

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/266083691>

Sixième réforme de l'Etat: quel impact pour les hôpitaux?

Article in *Healthcare Executive* · September 2014

CITATIONS
0

READS
2,350

4 authors, including:



Dan Lecocq

University of Luxembourg

49 PUBLICATIONS 75 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Alain De Wever

Université Libre de Bruxelles

24 PUBLICATIONS 180 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Pirson Magali

Université Libre de Bruxelles

107 PUBLICATIONS 1,003 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Sixième réforme de l'Etat: QUEL IMPACT POUR LES HÔPITAUX?

Dan Lecocq, Thérèse Locoge, Alain De Wever, Magali Pirson



HEALTHCARE
EXECUTIVE

Dan Lecocq:

Maître de conférences, assistant, Centre de recherche en Economie de la Santé, Gestion des Institutions de Soins et Sciences Infirmières, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

Thérèse Locoge:

Maître de conférences et collaborateur scientifique, Centre de recherche en Economie de la Santé, Gestion des Institutions de Soins et Sciences Infirmières, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

Alain De Wever:

Professeur émérite, Centre de recherche en Economie de la Santé, Gestion des Institutions de Soins et Sciences Infirmières, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

Magali Pirson:

Directrice du Centre de recherche en Economie de la Santé, Gestion des Institutions de Soins et Sciences Infirmières, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

AVEC LE SOUTIEN
DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

TABLE DES MATIÈRES

→ Introduction	2
→ Compétences respectives de l'Etat fédéral et des Communautés	4
→ Focus sur les normes d'agrément	7
Evolution des normes	10
En pratique, que fait quelle autorité?	11
Développements à venir	12
→ Focus sur la programmation	14
→ Focus sur le financement	14
→ Focus sur la gouvernance	17
→ Le cas particulier des hôpitaux spécialisés	17
→ Dispositions générales	18
→ Conclusions	18
→ Références	19

INTRODUCTION

Les réformes institutionnelles successives de la Belgique en ont fait un «Etat fédéral qui se compose des communautés et des régions» (La Constitution belge, 1994). Ce découpage territorial et linguistique est complexe: se superposent 3 Régions, 3 Communautés et 4 «régions linguistiques» (**Figure 1**).

Le 1^{er} juillet 2014 est entrée en vigueur la sixième réforme de l'Etat, comme prévu par l'article 67 de la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'Etat.

Cette réforme traduit l'accord institutionnel du 11 octobre 2011 et accentue la fédéralisation de la Belgique en consacrant, pour reprendre le titre de cet accord «un état fédéral plus efficace et des entités fédérées plus autonomes».

En effet, l'accord dit «papillon» (un Etat fédéral plus efficace et des entités fédérées plus autonomes. Accord institutionnel pour la sixième réforme de l'Etat, 2011), mis en œuvre au moyen d'un ensemble de lois spéciales datées du 6 janvier 2014 (votées le 19 décembre 2013) et publiées au Moniteur belge le 31 janvier 2014, transfère un certain nombre de compétences supplémentaires dans le domaine de la santé de l'Etat fédéral aux Communautés.

Aussi, ce n'est pas tant le mécanisme même de la répartition des compétences entre état fédéral et entités fédérées (connu depuis la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8/08/1980) qui est à relever que l'ampleur de ce transfert, son financement et sa traduction opérationnelle dans des instances qui seront chargées de sa gestion et de son contrôle. Considérant les défis actuels et à venir auxquels doit répondre l'organisation des soins de santé (démographie, prise en charge des maladies chroniques, qualité des soins, coût des équipements, collaboration des institutions et professionnels de santé...), il faudra s'appuyer sur ces nouveaux «paquets» de compétences.

Certes, l'Etat fédéral conserve des compétences importantes mais celles-ci sont encore plus «résiduelles» que par le passé par rapport à celles des communautés et régions. Les politiques à mener resteront aussi partagées entre entités fédérées, ce qui nécessitera une collaboration. Celle-ci se traduira de diverses manières: soit par une consultation précise et obligatoire (par exemple celle organisée par l'article 6 de la loi du 6 janvier 2014 en matière de programmation), soit au sein de lieux de concertation, soit par la conclusion d'accords de coopération.

Beaucoup a déjà été dit et écrit à propos de la 6^e réforme de l'Etat. Alors pourquoi y consacrer un dossier?

Parce que nous nous sommes exclusivement intéressés aux conséquences avérées et aux conséquences potentielles de cette réforme sur la vie des hôpitaux.

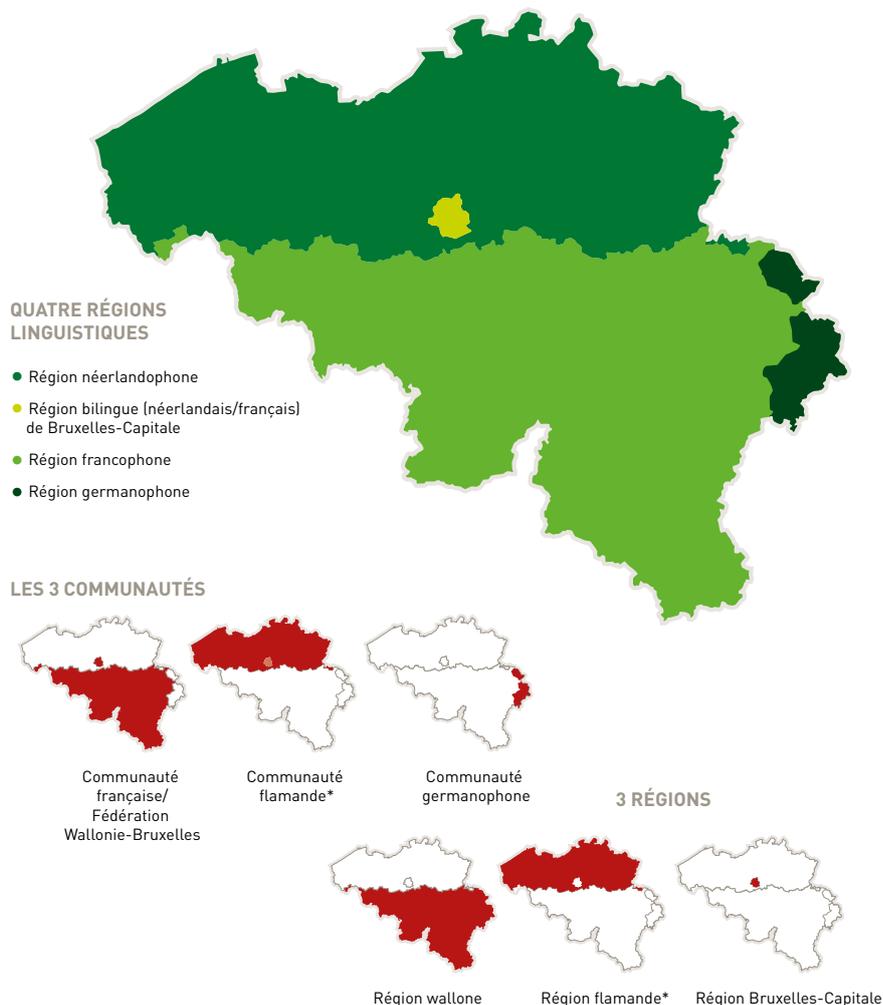
Notre volonté est ici de livrer une information factuelle à disposition des responsables hospitaliers et des professionnels de santé qui sont déjà aujourd'hui confrontés à la diversité des niveaux de pouvoir et des autorités administratives pour bien des aspects relatifs à la vie des institutions.

Découps territoriaux et linguistiques complexes ainsi que complexité des découps des compétences entre entités rendent difficile une présentation claire.

Nous relevons le défi en ciblant successivement quatre focus: l'agrément, la programmation, le financement et la gouvernance.

Découps territoriaux et linguistiques complexes ainsi que complexité des découps des compétences entre entités posent le défi d'une présentation claire. Nous allons tenter de nous y employer.

Figure 1: Régions, Communautés, Régions linguistiques («Application territoriale des décrets — Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles / Communauté Française», n.d.).



* "Les pouvoirs de la région flamande sont exercés par la communauté. Il n'y a donc qu'un Parlement et un Gouvernement flamands, et un seul budget pour les deux types de compétences."

COMPÉTENCES RESPECTIVES DE L'ETAT FÉDÉRAL ET DES COMMUNAUTÉS

La dispensation des soins de santé fait partie des matières dites personnalisables qui supposent que les pouvoirs publics nouent un contact avec les personnes dans leur langue.

Depuis la loi spéciale du 8 août 1980 et la 2^e réforme de l'Etat, les compétences en matière de santé sont donc en principe des **compétences communautaires**.

