



**AVIS A.1308**

**CONCERNANT L'AVANT-PROJET DE DÉCRET RELATIF AU PRIX  
D'HÉBERGEMENT ET AU FINANCEMENT DE CERTAINS  
APPAREILLAGES DES SERVICES MÉDICO-TECHNIQUES  
LOURDS EN HÔPITAL**

**Adopté par le Bureau du CESW le 19 septembre 2016**

## Table des matières

<b>1.</b>	<b>DEMANDE D’AVIS .....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>EXPOSÉ DU DOSSIER.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1.</b>	<b>CONTEXTE .....</b>	<b>3</b>
<b>2.2.</b>	<b>OBJECTIFS DE LA RÉFORME .....</b>	<b>3</b>
<b>2.3.</b>	<b>PRINCIPE DU NOUVEAU DISPOSITIF .....</b>	<b>4</b>
2.3.1.	<i>LE « JUSTE PRIX » OU « PRIX DE RECONSTRUCTION ».....</i>	<i>4</i>
2.3.2.	<i>LE PRIX D’HÉBERGEMENT.....</i>	<i>5</i>
2.3.3.	<i>LE PRIX FACTURABLE À LA JOURNÉE D’HOSPITALISATION .....</i>	<i>5</i>
2.3.4.	<i>LES PLANS DE CONSTRUCTION .....</i>	<i>6</i>
2.3.5.	<i>LE FINANCEMENT DE CERTAINS APPAREILLAGES DES SERVICES MÉDICO-TECHNIQUES LOURDS .....</i>	<i>6</i>
2.3.6.	<i>CADASTRE ET QUALITÉ .....</i>	<i>6</i>
<b>2.4.</b>	<b>IMPACT BUDGÉTAIRE .....</b>	<b>6</b>
<b>2.5.</b>	<b>SUIVI DU NOUVEAU DISPOSITIF ET ÉVALUATION .....</b>	<b>7</b>
<b>2.6.</b>	<b>HABILITATIONS AU GW .....</b>	<b>7</b>
<b>2.7.</b>	<b>ENTRÉE EN VIGUEUR DU DÉCRET .....</b>	<b>8</b>
<b>3.</b>	<b>AVIS.....</b>	<b>9</b>
<b>3.1.</b>	<b>LES POURCENTAGES D’INTERVENTION .....</b>	<b>9</b>
3.1.1.	<i>CONCERNANT LE TAUX DE 72,5% POUR LE PRIX À LA CONSTRUCTION.....</i>	<i>10</i>
3.1.2.	<i>CONCERNANT LE TAUX UNIQUE DE 72,5% POUR LE PRIX À LA CONSTRUCTION.....</i>	<i>10</i>
3.1.3.	<i>CONCERNANT LE TAUX DE 14,5% POUR LE PRIX DU MATÉRIEL ET DES ÉQUIPEMENTS .....</i>	<i>10</i>
<b>3.2.</b>	<b>LE FINANCEMENT DES CHARGES D’EMPRUNT AFFÉRENTES AUX ÉQUIPEMENTS .....</b>	<b>11</b>
<b>3.3.</b>	<b>DISTINCTION ENTRE « ENTRETIEN » ET « REMPLACEMENT » .....</b>	<b>11</b>
<b>3.4.</b>	<b>DIMENSIONNEMENT DES INFRASTRUCTURES.....</b>	<b>11</b>
<b>3.5.</b>	<b>IMPACTS SUR D’AUTRES SECTEURS ET INTERACTIONS AVEC LES AUTRES NIVEAUX DE POUVOIR .....</b>	<b>11</b>

## 1. DEMANDE D'AVIS

---

Le 6 juillet 2016, le CESW a été saisi d'une demande d'avis du Ministre PREVOT concernant l'avant-projet de décret relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpital. Cet avant-projet de décret a été adopté en première lecture par le Gouvernement wallon le 23 juin 2016. L'avis du Collège de la stratégie et de prospective de l'AVIQ ou, à défaut, de la Commission wallonne de la santé, a également été sollicité.

