

**Rapport périodique 2009 – 2011 relatif à la mise en œuvre de la décision de la Commission européenne du 28 novembre 2005 concernant l'application de l'article 86, paragraphe 2, du traité CE aux aides d'État accordées sous la forme de compensations de service public et octroyées à certains services d'intérêt économique général pour le secteur hospitalier en Région de Bruxelles-Capitale<sup>1</sup>.**

*Exécution de la décision de la Commission*

**1. Attribution ("act of entrustment")**

Il n'est pas possible d'expliquer la façon dont les hôpitaux se voient confier leur mission d'intérêt général sans avoir au préalable expliqué l'organisation du système hospitalier en Belgique.

Tout d'abord, il convient de préciser la répartition des compétences entre l'autorité fédérale et les entités fédérées<sup>2</sup>.

L'autorité fédérale est compétente pour la législation organique relative aux hôpitaux. Il s'agit plus particulièrement de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, publiée au Moniteur belge le 7 novembre 2008 (ci-après dénommée "la loi coordonnée le 10 juillet 2008") et de ses arrêtés d'exécution. Nous faisons ici abstraction de l'aspect "sécurité sociale" (plus particulièrement de la législation relative à l'assurance maladie-invalidité). Par ailleurs, la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins a été intégrée dans la coordination susvisée du 10 juillet 2008. Ces dispositions légales et leurs arrêtés d'exécution concernant les maisons de repos et de soins et les maisons de soins psychiatriques relèvent également de la compétence de l'autorité fédérale. Dans ces deux cas, il n'est pas versé de fonds publics aux entreprises, le financement public consistant en une intervention du système de sécurité sociale dans la facture des patients.

La loi coordonnée le 10 juillet 2008 prévoit trois grands principes sur lesquels repose l'organisation du secteur hospitalier : la programmation, l'agrément et le financement. Ces trois principes sont étroitement liés et forment un ensemble logique. La programmation indique le nombre de lits, services ou appareillages d'un certain type pouvant être agréés. Quant aux normes d'agrément, elles fixent les conditions auxquelles doit satisfaire un service hospitalier. Enfin, un financement est prévu pour les services qui ont obtenu un agrément. En d'autres termes, seuls les services hospitaliers agréés reçoivent un subside pour leur fonctionnement.

---

<sup>1</sup> Conformément aux conclusions de la Conférence Économique Interministérielle du 20/06/2012, le présent document constitue, pour la Région de Bruxelles-capitale, une actualisation du rapport du 7 mai 2009.

<sup>2</sup> En Belgique, les compétences en matière de Santé publique sont réparties entre l'autorité fédérale d'une part, et les Communautés et les Régions d'autre part. Dans le cadre de ce rapport, les termes "entités fédérées" font référence aux Communautés et aux Régions.

L'article 2 de la loi coordonnée le 10 juillet 2008 prévoit expressément que les hôpitaux se voient confier une mission d'intérêt général. Les trois principes précités définissent le cadre dans lequel cette mission doit être remplie. Si, à première vue, la programmation semble ne pas avoir grand rapport avec le contenu de la mission d'intérêt général confiée aux hôpitaux, elle permet de couvrir les besoins et de garantir l'équilibre financier du système. En effet, seuls les services hospitaliers agréés s'inscrivant dans le contexte de la programmation peuvent bénéficier d'une intervention de l'Etat fédéral dans le budget des moyens financiers des hôpitaux.

Les normes d'agrément fixent toute une série de conditions auxquelles les services hospitaliers doivent satisfaire, afin de s'assurer que les hôpitaux remplissent correctement leur mission d'intérêt général. À cet effet, les entités fédérées effectuent les inspections nécessaires et prennent des arrêtés individuels d'agrément si les services hospitaliers satisfont aux normes. Dans le secteur hospitalier, l'autorité ne financera donc que les prestataires de services auxquels une mission d'intérêt général a été effectivement confiée et qui remplissent leur mission de la manière définie dans les normes d'agrément. L'interaction entre "agrément" et "financement" fonctionne donc dans les deux sens.