Les compétences en matière de santé qui sont exercées par le pouvoir fédéral le sont **par exception** au sein des matières communautaires et régionales.

Les deux arrêts rendus par la Cour Constitutionnelle (dénommée alors Cour d'arbitrage) les 16 novembre 2005 et 21 mars 2007 l'illustrent en matière d'expérimentation sur la personne humaine. Pour rappel, la loi du 7 mai 2004, dans sa version initiale, définissait l'expérimentation comme «tout essai, étude ou investigation menée chez la personne humaine en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales». Saisi par le gouvernement flamand, la Cour va annuler cette disposition pour excès de compétence de l'Etat fédéral. Elle met en évidence que cette loi pourrait ainsi régler l'expérimentation dans des matières communautarisées ou régionales (soins préventifs, pratique sportive...) en contradiction avec l'article 6 bis de la loi du 8/08/1980.

Cette disposition litigieuse va être remaniée en visant le «développement des connaissances propres à l'exercice des professions de santé tel que visé à l'AR n° 78 du 10/11/1967 relatif à l'exercice des professions de santé». Saisie à nouveau par le gouvernement flamand pour excès de pouvoir, la Cour va rejeter le recours en retenant l'interprétation suivante: l'AR n° 78 reste de la compétence résiduelle du législateur fédéral qui est donc compétent pour régler la recherche scientifique qui en relève. S'agissant d'une compétence résiduelle, la loi sur l'expérimentation du 7 mai 2004 doit être interprétée comme ne s'appliquant pas aux matières de la compétence communautaire ou régionale.

En fait, jusqu'à la 6^{ème} réforme de l'Etat, l'«exception fédérale» est plus importante que la règle générale en ce qui concerne les hôpitaux. Les entités fédérées ont davantage une compétence d'«opérationnalisation»: exécution de la programmation, inspection et délivrance des agréments...

L'Etat fédéral est et reste compétent notamment pour la «législation organique en matière de dispensation des soins dans et en dehors des institutions de soins» à partir du 1/07/2014. Cette compétence est réaffirmée dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat (article 6 avec l'exception du coût des investissements de l'infrastructure et des services médico-techniques).

Le concept de «législation organique» porte sur les règles de base et les lignes directrices de la politique hospitalière, telles qu'elles sont notamment contenues dans la loi sur les hôpitaux.

L'un des objectifs de la loi spéciale du 6 janvier 2014 est de permettre aux communautés «d'exercer effectivement les compétences qui leur sont transférées» («Document législatif n° 5-2232/1», n.d.). Pour atteindre cet objectif alors que le financement et la programmation restent du ressort fédéral, l'accent se porte sur la communautarisation plus large des agréments et de la politique de dispensation des soins en matière spécialisée ou pour des populations spécifiques.

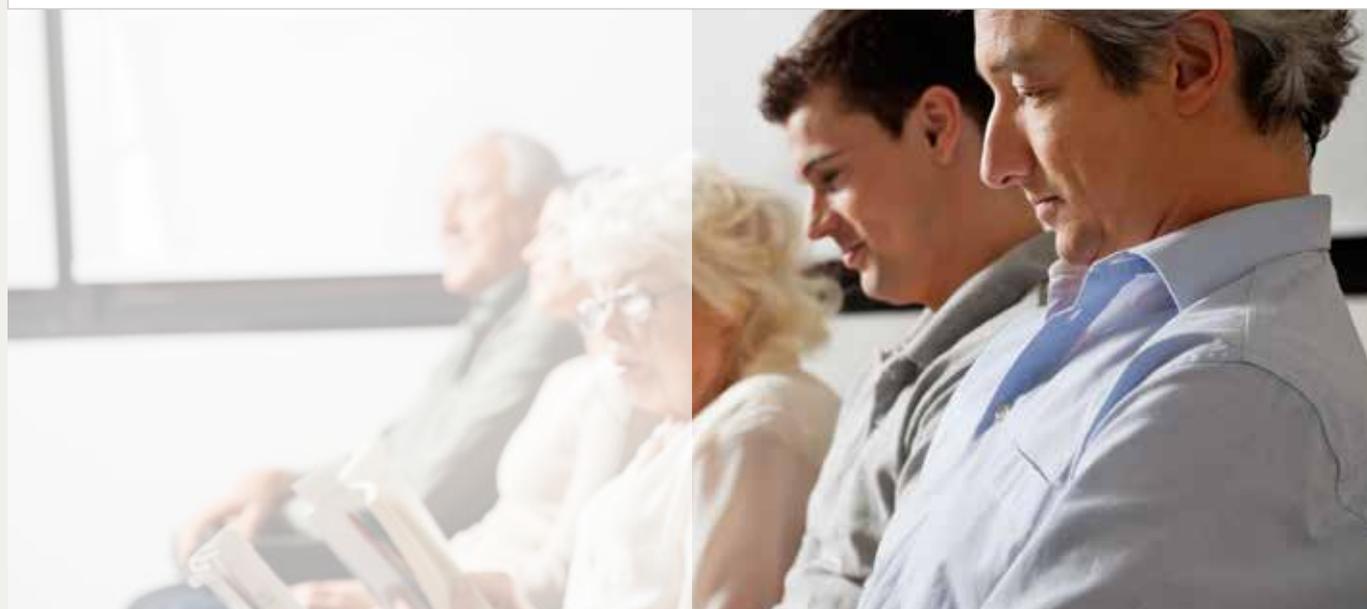
Le tableau 1 résume les compétences qui sont réaffirmées comme étant et restant des compétences fédérales même au-delà du 1^{er} juillet 2014 (**Tableau 1**).

Tableau 1: La législation organique et les autres compétences fédérales (Un Etat fédéral plus efficace et des entités fédérées plus autonomes. Accord institutionnel pour la sixième réforme de l'Etat, 2011)

COMPÉTENCES	EXEMPLE / COMMENTAIRE
PLANIFICATION	Fixer les normes de programmation
FINANCEMENT DE L'EXPLOITATION	Financer l'exploitation lorsqu'il est régi par la législation organique
SÉCURITÉ SOCIALE	Gérer l'assurance soins de santé et indemnités ¹ (ASSI)
EXERCICE DE L'ART DE GUÉRIR	Arrêté Royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES	Déterminer les conditions et désigner comme «universitaire» un hôpital
LÉGISLATION ORGANIQUE	
Fixer les caractéristiques de base ayant un lien direct avec la programmation et/ou le financement et qui présentent un caractère structurel	<ul style="list-style-type: none"> • des hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques et hôpitaux universitaires • des services hospitaliers, sections, fonctions hospitalières, services médicaux et médico-techniques, programmes de soins et appareils lourds, réseaux et circuits de soins • collaborations inter-hospitalières
Fixer les règles générales relatives à la gestion et au processus décisionnel dans les hôpitaux, y compris les organes consultatifs internes	Comité d'hygiène hospitalière...
Définir le statut du médecin hospitalier et l'implication dans le processus décisionnel des médecins hospitaliers et autres professionnels des soins de santé	Organigramme du département médical, règlement d'ordre intérieur du conseil médical
Fixer les règles générales relatives à la structuration des activités infirmières et médicales	Organigramme du département infirmier, responsabilités
Fixer les règles relatives à la comptabilité, au contrôle financier et à la communication des données	Obligations comptables, FINHOSTA ² , RHM ³ ...
Définir les implications du respect ou non des règles de base en matière de programmation ou du nombre maximal de services, fonctions, etc., ou des dispositions de la législation organique	Sanctions en cas de retrait de l'agrément
Définir les règles générales relatives aux implications du respect ou non des normes d'agrément des services, fonctions... ou aux autorisations d'installer des appareils lourds	Sanctions en cas de retrait de l'agrément

Notes

1. ASSI : assurance soins de santé et indemnités.
2. FINHOSTA: application informatique ayant pour finalité de récolter des données statistiques et financières des hôpitaux.
3. RHM: enregistrement de données hospitalières administratives, médicales, infirmières, relatives au personnel et de données dans le cadre de la fonction «service mobile d'urgence».



Les compétences communautaires (**Tableau 2**) doivent s'articuler avec la législation organique et respecter les compétences fédérales.

Tableau 2: Compétences communautaires à partir du 1^{er} juillet 2014.

