

**Dix clés pour comprendre**

**Le financement fédéral pour la construction, la  
reconstruction et les travaux de reconditionnement**

## **1. Première Clé : le protocole d'accord avec les Communautés et Régions relatifs au calendrier de construction**

Depuis la répartition des compétences entre les différentes autorités, fédérales et fédérées, il y a eu une répartition des charges.

En ce qui concerne l'investissement immobilier par exemple, une enveloppe est fixée au niveau fédéral.

Cette enveloppe représente la part fédérale de la prise en charge des investissements subsidiés.

Cette enveloppe est donc ajoutée en budget à la sous partie A1 du Budget des moyens financiers (BMF en abrégé).

Mais qui dit enveloppe fédérale, dit aussi répartition entre les autorités subsidiantes : c'est la raison pour laquelle, qu'en Conférence interministérielle de la santé Publique, un accord doit être conclu quant à la répartition de cette enveloppe.

Il s'agit d'un accord sur un certain nombre d'années : cela permet à chacun de prévoir les différents moyens budgétaires nécessaires

Le Protocole d'accord de la Conférence interministérielle Santé publique du 19 juin 2006 a établi le calendrier de construction des hôpitaux pour la période 2006 - 2015.

Pour chacun des exercices de 2006 à 2015, un montant de 7, 580 millions d'euros (index 1er janvier 2006) est prévu pour couvrir la part fédérale de la charge d'amortissement des investissements subsidiés.

La clé proposée pour la répartition des montants du calendrier 2006-2015 est la suivante:

|                         | %      | Montant   |
|-------------------------|--------|-----------|
| Communauté flamande     | 57,41  | 4 351 678 |
| Région wallonne         | 31,40  | 2 380 120 |
| Communauté française    | 0,77   | 58 366    |
| COCOF                   | 0,77   | 58 366    |
| COCOM                   | 8,57   | 649 606   |
| Communauté germanophone | 1,08   | 81 864    |
| Total                   | 100,00 | 7 580 000 |

Ce qui nous donne en terme d'investissements :

|                         |             |
|-------------------------|-------------|
| Communauté flamande     | 318 760 000 |
| Région wallonne         | 174 345 000 |
| Communauté française    | 4 275 000   |
| COCOF                   | 4 275 000   |
| COCOM                   | 47 585 000  |
| Communauté germanophone | 5 995 000   |

En conclusion, le fédéral apporte annuellement une garantie de prendre en charge dans la sous partie A1 les amortissements correspondant à des investissements de plus de 555 millions, soit plus de 22 milliards d'anciens francs belges, toute Régions et Communautés confondues ! , pour autant qu'ils soient subsidiés.

[Protocole d'accord](#)

[AR du 1 mars 2007 modifiant l'AR du 4 mai 1999](#)

## 2. Deuxième Clé : définition des investissements subsidiables

Ce qui est subsidiable est fixé de manière claire dans la réglementation, mais pour ce qui concerne l'exécution du protocole du 19 juin 2006, les précisions suivantes ont été apportées :

| Sont subsidiables par nature:   |
|---|
| - les travaux et investissements relatifs à l'application des normes imposées par la loi sur les hôpitaux.  |
| - en matière d'équipement, seuls les équipements des services: bloc opératoire, bloc accouchement, néonatalogie, lits MIC, stérilisation, soins intensifs et urgences seront subsidiés. |
| - les hôpitaux de jour;   |
| - les travaux et investissements (à l'exception de l'équipement) relatifs aux services de radiothérapie visés par la sous-partie A3 du budget des moyens financiers;                    |
| - les parkings couverts   |
| - pour ce qui concerne les services médico-techniques et les consultations, seuls les travaux « immeubles » sont subsidiés à l'exclusion de l'équipement et du matériel;                |

Attention : si la réglementation sur ce qui est subsidiable ou non reprend donc clairement ce qui est la part respective de chaque

autorité, cela n'a PAS pour conséquence directe que le financement soit prévu dans le BMF.

Ainsi, pour ce qui concerne les consultations par exemple, la loi sur les hôpitaux exclut la possibilité de financement par le BMF .

La contre partie au financement /subsidés octroyés par les Communautés et Régions doit donc se trouver donc , par exemple, dans les honoraires.

Donc, si certains investissements doivent clairement et obligatoirement faire l'objet de subside pour pouvoir avoir une contrepartie dans le BMF notamment, d'autres investissements par exemple ne DOIVENT pas être subsidiés.