## 2. EXPOSÉ DU DOSSIER

---

### 2.1 Contexte

La sixième réforme de l'Etat a transféré aux Communautés la compétence relative aux infrastructures hospitalières, à certains équipements et à certains appareillages des services médico-techniques des hôpitaux, correspondant anciennement aux sous-parties A1 et A3 du budget des moyens financiers (BMF) des hôpitaux. Suite aux accords de la Sainte Emilie, la Wallonie a hérité de cette compétence, à dater du 1<sup>er</sup> janvier 2016, pour ce qui concerne les 38 hôpitaux généraux et les 20 hôpitaux psychiatriques actifs sur le territoire régional et agréés par la Région ; les hôpitaux universitaires restant de la compétence de la Communauté française.

Jusqu'à présent, le financement des infrastructures hospitalières reposait sur un double mécanisme :

- Pour les travaux d'entretien et de remplacement et les reconditionnements non prioritaires, l'Etat fédéral couvrait les frais réels d'investissement.
- Pour les nouvelles constructions, les reconditionnements prioritaires et les extensions, l'Etat fédéral intervenait dans la couverture des amortissements via des dotations et les Communautés et Régions octroyaient des subsides directs, sur base d'un calendrier de construction.

Ce dispositif s'est révélé complexe dans ses modalités de calcul et de gestion (compte tenu notamment d'un système d'avances et de recalculs a posteriori) et très aléatoire du point de vue de sa maîtrise budgétaire (les coûts réels de certains investissements étant pris en charge de manière quasi-automatique, sans autorisation préalable).

Le 17 décembre 2015, le Gouvernement wallon a abrogé le dispositif hérité du fédéral à dater du 1<sup>er</sup> janvier 2016 (pour la majeure partie, l'abrogation étant d'application au 1<sup>er</sup> janvier 2017 pour certains forfaits). Il convenait donc de mettre en place un nouveau mécanisme.

### 2.2 Objectifs de la réforme

Le 17 décembre 2015, le Ministre de la santé a également présenté au Gouvernement wallon une note cadre posant les fondements du nouveau dispositif wallon<sup>1</sup>. Parmi ceux-ci, on retiendra plusieurs objectifs importants :

- Assurer une politique de qualité : maintien en bon état de l'infrastructure hospitalière (cadre adéquat pour l'accueil du patient et la sécurité des soins) ; respect du 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 ; garantir la liberté des organes de gestion des hôpitaux tout en encourageant la poursuite des collaborations entre institutions hospitalières.

---

<sup>1</sup> Selon la note au GW du 23 juin 2016.

- Responsabiliser les hôpitaux : ceux-ci devront ajuster leurs futurs projets à leur capacité d'accueil des patients.
- Clarifier le nouveau système de financement (suppression des systèmes d'avances et de recalculs a posteriori), simplifier et alléger la charge administrative de gestion du système.
- Favoriser le traitement égalitaire des hôpitaux dans l'accès au financement des infrastructures.
- Assurer une certaine sécurité juridique des hôpitaux en facilitant les prévisions budgétaires.
- Permettre à la Région de maîtriser sa trajectoire budgétaire, tout en respectant les nouvelles normes comptables européennes (SEC)<sup>2</sup>.

## 2.3 Principes du nouveau dispositif

Le nouveau mécanisme de financement des infrastructures hospitalières repose sur le principe du prix d'hébergement hospitalier. Chaque hôpital sera autorisé à facturer aux patients admis en hospitalisation un prix d'hébergement qui couvrira, de façon théorique, l'utilisation des infrastructures hospitalières et des équipements par les patients. Ce prix se rapporte à l'usure et au développement de l'infrastructure hospitalière ainsi qu'au renouvellement des équipements qui sont en lien avec les activités d'exploitation financées par le BMF des hôpitaux. Il ne porte donc pas sur les surfaces financées sur fonds propres par les hôpitaux. Dans les faits, le prix d'hébergement sera pris en charge par les organismes assureurs qui en récupéreront le montant auprès de la Wallonie.