COMPÉTENCE COMMUNAUTAIRE	EXEMPLE / COMMENTAIRE
PLANIFICATION	S'assurer du respect de la programmation
FINANCEMENT DE L'INFRASTRUCTURE	Fixation des priorités; financement de l'infrastructure sur base de subsides propres et d'un budget fédéral transféré aux communautés (sous parties A1 et A3 du BMF, voir plus loin) *
AGRÉMENT SUR BASE DES RÈGLES FÉDÉRALES	S'assurer du respect des règles générales fixées au niveau fédéral et délivrer l'agrément (inspection des hôpitaux), le cas échéant en fixant des conditions différentes (cf infra «normes hospitalières communautaires»)**
NORMES HOSPITALIÈRES COMMUNAUTAIRES***	
Définir les hôpitaux catégoriels Sp et G*	
La politique de dispensation de soins dans les institutions pour personnes âgées, en ce compris les services G isolés **	
La politique de dispensation de soins dans les services spécialisés isolés de revalidation et de traitement **	
Fixer le prix réclamé aux résidents des services Sp isolés et des services G isolés*	A l'exception de ce qui relève de l'ASSI, qui reste de la compétence de l'autorité fédérale.
«Définir les normes auxquelles les hôpitaux et les services (en ce compris les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux), les programmes de soins, les services hospitaliers, etc. doivent répondre pour être agréés. Il s'agit de l'agrément tel que réglé aux articles 66 et suivants de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008»*	Disparition des normes nationales d'agrément au profit de normes communautaires
Fixer les conditions qui doivent être satisfaites ou la définition des matières minimales sur lesquelles les normes doivent porter (ceci relève des normes d'agrément), y compris les règles par rapport à la qualité des services, de l'institution et de l'organisation hospitaliers *	Déclinaison factuelle de certaines normes (standards à appliquer et définition précise du périmètre d'application): <i>comment l'évaluation interne de la qualité médicale doit-elle être effectivement organisée, quels sont les standards à respecter...</i> Fixation de normes complémentaires aux règles de base existantes pour un service X ... ou fixation de normes pour des services qui n'en ont pas: <i>transport interne des patients...</i>
«Dans le cadre des compétences transférées, fixer les règles relatives au contrôle de la qualité et à l'élaboration de l'évaluation de la qualité» * «Les caractéristiques des soins liées au processus et au résultat (outcome) doivent — si nécessaire — pouvoir être intégrées dans les normes d'agrément» *	L'organisation pratique de la qualité et de son évaluation, non seulement en termes d'éléments structurels et organisationnels, mais aussi en termes de résultats de soins
Définir procédures et arrêtés d'exécution relatifs aux compétences qui ne relèveront pas de l'autorité fédérale *	<i>Procédure d'agrément en lien avec les normes hospitalières communautaires</i>
La politique de revalidation long term care **	Conventions de revalidation «long term care»: liste exhaustive dressée dans le document parlementaire 5 - 2232/1 (Sénat de Belgique, 2013, pp. 37-39):

Les passages en gras relèvent les nouvelles compétences communautaires

* travaux parlementaires (Sénat de Belgique, 2013)

** article 6 de la loi spéciale de janvier 2014 [Loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'Etat (1), 2014]

*** Normes hospitalières communautaires: ce terme est proposé par les auteurs pour coiffer l'ensemble des normes supplémentaires du ressort des communautés



FOCUS SUR LES NORMES D'AGRÉMENT

Une évolution considérable concerne donc les normes d'agrément.

Jusqu'à présent, l'autorité fédérale était compétente pour définir les normes d'agrément, tandis que les communautés étaient compétentes pour effectuer les inspections et délivrer les agréments.

Il faut relever que la matière des agréments est en lien étroit avec la programmation (nombre de lits et leur répartition) et le financement. L'hôpital doit être agréé pour être exploité et doit donc répondre à des normes d'agrément différentes suivant qu'elles concernent l'organisation de l'hôpital (normes architecturales...) ou la mise en œuvre et l'exploitation des services, fonctions, programmes de soins... (normes de personnel, d'activité...). Pour fixer ces normes il faut les intégrer dans la programmation fédérale: si l'autorité prévoit par exemple qu'un service doit comprendre un nombre n de lits, ceux-ci doivent être repris dans la programmation générale. Seules ces normes sont financées.

Jusqu'au 1/07/2014, les normes d'agrément sont fixées par AR, la base légale étant la loi sur les hôpitaux.

Le financement est ainsi conditionné à l'agrément, qui est lui même subordonné au **respect de normes** (d'agrément) ainsi qu'à **l'intégration de l'institution**, du centre, du service... dans la **programmation**.

En vertu de l'article 5 & 1 de la loi du 8/08/1980, ces normes sont définies par l'autorité fédérale lorsqu'elles ont une répercussion sur le financement, la programmation ou le financement de l'infrastructure.

«Elles visent à garantir la cohérence minimale qui, par définition, est nécessaire entre la programmation, l'agrément et le financement si l'on veut pouvoir mener des politiques efficaces aux différents niveaux» (Un Etat fédéral plus efficace et des entités fédérées plus autonomes. Accord institutionnel pour la sixième réforme de l'Etat, 2011).

Les entités fédérées peuvent prendre des normes complémentaires qui ne peuvent être contradictoires avec les normes fédérales ou avec un surcoût financier pour le budget fédéral (Thiel, 2000, p. 48).

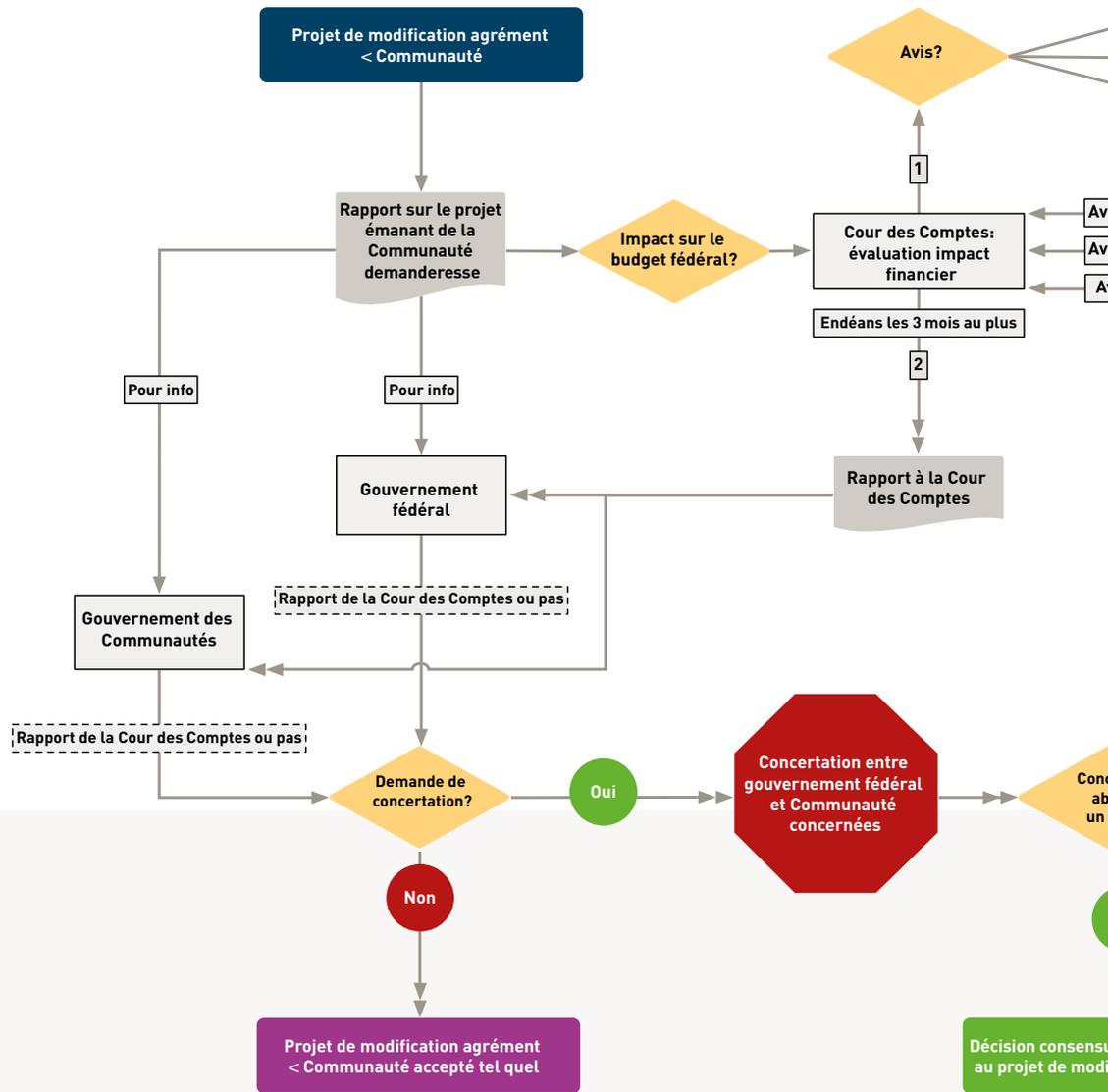
Ce fut effectivement le cas en Communauté flamande avec le «décret qualité» en 2003 (Vlaamse Overheid, 2003) et les normes complémentaires en 2009 pour les programmes de cardiologie, ces dernières étant finalement abrogées en 2010 pour des raisons liées à la programmation (Vlaamse Overheid, 2009b) (Vlaamse Overheid, 2009a) (Vlaamse Overheid, 2010).

