations de même ordre sont également formulées en ce qui concerne d'autres éléments essentiels du nouveau dispositif et notamment le caractère unique du taux de 72,5 % qui ne permet pas de tenir compte de la diversité de situation des hôpitaux, ou encore le taux de 14,5 % relatif au matériel et à l'équipement.

Dans sa note, le Gouvernement justifie le maintien de ce pourcentage d'intervention à 72,5 % et son caractère de taux unique comme suit :

'Le nouveau modèle de financement doit être considéré dans son ensemble et non en comparant certains éléments du nouveau système par rapport aux mécanismes BMF précédemment à l'œuvre.

Le taux d'intervention de 72,50 % du 'juste prix' ne renvoie in fine pas uniquement aux surfaces liées au BMF. Le 'juste prix' est calculé sur l'ensemble de l'hôpital. Le taux 'théorique' du BMF applicable avant transfert est appliqué sur un plafond à la construction qui ne comprend pas l'ensemble de la construction, certains éléments étant considérés comme 'hors plafond' dans le BMF, et donc financés sur la base de subventions. Contrairement, le taux de 72,50 % porte sur un plafond à la construction comprenant les éléments historiques 'hors plafond' dans le cadre du BMF. Par ailleurs, le taux d'intervention applicable avant transfert est limité à une période de 33 ans (amortissements BMF) dans le cadre de l'ancien système. Le nouveau mécanisme prévoit une intervention à durée indéterminée, visant à couvrir de façon cyclique le renouvellement des infrastructures.

Enfin, il faut rappeler qu'il a bien été prévu d'indexer le 'juste prix' afin de suivre l'évolution du coût des travaux et de la main-d'œuvre.

[...]

Le taux de 72,5 % constitue une moyenne applicable sur l'ensemble de l'hôpital'.

3. Si l'exposé des motifs se centre sur l'explicitation de la notion de 'prix d'hébergement' et, dans ce cadre de 'juste prix', ainsi que la description des coûts couverts par les interventions calculées en pourcentage au départ de cette nouvelle notion, il ne précise en rien en quoi le recours à ce concept comme fondement du nouveau système de financement des hôpitaux permet de maintenir le niveau de protection offert aux citoyens en matière de santé ou, s'il est réduit, en quoi cette réduction n'empêche pas un risque de réduction sensible sans qu'existent, pour ce faire,

des motifs liés à l'intérêt général et qui méconnaîtrait l'article 23, alinéa 3, 2°, de la Constitution ².

En d'autres termes, il appartient à l'auteur de l'avant-projet de faire apparaître clairement, dans l'exposé des motifs, comment il entend assurer, dans le nouveau système de financement des hôpitaux qu'il met en place, le respect de l'article 23 de la Constitution ³.

Pour ce faire, il intégrera, à tout le moins, plusieurs des éléments qu'il expose dans la note au Gouvernement et apportera, au vu de la technicité de la matière, les éclaircissements nécessaires à la compréhension non seulement du système lui-même, dans son principe et dans l'articulation des différents éléments qu'il comporte, mais également de son impact sur le fonctionnement des hôpitaux et le droit à la protection sociale que l'article 23, alinéa 3, 2°, la Constitution garantit à toute personne, et principalement au patient.

À cette occasion, il s'attachera aussi d'indiquer comment, pour les coûts qui ne sont plus couverts par le nouveau système, à la différence de ce que prévoit celui actuellement en vigueur, des corrections sont apportées par le recours à la notion de « prix d'hébergement » ou, plus généralement, d'autres mesures.

Ainsi, contrairement à l'article 9, alinéa 2, 5^o⁴, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 'relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux' (ci-après : 'arrêté royal du 25 avril 2002'), l'avant-projet ne prévoit plus le financement spécifique des charges d'investissements réalisés dans le cadre du développement durable.

Interrogé à ce sujet, le délégué du Ministre relève que la suppression de ce financement ne constitue pas un recul sensible dès lors que la promotion du développement durable reste garantie par d'autres mécanismes qui ne sont pas propres au droit des hôpitaux et que, de manière générale, un souci d'économie et de pérennisation des investissements est de nature à inciter la prise en compte d'objectifs de développement durable dans le cadre des différents postes couverts par le prix d'hébergement. Cette explication est par trop parcellaire. L'auteur de l'avant-projet doit dès lors être en mesure soit de faire apparaître, dans l'exposé des motifs, en quoi la suppression de la prise en charge de ces coûts n'est pas un recul sensible, soit, à défaut, les motifs d'intérêt général qui peuvent le justifier ».

Une observation similaire peut être faite à l'égard de l'avant-projet soumis pour avis. L'auteur de l'avant-projet apportera dans l'exposé des motifs les éclaircissements nécessaires à la compréhension des taux d'intervention fixés par l'avant-projet qui déterminent le prix d'hébergement maximum, ainsi que l'impact du nouveau mécanisme de

² Note de bas de page 2 de l'avis cité : Voir notamment C.C., 17 mars 2016, n° 42/2016, B.13.1 à B.13.3.

³ Note de bas de page 3 de l'avis cité : Le cas échéant, combinée à l'article 7bis de la Constitution qui prévoit que « Dans l'exercice de leurs compétences respectives, l'État fédéral, les Communautés et les Régions poursuivent les objectifs d'un développement durable, dans ses dimensions sociale, économique et environnementale, en tenant compte de la solidarité entre les générations ».