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

### 2.3.1 Le « juste prix » ou « prix de reconstruction »

Pour calculer le prix d'hébergement, il convient d'abord de déterminer le « juste prix » à la construction (ou prix de reconstruction) qui représente la valeur théorique de l'hôpital s'il devait être reconstruit à l'identique. Le « juste prix » est composé de trois sections :

I. Section relative aux bâtiments qui tient compte des éléments suivants :

- 1° le nombre de lits d'hospitalisation classique,
- 2° le nombre de places et de prestations en hospitalisation de jour,
- 3° le nombre de lits, de places et de prestations en hôpital psychiatrique,
- 4° le nombre de lits en soins intensifs,
- 5° le nombre de salles d'opération,
- 6° le nombre d'accouchements,
- 7° le nombre de bunkers de radiothérapie,
- 8° le nombre de salles de cathétérisme cardiaque,
- 9° le nombre de postes de centre de traitement de l'insuffisance rénale,
- 10° les infrastructures liées aux activités thérapeutiques et les infrastructures sportives pour les hôpitaux psychiatriques.

II. Section relative aux places de parking.

III. 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. La somme du tout donnera un nombre de mètres carrés maximum admis à la reconstruction et un prix moyen maximum par mètre carré et formera le « juste prix » sur base duquel la Wallonie calculera son intervention.

<sup>2</sup> A cet égard, la volonté est d'éviter une consolidation des investissements hospitaliers dans le périmètre de la dette wallonne.

### 2.3.2 Le prix d'hébergement

Une fois le « juste prix » déterminé, le prix d'hébergement peut donc être calculé. Les règles de calcul sont identiques pour l'ensemble des hôpitaux mais le résultat du calcul sera par contre différent d'un hôpital à l'autre, la base du calcul (le « juste prix ») étant différente.

Le prix d'hébergement est lui-même composé de 5 parties :

- 1° le prix à la construction (constructions, reconstructions, extensions et reconditionnements),
- 2° le prix des remplacements (remplacements des éléments de construction),
- 3° le prix du matériel et des équipements (achat de matériel médical et non médical),
- 4° le prix de l'entretien (travaux d'entretien de l'infrastructure),
- 5° le prix des coûts liés à la pré-exploitation et au financement des éléments qui précèdent.

Pour chacune de ces parties, l'avant-projet de décret fixe un pourcentage du « juste prix » admissible au remboursement chaque année, en tenant compte du cycle de renouvellement des infrastructures (ex : pour la partie construction des hôpitaux généraux, le maximum facturable du « juste de prix » est de 72,50%, sur un cycle de renouvellement de 25 ans. L'intervention annuelle sera dès lors de 2,90%). A noter que ce qui n'est pas couvert par le prix d'hébergement sera financé sur fonds propres par les hôpitaux.

#### Aperçu des taux et cycle de renouvellement retenus<sup>3</sup>

	Taux maximum facturable du «prix de reconstruction »	Cycle de renouvellement	% d'intervention annuel
<b>Construction</b>	72,5 %	25 ans	2,9 %
<b>Remplacements</b>	4 %	20 ans	0,2 %
<b>Matériel et équipements</b>			
- Hôpitaux généraux	14,5 %	10 ans	1,45 %
- Hôpitaux psychiatriques	10 %	10 ans	1 %
<b>Entretien</b>	0,20 %	10 ans	0,02 %
<b>Financement</b>			
1 Construction	<i>Taux IRS +marge de risque</i>	25 ans	<i>Défini sur base du «taux maximum facturable» et du «cycle de renouvellement»</i>
2 Remplacement		20 ans	
3 Matériels et équipements		10 ans	
4 Entretien		10 ans	

Les parties « prix de l'entretien » et « prix des remplacements » seront directement facturables par les hôpitaux dès l'entrée en vigueur du dispositif, afin de garantir le maintien en bon état des infrastructures tandis que les parties « prix à la construction » et « prix du matériel et des équipements » seront facturables en fonction de l'entrée progressive des hôpitaux dans les plans de construction (cf. point 2.3.4.).