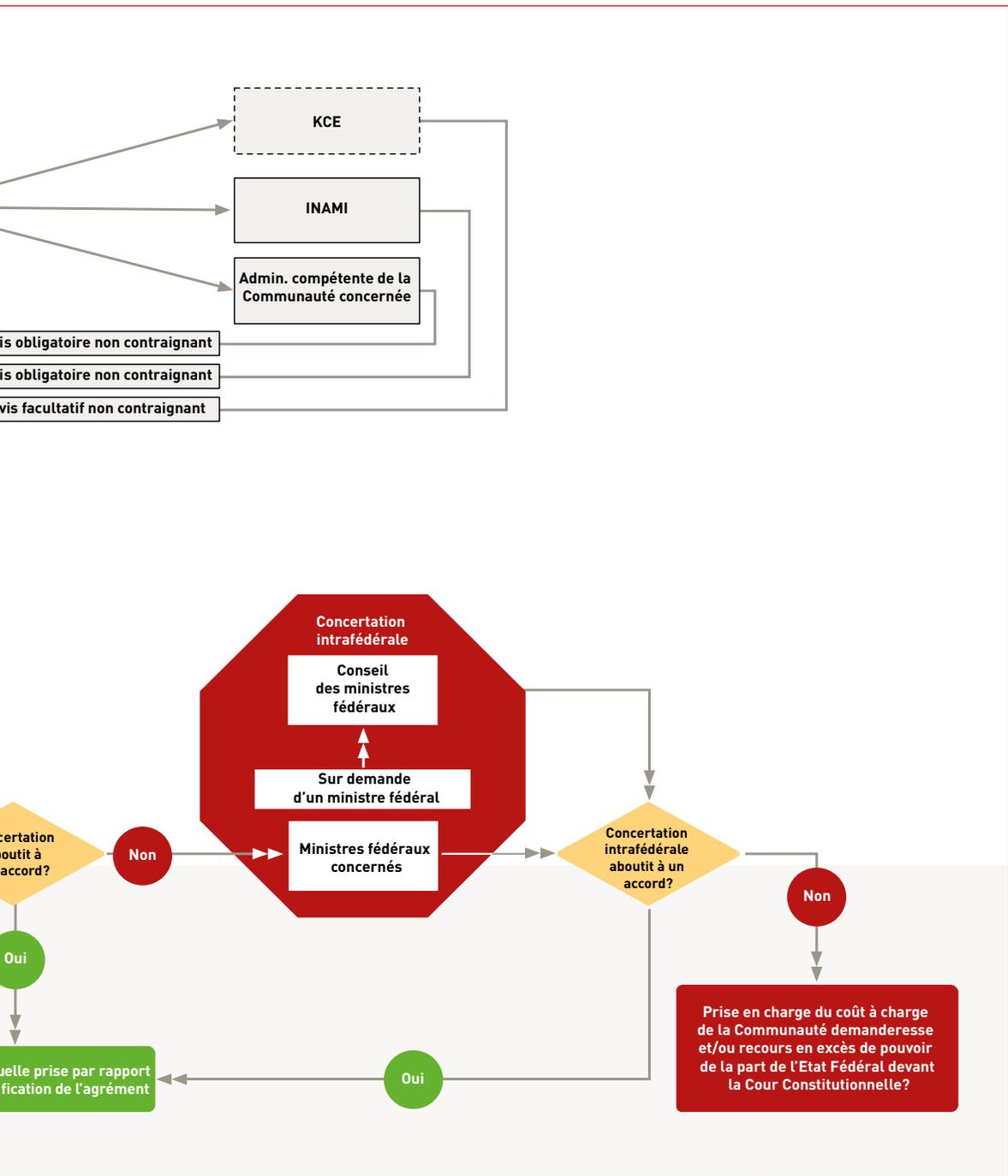
Depuis le 1^{er} juillet 2014, les communautés sont compétentes pour **fixer l'ensemble des normes** auxquelles les hôpitaux, ainsi que les services, programmes de soins, fonctions... hospitaliers doivent répondre pour être agréés.

Les conditions à respecter pour être désigné comme hôpital universitaire en vertu de la loi sur les hôpitaux restent de la compétence fédérale.

La **Communauté française** (qui a choisi de se rebaptiser Fédération Wallonie-Bruxelles - CFWB), la **Communauté flamande** (Vlaamse Gemeenschap - VG) et la **Communauté germanophone** (Deutschsprachige Gemeinschaft - DG) sont donc compétentes dans les matières de santé.

Figure 2: Procédure à suivre par une communauté souhaitant modifier les normes d'agrément des hôpitaux.





Compte tenu du caractère bilingue de la Région bruxelloise, les décrets de la CFWB et de la VG ne peuvent viser directement les personnes ni des institutions bicommunautaires (par exemple, les hôpitaux publics), mais seulement des institutions clairement francophones ou néerlandophones, selon le cas (Nassaux, 2013) (Nassaux, 2014).

L'accord de Gouvernement du 11 octobre 2011 précise d'ailleurs que «dans la mesure où les compétences impliquent pour les personnes, des obligations ou des droits à une intervention ou une allocation, ou lorsqu'il s'agit d'institutions bicommunautaires, l'autorité compétente en Région de Bruxelles-Capitale sera la Commission communautaire commune.»

Evolution des normes

La loi spéciale relative à la sixième réforme de l'Etat du 6 janvier 2014 (Loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'Etat (1), 2014) encadre cependant strictement dans son article 6 toute modification des normes d'agrément par les entités fédérées en fixant une procédure en plusieurs étapes (**Figure 2**) qui permet de s'assurer que le budget de l'état fédéral ne soit pas «impacté négativement» par une modification de l'agrément. En d'autres termes, que les nouvelles normes proposées ne coûtent pas plus cher à l'état fédéral compte tenu des règles de financement.

Il est par ailleurs aussi prévu que la Cour des Comptes rédige chaque année un rapport circonstancié sur l'incidence, au cours de l'exercice budgétaire précédent, des normes d'agrément communautaires en vigueur sur le budget de l'Etat fédéral et de la sécurité sociale. Ce rapport est communiqué au gouvernement fédéral et aux gouvernements de communauté.

Cette précision relative à l'absence d'impact négatif sur le budget fédéral est importante et reste sujette à interprétation.

Car, dans les faits, quelles sont les normes modifiables sans impact sur le financement?



Cela conduit certains à parler de «transfert virtuel» de cette compétence (Devos, 2013): les communautés seraient «compétentes» mais incapables dans les faits de modifier les normes d'agrément.

Une deuxième interprétation est qu'il faut envisager les modifications au cas par cas, en suivant la procédure fixée par la loi spéciale du 6 janvier 2014, et accepter seulement les modifications qui n'ont pas d'impact sur le financement ou qui ont été concertées et acceptées.

Une troisième lecture possible est que les autorités fédérées sont susceptibles de modifier les normes d'agrément sans que le financement venant de l'État fédéral n'évolue parallèlement. En pratique, le financement de l'hôpital resterait calculé sur base des normes «historiques», même si les obligations nouvelles imposées par les entités fédérées devaient en théorie avoir un impact sur le calcul du financement de l'institution.

La Cour d'Arbitrage, dans son arrêt n° 83 du 15/07/1998 a déjà précisé qu'il faut entendre par financement soit «le financement des hôpitaux par des moyens fédéraux, comme il est indiqué dans la loi sur les hôpitaux, en particulier le financement des investissements et des frais de fonctionnement ainsi que la réglementation en matière de financement des hôpitaux publics (considérant n° B.5.7 et B.5.9)». La Cour en conclut que, dès lors que le décret ne concerne pas ce financement et que les frais supplémentaires exposés par les établissements de soins pour la mise en œuvre du décret ne peuvent pas être imputés au budget fédéral, il n'y a pas de violation de compétence par la Communauté (Cour d'Arbitrage (Cour Constitutionnelle), 1998).

Enfin, il faut tenir compte des projets existants. L'inspection des hôpitaux relevant des Communautés, la Communauté flamande a décidé que les hôpitaux qui ont fait le choix de se lancer dans une démarche d'accréditation seront dispensés d'«inspection systémique» (systeemtoezicht) (Zorginspectie, 2014). Or l'inspection a pour objet premier de vérifier si les normes d'agrément sont effectivement respectées par les hôpitaux. Si personne ne s'assure du respect des règles de base édictées au niveau fédéral, ne peut-on pas considérer que ces règles deviennent «virtuelles»? Dans la mesure où le respect des règles conditionne le financement, cela pose question.

