

CONSEIL D'ETAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF.

A R R E T

n° 208.232 du 19 octobre 2010

G./A.180.449/VI-17.356

En cause : **1. l'union professionnelle GROUPEMENT DES UNIONS PROFESSIONNELLES BELGES DES MEDECINS SPECIALISTES,**
2. l'association sans but lucratif CHAMBRE SYNDICALE DES MEDECINS DE L'AGGLOMERATION BRUXELLOISE,
3. DEMEERE Jean-Luc,

ayant élu domicile chez
Me Eric THIRY, avocat,
avenue Hippolyte Boulenger, n° 49,
1180 Bruxelles,

contre :

l'Etat belge, représenté par la Vice-Première
Ministre et Ministre des Affaires sociales et de
la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale,

ayant élu domicile chez
Mes Marc UYTENDAELE et
Eric MARON, avocats,
rue de la Source, n° 68,
1060 Bruxelles.

Partie intervenante :
**l'association sans but lucratif ASSOCIATION
BELGE DES SYNDICATS MEDICAUX,**

ayant élu domicile
chaussée de Boondael, n° 6/4,
1050 Bruxelles.

LE CONSEIL D'ETAT, VI^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 22 janvier 2007 par l'union professionnelle GROUPEMENT DES UNIONS PROFESSIONNELLES BELGES DES MEDECINS SPECIALISTES, l'association sans but lucratif CHAMBRE SYNDICALE DES MEDECINS DE L'AGGLOMERATION BRUXELLOISE et Jean-Luc DEMEERE qui demandent l'annulation de "l'arrêté royal du 10 novembre 2006 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux [...]";

Vu la requête introduite le 27 juillet 2007 par laquelle l'association sans but lucratif ASSOCIATION BELGE DES SYNDICATS MEDICAUX demande à être reçue en qualité de partie intervenante;

Vu l'ordonnance du 1^{er} octobre 2007 accueillant provisoirement cette intervention;

Vu les mémoires en réponse et en réplique régulièrement échangés;

Vu le rapport de M. DELVAX, Auditeur au Conseil d'Etat;

Vu la notification du rapport aux parties et les derniers mémoires;

Vu l'ordonnance du 26 août 2010, notifiée aux parties, fixant l'affaire à l'audience du 6 octobre 2010;

Entendu, en son rapport, M. Paul LEWALLE, Conseiller d'Etat;

Entendu, en leurs observations, Me Eric THIRY, avocat, comparaisant pour les parties requérantes et la partie intervenante et Me Arnaud DESMADRYL, loco Mes Marc UYTENDAELE et Eric MARON, avocat, comparaisant pour la partie adverse;

Entendu, en son avis conforme, M. DELVAX, Auditeur;

Vu le titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant que la législation applicable au présent litige est la suivante :

1. L'article 87 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, énonçait que :

" Le budget des moyens financiers est fixé pour chaque hôpital distinct par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, dans les limites d'un budget global pour le Royaume, fixé par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres.
Le budget des moyens financiers est fixé, à l'intérieur du budget global visé à l'alinéa 1^{er}, séparément pour chaque association d'hôpitaux si celle-ci est exploitée par une personne morale en application de l'article 69, alinéa 2.

Pour l'application du présent chapitre, on entend par «hôpital», un hôpital ou une association qui est exploité par une personne morale, comme visé à l'alinéa précédent.

Le budget des moyens financiers visé au présent article, est composé d'une partie fixe et d'une partie variable";

L'article 90 de la même loi disposait que :

- " § 1^{er}. Pour le séjour en chambre individuelle ou en chambre de deux patients, y compris en hospitalisation de jour, un supplément au-delà du budget des moyens financiers peut être facturé au patient qui a exigé une telle chambre à condition qu'au moins la moitié du nombre de lits de l'hôpital puisse être mis à la disposition de patients qui souhaitent être admis sans suppléments.

Le nombre de lits disponibles visé à l'alinéa 1^{er}, doit comprendre un nombre suffisant de lits pour les enfants accompagnés par un parent pendant le séjour à l'hôpital.

Le Roi fixe le maximum du montant du supplément visé à l'alinéa 1^{er}, qui peut être facturé pour le séjour en chambre individuelle et en chambre de deux patients, après consultation paritaire des organismes assureurs en matière d'assurance soins de santé et des organismes représentant les gestionnaires des hôpitaux.