### 2.3.3 Le prix facturable à la journée d'hospitalisation

Le prix d'hébergement annuel devra encore être divisé afin d'obtenir un prix facturable à la journée d'hospitalisation par patient. Le Gouvernement est chargé de déterminer les modalités de calcul du diviseur en tenant compte d'un certain nombre de paramètres liés à l'activité de l'hôpital (nombre de journées d'hospitalisation par rapport au nombre de lits agréés, nombre de journées d'hospitalisation chirurgicales de jour, ...). Le Gouvernement entend ainsi inciter les hôpitaux à adapter leurs infrastructures et équipements à leur potentiel d'activités dans la mesure où le prix d'hébergement ne sera pas récupérable pour les lits inoccupés.

<sup>3</sup> Tableau extrait du Communiqué de presse du GW du 23 juin 2016.

Le mécanisme de financement proposé est donc lié strictement au patient. Selon le Gouvernement, et après avis de l'ICN, les montants octroyés peuvent être considérés comme des transferts sociaux en nature vers les ménages, au sens des règles SEC2010, ce qui devrait permettre à la Wallonie d'éviter la consolidation des investissements hospitaliers dans le périmètre de la dette wallonne (sous réserve toutefois des pourparlers actuels entre l'ICN et Eurostat au sujet de la consolidation éventuelle de l'ensemble du secteur hospitalier).

### 2.3.4 *Les plans de construction*

Les hôpitaux wallons seront invités à rentrer progressivement dans des plans de construction pour pouvoir prétendre au financement des postes « prix à la construction » et « prix du matériel et des équipements » ainsi qu'à la prise en charge des coûts liés aux frais de financement de ces deux postes. Chaque hôpital dont le projet sera retenu se verra attribuer un nombre de mètres carrés maximum admissible à la facturation ainsi qu'une planification pluriannuelle de cette prise en charge.

L'avant-projet de décret prévoit que les hôpitaux pourront introduire des programmes d'investissement communs en vue de développer des activités partagées visant une rationalisation de l'offre hospitalière.

Chaque plan de construction portera sur 5 ans.

### 2.3.5 *Le financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds*

Parallèlement à ce nouveau mécanisme, trois appareillages de services médico-techniques lourds, à savoir les RMN (Résonance magnétique nucléaire), les Pet-scans et les appareils de radiothérapie, continueront d'être subventionnés directement, via une intervention forfaitaire de la Wallonie. Les montants seront répartis entre les hôpitaux sur la base du nombre d'appareils agréés (RMN et Pet-scans) ou en fonction de l'utilisation des machines (radiothérapie).

### 2.3.6 *Cadastre et qualité*

Les hôpitaux seront notamment tenus d'enregistrer l'état de leurs infrastructures dans un cadastre régional. Celui-ci aura pour objet de suivre les investissements réalisés par les hôpitaux et de permettre un suivi budgétaire global. Il permettra également d'établir une projection des besoins futurs en matière d'infrastructures hospitalières.

Les hôpitaux devront en outre s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en maintenant leurs infrastructures à niveau.

## 2.4 **Impact budgétaire**

Le Gouvernement a procédé à des simulations budgétaires en tenant compte de plusieurs scénarios dont les variables portent notamment sur le cycle de vie des hôpitaux, les taux d'intervention de la Région, l'éventuelle obligation de consolidation des hôpitaux dans la dette wallonne .... Il a également pris en considération une hypothèse de réduction de 25% du nombre de lits hospitaliers au terme de la période totale de reconstruction du parc.