En pratique, que fait quelle autorité?

La question de la fixation des normes se complexifie donc de par le transfert de compétences dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat.

De surcroît, si en première intention, ce sont les Communautés qui sont compétentes, la situation n'est pas aussi simple en pratique...

Suite à un accord intrafrancophone en 1993, dit de la Saint-Quentin (CRISP, n.d.), la Communauté française a transféré, avec effet au 1/01/1994, une partie de ses compétences à la Région wallonne d'une part (pour le territoire de la Wallonie) et à la Commission communautaire française (COCOF, pour le territoire de Bruxelles), disposition prévue à l'article 138 de la Constitution. L'accord de Gouvernement du 11 octobre 2011 précise explicitement que «l'accord de la Saint-Quentin pourra être [à nouveau] appliqué» dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat (pp. 31-32).

La Région wallonne a donc déjà été rendue compétente pour l'inspection et l'agrément de tous les hôpitaux qui sont situés sur son territoire, hors Communauté germanophone.

En outre, par délégation de l'exécutif de la CFWB, les services de la Région wallonne (Service public de Wallonie – SPW) effectuent l'inspection et l'agrément des hôpitaux universitaires francophones, en ce compris les hôpitaux situés sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale (SPF Santé Publique, 2013) (Portail Action Sociale et Santé en Wallonie, n.d.) (Portail Action Sociale et Santé en Wallonie, n.d.)

La Communauté germanophone est pour sa part compétente pour l'inspection et l'agrément de deux hôpitaux: les hôpitaux d'Eupen et de Saint-Vith.

En Région bruxelloise, La COCOF est compétente pour l'inspection et l'agrément du Centre de traumatologie et de réadaptation (CTR) et deux hôpitaux psychiatriques: Parhémie et l'Equipe. Le CTR vient d'annoncer sa fusion avec les CUB Hôpital Erasme dans le courant de l'année 2014. De fait, il réintègrera donc le périmètre de compétences de la Communauté française (Coppens, 2014). Le champ de compétences de la COCOF se réduira donc aux deux hôpitaux psychiatriques précités.

La Communauté flamande n'a pas transféré sa compétence en matière de soins hospitaliers à la Commission communautaire flamande bruxelloise (Vlaamse gemeenschapscommissie – VGC) à l'instar du transfert de compétences opéré dans le cadre des accords de la Saint-Quentin entre la CFWB et la COCOF.

La VG est donc compétente pour l'inspection et l'agrément de l'ensemble des hôpitaux situés en Flandre mais aussi pour des hôpitaux situés sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale: l'hôpital universitaire néerlandophone – UZ Brussel (VUB) ainsi que les hôpitaux qui ont fait le choix d'une appartenance monocommunautaire néerlandophone. Actuellement, c'est le cas pour une seule institution hospitalière psychiatrique: le Psycho-sociaal centrum Sint-Alexius.

La Commission communautaire commune (COCOM) a compétence sur les matières dites bipersonnalisables, c'est-à-dire les matières sociales et de santé intéressant les deux communautés à Bruxelles.

Les hôpitaux publics bruxellois sont considérés par essence comme bicommunautaires.

Les hôpitaux généraux privés avaient le choix d'opter pour le statut d'hôpital mono- ou bicommunautaire et ont tous opté pour un statut bicommunautaire (Clivetti, 2005).

Les services de la COCOM effectuent donc l'inspection et l'agrément pour l'ensemble des hôpitaux généraux situés sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale.



Relevons enfin le cas particulier des hôpitaux ayant un seul numéro d'agrément mais des sites d'exploitation situés sur le territoire de 2 régions différentes. Ces hôpitaux sont soumis à une inspection distincte pour chaque région, mais font l'objet d'un agrément unique délivré conjointement par les 2 administrations régionales...

De cette répartition des compétences découle également une grande diversité dans les autorités administratives en charge de l'inspection et de la délivrance de l'agrément. Le tableau 3 résume la situation en fonction de la localisation géographique et de l'appartenance linguistique de l'hôpital (**Tableau 3**).

Développements à venir

Vu le transfert de la compétence normative de l'Etat fédéral aux entités fédérées, nous pourrions dès lors avoir des normes hospitalières différentes pour chacune des entités considérées, à l'instar de ce qui s'est passé dans le secteur des maisons de repos et de soins (MR/MRS).

Une politique de standstill semble prévaloir du côté wallon et bruxellois: le statu quo est de vigueur à ce stade, tant que des négociations sur le sujet entre toutes les parties prenantes n'ont pas abouti.

La Flandre quant à elle continue à développer progressivement «ses» normes d'agrément au travers des «*zorgtrajecten en eisenkaders*» élaborés en collaboration avec les partenaires du secteur. La Vlaamse Gemeenschap fait évoluer ses procédures d'inspection en parallèle, en y intégrant également la perspective de l'accréditation des établissements hospitaliers (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2014) (ICURO, 2014).

Séduite par le modèle, la Communauté germanophone envisage de confier à la Zorginspectie flamande l'inspection de ses établissements de soins («Entretien avec un responsable de la Zorginspectie», 2014).

Tableau 3: Services en charge de l'inspection et de la délivrance de l'agrément des hôpitaux en Belgique.

Type d'hôpital	Sur le sol wallon		Sur le sol bruxellois				Sur le sol flamand
	SPW	Administration de la DG	SPW	Administration de la COCOF	Administration de la COCOM	Administration de la VG	Administration de la VG
Hôpital catégoriel ou spécialisé	FR*	/		(FR*)	BI	/	NL
Hôpital psychiatrique	FR*	/		FR	BI	NL	NL
Hôpital universitaire (académique)	FR**	/	FR**			NL	NL
Hôpital général	FR*	D		/	BI		
						/	NL

FR: francophone
D: germanophone
BI: bilingue
NL: néerlandophone
/: pas d'hôpital de ce type au 30/6/2014

Case noire: administration pas compétente pour ce type d'hôpital
FR*: en vertu des accords de la Saint-Quentin
FR:** par délégation de l'exécutif de la CFWB
(): situation transitoire jusqu'à fusion effective du CTR avec les CUB Hôpital Erasme

Par les accords dits de la Sainte-Emilie, accords intra-francophones, la Communauté française, la Région wallonne et la Région bruxelloise envisagent d'adopter chaque fois que possible des normes d'agrément et des règles de tarification similaires. Ils n'y sont toutefois pas tenus. Une structure de concertation a été mise en place mais sans obligation de résultats.

Les assemblées de la CF, de la COCOF et de la Région Wallonne ont préparé le terrain législatif en votant en avril 2014 un décret prévoyant la signature d'un accord de coopération entre les 3 entités concernées en vue de «l'instauration d'un socle de principes communs visant à guider l'exercice de ces compétences; la création d'une structure de concertation entre les différentes entités afin d'assurer la convergence des politiques menées sur les territoires de la région de langue française et de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, d'améliorer la gestion de ces mêmes compétences et de veiller à l'application effective des principes communs visés [plus haut]».

De plus, les institutions aujourd'hui dépendantes de la COCOF dans le secteur de la santé sont «incitées» à basculer «volontairement» vers le bilingue sous peine de «définancement» progressif: non-indexation puis extinction du budget en 2035, fin de la période de transition (Projet commun d'organisation des nouvelles compétences en matière de santé, d'aide aux personnes et d'allocations familiales, 2013, p. 7) (Mormont, 2014).

Dans la mesure où la compétence en matière de santé est du ressort de la COCOM pour les institutions de soins bilingues de la Région bruxelloise, il faut que les partenaires néerlandophones du gouvernement bruxellois marquent leur accord sur ces principes, ce qui n'est pas acquis.

De surcroît, il faudrait idéalement y associer également la Communauté flamande puisqu'elle est compétente en matière de santé pour les institutions monocommunitaires néerlandophones sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale.

Le futur accord de gouvernement bruxellois clarifiera sans doute cette question.

Enfin, en vertu de l'article 92 bis de la loi du 8/08/1980, il est possible de conclure des accords de coopération qui peuvent porter «sur la création et la gestion conjointes de services et institutions communs, sur l'exercice conjoint de compétences propres ou sur le développement d'initiatives en commun». La loi du 6 janvier 2014 introduit un § 4 septies imposant – sans délai fixé – cet accord de coopération pour la composition et le financement d'un Institut «pour garantir des réponses concertées aux grands défis en matière de soins de santé ainsi que pour l'échange d'informations dans le cadre de l'exercice des compétences relatives au contingentement pour l'accès à chaque profession des soins de santé».