Le Roi peut définir les catégories de patients pour lesquels, par dérogation à l'alinéa 1^{er}, aucun supplément ne peut être facturé à la suite du séjour en chambre de deux patients, y compris en hospitalisation de jour.

§ 2. Pour le séjour en chambre individuelle, y compris en hospitalisation de jour, aucun supplément visé à l'alinéa 1^{er} ne peut être facturé dans les cas suivants :

- a) lorsque l'état de santé du patient ou les conditions techniques de l'examen, du traitement ou de la surveillance requièrent le séjour en chambre individuelle;
- b) lorsque les nécessités du service ou la non-disponibilité de lits inoccupés en chambre de deux patients ou en chambre commune requièrent le séjour en chambre individuelle;
- c) lorsque l'admission se fait dans une unité de soins intensifs ou de soins urgents, indépendamment de la volonté du patient et pour la durée du séjour dans une telle unité.

Le séjour en chambre de deux patients ne peut donner lieu à aucun supplément lorsque ce séjour est requis du fait de la non-disponibilité de lits inoccupés dans des chambres communes, ainsi que dans les cas visés à l'alinéa 1^{er}, c).

§ 3. Pour l'application des §§ 1^{er} et 2, l'hospitalisation de jour peut être précisée par le Roi";

L'article 94 de la même loi était rédigé comme suit :

- " Sans préjudice de l'article 90, le budget des moyens financiers couvre de manière forfaitaire les frais résultant du séjour en chambre commune et de la dispensation des soins aux patients de l'hôpital, en ce compris les patients en hospitalisation de jour telle que définie par le Roi.

Le Roi définit les coûts visés à l'alinéa 1.

Le budget peut, selon les conditions et règles qui sont précisées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, couvrir aussi des coûts résultant des prestations visées à l'article 95, 2/, a) jusqu'à e), y compris, aux patients qui sont admis dans un hôpital et qui peuvent y séjourner.

L'avis de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux doit être demandé sur l'exécution de l'alinéa précédent.

Lorsqu'un ou les deux groupes représentés au sein de ladite Commission ne peuvent marquer leur accord sur les mesures proposées à cette fin par le Ministre qui a la Prévoyance sociale dans ses attributions, la procédure d'approbation desdites mesures est suspendue pendant une période de trente jours à dater de l'émission dudit avis.
Ce délai n'est pas renouvelable".

L'article 95 de la même loi était libellé comme suit :

- " Ne sont pas repris dans le budget des moyens financiers de l'hôpital :
- 1/ le prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments génériques;
 - 2/ les honoraires des médecins et des praticiens paramédicaux pour les prestations de santé énumérées ci-après :
 - a) les soins courants et les prestations techniques de diagnostic et de traitement donnés par les médecins de médecine générale et les médecins spécialistes, ainsi que les soins dentaires conservateurs et réparateurs;
 - b) les soins donnés par les kinésistes;
 - c) les accouchements par les accoucheuses diplômées;
 - d) la fourniture de lunettes et autres prothèses oculaires, d'appareils auditifs, orthopédiques et autres prothèses;
 - e) tous autres soins et prestations nécessités pour la rééducation fonctionnelle et professionnelle, pour autant que leur exécution ne soit pas liée aux activités spécifiques du service où le malade est hospitalisé.
 - 3/ la rémunération des prestations effectuées par des pharmaciens ou licenciés en sciences chimiques habilités à effectuer des analyses de biologie clinique.
 - 4/ les coûts liés au matériel endoscopique et au matériel de viscérosynthèse, lorsque ceux-ci, soit font l'objet d'une intervention de l'assurance maladie-invalidité, soit figurent sur une liste à établir par le ministre des Affaires sociales, après qu'une proposition d'insertion dans la nomenclature des prestations de santé a été formulée conformément à l'article 35, § 2, de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités".

L'article 97 de la même loi prévoyait que :

- " § 1^{er}. Le Roi détermine, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section financement, les conditions et les règles de fixation du budget et de ses éléments constitutifs.