Le communiqué de presse accompagnant la décision du Gouvernement wallon du 23 juin 2016 sur ce dossier indique par ailleurs qu'à terme, les capacités d'investissement de la Wallonie seront les suivantes :

- Pour l'entretien : 14,5 millions € par an
  - Pour le remplacement : 14,5 millions € par an
  - Pour la construction : 277 millions € par an
  - Pour le matériel et les équipements : 112 millions € par an
- Soit un total de 418 millions € par an.

La note au Gouvernement wallon précise également les leviers dont disposera la Région pour assurer la maîtrise budgétaire des futurs travaux, à savoir :

- Les pourcentages d'intervention prévus dans le décret pour chaque partie du prix d'hébergement.
- Le mode de calcul et d'adaptation du « juste prix » qui sera défini dans un arrêté du Gouvernement.
- Le phasage pour l'entrée des hôpitaux dans les plans de construction.

Il convient encore de noter que l'avant-projet de décret prévoit des dispositions particulières qui permettront d'assurer la transition entre l'ancien et le nouveau système.

## 2.5 Suivi du nouveau dispositif et évaluation

La note au Gouvernement indique qu'un reporting sera réalisé trimestriellement au sujet de l'évolution de la facturation du prix d'hébergement par les hôpitaux via les organismes assureurs. Celui-ci sera réalisé dans le cadre du Comité de Monitoring budgétaire et financier de l'AVIQ. En outre, il est également précisé qu'un reporting précis et régulier sera réalisé, sur base d'un mécanisme à définir, associant la Cellule d'informations financières (CIF), à propos des flux entre la Région, les organismes assureurs et les hôpitaux ainsi que, en cas de consolidation, sur les investissements et comptes des hôpitaux consolidés.

Par ailleurs, un groupe de travail réunissant les cabinets, le CRAC et l'AVIQ est mis en place pour évaluer le solde des montants disponibles pour les hôpitaux dans les lignes CRAC.

Enfin, l'avant-projet de décret prévoit que trois ans après l'entrée en vigueur du décret, le Gouvernement procède à une évaluation du dispositif et en informe le Parlement.

## 2.6 Habilitations au GW

Un certain nombre d'habilitations au GW sont prévues dans l'avant-projet de décret. Le Gouvernement est ainsi chargé :

- De définir la notion d' « hospitalisation ».
- De déterminer le « juste prix » à la construction et d'en fixer le mode de calcul et d'adaptation en tenant compte notamment des éléments constitutifs du profil de l'hôpital tels que définis dans le décret.
- De calculer et arrêter annuellement le prix d'hébergement sur la base du « juste prix » de chaque hôpital.
- De déterminer le mode de calcul de la partie du prix d'hébergement visant les coûts liés à la pré-exploitation et aux charges financières.
- De déterminer les modalités de calcul du diviseur permettant, à partir du prix d'hébergement, d'obtenir le prix facturable à la journée d'hospitalisation, en tenant compte notamment de certains éléments définis dans le décret.
- D'arrêter le montant annuel global visant les appareillages des services médico-techniques lourds (RMN, Pet-scans et radiothérapie) qui bénéficient de subventions forfaitaires et de déterminer le mode de calcul de répartition de ce montant annuel global pour ce qui concerne la radiothérapie.
- De fixer les modalités d'application des obligations prévues à l'article 15 du projet de décret (obligations pour l'hôpital d'enregistrer l'état de ses infrastructures dans un cadastre régional et de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de qualité).
- De fixer les modalités d'application des dispositions transitoires entre l'ancien et le nouveau système.
- D'arrêter les plans de construction successifs et de déterminer le contenu et les modalités de transmission des programmes d'investissement des hôpitaux. En outre, il est chargé de fixer, sur proposition du Ministre de la Santé, les critères de sélection prioritaires pour l'introduction de programmes d'investissement dans les plans de construction. Enfin, il est chargé d'arrêter le premier plan pluriannuel de construction et d'en fixer la date.
- De procéder à l'évaluation du dispositif, trois ans après l'entrée en vigueur du décret.