Enfin, comme nous l'avons déjà signalé précédemment, seuls les services agréés et programmés peuvent recevoir des subsides. Il est donc important de se souvenir que les trois grands principes définis dans la loi sur les hôpitaux sont indissociablement liés et qu'ils s'influencent mutuellement.

En outre, les entités fédérées peuvent, dans le cadre des compétences partagées entre l'autorité fédérale et les Communautés, accorder des subsides pour la construction, l'extension, la transformation et le équipement de base d'hôpitaux et de services hospitaliers.

Les hôpitaux sont en effet incités à systématiquement renouveler, restructurer et/ou étendre leur patrimoine afin de répondre aux évolutions médico-techniques, qualitatives et conceptuelles, aux évolutions architecturales et aux changements démographiques qui dominent la politique institutionnelle de soins. Ces subsides sont donc une intervention financière dans les frais d'investissement des hôpitaux. Ils ne peuvent être accordés qu'à des établissements s'inscrivant dans la programmation et agréés en tant qu'hôpitaux. En principe, ils couvrent 60% des frais d'investissement (un plafond étant fixé par l'autorité). Les 40% restants sont inscrits au budget des moyens financiers, via l'approbation d'un "calendrier de construction" dont le montant annuel est convenu au préalable entre les Communautés et l'autorité fédérale.

Les subsides alloués par les entités fédérées peuvent donc être considérés comme une source complémentaire de financement - en sus des subventions fédérales - des services hospitaliers qui sont qualifiés de SIEG. L'argent reçu doit permettre aux hôpitaux de remplir qualitativement (dans tous les sens possibles du terme) leur mission d'intérêt général, laquelle consiste à offrir et à procurer des soins de santé.

La Région wallonne et la Communauté française font d'abord observer que l'ensemble des règles relatives à l'octroi des subventions aux infrastructures des

hôpitaux ressortent de la compétence de l'Autorité fédérale, elles-mêmes n'ayant que la compétence d'octroyer des subsides en application de ces règles.

**Les Commissions communautaires française et commune** de Bruxelles-Capitale se rallient à cette observation.

Le principe est contenu à l'article 63 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux.

Les taux d'intervention sont fixés par l'arrêté royal du 13 décembre 1966 déterminant le taux et certaines conditions d'octroi des subventions pour la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux, tel qu'il a été modifié par l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> mars 2007.

Le taux ordinaire est de **maximum** 60%.

Toutefois, le montant des subventions pour l'exécution des travaux peut être fixé au maximum à 10% du coût des travaux, fournitures et services si ceux-ci sont considérés comme prioritaires.

Sont considérés comme prioritaires :

1° en ce qui concerne les hôpitaux généraux, à l'exception des services Sp isolés:

- a) les investissements nécessaires pour répondre à de nouvelles normes d'agrément;
- b) les investissements conduisant à une rationalisation de l'offre de soins. Il s'agit plus précisément:
  - des investissements consécutifs à des mesures de restructuration interne conduisant à une concentration des activités ou à une réduction du nombre de sites d'exploitation;
  - des investissements consécutifs à des mesures de restructuration prises dans le cadre d'une convention de collaboration juridiquement formalisée entre 2 ou plusieurs hôpitaux et conduisant à une concentration des activités et/ou à une réduction du nombre de sites d'exploitation;
  - des investissements consécutifs à une spécialisation des activités dans le cadre d'une convention de collaboration juridiquement formalisée entre deux ou plusieurs hôpitaux. La convention en question est conclue en particulier en vue de l'organisation et de l'exploitation conjointes d'un programme de soins, d'un service hospitalier ou d'une fonction hospitalière en application des normes de programmation et d'agrément en vigueur;

c) des investissements relatifs à l'hospitalisation de jour;

d) des investissements améliorant l'accessibilité et le confort du patient.

2° en ce qui concerne les services Sp isolés et les hôpitaux psychiatriques:

- a) les investissements conduisant à une rationalisation du nombre de sites d'exploitation;

- b) les investissements nécessaires à la concrétisation d'accords donnés dans le cadre de la restructuration du secteur;
  - c) les investissements en vue d'une extension nécessaire pour accroître l'activité;
  - d) les investissements qui améliorent l'accessibilité et le confort du patient.
- Dans les faits, la plupart des investissements peuvent être qualifiés de prioritaires.

