#

* Datum : 19-01-2007
* Taal : Frans
* Sectie : Wetgeving
* Bron : Numac 2006023302
* Auteur : SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

Conférence interministérielle Santé publique

Protocole d'accord

Réunion 19 juin 2006

Calendrier de construction Groupe de travail intercabinets "Calendrier de construction"

Lors de ses travaux, le groupe de travail « calendrier de construction », composé de membres de la cellule stratégique du Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales, de membres désignés par les Communautés et Régions et de l'administration du Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, a formulé des principes visant à une utilisation optimale du calendrier de construction pour la période 2006-2015.

Signature d'un Protocole d'accord

Nous proposons aux Ministres de signer le Protocole d'accord ci- joint.

Ce Protocole d'accord a pour objectif d'établir le calendrier de construction pour la période 2006-2015 et de garantir son utilisation optimale compte tenu des besoins actuels de la politique hospitalière et de ceux des hôpitaux.

Protocole d'accord sur le calendrier de construction 2006-2015

Compte tenu que l'actuel calendrier de construction se termine le 31 décembre 2005 et qu'il y a lieu de prévoir un nouveau calendrier à partir du 1
er janvier 2006;

Compte tenu que les moyens dont disposent les autorités fédérées pour faire face aux nécessités du secteur sont limités;

Compte tenu qu'avec les informations dont l'autorité fédérale dispose, celle-ci a, dans le cadre de la résorption du sous-financement des hôpitaux, mis à disposition du secteur des moyens importants en ce qui concerne les amortissements du matériel médical, du mobilier, du matériel non médical et de l'informatique;

Compte tenu de l'état actuel de la législation hospitalière, des orientations politiques en matière de maîtrise des dépenses de santé et des éléments concrets en matière d'organisation de l'offre hospitalière;

Considérant que l'âge du parc hospitalier beige est d'environ 30 ans, que des adaptations s'imposent, notamment quant à l'influence de l'évolution technologique médicale sur l'architecture des hôpitaux;

La Conférence interministérielle marque son accord sur les dispositions suivantes :

1. Calendrier de construction

Celui-ci doit être établi pour la période 2006 à 2015 avec possibilité de révision après 5 ans.

Le budget fédéral du calendrier de construction à fixer pour 2006 doit rester dans les limites du budget des 5 dernières années. Il est prévu, pour chacun des exercices de 2006 à 2015, un montant de 7.580.000 milliers d'euros (index 1 janvier 2006).

La clé utilisée pour la distribution des montants du calendrier 1996-2005 est proposée pour la répartition des montants du calendrier 2006-2015, à savoir :

Pour la consultation du tableau, voir image

Les 7.580.000 euros annuels représentent sur base des règles actuelles une capacité théorique d'investissement annuelle à 100 % de 555.235.000 euros se répartissant sur base du tableau ci-dessus en :

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

A titre transitoire, la Communauté Française se verra assurer un montant en adéquation avec son nombre de lits agréés et les dispositions actuelles en matière de superficies et de plafonds à la construction.

Il faut noter qu'une enquête du S.P.F., Service Comptabilité des Hôpitaux, ayant pour objectif de mesurer la vétusté du parc hospitalier et d'évaluer les moyens nécessaires à sa remise à niveau ou à son adaptation, est en cours.

Compte tenu des résultats de celle-ci, la Conférence charge le groupe de travail d'éventuellement proposer ultérieurement (2
e semestre 2007) une solution alternative plus adaptée.

Des investissements relatifs au précédent calendrier de construction seront financés sur base des montants subsidiés par les communautés et régions, en tenant compte des règlements et procédures en vigueur.

Les définitions des règlements et procédures d'obtention des accords de subsidiation et d'inscription des engagements budgétaires seront échangées et déterminées dans le cadre des futures discussions du groupe de travail.

Une éventuelle harmonisation des règlements et procédures susvisés, visant à un meilleur contrôle de fixation du budget, sera alors discutée au sein du groupe de travail.

Le premier exercice du nouveau calendrier débutera le 1
er janvier 2006 pour se terminer le 31 décembre 2007.

En fonction des décisions des entités fédérées, le solde annuel peut être reporté à l'année suivante.

Un décompte sera effectué à la fin de chaque exercice.

2. Définition des investissements subsidiables

2.1. 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 pas visées par le calendrier de construction et sont à charge de l'autorité fédérale pour ce qui concerne les services visés dans l'arrêté royal du 25 avril 2002.

2.2. Sont subsidiables par nature :

- les travaux et investissements relatifs à l'application des normes imposées par la loi sur les hôpitaux. Ceci concerne les nouveaux hôpitaux, les extensions et les reconditionnements;

En matière d'équipement, compte tenu des moyens octroyés aux hôpitaux dans le cadre de la résorption du sous-financement, seuls les équipements des services ci-après seront subsidiés : bloc opératoire, bloc accouchement, néonatalogie, lits MIC, stérilisation, soins intensifs et urgences. II en va de même pour le matériel apportant un confort supplémentaire aux patients et/ou au personnel. Pour ce qui concerne le matériel médical subsidié pour les services susvisés, le taux d'amortissement est de 10 % au lieu de 20 %;

- les hôpitaux de jour;

- les travaux et investissements (à l'exception de l'équipement) relatifs aux services de radiothérapie visés par la souspartie A3 du budget des moyens financiers;

- 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;

- les parkings couverts.

La Conférence charge le groupe de travail de préciser la notion de "reconditionnement" et d'en revoir éventuellement la prise en charge.

3. Règles et taux de subsidiation

Pour la consultation du tableau, voir image

3.2 Tous les travaux visés au point 3.1 doivent recevoir l'accord de l'autorité fédérée. Celle-ci instruit également le dossier et en assure le suivi (respect du plafond).

3.3 Pour les travaux visés aux points 3.1.4, 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. Dans ce cas, le montant à inscrire au calendrier de construction sera adapté en conséquence.

La décision finale de subsidier ou non l'investissement et de fixer le pourcentage de subsidiation dans le cadre du point 3.1.4. (travaux prioritaires) reste une compétence des communautés et régions.

3.4 Sont considérés comme prioritaires :

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

- les investissements necessaires 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.

Lors de l'introduction de sa demande d'autorisation, l'hôpital devra apporter la preuve que les investissements projetés s'inscrivent bien dans le cadre précité et ont bien pour but la réorganisation de l'offre hospitalière. L'hôpital devra aussi apporter la preuve que ces investissements n'altèrent pas le fonctionnement de l'institution tant en matière de couverture des charges d'investissements que de prise en charge des frais de fonctionnement qui en découlent ainsi que l'équilibre financier global.

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 C.I.M. 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 entreront en considération.

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.

En ce qui concerne le solde du précédent calendrier (1996-2005), chaque Communauté et Région peut continuer à l'utiliser et cela selon les règles de subsidiation relatives au précédent calendrier de construction pour autant que les travaux concernent les exercices 2006 et 2007, soit jusqu'au 31 décembre 2007.

En ce qui concerne l'utilisation du précédent calendrier, le groupe de travail analysera l'impact des mesures prises par les communautés et régions en terme de plafonds à la construction et de superficies admissibles.

Ainsi conclu à Bruxelles le 19 juin 2006.

Le Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique,

R. DEMOTTE