Enfin, le Gouvernement charge le Ministre PREVOT :

- De lui présenter, en même temps que le projet de décret en seconde lecture, le mécanisme d'incitation à la diminution du nombre de lits hospitaliers.
- De lui présenter, pour le passage en dernière lecture du texte, le mécanisme de facturation pour les patients couverts par un organisme assureur et pour les patients non couverts.
- De lui présenter, avant la dernière lecture, un plan de construction.
- D'initier une concertation avec le Ministre-Président de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour évaluer les perspectives d'approche cohérente entre les hôpitaux du ressort de la Wallonie, d'une part, et ceux du ressort de la Fédération Wallonie-Bruxelles, d'autre part.

## **2.7 Entrée en vigueur du décret**

Il est prévu que le décret entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017.



### 3. AVIS

---

Le CESW prend acte du nouveau mécanisme proposé par la Wallonie afin de financer les infrastructures hospitalières wallonnes ainsi que certains appareillages des services médico-techniques lourds.

Le CESW partage les objectifs annoncés par cette réforme à savoir notamment : le maintien d'une infrastructure de qualité, accessible financièrement et géographiquement pour le patient, une clarification du système de financement, l'amélioration de la sécurité juridique des hôpitaux en facilitant les prévisions budgétaires, la responsabilisation des gestionnaires des hôpitaux, etc.

En outre, le Conseil acte que le mécanisme proposé pourrait permettre d'éviter la consolidation du financement des investissements hospitaliers dans le périmètre de la dette wallonne, ce qui rendrait possible la poursuite des investissements publics<sup>4</sup>. Le CESW s'interroge toutefois sur l'existence de solutions alternatives en cas de refus d'Eurostat de conserver les hôpitaux, en Belgique, au sein du secteur des sociétés non financières. En tout état de cause, le CESW demande à être informé quant à l'état actuel (après la 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat) des moyens financiers dont dispose la Région pour le financement des infrastructures hospitalières.

Le CESW souhaite toutefois faire part des considérations suivantes.

#### 3.1. Les pourcentages d'intervention

S'il ne remet pas en cause la mécanique globale proposée, qui repose sur un prix d'hébergement calculé sur base d'un « juste prix » fixé pour chaque hôpital, le CESW estime néanmoins que le projet présenté risque de conduire à une réduction du financement des hôpitaux, ce qui apparaît contradictoire au regard des objectifs d'accessibilité et de qualité qui ont été annoncés.

Le nouveau mécanisme ne garantit pas un financement total (100%) des infrastructures, une part des investissements devant être prise en charge sur fonds propres par les hôpitaux. Cela n'est pas neuf dans la mesure où, déjà sous l'ère fédérale, le BMF ne prenait en charge que les travaux portant sur des surfaces et équipements visant l'activité hospitalière (services cliniques, quartier opératoire, urgences, ...) et les frais communs (cuisine, buanderie, ...), l'hôpital devant financer sur fond propres les surfaces liées aux activités médicales (consultations, ...), couvertes via des rétrocessions d'honoraires.

Le Conseil fait part de ses craintes qu'une conséquence de ce nouveau mécanisme ne se répercute sur la qualité et sur l'accessibilité des soins hospitaliers.

La question des pourcentages du « juste prix » qui seront admissibles au remboursement par la Wallonie est dès lors primordiale. Des taux d'intervention trop bas amèneraient les hôpitaux à devoir financer sur fonds propres une part plus importante des investissements et pourraient dès lors les conduire à augmenter la contribution des patients ou encore à réaliser des économies dans le fonctionnement des services. Le Conseil craint notamment qu'un tel sous-financement ait des répercussions directes sur le personnel dans la mesure où, actuellement, aucune norme de fonctionnement ou d'encadrement n'est prévue pour les services communs (poste B1 du BMF) ou les services médico-techniques (B3). Le personnel pourrait dès lors devenir une variable d'ajustement permettant aux hôpitaux de financer les montants non pris en charge par la Wallonie.