Il détermine entre autres :

- a) la période d'octroi du budget;
- b) la scission du budget en une partie fixe et une partie variable;
- c) les critères et les modalités de calcul, en ce compris la fixation des activités justifiées et les modalités d'indexation;
- d) en ce qui concerne la partie variable, l'indemnisation des activités par rapport à un nombre de référence qui sont réalisées en plus ou qui ne sont pas réalisées;
- e) la fixation du nombre de référence visé au point d), concernant les paramètres d'activités pris en considération;
- f) les conditions et les modalités de révision de certains éléments;
- g) le décompte sur la base des années antérieures. tel que visé à l'article 104quater.

Pour l'application de alinéa 2 [sic], le Roi désigne les dispositions applicables aux sections psychiatriques des hôpitaux généraux et aux hôpitaux psychiatriques. Il fixe des règles spécifiques pour ces services et établissements.

L'exécution des dispositions visées aux alinéas précédents peut être différente selon la catégorie de l'hôpital ou des parties d'un hôpital.

Le Roi peut procéder à la comparaison des coûts des hôpitaux afin d'appliquer les mêmes conditions de financement aux hôpitaux dont la mission et les activités sont similaires et qui travaillent dans des conditions analogues.

§ 2. Après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section financement, le Roi peut déterminer des conditions et des règles suivant lesquelles des activités peuvent être prises en compte pour la couverture des frais induits par le respect des normes, en tenant compte des situations spécifiques susceptibles d'influencer ces activités et qui justifient un régime dérogatoire aux conditions et règles ainsi établies.

§ 3. Le Roi peut, après avis de la Structure multipartite visée au chapitre XII de la loi du 29 avril 1996 contenant des dispositions sociales et dans le cadre de la fixation du budget des moyens financiers, des critères déterminer les modalités en ce qui concerne l'évaluation des activités hospitalières, et ce en vue de déterminer les activités de l'hôpital qui peuvent être considérées comme «justifiées».

L'article 99 de la même loi disposait que :

- " Un montant spécifique peut être prévu dans le budget des moyens financiers pour améliorer le fonctionnement de l'hôpital lorsque cela s'accompagne d'une décision du gestionnaire débouchant sur une diminution réelle du budget et ce, dans le cadre d'une restructuration de l'établissement ou d'une fusion, d'une association, d'un groupement ou d'une collaboration avec un ou plusieurs hôpitaux.
Le Roi, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section financement, fixe les règles et conditions suivant lesquelles ce montant est accordé".

Enfin, l'article 138 de la même loi prévoyait que :

- " § 1^{er}. Au cas où un accord tel que visé à l'article 50 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est en vigueur, les médecins hospitaliers conventionnés sont tenus d'appliquer les tarifs de l'accord aux patients admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes. Sont assimilés aux patients admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes, ceux qui répondent à une des conditions visées à l'article 90, § 2.
Les alinéas 1^{er} et 2 sont également d'application à l'égard des patients en hospitalisation de jour, admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes, pour les prestations définies par le Roi.
- § 2. Dans le cas prévu au § 1^{er}, les médecins hospitaliers qui n'ont pas adhéré à l'accord au sens du § 1^{er}, le font savoir au gestionnaire qui en informe le Conseil médical et les organismes assureurs.
Les médecins visés à l'alinéa 1^{er}, peuvent, sans préjudice du § 5, alinéa 1^{er}, appliquer, à l'égard des patients visés au § 1^{er}, alinéas 1^{er} et 2, des tarifs s'écartant des tarifs de l'accord, dans la mesure où des tarifs maximaux sont fixés par la réglementation générale visée à l'article 130 et sont respectés par les médecins concernés. Cet élément de la réglementation générale doit, avant son application, être communiqué par le gestionnaire à la Commission paritaire médecins-hôpitaux et, par le biais de l'Institut national d'Assurances Maladie-Invalidité, aux organismes assureurs.
L'alinéa 2 est également d'application aux patients en hospitalisation de jour pour les prestations définies par le Roi.

§ 3. Le gestionnaire et le Conseil médical se portent garants du fait que tous les patients visés au § 1^{er} pourront être soignés aux tarifs de l'accord. Le gestionnaire, après concertation avec le Conseil médical, prend les initiatives nécessaires à cette fin et en informe le Conseil médical.

Le Roi peut fixer des modalités pour l'application de l'alinéa 1.