Le solde, soit 40 ou 90% selon le cas, est financé par l'Autorité fédérale, comme indiqué ci avant, dans le cadre du budget des moyens financiers, via l'approbation d'un "calendrier de construction" dont le montant annuel est convenu au préalable entre les Communautés et l'autorité fédérale (protocole d'accord de la conférence interministérielle Santé publique du 19 juin 2006 et arrêté royal du 1<sup>er</sup> mars 2007 modifiant l'arrêté royal du 4 mai 1999 déterminant les critères généraux pour la fixation et l'approbation du calendrier visé à l'article 46bis, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi sur les hôpitaux pour les autorités compétentes en matière de politique de Santé sur base des articles 128 et 135 de la Constitution).

L'intervention de l'Autorité fédérale prend cours au moment où l'investissement est mis en service et s'étale sur un amortissement de 33 ans pour les projets immobiliers, de 10 ans pour les équipements mobiliers et de 5 ans pour les investissements médicaux.

Le mécanisme est tel qu'en pratique il n'est pas possible pour les Communautés et Régions d'octroyer annuellement des subsides au-delà des montants maximum fixés par le calendrier.

Un arrêté ministériel du 11 mai 2007 fixe le coût maximal pouvant être pris en considération pour l'octroi des subventions pour la construction de nouveaux bâtiments, les travaux d'extension et de reconditionnement d'un hôpital ou d'un service.

Ce coût maximal est différencié selon qu'il s'agit de construction de nouveaux bâtiments, de travaux d'extension ou de reconditionnement d'un hôpital ou d'un service.

En ce qui concerne la **Commission communautaire commune**, elle exécute l'article 63 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 10 juillet 2008. Pour les procédures, les arrêtés d'exécution sont toujours ceux qui étaient en vigueur lorsque la compétence n'avait pas encore été attribuée aux entités fédérées. Il s'agit de l'arrêté ministériel du 3 novembre 1969 déterminant les règles relatives à l'intervention financière de l'Etat dans la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux. En outre, seuls les hôpitaux et services hospitaliers qui ont reçu des autorisations nécessaires de programmation peuvent bénéficier de subsides. Ces autorisations de programmation sont délivrées en exécution des articles 36 à 62 de la loi susvisée sur les hôpitaux.

En ce qui concerne la **Commission communautaire française**, elle exécute l'article 63 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 10 juillet 2008. Pour les procédures, les arrêtés d'exécution sont toujours ceux qui étaient en vigueur lorsque la compétence n'avait pas encore été attribuée aux entités fédérées. Il s'agit de l'arrêté ministériel du 3

novembre 1969 déterminant les règles relatives à l'intervention financière de l'Etat dans la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux. En outre, seuls les hôpitaux et services hospitaliers qui ont reçu des autorisations nécessaires de programmation peuvent bénéficier de subsides. Ces autorisations de programmation sont délivrées en exécution des articles 36 à 62 de la loi susvisée sur les hôpitaux.

L'article 4 de la décision de la Commission européenne du 28 novembre 2005 fixe 5 critères que doit respecter "l'act of entrustment":

- la nature et la durée des obligations de service public;
- les entreprises et le territoire concernés;
- la nature des droits exclusifs ou spéciaux éventuels octroyés à l'entreprise;
- les paramètres de calcul, de contrôle et de révision de la compensation;
- les modalités de remboursement des éventuelles surcompensations et les moyens d'éviter ces surcompensations.

Ci-après, nous approfondissons chacun de ces critères :

a) La nature et la durée des obligations de service public

Les obligations que doivent respecter les hôpitaux pour bénéficier d'une compensation pour leur mission d'intérêt général se retrouvent dans les normes d'agrément. Les normes auxquelles il doit être satisfait vont des normes architecturales (infrastructure) aux normes fonctionnelles et organisationnelles (encadrement en personnel) en passant par des critères micro-économiques et des critères relatifs à la nature et au contenu des soins (en ce compris les normes de qualité). Les entités fédérées ont pour mission d'effectuer des contrôles dans les hôpitaux et de vérifier si ces obligations sont exécutées.