Sont non subsidiables par nature:

- les gros travaux d'entretien;
- les investissements de remplacement;
- les petits investissements et/ou aménagements;

Ces catégories d'investissement ne sont donc pas visées par le calendrier de construction.

Cela signifie en d'autres termes qu'ils sont à charge de l'autorité fédérale, et ce à 100 % (du moins pour ce qui concerne les services visés dans l'arrêté royal du 25 avril 2002).

La difficulté actuelle pour ces investissements est qu'il n'est pas facile de faire une liste exhaustive de ce qui peut être repris sous le vocable de « réaménagement » ou de « reconditionnement ». Pour faire simple, il faut retenir que si on ne modifie pas la structure d'un bâtiment, c'est-à-dire qu'on ne construit pas des mètres carrés supplémentaires, ou si ce n'est pas clairement une adaptation du bâtiment pour un service qui n'existait pas auparavant, alors cela peut être considéré comme du reconditionnement.

Un groupe de travail du CNEH avait fait des propositions de liste, et cela sera très certainement abordé dans le cadre des modalités pour l'exécution de la mesure pour le budget 2010.

### 3. Troisième Clé : règles et taux de subsidiations

Après avoir rappelé ce qui est subsidiable, voyons donc à quel taux ces investissements peuvent être subsidiés.

La règle usuelle est une couverture de 60 % par les Communautés et Régions et le Fédéral prend le reste en charge.

Cependant, le protocole prévoit aussi la possibilité d'augmenter la part du financement fédéral de 40 à 90 % pour certains travaux déclarés « prioritaires ».

Cette possibilité a été coulée dans un arrêté , et on est même aller plus loin en insérant la notion de minimum et de maximum.

[AR du 1er mars 2007 modifiant l'AR du 13 décembre 1966](#)

Auparavant, si votre investissement était subsidiable, mais que vous n'aviez pas reçu la part de l'autorité subsidiaire (60 %), vous ne POUVIEZ pas légalement être couvert par le BMF.

Aujourd'hui, l'arrêté prévoit que pour autant que l'autorité subsidiaire ait bien reconnu le caractère subsidiable et l'ait accepté, même si son intervention est de 0 (ZERO ) %, le Fédéral prendra sa part (soit dans ce cas-ci les 40 %).

Il était en effet devenu impensable que le Fédéral ne remplisse pas ses missions sous prétexte que l'une ou l'autre autorité n'octroi pas de subsides.

Tableau qui résume les règles :

Règles et taux de subsidiation

| 3.1.   | Type d'investissement  | Autorité fédérale | Autorité fédérée |
|--------|--|-------------------|------------------|
| 3.1.1. | Coût de l'application des normes fédérales autres que celles relatives à la loi sur les hôpitaux | 100 %             | -                |
| 3.1.2. | Coût pour l'application des normes qui ne valent que pour une seule autorité fédérée             | -                 | 100 %            |
| 3.1.3. | Surcoût pour l'application des normes qui valent pour plus d'une autorité fédérée                | 40 %              | 60 %             |
| 3.1.4. | Travaux déclarés prioritaires (voir points 3.3. et 3.4.)   | 40 % ou 90 %      | 60 % ou 10 %     |
| 3.1.5. | Autres travaux   | 40 %              | 60 %             |

#### 4. Quatrième Clé : définition des travaux prioritaires

Comme on vient de le voir, le protocole du 19 juin 2006 a donc amené aussi la notion de travaux prioritaires.

Il s'agit donc bien de travaux qui sont déclarés en tant que tels par la Région ou la Communauté et cela sur base de certains critères.

La décision finale de subsidier ou non l'investissement et de fixer le pourcentage de subsidiation est, et reste, une compétence des communautés et régions.

Cela signifie donc concrètement que la Région ou la Communauté interviendra pour un subside pouvant aller de ZERO % à 10 % et en contre partie, le Fédéral apportera une contribution de 90 %.

Attention : cela se fait dans le cadre de l'enveloppe fédérale du calendrier de construction. Il n'y a pas d'augmentation de l'enveloppe, et donc cela signifie concrètement que si on opte pour ce type de subside, on peut tout simplement en faire moins, puisqu'on utilisera sa part de l'enveloppe fédérale beaucoup plus vite. Cette mise au point est importante, car il y a eu de nombreuses questions de parlementaires fédéraux à ce sujet.

Mais que couvre donc cette notion de prioritaire, quels sont les critères?