§ 4. Au cas où un accord tel que visé à l'article 50 de la loi précitée du 14 juillet 1994 n'est pas en vigueur, les médecins peuvent, sans préjudice du § 5, alinéa 2, appliquer, à l'égard des patients visés au § 1^{er}, alinéas 1^{er} et 2, des tarifs qui s'écartent des tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance, dans la mesure où, conformément aux règles prévues au § 2, alinéa 2, des tarifs maximaux ont été fixés et sont respectés par les médecins. Cet élément de la réglementation générale doit, avant son application, être communiqué par le gestionnaire à la Commission paritaire médecins-hôpitaux et, par le biais de l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité, aux organismes assureurs.

L'alinéa 1^{er} est également d'application aux patients en hospitalisation de jour, pour les prestations définies par le Roi.

§ 5. Le Roi définit les catégories de patients à l'égard desquels les médecins visés au § 2, ne peuvent appliquer des tarifs qui s'écartent des tarifs de l'accord.

En ce qui concerne les patients visés à l'alinéa 1^{er}, met [sic] au cas où il n'existe aucun accord tel que visé au § 4, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués par les médecins".

2. L'exposé des motifs du projet appelé à devenir la loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé, dans laquelle plusieurs dispositions précitées trouvent leur origine mentionne notamment ce qui suit :

" Modification de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987

Le présent projet vise à réformer de manière globale la loi coordonnée sur les hôpitaux.

L'un de ses principaux piliers est un nouveau concept en matière de financement hospitalier. Il s'articule non plus autour des lits, des journées d'hospitalisation et d'autres caractéristiques structurelles, mais autour des activités justifiées ; le système se fonde non plus sur le prix de journée et le quota de journées d'hospitalisation mais sur le budget des moyens financiers par hôpital, en fonction de l'activité justifiée de celui-ci. Cette activité justifiée dépend du nombre et du type de patients traités à l'hôpital.

Les modalités de liquidation du budget sont également modifiées : une partie du budget, à déterminer par le Roi, est liquidée en douzièmes tandis que la partie restante l'est en fonction de paramètres d'activité à définir par Lui.

En matière de financement, il est également spécifié qu'un financement afférent au respect des normes d'agrément, par le biais du budget, peut être subordonné aux paramètres d'activité. Il en résulte que, si un hôpital prend la décision d'exploiter un service, un service médico-technique, une section, une fonction ou un programme de soins, le financement destiné à couvrir les coûts induits par le respect des normes d'agrément peut être subordonné au niveau d'activité atteint.

Le principe de l'intégration de l'hospitalisation de jour dans le budget est inscrit dans la loi. En effet, il est paradoxal de plaider pour plus de cohérence dans le financement et pour la substitution de l'hospitalisation classique par l'hospitalisation de jour, alors que le financement demeure scindé. Il appartient au Roi de définir les prestations concernées; à cet égard, l'objectif, dans une première phase, est d'intégrer l'hospitalisation chirurgicale de jour dans le budget.

En ce qui concerne le financement des hôpitaux, on a tenu compte de la remarque du Conseil d'État en conférant en principe au Roi, et non au ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, la compétence de prendre les arrêtés réglementaires.

Le projet prévoit un nombre important d'adaptations techniques en raison de la répartition actuelle des compétences entre le pouvoir fédéral et les communautés. En l'espèce, de nombreuses dispositions de la loi actuelle sont antérieures à la répartition des compétences instaurée par la loi de réformes institutionnelles du 8 août 1980. Dans le projet, toutes les dispositions pour lesquelles l'autorité fédérale n'est plus compétente, comme celles concernant les procédures relatives à l'octroi et au retrait de l'agrément des hôpitaux ou des services hospitaliers ou celles concernant le Fonds de construction des institutions hospitalières et médicosociales sont abrogées.

En outre, un certain nombre de dispositions relatives à l'agrément, à la programmation et à la fixation du nombre d'appareils médicaux lourds ou de services médico-techniques sont actualisées et affinées. Par exemple, il est désormais possible, par arrêté royal, de fixer également le nombre maximum d'appareils lourds ne pouvant être dépassé ou de soumettre les services médico-techniques à des critères de programmation.

La base légale nécessaire à l'instauration d'une réglementation pour les réseaux d'équipements de soins et les circuits de soins, annulée par la Cour d'Arbitrage en 1999, a été réinsérée dans le projet mais est limitée aux établissements et services pour lesquels l'autorité fédérale possède une compétence réglementaire. Il a ainsi été tenu compte des objections formulées par la Cour d'Arbitrage contre le texte annulé.