---

<sup>4</sup> Les règles comptables applicables aux pouvoirs publics (SEC) impliqueraient qu'un financement direct des investissements hospitaliers par la Région soit repris dans ses dépenses au fur et à mesure de l'exécution des travaux et non en fonction de l'utilisation des bâtiments ou équipements. Vu la limitation stricte des déficits et dans le contexte actuel, soutenir les investissements hospitaliers poserait un problème budgétaire important à la Région. La proposition permet de rapprocher le rythme du financement de celui de l'utilisation (pour autant que les hôpitaux eux-mêmes ne soient pas considérés dans un futur proche comme faisant partie du périmètre des pouvoirs publics).

Le Conseil note par ailleurs que les hôpitaux devront s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de qualité. Au-delà du principe, auquel chacun peut adhérer, le Conseil estime qu'il conviendrait de préciser davantage ce que cette exigence sous-tend et quels sont les principes généraux retenus ainsi que les indicateurs qui permettront de mesurer la « qualité ». Il souligne à tout le moins qu'il sera problématique, en dessous de certaines normes d'encadrement et de fonctionnement, d'offrir des garanties en la matière et fait part de son inquiétude quant aux éventuelles conséquences négatives du remplacement de normes d'encadrement par des normes de qualité.

En conséquence des considérations qui précèdent, le CESW souhaite attirer l'attention plus précisément sur les points suivants :

### *3.1.1. Concernant le taux de 72,5% pour le prix à la construction*

Le pourcentage de prise en charge pour le prix à la construction est fixé, dans l'avant-projet de décret, à 72,5% du « juste prix ». Le Conseil constate que l'intervention publique sera dès lors inférieure à ce qu'elle est actuellement. En effet, il est généralement considéré qu'environ 80% des surfaces de l'hôpital sont liées aux activités d'hospitalisation et sont donc financées par le BMF et que 20% des surfaces sont liées à des activités médico-techniques et de consultation, financées par les rétrocessions d'honoraires. Le Conseil note que le Gouvernement réduit ce pourcentage de 80% à 72,5% et que ce taux d'intervention, s'il devait être maintenu, ne permettrait pas aux hôpitaux de financer leurs infrastructures sans engendrer les effets pervers évoqués ci-dessus.

### *3.1.2. Concernant le taux unique de 72,5% pour le prix à la construction*

Complémentairement à la remarque qui précède, le Conseil considère qu'un pourcentage unique de 72,5% pour tous les projets de (re)construction n'est pas équitable compte tenu de la diversité des situations des hôpitaux. Ainsi, à titre d'exemple, un hôpital qui déciderait de construire une nouvelle aile comprenant différents services liés uniquement à l'hospitalisation aurait une prise en charge limitée à 72,5% alors que l'ensemble de l'infrastructure (100%) devrait être couverte. A l'inverse, un hôpital décidant de construire une nouvelle aile dont un étage serait consacré aux urgences et un étage aux consultations, bénéficierait d'un financement de 72,5% alors que seul 50% aurait dû être pris en charge, recevant ainsi un financement excédentaire de 22,5%. En conséquence, le Conseil considère que le pourcentage de couverture doit être adapté en fonction de chaque projet.

### *3.1.3. Concernant le taux de 14,5% pour le prix du matériel et des équipements*

La remarque émise au point 3.1.1. est également valable au sujet du prix du matériel et des équipements. En effet, il est généralement estimé que ce poste représente 20% du prix de (re) construction d'un hôpital. Or, à l'instar du prix à la construction, le pourcentage de prise en charge du matériel et des équipements serait limité à 72,5%, le taux d'intervention étant dès lors arrêté à 14,5% du « juste prix » ( $72,5\% \text{ de } 20\% = 14,5\%$ ). Or jusqu'à présent, les financements octroyés dans le cadre des forfaits inclus dans le poste A1 concernaient des frais liés à 100% à l'hospitalisation. Le Conseil demande dès lors que les coûts soient à nouveau pris en charge à 100%.

