

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 12/02/2026

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/632-2 (*)

Avis du CFEH sur le BMUC

Au nom de la Présidente du CFEH,
Margot Cloet

Sabine Stordeur
Directrice générale

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 12/02/2026 et ratifié par le Bureau à cette même date

Le CFEH souhaite, par la présente, faire connaître son avis en réponse à la demande d'avis du ministre Vandenberghe en date du 5 décembre 2025 concernant le financement BMUC.

1. Situation de la question

Le ministre propose un affinage supplémentaire du mécanisme de financement qui avait déjà été annoncé dans la demande d'avis du 10 février 2025 et qui réserve une part significative des moyens à des projets. Toutefois, des éléments essentiels demeurent à ce stade non précisés, en particulier la définition des nouveaux critères, laquelle est explicitement renvoyée à une demande d'avis complémentaire à venir. En l'absence de ces informations déterminantes, le présent avis ne peut en aucun cas être qualifié d'avis final et doit être strictement considéré comme un avis intermédiaire, subordonné à la communication des modalités définitives

2. Contexte et pertinence

Le ministre indique que les obligations liées à l'EHDS, le nouveau plan d'action eSanté et le plan d'action Health Data rendent nécessaire une réévaluation du financement BMUC et que les fonctionnalités/critères envisagés doivent mieux s'y aligner. Le CFEH reconnaît l'importance du respect des obligations EHDS ainsi que l'utilité des plans d'action en matière d'eHealth et de données. Toutefois, comme déjà indiqué dans les avis précédents, les hôpitaux sont confrontés à des coûts opérationnels toujours plus élevés pour les logiciels et l'infrastructure ICT, ce qui rend les investissements liés au respect de nouvelles obligations et à l'innovation de plus en plus difficiles. En d'autres termes, si le financement BMUC se déplace du fonctionnement intégré du DPI (tel qu'initialement envisagé) vers l'EHDS et l'innovation, les hôpitaux devront financer eux-mêmes une part plus importante du coût de base du DPI, et ce dans un contexte de difficultés financières déjà existantes, cf. l'analyse MAHA, Belfius 2025. Une telle évolution comporte donc inévitablement des limites.

Plus généralement, le CFEH s'interroge sur la pertinence des *Belgian Meaningful Use Criteria* en tant qu'instrument de financement du DPI. Il s'agit en effet d'un système très complexe qui ne couvre qu'une fraction du budget ICT de l'hôpital, tout en entraînant des coûts de reporting importants. Le CFEH est disposé à réfléchir à des formes alternatives de financement qui, en combinaison avec la réglementation, devraient davantage s'orienter vers une forfaitarisation et être alignées sur le financement d'autres postes de coûts communs similaires.

Le financement structurel actuel via la sous-partie B4 assure un suivi et une attribution transparents du budget. Toutefois, les modalités qui y sont associées ne correspondent pas aux coûts annuels réels supportés par les hôpitaux. Dès lors, la demande est de garantir ce financement sans conditions strictes qui se renforcent d'année en année de manière ad hoc. Ce financement existe déjà depuis 10 ans, et le niveau minimal de maturité fixé lors de l'introduction de cette mesure est désormais atteint. L'élargissement des critères BMUC entraîne par ailleurs des coûts supplémentaires qui ne sont plus en adéquation avec le financement pouvant être obtenu à ce titre.

C'est pourquoi il est demandé de ne plus revoir chaque année les modalités de financement des moyens BMUC, mais de les attribuer de manière structurelle aux hôpitaux selon un mécanisme de répartition connu. Une possibilité envisagée est d'intégrer cette enveloppe dans la sous-partie B1, « les services communs ». Cela permettrait de simplifier le financement actuel, de l'aligner sur d'autres catégories de coûts fixes similaires dans un hôpital et de progresser vers un système de financement forfaitaire futur. D'où la proposition d'envisager de rendre le budget BMUC structurel à 100 % dans la sous-partie B1. Ce budget appartient aux hôpitaux afin de financer leurs coûts annuels fixes. Pour réaliser un financement en B1, il convient toutefois d'agir avec prudence. Des effets de redistribution

apparaîtront entre les hôpitaux et les conditions finales devront être cohérentes avec la réforme en cours du financement hospitalier. C'est pourquoi le CFEH propose une période transitoire via B4 jusqu'à ce qu'un financement optimal en B1 puisse être mis en œuvre.