## Sont donc considérés comme prioritaires:

En ce qui concerne les hôpitaux généraux, à l'exclusion des services Sp et services Sp-soins palliatifs:

- les investissements nécessaires pour répondre aux normes nouvelles;
- les investissements visant à des rationalisations de l'offre de soins, c'est-à-dire:
- les investissements consécutifs à des mesures de restructuration, internes ou dans le cadre d'un accord de collaboration juridiquement formalisé entre deux ou plusieurs hôpitaux, conduisant à une concentration des activités et à une réduction du nombre de sites d'exploitation.
- les investissements consécutifs à une spécialisation des activités entre hôpitaux dans le cadre d'un accord juridiquement formalisé portant sur la mise en oeuvre de programmes de soins ou des normes de programmation et d'agrément de services et fonctions de soins hospitaliers;
- les investissements relatifs aux hôpitaux de jour;
- les investissements s'inscrivant dans la politique visant à améliorer l'accessibilité ou le confort des patients.

En ce qui concerne les services Sp, services Sp-soins palliatifs et les hôpitaux psychiatriques:

- les travaux visant à une rationalisation des sites (regroupement);
- les travaux relatifs à la concrétisation d'accords donnés dans le cadre de la restructuration de ces secteurs;
- les travaux relatifs à des extensions rendues nécessaires par un accroissement des activités;
- les investissements s'inscrivant dans la politique visant à améliorer l'accessibilité ou le confort des patients.

## **5. Cinquième clé : le suivi du protocole avec les Communautés et Régions**

Pour les travaux prioritaires, le pouvoir fédéré peut, en dérogation à la règle 40/60, demander l'application de la règle 90/10 et ce, à l'intérieur de l'enveloppe calendrier.

Il y a bien un contrôle qui est prévu.

Les autorités fédérées arrêtent annuellement les projets hospitaliers susceptibles de bénéficier d'une prise en charge prioritaire par l'autorité fédérale.

La liste de ces projets est transmise de manière à ce qu'à chaque Conférence Interministérielle de juin d'une année « T », une évaluation des projets prioritaires pris en compte pour l'année « T+1 » puisse être réalisée.

La C.I.M. actera pour chaque Communauté et Région si la liste a été fournie auprès de l'autorité fédérale. Seuls les projets soumis à cette date entre en considération.

## 6. Sixième clé : le prix provisionnel

Comme on vient de le voir, le Fédéral va donc intervenir soit à 100 % dans le cas de certains investissements qui ne doivent pas être subsidiés, soit selon un taux de 40 ou 90 %.

Concrètement, c'est donc bien la sous partie A1 de l'établissement qui va être augmentée, et en corollaire, bien évidemment la sous-partie A2

Mais à partir de quand ?

Lorsqu'un investissement est réalisé, son amortissement selon les règles comptables bien connues, c'est-à-dire soit sur 10 ans ou sur 33ans, sera couvert par le BMF.

Evidemment, cela suppose qu'une révision soit faite pour l'exercice qui suit l'année de l'investissement.

Un exemple concret ?

Si vous avez réaménagé les locaux de votre buanderie ou si vous avez changé tous vos châssis en 2009, la première tranche d'amortissement de ces investissements immobiliers sur 33 ans sera intégrée en 2010.

Il faudrait donc théoriquement attendre la révision de l'exercice 2010 pour pouvoir en bénéficier de manière concrète dans votre BMF.

Il faudrait en effet que l'incidence de la révision soit intégrée dans votre budget.

Bien que nous mettons tout en œuvre pour réduire le délai entre l'octroi d'un BMF et sa révision, ce délai reste incompressible à 2 ans.

Cela signifie que dans le meilleur cas, ce serait dans le BMF au 1<sup>er</sup> juillet 2013, que les charges de votre investissement pourraient être réellement prises en compte.

Il existe cependant une autre possibilité : il s'agit de l'octroi d'un prix provisionnel.

Les établissements hospitaliers ont la possibilité de demander ce que l'on appelle un prix provisionnel.

Une demande de prix provisionnel peut être adressée à notre administration que si toutes les conditions ( dépêches de subsides accordée par les entités fédérées, dossier complet relatif aux investissements réalisés, ...) sont respectées, le budget des moyens financiers de l'établissement hospitalier demandeur est adapté pour autant que les moyens budgétaires le permettent

L'arrêté royal du 25 avril 2002 (relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers) permet l'adaptation provisionnelle (sans attendre la révision) du BMF lorsque des travaux de construction, de reconditionnement ,... et cela sans

condition quant aux montants de ces travaux, de la subsidiation ou non de ces travaux,...