En conclusion, le CESW demande au Gouvernement de réexaminer la question des taux maximum facturables du « juste prix » afin qu'un financement adéquat et équitable soit assuré à chaque hôpital, moyennant des prises en charge modulables en fonction des dossiers, tout en veillant à ce que le niveau d'intervention n'hypothèque pas la reconnaissance du système en tant que « transferts sociaux en nature en faveur des ménages ».

### **3.2. Le financement des charges d'emprunt afférentes aux équipements**

Dans le mécanisme proposé, le financement des charges financières afférentes aux équipements médicaux et non médicaux sera couvert pour les hôpitaux qui s'inscriront dans les plans de constructions. Par contre, le CESW s'interroge sur la prise en compte des charges financières liées à ces équipements lorsqu'ils continuent d'être financés par les forfaits historiques. Le Conseil demande dès lors au Gouvernement de s'assurer que les modalités prévues pour la période transitoire permettent également de couvrir ces charges financières.

### **3.3. Distinction entre « entretien » et « remplacement »**

Le CESW estime qu'il conviendrait d'établir clairement ce qui relève de chaque partie du prix d'hébergement, en particulier pour les parties « entretien » et « remplacement » qui peuvent, le cas échéant, prêter à confusion. Le Conseil considère qu'il est en effet important que les hôpitaux sachent, de manière incontestable, de quelle(s) partie(s) du prix d'hébergement relèvent leurs projets. Pour cela, il suggère de fixer des montants absolus (plafonds) liés à chaque partie.

### **3.4. Dimensionnement des infrastructures**

L'avant-projet de décret charge le Gouvernement de déterminer les modalités de calcul du diviseur permettant de calculer le prix facturable à la journée d'hospitalisation, à partir du prix d'hébergement et, en tenant compte de paramètres liés à l'activité de l'hôpital. Par ailleurs, les montants seront facturés et liquidés en fonction de chaque patient ayant utilisé les infrastructures. Le calcul du nombre de patients actuels et futurs sera dès lors un paramètre fondamental du système. En outre, le CESW note que le Gouvernement prévoit une diminution de 25% du nombre de lits hospitaliers, au terme de la période de reconstruction du parc.

Si le CESW salue la volonté du Gouvernement d'aller vers une offre hospitalière mieux dimensionnée, ce qui suppose notamment une meilleure prise en compte de l'activité effective des hôpitaux, il s'interroge toutefois sur la manière dont le Gouvernement va pouvoir s'assurer de l'adéquation entre les projets de construction proposés aujourd'hui et l'activité future des hôpitaux. Il est vraisemblable que ces derniers présenteront des projets correspondant à leur capacité actuelle, sans pouvoir nécessairement préjuger des évolutions futures, les fluctuations du nombre de patients étant aléatoires ou difficilement prévisibles.

### **3.5. Impacts sur d'autres secteurs et interactions avec les autres niveaux de pouvoir**

Le CESW souhaite attirer l'attention du Gouvernement sur les répercussions potentielles d'une diminution du nombre de lits hospitaliers sur d'autres secteurs, notamment sur les MR/MRS, sur les maisons de soins psychiatriques ou encore sur certains projets du secteur ambulatoire qui sont financés à partir de la fermeture des lits hospitaliers. La question du financement dans ces secteurs risque dès lors se poser. Il convient également de faire le lien avec la politique menée au niveau fédéral en matière de santé mentale, la tendance étant aussi à la réduction du nombre de lits psychiatriques. Enfin, le Conseil soutient pleinement le Gouvernement wallon dans sa démarche de concertation avec la Fédération Wallonie-Bruxelles qui vise à mettre en place une approche cohérente entre le financement des hôpitaux du ressort de la Wallonie et le financement des hôpitaux universitaires.

En conclusion, le CESW plaide pour que ces différents éléments ainsi que les éventuels freins ou changements de politique émanant des autres niveaux de pouvoir soient pris en compte dans les réflexions actuelles sur le financement des infrastructures hospitalières wallonnes.

---