En parallèle, un financement de projets pourrait être prévu pour des projets pilotes destinés à des finalités innovantes. Expériences du passé qui donnent un regard critique sur l'approche « projets ». Si on veut continuer à financer des projets malgré tout, il faut *a minima* pallier ces problématiques :

- Projets financent généralement *in fine* des entreprises commerciales, avec apport propre nécessaire de l'hôpital
- Difficultés/échecs au moment de l'*upscaling*
- Latitude complète pour l'hôpital pour choisir la gouvernance du projet, mais finalement inadéquation avec les attentes du SPF → s'il y a des attentes en matière de gouvernance, le SPF doit s'impliquer dès le départ pour les clarifier
- En parallèle, **ouverture pour conserver un reporting et de l'échange de bonnes pratiques**, pour maintenir le partage dans le secteur et une dynamique d'amélioration continue
 - Dans ce cas, implication du secteur (experts de terrain) pour revoir la feuille de route

Les évolutions vers **EHDS/BIHR** doivent certainement se faire, mais ceci doit être réalisé grâce à des **budgets supplémentaires**. Ceci est en ligne avec l'avis CFEH 609-3 sur les besoins 2025, qui rappelle que de nombreuses normes et obligations (souvent issues de directives européennes) s'appliquent aux hôpitaux sans financement complémentaire, alors que leur situation est déjà fragile. NIS2 et PIC/S en sont de bons exemples.

Il faut étudier les possibilités de **responsabiliser ou impliquer les fournisseurs de logiciel**. En effet, les hôpitaux n'ont pas tous les leviers pour atteindre les critères et dépendent grandement de leurs fournisseurs. Le cadre européen prévoit un système d'audits à l'horizon mars 2027 → il serait intéressant que la Belgique soit proactive et fasse le lien avec l'Europe sur ce sujet.

3. Approche

3.1. Approche et financement

I. Adaptation du financement BMUC existant

En ce qui concerne la transition vers l'EHDS et l'innovation, le CFEH avait déjà conseillé dans un avis précédent que l'ampleur du transfert était trop importante (CFEH-D-614-1) et avait demandé de limiter à 20 % la part destinée à l'EHDS et à l'innovation. Le CFEH a également réitéré son inquiétude : compte tenu de l'ampleur de ce transfert, le seuil d'accès au financement de projets doit être le plus bas possible afin de permettre au plus grand nombre d'hôpitaux d'y avoir recours. Dans le cas contraire, une partie des hôpitaux perdrait tout simplement une part importante du financement (structurel), ce qui créerait une fracture numérique entre les établissements.

Si les ministres ne suivent pas l'avis ci-dessus, le CFEH insiste pour obtenir rapidement de la clarté, tant concernant les critères BMUC adaptés que concernant les projets et leurs modalités de participation. Les hôpitaux comme les fournisseurs de logiciels doivent en effet intégrer les développements qui en découleront dans leur feuille de route. De plus, l'expérience a montré que les critères comme les modalités des projets nécessitent toujours de nombreuses clarifications. Le CFEH demande donc au ministre de transmettre rapidement la demande d'avis complémentaire annoncée et de la détailler suffisamment. Étant donné qu'il s'agit du financement pour 2026, il ne reste pas assez de temps pour parvenir au meilleur système possible. Le CFEH part également du principe que cette demande d'avis

complémentaire proposera clairement des clés de répartition (nombre de lits, par hôpital, etc). Par ailleurs, nous renvoyons à un avis antérieur dans lequel il était demandé de prévoir au moins un an de préparation pour les exigences à fort impact — ce qui semble être le cas compte tenu des changements importants exigés [CFEH/D/614-1].