FOCUS SUR LA PROGRAMMATION

La programmation remplit deux objectifs: garantir à tous l'accès à une offre de soins complète (objectif de santé publique) et contrôler les dépenses (objectif financier). A cet effet, les autorités souhaitent assurer une répartition géographique optimale des services, des équipements et des programmes de soins. Depuis 1982, un moratoire national a été institué: plus aucun lit d'hôpital général supplémentaire ne peut être agréé. Cette disposition est identique pour les hôpitaux psychiatriques depuis 1986.

Tant que le nombre de lits programmés pour un type de service hospitalier n'a pas été atteint, un agrément peut être octroyé pour des lits supplémentaires de ce type, à condition que cette augmentation soit compensée par une diminution du nombre de lits dans d'autres services ou d'autres hôpitaux. Des règles de reconversion ont également été élaborées à cet effet. C'est l'arrêté royal du 21 mars 1977 tel que modifié qui reprend le nombre de lits programmés, par index, dans les hôpitaux généraux en Belgique.



On sait que la programmation restera quant à elle de compétence fédérale pour la fixation des normes et de compétence communautaire ou régionale pour l'exécution de ces normes, mais des accords bilatéraux asymétriques entre l'Etat fédéral et les entités fédérées pourront néanmoins être conclus lorsqu'une entité fédérée le souhaitera: une entité fédérée pourrait ainsi privilégier massivement la reconversion de lits hospitaliers en lits extrahospitaliers sans que cela n'affecte la programmation d'une autre entité fédérée...

L'accord d'octobre 2011 (p. 33) précise à cet effet que «des accords bilatéraux de reconversion de lits hospitaliers pourront dès lors être conclus entre l'autorité fédérale et une Communauté qui souhaite promouvoir la prise en charge en dehors de l'hôpital, en ce qui concerne en particulier le secteur des soins de santé mentale ou la politique des personnes âgées.»

L'art. 51§5 de la loi spéciale du 6 janvier 2014 garantit que les moyens affectés aux lits agréés reconvertis seront transférés à l'entité fédérée concernée.

FOCUS SUR LE FINANCEMENT

Globalement, le financement des hôpitaux repose sur quatre sources:

- de l'autorité fédérale (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement) au travers du budget des Moyens financiers;
- de l'assurance soins de santé et indemnités (ASSI) pour ce qui concerne les médicaments et les dispositifs médicaux;
- d'une fraction des honoraires médicaux versés par l'INAMI (fédéral) et reversés par les médecins à l'hôpital;
- des communautés et des régions, pour une partie des charges d'investissement.

L'accord «papillon» prévoit que «le financement des hôpitaux reste de la compétence fédérale, de même que les règles relatives à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux».

Le financement des investissements des infrastructures et des services médico-techniques des hôpitaux qu'on appelle couramment les «budgets A1 et A3», est cependant transféré au 1^{er} janvier 2016. Les modalités financières de ce transfert sont précisées par l'art. 51 de la «loi spéciale de financement» du 6 janvier 2014 (Loi spéciale portant réforme du financement des communautés et des régions, élargissement de l'autonomie fiscale des régions et financement des nouvelles compétences (1), 2014).

A partir du 1^{er} janvier 2016, une dotation annuelle sera donc versée par l'état fédéral aux entités fédérées compétentes.

Le montant de base de la dotation est fixé à 566.185.617 euros (situation 2013) (Loi spéciale portant réforme du financement des communautés et des régions, élargissement de l'autonomie fiscale des régions et financement des nouvelles compétences (1), 2014).

Pour 2014, 2015 et 2016, ce montant de base évoluera en suivant le taux de fluctuation de l'indice moyen des prix à la consommation et la croissance réelle du produit intérieur brut de l'année budgétaire correspondante. Des montants prévisionnels seront calculés sur base de projections et avancés aux communautés. Ils feront l'objet d'un rattrapage l'année suivante sur base des chiffres réels.

A partir de 2017, ce montant évoluera plus faiblement en adaptant annuellement les moyens de l'année budgétaire précédente:

- 1) 1° au taux de fluctuation de l'indice moyen des prix à la consommation;
- 2) 2° à un pourcentage de la croissance réelle du produit intérieur brut de l'année budgétaire:
 - a) 65% sur la partie de la croissance réelle qui ne dépasse pas 2,25%;
 - b) 100% sur la partie de la croissance réelle qui dépasse 2,25%.

(Clerbois et al., 2013) (Dejardin, 2013) (Loi spéciale portant réforme du financement des communautés et des régions, élargissement de l'autonomie fiscale des régions et financement des nouvelles compétences (1), 2014).



Le montant établi sur base des règles ci-dessus est réparti au début de l'année budgétaire concernée sur base d'une clé «nombre d'habitants» entre les différentes entités fédérées (**Figure 3**) qui tient compte également du financement particulier des hôpitaux universitaires (montant 2 – figure 3).

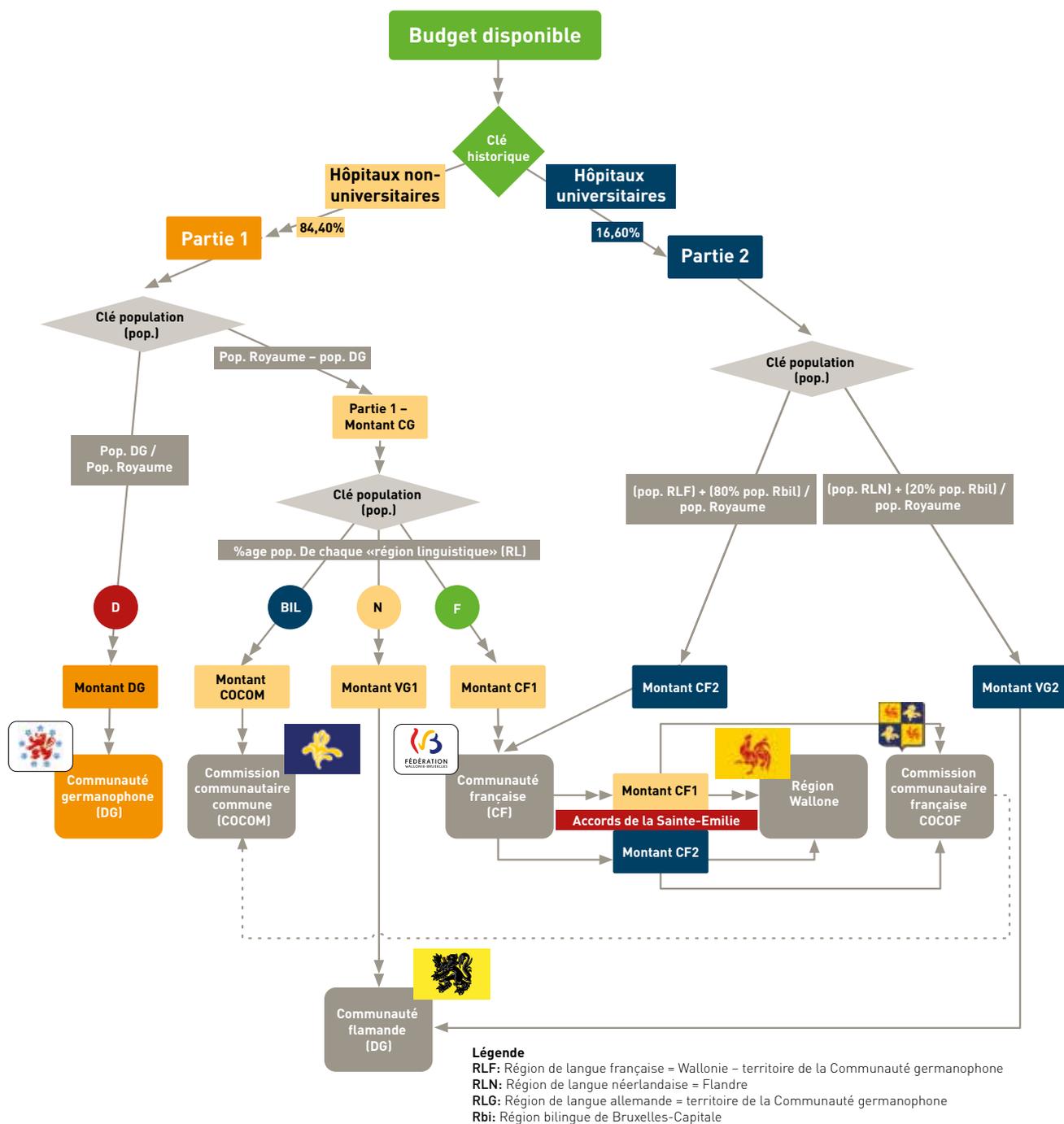
Ici également, l'accord de la Sainte-Emilie prévoit des transferts de la Communauté française vers la Région wallonne et la Commission communautaire française. Le parcours législatif nécessaire s'est achevé en avril 2014 dans les 3 assemblées concernées.