Si l'inspection donne un résultat positif pour le service hospitalier concerné, un agrément est octroyé par le biais d'un arrêté individuel d'agrément pris par l'entité fédérée sur le territoire de laquelle se trouve l'hôpital en question. La durée d'octroi d'un agrément dépend de la législation de l'entité fédérée concernée.

En ce qui concerne la **Commission communautaire française**, ce sont la loi coordonnée le 10 juillet 2008 et l'arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 5 novembre 1987 déterminant les modalités d'agrément, de fermeture et la procédure de recours pour les hôpitaux, services hospitaliers, services médico-techniques lourds, sections, fonctions, initiatives d'habitations protégées et associations d'institutions et de services psychiatriques qui sont d'application. Un agrément provisoire peut être délivré pour une durée de six mois renouvelable. Quant à l'agrément, il a une durée de cinq ans et est renouvelable.

En ce qui concerne la **Commission communautaire commune Bruxelles-Capitale**, ce sont la loi coordonnée le 10 juillet 2008 et l'arrêté du Collège réuni du 5 mai 1994 déterminant les modalités d'agrément et de fermeture des hôpitaux et des services hospitaliers relevant de la Commission communautaire commune (article 5, § 4) qui sont d'application. Un agrément provisoire peut être délivré pour une durée de six mois renouvelable. Quant à l'agrément, il est d'une durée de six ans au plus.

b) Les entreprises et le territoire concernés

Les administrations des entités fédérées agréent par hôpital, individuellement, les différents services hospitaliers pour lesquels des normes d'agrément existent.

Ces arrêtés spécifient clairement de quel hôpital il s'agit et pour quels services hospitaliers l'hôpital obtient un agrément.

Un hôpital reçoit toujours un agrément qui vaut implicitement pour l'ensemble du territoire belge, en ce sens qu'un hôpital n'est pas tenu de limiter ses activités à une région donnée. Il y a lieu d'ajouter que, compte tenu du fait que les entités fédérées sont compétentes pour effectuer les inspections et octroyer les agréments, les sites d'un même hôpital qui se trouvent sur le territoire de deux Communautés différentes doivent être agréés individuellement par les entités fédérées en question.

À cet égard, la **Commission communautaire commune** de la Région de Bruxelles-Capitale a conclu un protocole d'accord avec la Région wallonne<sup>3</sup>.

Les subventions à l'utilisation pour des investissements d'infrastructure hospitalière ne peuvent être octroyées qu'à des hôpitaux agréés (voir la loi coordonnée le 10 juillet 2008) et ressortissant à l'entité fédérée qui paie la subvention.

c) La nature des droits exclusifs ou spéciaux éventuels octroyés à l'entreprise

L'agrément implique pour l'hôpital concerné le droit de recevoir un subside du budget des moyens financiers. Comme cela a déjà été dit plus haut, seuls les hôpitaux agréés peuvent bénéficier d'une compensation financière. L'argent reçu doit permettre aux hôpitaux de remplir qualitativement (dans tous les sens possibles du terme) leur mission d'intérêt général, laquelle consiste à offrir et à procurer des soins de santé.

En théorie, il peut donc également exister, en Belgique, des hôpitaux ne faisant pas partie du système de programmation, d'agrément et de financement. Ces hôpitaux ne peuvent pas obtenir d'agrément. Dès lors, ils ne peuvent pas non plus bénéficier d'une compensation pour leur fonctionnement.

Les hôpitaux qui ne s'inscrivent pas dans la programmation, qui ne satisfont pas à toutes les conditions et normes posées par l'entité fédérée compétente, ou qui ne respectent pas la procédure, ne peuvent pas non plus bénéficier des subventions à l'utilisation pour des investissements d'infrastructure hospitalière.