Le CFEH est favorable à un système de peer review, partant du principe que les pairs concernés peuvent échanger des connaissances issues de la pratique d'une manière qui ne nécessite pas de mécanismes de mesure complexes. Plusieurs expérimentations ont déjà été menées par le passé, lesquelles ont donné lieu à diverses observations concrètes. Le CFEH demande que ces observations soient prises en compte et que cela soit confirmé à l'issue d'une clarification plus approfondie dans le cadre de la demande d'avis complémentaire.

II. Financement spécifique de projets d'initiatives coordonnées au niveau national

Le CFEH se réjouit que la sensibilisation et la formation des professionnels de santé en matière de numérisation et d'interopérabilité puissent être éligibles à un financement, compte tenu du besoin réel qui existe en la matière.

En ce qui concerne le financement des projets, on peut faire l'observation fondamentale que les moyens BMUC étaient à l'origine destinés à la mise en œuvre d'un DPI intégré, mais que cet objectif risque d'être vidé de sa substance par le financement de « projets stratégiques ». Même en admettant que ces projets ne représenteraient qu'une part limitée de l'enveloppe globale des projets, il s'agit de moyens servant un agenda public qui ne correspond pas nécessairement aux priorités cliniques au sein des hôpitaux. La procédure d'homologation des DPI en constitue un exemple. Il s'agit en substance d'une mission publique pour laquelle les hôpitaux contribuent financièrement par ce biais. En poussant le raisonnement à l'extrême, on pourrait affirmer qu'à terme, l'ensemble du budget lié aux projets pourrait être alloué à ce type d'initiatives, ce qui entraînerait de facto une réduction inacceptable de 30 % du financement structurel direct des hôpitaux, en supposant que l'on maintienne le taux de 30 %. On peut ajouter que, étant donné que ces projets doivent bénéficier à l'ensemble des hôpitaux, le collectif doit également faire partie de la gouvernance de ces projets. Le groupe d'acteurs « stratégiques » doit rendre des comptes au collectif sur la raison pour laquelle il vaut la peine de priver ce dernier de ces moyens. De cette manière, on peut également veiller à ce que les projets stratégiques ne revendiquent pas de manière permanente des ressources appartenant au collectif. Par définition, les projets stratégiques sont temporaires.

Par ailleurs, le CFEH souhaite souligner que le financement par projets ne couvre que la mise en œuvre ou le déploiement des projets sélectionnés, sans prendre en charge les coûts opérationnels après leur implémentation. Un tel financement par projets n'est dès lors pas durable, dans la mesure où il entraîne une accumulation de coûts non financés.

Le CFEH salue aussi l'intérêt du ministre pour « la sensibilisation et la formation des professionnels de santé à la nécessité de la digitalisation et de l'interopérabilité ». A cet égard, le CFEH estime que les autorités publiques ont un rôle à jouer pour sensibiliser le personnel soignant à l'importance d'un dossier patient informatisé (DPI) de qualité, en vue de garantir la qualité et la continuité de soins. Ceci est aussi important dans le cadre de l'utilisation secondaire de données ou lors du recours à l'intelligence artificielle. Ces efforts de sensibilisation peuvent être notamment menés en se basant sur les parcours de formation existants du personnel soignant (y compris la formation continue).

3.2. Application générale

Ici aussi, il convient de constater qu'à chaque étape supplémentaire, on s'éloigne davantage de l'objectif initial du financement BMUC, alors que les coûts liés au DPI intégré, que les hôpitaux ont entre-temps en grande partie réalisés, continuent d'augmenter. Cela ne remet nullement en cause l'importance des étapes proposées, mais on ne peut pas s'attendre à ce qu'elles soient réalisées avec le financement actuel, pour la simple raison qu'en franchissant une nouvelle étape, les coûts opérationnels liés aux étapes précédentes subsistent toujours. La question de la faisabilité financière se pose déjà de manière très aiguë à l'étape 3. Étant donné l'impatience du secteur hospitalier à se connecter aux autres lignes de soins, ne conviendrait-il pas plutôt de réfléchir à la manière dont les première et deuxième lignes pourraient s'intégrer dans le système BMUC existant, afin d'éviter que les hôpitaux aient à s'adapter à un cadre qui n'est pas encore défini ? Avec un financement spécifique 1^{ère} et 2^{ème} lignes indépendant du financement BMUC hôpitaux.