Les hôpitaux académiques situés sur le sol bruxellois se retrouvent donc «à cheval» entre l'Etat fédéral, responsable de leur désignation et de leur définition, et trois entités fédérées: la Communauté Française responsable de leur agrément, la Région wallonne à qui la Communauté française a délégué l'inspection de l'agrément et la Commission communautaire française à qui la part de budget attribué pour le financement des investissements des infrastructures et des services médico-techniques des hôpitaux académiques situés sur le sol bruxellois a été transférée...

A terme, l'objectif serait de transmettre l'ensemble de ces compétences à la COCOM...

Pour les hôpitaux académiques situés sur le sol wallon, la Région wallonne a hérité à la fois du contrôle de l'agrément et de la part du budget attribué pour le financement des investissements des infrastructures et des services médico-techniques.

Figure 3: Répartition du financement des investissements des infrastructures et des services médico-techniques des hôpitaux entre les entités fédérées à partir du 1^{er} janvier 2016.



L'art. 51§4 de la «loi spéciale de financement» du 6 janvier 2014 précise encore que l'autorité fédérale continuera à assurer le financement même au delà du 1^{er} janvier 2016:

- des investissements ayant fait l'objet d'un amortissement au plus tard le 31 décembre 2015;
- des investissements prévus dans le cadre du calendrier de construction défini pour la période 2006-2015 (protocole d'accord de la 6^e conférence interministérielle du 19 juin 2006) même au delà du 1^{er} janvier 2016 pour ce qui concerne les nouvelles constructions ou des travaux de reconditionnement prioritaires subsidiés par les communautés;
- des investissements conformes aux règles fédérales en vigueur et entamés avant le 31 décembre 2015 pour ce qui concerne les travaux de reconditionnement non prioritaires.

Le montant dépensé dans ce cadre sera déduit du montant transféré à l'entité concernée.

Indépendamment des dispositions réglées par la loi spéciale, le transfert de compétences du budget A3 soulève la question des honoraires médicaux payés par l'INAMI pour les actes médico-techniques. Ces honoraires doivent bien souvent couvrir l'acte intellectuel mais également les coûts d'utilisation de l'appareillage médical. Pour éviter de potentiels double paiements-subsidiations (à l'acte au fédéral et via les subsides au niveau fédéré) ou tout désaccord quant aux responsabilités financières, les différentes autorités devront impérativement se concerter (De Borman, De Briey, & Hermesse, 2013).

Rappelons enfin que l'ensemble des montants transférés dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat sont globalisés. Ils ne sont pas pré-affectés à une politique en particulier (santé, emploi...) puisque les Communautés doivent pouvoir pleinement exercer leurs nouvelles compétences. Aucune garantie n'existe donc quant aux enveloppes réelles qui seront allouées dans un proche avenir au secteur de la santé.

FOCUS SUR LA GOUVERNANCE

Quel sera le modèle de gouvernance privilégié par chacune des autorités fédérées?

Compte tenu de la globalisation des montants transférés par l'Etat fédéral, certains disent que le modèle de gestion paritaire qui existe au niveau fédéral dans les organes de la Sécurité sociale ne doit pas être reproduit. Les fonds sont transférés aux Communautés qui en disposent en pleine autonomie.

D'autres plaident au contraire que, les fonds, bien qu'ayant été transférés aux Communautés, relèvent de matières de Sécurité sociale et doivent donc faire l'objet d'une gestion paritaire.

Quel sera à l'avenir le rôle du Conseil national des établissements hospitaliers et de la structure multipartite au niveau fédéral? Quels rôles vont jouer les conseils consultatifs qui existent dans les entités fédérées?

Toutes ces questions ne sont pas tranchées. Et la réponse qui sera apportée variera probablement d'une entité fédérée à l'autre.



LE CAS PARTICULIER DES HÔPITAUX SPÉCIALISÉS

La sixième réforme de l'Etat prévoit le transfert de l'ensemble des compétences afférentes aux hôpitaux spécialisés aux Communautés.

De surcroît, pour les conventions de rééducation fonctionnelle «long term care» en vigueur, les communautés succèdent aux droits et obligations de l'INAMI, ce qui implique dès lors qu'elles reprennent les contrats en cours et que les moyens y afférents sont transférés par le biais d'une dotation aux communautés pour qu'elles puissent en assurer le financement.

Simultanément au transfert de compétences, ces conventions de rééducation fonctionnelle sont entièrement retirées de l'assurance maladie-invalidité fédérale.

Certains hôpitaux spécialisés isolés ont clairement identifié ces transferts comme un facteur d'instabilité potentielle: quelles normes leur seraient imposées et quel financement leur serait à l'avenir consacré?

S'en est suivi un mouvement massif de fusion. Ainsi, au 30 juin 2014, l'ensemble des hôpitaux spécialisés isolés présents sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale auront fusionné avec des hôpitaux généraux ou psychiatriques dont le financement reste globalement stable et fédéral.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

N'oublions pas que l'hôpital est une entreprise soumise à des règles générales qui vont elles aussi être modifiées suite au transfert de compétences. Citons par exemple le crédit que l'employeur peut attribuer au travailleur en recyclage professionnel (promotion sociale) ou le transfert des allocations familiales ou encore le sort des emplois dits Maribel ou sous statut FBI...

Le dialogue social pourrait changer de visage dans le secteur privé, se déplaçant de la commission paritaire 330 vers des sous-commissions paritaires, à l'image de ce qui existe déjà pour le secteur public hospitalier avec ses comités de négociation et de concertation régionaux.

A l'instar de ce que nous connaissons pour les hôpitaux, la procédure d'agrément des professionnels de santé est transféré aux communautés par la 6^{ème} réforme de l'Etat (dans le respect des conditions d'agrément déterminées par l'autorité fédérale)... en attendant de pouvoir fixer des normes d'agrément communautaires à l'occasion de la 7^{ème} réforme? Cependant, il convient de réfléchir avant de franchir ce pas supplémentaire, car nous toucherions là à la mobilité des praticiens professionnels, entre régions et communautés, matière qui, par ailleurs, est déjà réglée par des dispositions au niveau du droit européen (le Parlement européen et le Conseil de l'Union européenne, 2013).



CONCLUSIONS

L'accord d'octobre 2011 intitulé «Un Etat fédéral plus efficace et des entités fédérées plus autonomes» définit les lignes directrices de la sixième réforme de l'État. Considérant les hôpitaux, les négociateurs ont rassemblé l'ensemble des réformes dans un chapitre intitulé «Homogénéisation de la politique hospitalière».

Si nous nous référons à la définition du terme «homogénéisation», «Procédé (...) employé pour obtenir un mélange cohérent», nous pouvons être sceptiques quant au procédé utilisé dans le cadre de la 6^{ème} réforme de l'Etat.

Pouvons-nous affirmer du produit de cette réforme qu'il «présente une grande unité, une cohérence entre ses éléments (...), une harmonie (...)»?

Pouvons-nous en déduire que l'Etat fédéral sera plus efficace? La mise en œuvre devra permettre d'en juger. Nous pouvons probablement être plus affirmatifs quant à la plus grande autonomie des entités fédérées.

Ces réformes fondamentales pour la vie quotidienne des hôpitaux belges sont manifestement le fruit de compromis et d'âpres discussions. Elles vont sans doute provoquer des difficultés complémentaires dans la gestion des Institutions mais surtout dans la réalisation et le financement de projets indispensables pour faire face à la demande de soins et à l'évolution des sciences médicales.

L'avenir nous dira si cette complexité engendrera difficultés et retards décisionnels ou au contraire favorisera la créativité et l'originalité d'un tissu hospitalier qui va en avoir vraiment besoin pour survivre et se transformer.

On pourrait ainsi promouvoir l'intégration des politiques de dispensation des soins de santé dans une réflexion plus large relative aux déterminants de santé, qui ont trait à des compétences régionales ou communautaires: politique d'enseignement, de formation, de logement, d'emploi...

Les solutions imaginées et déjà traduites en textes légaux devront résister à l'épreuve du temps et des réalités d'interprétations des Communautés et Régions. Les options politiques esquissées sont manifestement différentes au sud et au nord du pays mais devront s'affirmer après la mise en place des pouvoirs politiques issus des élections.