⁴ En ce qui concerne la Communauté française, cette disposition a été abrogée – sans être encore remplacée – par l'article 48 du décret-programme du 10 décembre 2015 'portant diverses mesures relatives à l'enseignement spécialisé, aux Bâtiments scolaires, à l'Enfance, à la Culture, à l'enseignement supérieur, au financement de l'enseignement supérieur universitaire et non universitaire et à l'enseignement de promotion sociale'.

financement qui est ainsi fixé sur le fonctionnement des hôpitaux et le droit à la protection sociale que l'article 23, alinéa 3, 2°, la Constitution garantit à toute personne, et principalement au patient ⁵.

Il convient également de compléter l'exposé des motifs afin d'expliquer en quoi la suppression de la prise en charge d'investissements réalisés dans le cadre du développement durable (prévus par l'article 3, al. 2, 3°, du décret du 13 juillet 2016 portant financement de l'entretien de l'équipement des infrastructures hospitalières universitaires) ne constitue pas un recul sensible du droit à la protection d'un environnement sain au sens de l'article 23, alinéa 3, 4°, de la Constitution ou, à défaut, indiquer les motifs d'intérêt général qui peuvent justifier un tel recul.

B. Absence de définition de la notion de « frais généraux »

Les articles 7, alinéa 2, 8, alinéa 3, 9, alinéa 2, et 10, alinéa 2, de l'avant-projet prévoient un forfait pour couvrir les « frais généraux ».

Le délégué du Ministre précise que l'intention de l'auteur de l'avant-projet n'est pas d'empiéter sur les compétences de l'autorité fédérale concernant la sous-partie B1 du budget des moyens financiers des hôpitaux au sens de l'article 12 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 'relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux'. Les frais généraux ainsi visés sont propres aux investissements en matière d'infrastructures hospitalières et de services médico-techniques auxquels ils se rapportent et se distinguent de la notion de « coûts liés à la pré-exploitation » visée à l'article 4, alinéa 2, 5°, de l'avant-projet.

Dans un souci de sécurité juridique, il convient de définir la notion de « frais généraux » dans l'avant-projet afin que les frais couverts par ces forfaits puissent être clairement identifiés et distingués des frais généraux au sens de la sous-partie B1 du budget des moyens financiers des hôpitaux.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES

INTITULÉ

Dans un souci de clarté, dès lors que l'avant-projet se limite au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds pour les hôpitaux universitaires, il convient d'ajouter le terme « universitaire » à la fin de l'intitulé (comme cela est d'ailleurs prévu par l'exposé des motifs).

⁵ La section de législation rappelle que, déjà dans son avis 59.228/2/VR donné le 10 mai 2016 sur l'avant-projet devenu le décret de la Communauté française du 13 juillet 2016 'portant financement de l'entretien et de l'équipement des infrastructures hospitalières universitaires', elle s'interrogeait sur la compatibilité du nouveau mécanisme de financement mis en place pour les hôpitaux universitaires avec l'article 23 de la Constitution.

DISPOSITIFArticle 1^{er}

La disposition doit être omise, aucune disposition ne l'imposant en effet.

Articles 16 et 17

1. La section de législation s'interroge sur la différence entre les expressions « de manière transitoire » (article 16, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'avant-projet) et « à titre transitoire » (article 17, alinéa 1^{er}, de l'avant-projet).

2. La section de législation s'interroge enfin sur la différence de rédaction entre l'article 16, § 1^{er}, alinéa 2, selon lequel « [l]e Gouvernement fixe les modalités d'application du présent article » et l'article 17, alinéa 2, selon lequel « [l]e Gouvernement peut fixer les modalités d'application du présent article ».

Quoiqu'il en soit, ces deux dispositions sont inutiles et seront omises car elles ne font que paraphraser l'article 20 de la loi spéciale du 8 août 1980.

Article 16

Le régime transitoire mis en place diffère en son principe du mécanisme prévu pour la Région wallonne.

Alors que l'article 16, alinéa 2, du décret du 9 mars 2017 prévoit que

« [l]e montant arrêté par l'hôpital conformément à l'alinéa précédent est autorisé à la facturation tant que ce montant ne dépasse pas le montant calculé en vertu de l'article 9 »,

l'article 16, § 1^{er}, de l'avant-projet prévoit que la dérogation qu'il instaure « s'applique tant que le montant ainsi fixé dépasse le montant calculé en vertu de l'article 9 ».

Interrogée à ce sujet, la déléguée du Ministre a précisé :

« C'est la même disposition rédigée différemment étant donné que la RW n'a pas repris cette compétence contrairement à la FWB mais qu'elle la reprendra dès 2018.

La phrase dans le décret de la RW signifie que les hôpitaux pourront facturer les anciens forfaits fédéraux tant que les montants ne dépassent pas le montant fixé par le nouveau dispositif.

Dans l'avant projet de la FWB, cette dérogation (ancien système partie des 11 millions) doit aussi s'appliquer tant que le montant ainsi fixé ne dépasse pas le montant calculé en vertu de l'article 9 (nouveau système). Dans le cas contraire, seul

le montant calculé conformément à l'article 9 est intégré dans le prix d'hébergement annuel de l'hôpital.

Il s'agit donc bien d'une erreur dans le texte qui vous a été transmis. Nous souhaitons la corriger ».

Il convient, dès lors, de corriger le paragraphe 1^{er}.

LE GREFFIER – DE GRIFFIER

LE PRÉSIDENT – DE VOORZITTER

Anne-Catherine VAN GEERSDAELE

Pierre LIÉNARDY