Même si les gros travaux d'entretien ne sont pas repris sensu stricto dans les travaux pouvant faire l'objet d'une adaptation provisionnelle, l'administration a étendu également à ces gros travaux d'entretien la possibilité d'une adaptation provisionnelle du BMF.

Cependant, conformément aux dispositions de l'article 29, § 8 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 les charges d'amortissement en matériel médical et en matériel non médical ne sont révisables (et donc peuvent être adaptées de manière provisionnelle) pour autant que les conditions ayant trait notamment à l'importance (en euro) des investissements subsidiés soient satisfaites.

## 7. Septième clé : les plafonds à la construction

Nous savons donc que le Fédéral intervient, nous avons vu pour quel type d'investissement et s'il y avait subside ou non.

Mais qu'en est-il du coût admissible ?

Le coût admissible est une législation fédérale qui découle de la loi sur les hôpitaux et qui donc s'applique à tous les hôpitaux de manière identique.

Les règles sont reprises dans des arrêtés et ceux-ci ont également été adaptés récemment.

Une actualisation des A.M. des 1<sup>er</sup> et 4 septembre 1978 fixant le coût maximum par lit à prendre en considération pour l'application de l'A.R. du 13 décembre 1966, s'imposait également.

[AM du 11 mai 2007 fixant le coût maximal](#)

En effet, les plafonds retenus ne correspondaient plus à la réalité et vu l'âge du parc hospitalier en Belgique et les adaptations nécessaires, extensions et constructions de nouveaux bâtiments qui s'annoncent, il était impératif de les revoir.

Les plafonds à la construction étaient insuffisants en termes aussi bien de mètres carrés que de montants pour réaliser les travaux de (nouvelles) constructions nécessaires.

L'A.M. du 11 mai 2007a donc actualisé ceux de 1978. Le contenu de cet A.M. s'est inspiré de deux avis du C.N.E.H., section financement.

Ainsi, il est prévu l'octroi, par hôpital, d'un plafond global des coûts de construction et d'un plafond global pour la surface de construction, sur base d'un nombre fixe de mètre carré et d'un prix fixe par mètre carré pour différents lits et services hospitaliers.

Il convient de vérifier que le plafond global des coûts de construction n'est pas dépassé ( bien qu'un dépassement soit possible pour l'un des services ou fonctions au sein du projet conjoint). Si ce plafond est dépassé pour une partie de ces investissements, l'excédent devra être pris en charge par l'hôpital

## 8. huitième clé : la révision de l'enveloppe fédérale et du protocole

Le protocole prévoit une évaluation annuelle des projets prioritaires ; par conséquent, et bien que l'accord fixe le budget fédéral annuel des frais d'amortissement à 7.580.000 euros, cette enveloppe pourrait être revue pour couvrir les besoins prioritaires par le Fédéral, ceux-ci correspondants aux priorités de santé publique et de politique hospitalière définie en commun.

A l'issue de la première période de 5 ans et à la demande de la C.I.M., il peut être procédé à la révision des critères définissant les travaux prioritaires.

La période de 5 ans ...commence donc en 2010.

Il n'est pas impossible que dans le cadre des budgets 2011 ou 2012, l'enveloppe puisse être augmentée : en effet, toutes Régions et Communautés semblent le souhaiter.

Mais cette discussion doit encore avoir lieu en Conférence Interministérielle et cela dépendra bien entendu des prochains choix budgétaires ... et donc aussi du prochain gouvernement, le budget 2012 ne sera en effet pas décidé par le gouvernement actuel.

## 9. Neuvième clé : la sous partie A1

En terme de financement des hôpitaux, l'article 9 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 prévoit que la sous partie A1 couvre :

- les amortissements des charges de construction, de reconditionnement, d'équipement et d'appareillage;
- l'amortissement des charges de gros travaux d'entretien, plus précisément les travaux importants de réparation et d'entretien, périodiques ou non
- l'amortissement des charges de transformations qui ne modifient pas la structure du bâtiment ;
- l'amortissement des charges de l'achat de matériel roulant;
- l'amortissement des charges de première installation;
- les charges financières, c'est-à-dire les charges d'intérêt des emprunts contractés pour le financement des investissements susmentionnés.