Au Sud, le choix semble fait: il reste classique et fait appel à la concertation des mêmes acteurs sans renforcement du pouvoir de l'Etat par rapport aux intérêts particuliers des assureurs ou des professionnels. Au Nord, le choix n'est pas encore arrêté mais on peut imaginer que les réformes ne suivront pas ce même chemin... Y-a-t-il une place pour une troisième voie à Bruxelles?

Personne de contact



Dan Lecocq
Maître de conférences,
assistant, chercheur option
soins infirmiers cliniques

Centre de Recherche Economie de la santé-
Gestion des institutions de soins- Sciences
Infirmières - CR1
Campus Erasme - CP 592
ESP: Bureau A 2. 114 (RDC)

Route de Lennik, 808 - 1070 Bruxelles
T: +32 (0)2 555 40 16 - T: +32 (0)2 486 25 19 77
dan.lecocq@ulb.ac.be

Références

1. Agentschap Zorg en Gezondheid. [2014, April 23]. Toezicht op algemene ziekenhuizen. Retrieved June 13, 2014, from <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Procedures/Ziekenhuizen/Toezicht-op-algemene-ziekenhuizen/>
2. Application territoriale des décrets — Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles / Communauté Française. [n.d.]. Retrieved March 23, 2014, from <http://www.pfwb.be/le-parlement-se-presente/les-competences-de-la-federation/application-territoriale-des-decrets>
3. Clerbois, I., Ernaelsteen, C., Pousset, P., Avanzo, S., Bouajaja, J., de Wind, L., ... Tojerow, I. (2013). La 6ème réforme du fédéralisme belge. Impact budgétaire du transfert de compétences et des nouvelles modalités de financement [Department of Economics Working Papers No. N° 65, 2013/05] (p. 46). CERPE-DULBEA. Retrieved from www.unamur.be/cerpe
4. Clivetti, M. (2005). L'accès aux soins et les problèmes linguistiques dans la région de Bruxelles-Capitale en Belgique [No. Doc. 10648]. Assemblée parlementaire - Conseil de l'Europe. Retrieved from <http://assembly.coe.int/ASP/Doc/XrefViewHTML.asp?FileID=10974&Language=FR>
5. Coppens, S. (2014, May 2). [Des nouvelles des hôpitaux] L'Hôpital Erasme et le Centre de traumatologie et de réadaptation, une union au service du patient. [Intra]lettre - La lettre d'information des membres du personnel de l'ULB. Retrieved February 28, 2014, from <http://www.ulb.ac.be/newsletters/newsletter.php?d=1&c=2&nl=134&art=5539&cat=41>
6. Cour d'Arbitrage [Cour Constitutionnelle]. Arrêt n° 83/98 du 15 juillet 1998 numéros du rôle : 1100 et 1160. En cause : les recours en annulation du décret de la Communauté Flamande du 25 février 1997 relatif à la gestion totale de la qualité dans les établissements de soins, introduits introduits par le Conseil des Ministres et l'a.s.b.l. Vlaams Artsensynodicaat. (1998). Retrieved from http://www.etaamb.be/fr/arrêt-de-la-cour-constitutionnelle_n1998021294.html
7. CRISP. (n.d.). Accord de la Saint-Quentin. In Vocabulaire politique. Retrieved from <http://www.voculairepolitique.be/accord-de-la-saint-quentin/>
8. De Borman, A., De Briey, L., & Hermesse, J. (2013). Le transfert des allocations familiales et des soins de santé (p. 120). Centre d'études politiques, économiques et sociales (CEPESS). Retrieved from http://www.docufin.fgov.be/intersalgn/thema/publicaties/documenta/2013/BdocB_2013_Q2f_deBorman_deBriey_Hermesse_.pdf
9. Dejardin, M. (2013). La 6e réforme du fédéralisme belge et ses conséquences budgétaires. Bruxelles: De Boeck Université.
10. Document législatif n° 5-2232/1. [n.d.]. Retrieved January 19, 2014, from <http://www.senate.be/www/?Mval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=5&NR=2232&VOL-GNR=1&LANG=fr>
11. Entretien avec un responsable de la Zorginspectie. (2014, December 6).
12. ICURO. (2014). Het toezicht door de Vlaamse Overheid. Retrieved June 1, 2014, from <http://icuro.be/themas/quality--safety/toezichtmodel.html>
13. La Constitution belge (1994). Retrieved from http://www.senate.be/doc/const_fr.html#t1
14. Le Parlement européen et le Conseil de l'Union Européenne. Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) no 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur (règlement IMI) Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE], Pub. L. No. 2013/55/EU (2013). Retrieved from <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:fr:PDF>
15. Loi spéciale portant réforme du financement des communautés et des régions, élargissement de l'autonomie fiscale des régions et financement des nouvelles compétences (1), Moniteur Belge 8594-8632 (2014).
16. Loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'Etat (1), Moniteur Belge 8641-8659 (2014).
17. Mormont, M. (2014, February 28). Régionalisation, bonne pour la santé ? alteréchos, (377), 29-32.
18. Nassaux, J.-P. (2013). La Commission communautaire commune (COCOM) : vers une autre dimension. Retrieved from http://www.crisp.be/crisp/wp-content/uploads/analyses/2013-10-14_1%20-%20Nassaux%20-%20COCOM.pdf
19. Nassaux, J.-P. (2014, January 16). Les enjeux des élections de 2014 pour Bruxelles. Le CRISP. Retrieved February 28, 2014, from <http://www.crisp.be/2014/01/les-enjeux-des-elections-de-2014-pour-bruxelles/>
20. Portail Action Sociale et Santé en Wallonie. (n.d.). Hôpitaux et services universitaires. Retrieved June 13, 2014, from <http://socialsante.wallonie.be/?q=sante/soins-hospitaliers/missions/hopitaux-universitaires>
21. Projet commun d'organisation des nouvelles compétences en matière de santé, d'aide aux personnes et d'allocations familiales (2013). Retrieved from http://www.ufenm.be/IMG/pdf/Projet_commun_19-09-2013_.pdf
22. Sénat de Belgique. Document législatif n° 5-2232/1 (2013). Retrieved from <http://www.senate.be/www/?Mval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=5&NR=2232&VOL-GNR=1&LANG=fr>
23. SPF Santé Publique. (2013, November 22). Soins de santé transfrontaliers - Hôpitaux généraux. INFO soins de santé transfrontaliers.be. Retrieved February 28, 2014, from http://www.health.fgov.be/eportal/Aboutus/crossborder_healthcare/foreignvisitors/providers/Healthcare-facility-standards/General-hospitals/index.htm#_UxCwHF45ik1
24. Thiel, P. (2000). Les hôpitaux en Belgique: fonctionnement et financement. Bruxelles: Editions Kluwer.
25. Un Etat fédéral plus efficace et des entités fédérées plus autonomes. Accord institutionnel pour la sixième réforme de l'Etat (2011). Retrieved from http://www.dekamer.be/kwcr/pdf_sections/home/FRtexte%20dirrupp.pdf
26. Vlaamse Overheid. Décret relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale (2003). Retrieved from http://www.etaamb.be/fr/decret-du-17-octobre-2003_n2003201693.html
27. Vlaamse Overheid. Arrêté du Gouvernement flamand établissant les critères de programmation complémentaires et les normes d'agrégation auxquels les programmes de soins pathologie cardiaque B doivent répondre pour être agréés (2009).
28. Vlaamse Overheid. Décret portant diverses dispositions relatives au domaine politique aide sociale, santé publique et famille (2009). Retrieved from http://www.etaamb.be/fr/decret-du-20-mars-2009_n2009035295.html
29. Vlaamse Overheid. Arrêté du Gouvernement flamand révoquant l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 mai 2009 établissant les critères de programmation complémentaires et les normes d'agrégation auxquels les programmes de soins pathologie cardiaque B doivent répondre (2010).
30. Zorginspectie. (2014, June). Algemene ziekenhuizen - Zorginspectie. Retrieved June 15, 2014, from <http://www.4wvg.vlaanderen.be/wvg/zorginspectie/inspecties/Pages/AlgemeneZH.aspx#rijstellingen>



This is where we find our best solutions.

The value of diagnostics

70% of clinical decision-making is based on in-vitro diagnostics test results. By providing testing efficiency and fostering medical value, Roche Diagnostics is an important contributor of modern healthcare.

Roche Diagnostics develops new diagnostic tests and applications that address unmet medical needs, ensure accurate, timely and safe testing, enabling better medical decision-making, improved patient outcomes and alleviate healthcare cost burden.

If you want to learn more about the value of diagnostics, please visit:

www.the-value-of-diagnostics.be

©2014 Roche

02BU/08-2014/03

Roche Diagnostics Belgium
198 Schaarbeeklei
B-1800 Vilvoorde
www.roche.be