Quant à la réglementation relative aux déficits des hôpitaux publics, toutes les dispositions dont la validité était limitée dans le temps et qui ne sont donc plus actuelles sont également abrogées. Cela concerne, notamment, les dispositions relatives au plan d'assainissement ou à la réglementation qui était d'application avant celle en vigueur depuis l'année 1990. Cette réglementation ne subit aucune modification.

La réglementation relative aux suppléments pour le séjour hospitalier ainsi que les suppléments d'honoraires est modifiée. Il est ainsi donné exécution à l'accord national médico-mutualiste du 18 décembre 2000. Il est précisé dans quelles conditions et à quelles catégories de patients les suppléments en question peuvent être facturés ou non. La base légale nécessaire à l'instauration d'une réglementation plus globale en matière de transparence et ce, à l'égard aussi bien des patients que des organismes assureurs, est également prévue.

Les autres dispositions comportent essentiellement des modifications juridico-techniques [Doc. Parl., Ch. des représ., s.o. 2000/2001, n/ 1322/1, pp. 49-51]

[...].

Art. 104

Dans cet article, les concepts «quota de journées d'hospitalisation» et «prix par journée d'hospitalisation» sont supprimés. En effet, ces concepts, liés au nombre de lits agréés, sont abandonnés et remplacés au profit de la fixation du budget sur la base des activités justifiées.

Entre-temps, la norme de croissance légalement fixée pour 1995 et 1996 est devenue sans objet.

Le budget est composé d'une partie fixe et d'une partie variable; cette partie variable couvre des coûts financés par les activités, tandis que la partie fixe couvrira des coûts non indemnisés par les activités [Doc. Parl., Ch. des représ., s.o. 2000/2001, n/ 1322/1, p. 60]

[...].

Art. 113

Hormis un certain nombre d'adaptations terminologiques, les éléments constitutifs du budget qui sont notamment fixés par le Roi sont adaptés comme suit : en ce qui concerne les critères et les modalités de calcul, il est précisé que ceux-ci concernent entre autres la fixation l'activité hospitalière justifiée; un des critères figurant dans le texte actuel, à savoir les paramètres sur la base desquels des maxima peuvent être fixés, appartient en effet déjà aux critères et modalités de calcul et est donc supprimé.

D'autres éléments sont la scission du budget en une partie fixe et une partie variable, la rémunération des activités par rapport à un nombre de référence en plus ou pas réalisées (relatif à la partie variable), la fixation de la partie variable et le décompte sur base des années antérieures (la différence entre le budget et les dépenses).

En outre, on précise explicitement que le Roi peut déterminer les conditions et les règles suivant lesquelles des activités sont prises en compte pour la couverture des frais induits par le respect des normes d'agrément. Cela implique qu'un financement en vue du respect des normes d'agrément ne doit être garanti que pour autant que ces normes s'accompagnent d'une activité justifiée suffisante. Lors de la fixation des conditions et des règles susmentionnées, on doit tenir compte de circonstances spécifiques de nature à influencer les activités et justifiant un règlement dérogatoire; ceci implique, par exemple, que lors de la fixation de l'activité suffisante précitée, il est tenu compte de critères d'accessibilité géographique et sociale.

Le Roi se voit encore conférer la compétence de fixer des critères et des modalités relatifs à l'évaluation des activités hospitalières dans le cadre de la fixation du budget. Cela implique qu'il doit être tenu compte dans le budget du résultat d'une telle évaluation étant donné que l'activité justifiée est un critère pertinent en matière de financement. Toutefois, il est précisé que, lors de la fixation des conditions et des règles précitées, il doit être tenu compte de situations spécifiques susceptibles d'influencer l'activité hospitalière. Cela implique entre autres que, lors de la fixation de l'activité précitée, il doit être tenu compte de critères d'accessibilité géographiques et sociaux.

Certains éléments repris dans cet article, comme la scission entre une partie fixe et une partie variable, la fixation des activités justifiées et le nombre de référence, peuvent, en fonction des hôpitaux (concernés) ou des parties d'hôpitaux, être concrétisées de manière différente. Ainsi peut-on comprendre par «activités justifiées» les admissions pondérées selon la durée de séjour normalisée, les admissions prises en compte selon la durée de séjour réelle ou un quota d'activités fixé de manière limitative. En outre, lors de la fixation des «activités justifiées», on

peut tenir compte de la mesure dans laquelle un hôpital passe à l'hospitalisation de jour, de la consommation justifiée de médicaments, du niveau des réadmissions, ...