En **Commission communautaire commune**, les hôpitaux ayant un jour bénéficié d'une subvention à l'utilisation pour des investissements d'infrastructure hospitalière ne peuvent pas aliéner cette infrastructure pendant la durée d'amortissement comptable (20 ans au moins). Sauf accord préalable du Ministre, la destination du bien subventionné ne peut pas non plus être modifiée durant une période égale à la durée normale d'amortissement comptable du bien en question (20 ans au moins). C'est l'arrêté royal du 13 décembre 1966 déterminant le taux et certaines conditions d'octroi des subventions pour la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux qui régit ces obligations.

---

<sup>3</sup> Protocole d'accord du 27 décembre 2000 relatif à la fusion d'hôpitaux établis dans différentes régions linguistiques.

La même règle prévaut en **Commission communautaire française** sur la base du même arrêté royal du 13 décembre 1966.

d) Les paramètres de calcul, de contrôle et de révision de la compensation

En **Commission communautaire commune**, le calcul de la subvention aux constructions est opéré en application de l'arrêté ministériel du 11 mai 2007 fixant le coût maximal pouvant être pris en considération pour l'octroi des subventions pour la construction de nouveaux bâtiments, les travaux d'extension et de reconditionnement d'un hôpital ou d'un service. La procédure d'octroi des subsides et le contrôle de leur affectation est régi par l'arrêté ministériel du 3 novembre 1969 déterminant les règles relatives à l'intervention de l'État dans la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux.

En **Commission communautaire française**, ces deux arrêtés ministériels sont également appliqués.

## **2. Montant de la compensation :**

En **Commission communautaire commune**, le paiement de la subvention est réalisé en application de l'arrêté ministériel du 3 novembre 1969 déterminant les règles relatives à l'intervention de l'État dans la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux. Il prévoit un paiement d'avances au fur et à mesure de l'envoi des états d'avancement et ce jusqu'à concurrence de 90% de la subvention prévue. Après les travaux, un compte final est établi et soit le solde est payé, soit les avances payées en trop sont récupérées.

En **Commission communautaire française**, le paiement de la subvention est également réalisé en application de cet arrêté ministériel du 3 novembre 1969.

## **3. Surcompensation, modalités de remboursement des éventuelles surcompensations et les moyens d'éviter ces surcompensations :**

En **Commission communautaire commune**, tant selon les règles générales de subventionnement (Ordonnance portant les dispositions applicables au budget, à la comptabilité et au contrôle), que selon les règles spécifiques applicables aux hôpitaux (arrête royal du 13 décembre 1966 et arrêtés ministériels du 3 novembre 1969 et du 11 mai 2007, cités ci-dessus) un bien subventionné ne peut pas l'être deux fois. Chaque année, le budget des dépenses de la Commission communautaire commune est calculé sur la base d'estimations réelles des crédits nécessaires. En outre, ils doivent respecter un plan pluriannuel fixé par le Collège réuni (correspondant au Gouvernement ou Pouvoir exécutif) et contrôlé par l'Assemblée réunie (correspondant au Parlement ou Pouvoir législatif).

En **Commission communautaire française**, les règles générales de subventionnement ainsi que les règles spécifiques au secteur des hôpitaux empêchent également tout double subventionnement.

### Modalités de remboursement

En **Commission communautaire commune**, tant les règles générales de subventionnement (Ordonnance portant les dispositions applicables au budget, à la comptabilité et au contrôle), que les règles spécifiques applicables aux hôpitaux (arrête royal du 13 décembre 1966 et arrêtés ministériels du 3 novembre 1969 et du 11 mai 2007, cités ci-dessus) fixe les modalités de remboursement éventuel des subventions reçues.

En **Commission communautaire française**, les règles générales de subventionnement ainsi que les règles spécifiques au secteur des hôpitaux fixent également les dispositions applicables en cas de remboursement des subventions reçues.

### **4. Contrôle et rapports annuels**

En **Commission communautaire commune**, un contrôle annuel est effectué par l'Assemblée réunie (correspondant au Parlement ou Pouvoir législatif) lors du vote du budget annuel des dépenses. Ce contrôle se fait avec un appui technique de la Cour des Comptes.

En **Commission communautaire française**, un contrôle annuel est effectué par le Parlement francophone bruxellois lors du vote du budget annuel des dépenses. Ce contrôle se fait avec un appui technique de la Cour des Comptes.

---