Pour l'application de cet arrêté, les charges de loyer sont assimilées aux charges d'amortissements.

La part de la sous partie A1 du Budget des Moyens financiers représente un montant de 446,3 millions euros (au 1<sup>er</sup> juillet 2009), soit un % de 7% (6,94%) du budget des moyens financiers des hôpitaux (au 1<sup>er</sup> juillet 2009).

Alors bien sur on a parlé de construction, de reconstruction, et d'investissements, de reconditionnement.

Tout cela va de pair avec une évolution de la sous partie A1.

## Evolution de la sous partie A1

Budget Indexé: hôpitaux aigus et psychiatriques du 01/07/2002 au 01/07/2009, (eneuros)

| Type budgétaire   | Sous parties | 2002 au 1/07 | 2003 au 1/07 | 2004 au 1/07 | 2005 au 1/07 | 2006 au 1/07 | 2007 au 1/07 | 2008 au 1/07 | 2009 au 1/07 |
|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| H. Aigus          | A1           | 233.828.197  | 239.619.367  | 242.014.462  | 265.689.532  | 285.880.850  | 309.053.277  | 342.907.128  | 358.672.856  |
| H. Psychiatriques | A1           | 41.665.345   | 41.701.554   | 44.571.727   | 48.583.552   | 51.576.989   | 53.872.943   | 60.147.470   | 60.299.774   |

Budget Indexé: grands brûlés, gériatrie, palliatif et spécialités (eneuros et en pourcentage de variation par rapport à l'exercice précédent)

| Type budgétaire | Sous parties | 2002 au 1/07 | 2003 au 1/07 | 2004 au 1/07 | 2005 au 1/07 | 2006 au 1/07 | 2007 au 1/07 | 2008 au 1/07 | 2009 au 1/07 |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Grands brûlés   | A1           | 437.209      | 435.544      | 435.544      | 416.030      | 450.991      | 450.991      | 517.984      | 517.984      |
| Gériatrie       | A1           | 572.284      | 757.789      | 813.770      | 904.007      | 944.163      | 983.960      | 1.714.336    | 1.838.973    |
| Palliatif       | A1           | 1.505.473    | 1.503.643    | 1.545.351    | 1.734.642    | 1.873.395    | 1.948.061    | 2.651.893    | 2.557.050    |
| Spécialités     | A1           | 12.847.838   | 13.636.597   | 14.360.461   | 16.170.090   | 17.035.531   | 18.068.932   | 20.683.606   | 22.418.775   |

Mais il ne faut pas oublier que cette sous partie en terme budgétaire « global » est aussi une source de possibilité : en effet, la plupart des bâtiments vont bientôt être amortis totalement.

Il est évidemment impensable de maintenir le financement d'un amortissement au-delà des 33 ans, ce qui consisterait à maintenir une recette sans charge correspondante.

Par conséquent, il s'agit de moyens qui se libèrent chaque année, de moyens qui redeviennent disponibles et qui peuvent permettre de prendre en charge les coûts liés aux nouvelles charges, et ce pour tout le secteur.

Le CNEH avait évalué cette « manne » à 28 millions par an.

Ce n'est pas négligeable.

## 10. Dixième clé : les perspectives

### Droit de tirage

En ce qui concerne le « droit de tirage » il s'agit donc de la mise en œuvre d'un avis du CNEH.

[Avis du CNEH du 14 septembre 2006](#)

Le gouvernement, dans un contexte de crise dans le cadre du budget 2010 n'a pas sous estimé l'importance de ce poste : **ce sont 15,962 millions** qui ont été libérés pour permettre la couverture des charges liées au reconditionnement d'hôpitaux.

Le CNEH doit faire des propositions quant aux modalités de répartitions de ce montant.

Il s'agit d'une part de lier le montant aux nouveaux plafonds de mètres carrés à la construction et d'autre part à l'âge des bâtiments.

Selon une enquête spécifique menée par nos services en 2005, celui-ci s'élevait en moyenne à 26 ans.

A terme, cela pose aussi une question essentielle : si chaque année chaque établissement reçoit une enveloppe connue ... et forfaitaire, cela veut dire concrètement qu'il n'y aura plus - du moins en ce qui concerne les travaux de reconditionnement - de révisions. Cela veut donc dire plus d'autonomie pour les établissements, mais aussi l'abandon du lien avec les charges

réelles. Ce qui est dans la philosophie du système de financement mis en place en 2002.