La détermination des critères et modalités concernant l'évaluation des activités hospitalières s'effectue après avis de la Structure de concertation visée à l'article XII de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales. La suggestion, formulée dans l'avis du Conseil d'Etat, d'étendre cette compétence d'avis aux compétences conférées au Ministre et telles que visées aux §§ 1 et 2, n'est pas retenue, étant donné que la Structure de concertation exerce d'ores et déjà des compétences en matière d'évaluation ; pour ce qui est des compétences fixées aux §§ 1 et 2, l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section Financement, est prévu.

A la remarque formulée dans l'avis du Conseil d'Etat selon laquelle on pourrait préciser quelles activités sont soumises à une évaluation en vue de la détermination des activités de l'hôpital qui peuvent être considérées comme justifiées, il peut être répondu que cela concerne entre autres la durée de séjour, l'admission, le degré d'hospitalisation de jour, le comportement en matière de prescription et les actes médicaux en général.

Pour terminer, il convient de faire remarquer que le résultat de l'évaluation, qui sera, il est vrai, imposée, ne donnera pas nécessairement immédiatement lieu à des répercussions financières. En l'occurrence, il convient de donner aux hôpitaux le temps nécessaire pour s'adapter à l'évaluation, sans que cela n'ait nécessairement d'emblée des répercussions financières [Doc. Parl., Ch. des représ., s.o. 2000/2001, n° 1322/1, pp. 63-65]

[...].

Art. 131

Cet article comprend la réglementation concernant la fixation des honoraires par les médecins hospitaliers. Cette réglementation transpose les dispositions prévues en la matière par l'Accord national du 18 décembre 2000 entre les médecins et les mutualités, dans la loi coordonnée sur les hôpitaux. Il est à noter que l'article 50bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est abrogé.

Sur ce point, une réglementation différente s'applique selon qu'un accord a été conclu ou non; en cas d'accord, il va de soi que la réglementation appliquée aux médecins conventionnés est différente de celle prévue pour ceux qui ne le sont pas.

Si un accord a été conclu, les médecins conventionnés doivent respecter les tarifs de l'accord à l'égard des patients qui ont été admis dans une chambre à deux lits, y compris les patients en hospitalisation de jour admis dans une chambre à deux lits ou plus, ainsi qu'à l'égard des catégories qui répondent aux critères de l'article 90, § 2 modifié par le présent projet de loi (cf. supra). Les médecins non conventionnés peuvent appliquer aux patients susmentionnés des tarifs qui s'écartent des tarifs de l'accord. Ces tarifs doivent cependant être fixés dans la réglementation générale relative aux rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins hospitaliers et doivent être communiqués par le gestionnaire à la Commission paritaire médecins – hôpitaux et aux organismes assureurs, par l'intermédiaire de l'INAMI. La fixation des tarifs dans la réglementation générale et leur communication sont des conditions préalables. A défaut, ces tarifs ne peuvent être appliqués.

Au cas où aucun accord n'a été conclu, les médecins peuvent appliquer aux catégories de patients susmentionnés des tarifs qui s'écartent des tarifs qui servent de base à l'intervention de l'assurance, pour autant que les règles susmentionnées

relatives aux honoraires (s'écarter des tarifs de l'accord) et à leur communication soient respectées.

Le Roi se voit conférer le pouvoir de déterminer les catégories de patients séjournant en chambre à deux lits ou plus et pour lesquels il ne peut être dérogé aux tarifs de l'accord (par les médecins non conventionnés au cas où un accord a été conclu) ou aux tarifs qui servent de base à l'intervention de l'assurance (au cas où aucun accord national n'a été conclu). Les catégories visées seront les malades chroniques et les patients qui, en application de la législation concernant l'assurance soins de santé, ont atteint ce qu'on appelle la «franchise sociale» en matière de contribution personnelle; ces catégories pourront être élargies par le Roi.

L'ensemble de la réglementation s'applique également aux patients en hospitalisation de jour [Doc. Parl., Ch. des représ., s.o. 2000/2001, n/ 1322/1, pp. 71-72]".