3.3. Application 2026-2027

Comme indiqué précédemment, le CFEH ne considère pas l'enregistrement ou l'homologation comme une finalité appropriée du financement BMUC. Cet enregistrement / homologation ferait par ailleurs double emploi avec l'enregistrement requis au niveau européen.

Cela vaut également pour les réseaux de données. Ceux-ci découlent des obligations imposées par l'EHDS, mais ne constituent pas une priorité au sein des hôpitaux. Si le ministre souhaite malgré tout financer les réseaux de données via le BMUC, et ce contre l'avis du secteur, il en découle logiquement que le collectif doit pouvoir participer directement à la gouvernance de ces réseaux de données.

3.4. Application 2027-2029

Comme déjà indiqué, le CFEH s'interroge sur la pertinence, à terme, du mécanisme de financement actuel en tant qu'instrument de soutien à la numérisation des hôpitaux. Le CFEH est disposé à engager un dialogue à ce sujet avec les administrations concernées.

4. Avis

- Les cinq étapes peuvent être comprises comme des étapes transversales essentielles pour assurer la connectivité du système, mais elles doivent être distinguées du financement spécifiquement dédié aux hôpitaux. Si les étapes 1, 2 et 5 peuvent raisonnablement être consolidées et développées dans le cadre du financement hospitalier, les étapes 3 et 4 relèvent d'autres niveaux de financement et nécessitent, à ce titre, leurs propres mécanismes.
- Le CFEH attire toutefois l'attention sur la nécessité d'une maturité minimum des autres lignes de soins (0 et 1^{ère} ligne) pour permettre une intégration du DPI avec celles-ci. A notre connaissance, cette maturité n'est pas encore présente, rendant les étapes 3 et 4 non réalisables à ce stade. La non-prise en compte des coûts récurrents vaut également pour les thèmes ou projets stratégiques prioritaires. Le CFEH n'est pas d'avis que des initiatives pilotées par les pouvoirs publics, telles que l'homologation ou l'enregistrement de logiciels, doivent être financées par le budget BMUC. Si le ministre ne souhaite pas suivre cet avis, le CFEH plaide fermement pour une participation à la gouvernance des initiatives financées. A noter également qu'une homologation/un enregistrement des DPI ferait double emploi avec l'obligation d'enregistrement au niveau européen.

- Le CFEH n'est en principe et a priori pas opposée à une modernisation des critères, sous réserve cependant d'une analyse de la proposition faite par le SPF Santé publique à ce sujet, et, en tout état de cause, moyennant un budget adapté, tant pour couvrir les coûts liés au maintien de l'infrastructure en place que pour la partie développement de ces nouveaux critères.
- Une réallocation de 30 % est très lourde de conséquences. Dans un avis précédent, le CFEH avait déjà plaidé pour limiter cette réallocation à 20 %. Avec le présent avis, nous allons encore plus loin et demandons que l'ensemble du budget soit prévu de manière structurelle via B1. Si le ministre ne souhaite pas suivre cet avis, le CFEH demande une clarification rapide concernant les modalités des projets. Une réflexion complémentaire est que le transfert du budget vers B4 via l'article 63 §3 ne peut en aucun cas comporter le risque de faire perdre à cette partie du budget BMUC son caractère structurel.

Annexe :

L'illustration montre l'évolution des coûts ainsi que la mesure dans laquelle ceux-ci sont couverts par le financement BMUC. Dans le cas d'un financement par projet, un coût supplémentaire annuel, croissant, lié à la mise en œuvre et à la maintenance du projet vient s'ajouter en plus du coût du DPI.