L'avis 31.521/1/3, donné les 22 mai et 31 mai 2001 par la section de législation du Conseil d'Etat sur l'avant-projet de loi contient le passage suivant :

" Article 113

1. L'article 97 en projet de la loi sur les hôpitaux accorde d'importantes délégations au ministre qui a la santé publique dans ses attributions. Ces délégations portent sur la fixation du budget des moyens financiers et de ses différents éléments constitutifs.

Ces délégations ne se limitent manifestement pas au simple règlement de questions de détail. En tant que telles, elles sont dès lors contraires à l'article 37 de la Constitution, qui dispose que le pouvoir exécutif fédéral appartient au Roi.

Le fait qu'en raison de l'article 97 en vigueur, de telles délégations existent déjà depuis quinze ans, comme l'a fait remarquer le fonctionnaire délégué, n'est naturellement pas suffisant pour en justifier l'ampleur.

2. L'observation suivante est faite à titre subsidiaire.

2.1. A l'article 97, § 1^{er}, alinéa 2, c, en projet, il est question d'«activités justifiées». Les auteurs devraient préciser de quel type d'activités il s'agit.

2.2. Dans le texte néerlandais de l'article 97, § 2, en projet, il est préférable de remplacer les mots «kosten die gepaard gaan met het naleven van de normen» par «kosten die veroorzaakt zijn door het naleven van de normen» [Doc. Parl., Ch. des représ., s.o. 2000/2001, n/ 1322/1, p. 170]

[...]".

Considérant que les faits utiles à l'examen de la requête sont les suivants :

1. Le 25 avril 2002, le Roi a adopté un arrêté relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Son article 2 prévoyait que :

- " § 1. Le présent arrêté détermine pour les hôpitaux et certains services hospitaliers :
- a) les conditions et règles de fixation du budget des moyens financiers accordé à l'hôpital, dénommé ci-après «le budget», et de ses divers éléments constitutifs et notamment :
 - la période d'octroi du budget;
 - la scission du budget en une partie fixe et une partie variable;
 - les critères et modalités de calcul, en ce compris la fixation des activités justifiées et les modalités d'indexation;
 - en ce qui concerne la partie variable, l'indemnisation des activités par rapport à un nombre de référence qui sont réalisés en plus ou qui ne sont pas réalisés;
 - la fixation du nombre de référence visé à l'alinéa précédent, concernant les paramètres d'activités pris en considération;
 - les conditions et les modalités de révision de certains éléments.
 - b) les modalités de paiement du budget des moyens financiers.

§ 2. En exécution de l'article 97, § 1, alinéa 3 de la loi sur les hôpitaux toutes les dispositions du même article, § 1, alinéa 2 sont applicables aux sections psychiatriques des hôpitaux généraux et aux hôpitaux psychiatriques à l'exception du point c) en ce qui concerne la fixation des activités justifiées, lesquelles sont assimilées aux lits agréés de ce type de section ou d'hôpital.

§ 3. Le présent arrêté détermine également les conditions et les règles suivant lesquelles des activités peuvent être prises en compte pour la couverture des frais induits par le respect des normes, en tenant compte des situations spécifiques susceptibles d'influencer ces activités et qui justifient un régime dérogatoire aux conditions et règles ainsi établies".

Son article 7, dans sa version applicable au moment de l'adoption de l'acte attaqué, énonçait ce qui suit :

- " Le budget fixé pour chaque hôpital est composé de trois parties :
- 1/ la Partie A qui comporte trois Sous-parties couvrant respectivement les sortes de charges suivantes :
 - a) Sous-partie A1 : les charges d'investissement;
 - b) Sous-partie A2 : les charges de crédits à court terme;
 - c) Sous-partie A3 : charges d'investissement des services médico-techniques.
 - 2/ la Partie B qui comporte neuf Sous-parties couvrant respectivement les sortes de coûts suivants :
 - a) Sous-partie B1 : les coûts des services communs;
 - b) Sous-partie B2 : les coûts des services cliniques;
 - c) Sous-partie B3 : les frais de fonctionnement des services médico-techniques;
 - d) Sous-partie B4 : les coûts qui sont couverts par le montant spécifique prévu à l'article 99 de la loi sur les hôpitaux précitée ainsi que ceux couverts d'une manière forfaitaire;
 - e) Sous-partie B5 : des coûts pour le fonctionnement de l'officine hospitalière;
 - f) Sous-partie B6 : les coûts découlant des avantages complémentaires prévus dans les accords sociaux des 4 juillet 1991, 22 novembre 1991, 1^{er} mars 2000 et 28 novembre 2000, octroyés au personnel hospitalier dont le financement est, en tout ou partie, à charge des honoraires et qui sont occasionnés par des prestations de santé visées à l'article 95, 2/ de la loi sur les hôpitaux;
 - g) Sous-partie B7 : les coûts spécifiques liés aux tâches spécifiques assumées dans le domaine des soins aux patients, de l'enseignement clinique, de la recherche

scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales.

Cette Sous-partie B7 est scindée en : [...]

h) Sous-partie B8 : les coûts spécifiques générés par l'hôpital ayant un profil de patients très faible sur le plan socio-économique.

i) Sous-partie B9 : les coûts découlant des avantages particuliers prévus dans l'Accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et dans le protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005.

3/ la Partie C qui comporte quatre Sous-parties couvrant respectivement les sortes de coûts suivants :

a) Sous-partie C1 : les frais de pré-exploitation;

b) Sous-partie C2 : les coûts relatifs à des exercices précédents ou en cours qui sont rectifiés par des montants de rattrapage;

c) Sous-partie C3 : le montant à diminuer pour les chambres à 1 lit et à 2 lits pour lesquelles, conformément à l'article 90 de la loi sur les hôpitaux, des suppléments au-delà du budget des moyens financiers sont perçus;

d) Sous-partie C4 : le surplus de recettes estimé pour un exercice déterminé en ce qui concerne les services Sp soins palliatifs, les unités de grands brûlés et les hôpitaux psychiatriques".

Les articles 8 et suivants de l'arrêté précisaient le contenu de ces différentes parties et sous-parties.

L'article 29, inclus dans la sous-section relative à la sous-partie A1 du budget, de cet arrêté prévoyait, avant sa modification par l'arrêté attaqué, que :

" § 1. Par dérogation à l'article 25, sont couvertes forfaitairement, après la période d'amortissement des investissements subventionnés, les charges suivantes :

1/ les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement médical;

2/ les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement non médical, y compris l'appareillage d'informatique et le mobilier;

3/ les charges liées à l'amortissement du matériel roulant.

§ 2. Le forfait attribué en vertu du § 1, 1/ pour les hôpitaux aigus visés à l'article 46 de la loi sur les hôpitaux est calculé de la manière suivante :

1/ le budget disponible est en premier lieu réparti entre les groupes d'hôpitaux dont question à l'article 40, sur base des dépenses constatées pendant un exercice.

A l'intérieur de chaque groupe, le budget disponible (au juin 2005) est réparti entre les activités suivantes selon les valeurs exprimées en pourcentage ci-après : [...]

2/ a) le budget disponible pour les services d'urgence est réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre de points attribué à chaque hôpital en application de l'article 46, § 3, 2/, b) ci-après pour le dernier exercice connu;

b) le budget disponible pour les quartiers opératoires est réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre de salles d'opération attribué à chaque hôpital en application de l'article 46, § 3, 2/, a) ci-après pour le dernier exercice connu;

c) le budget disponible pour les services de maternité est réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre d'accouchements du dernier exercice connu;

d) le budget disponible pour les services de néonatalogie intensive est réparti entre les hôpitaux au prorata de leur nombre de lits agréés NIC;

e) le budget disponible pour les soins intensifs est réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre de points attribué à chaque hôpital en application de l'article 46, § 2, 2/, c) pour le dernier exercice connu;

f) le budget disponible pour les autres services est réparti entre les hôpitaux au prorata du budget relatif à la Sous-partie B2 visé à l'article 45, § 7 pour le dernier exercice connu.

3/ Les montants calculés en application du 2/, a) à f), sont additionnés pour chaque hôpital et le résultat est dénommé "le forfait". Le passage du budget au 30 juin 2003 vers le forfait s'effectue progressivement. L'ajustement est fixé comme suit :

- au 1^{er} juillet 2003, 34 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2004, 67 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2005, 100 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003

4 / dans les limites du budget national disponible de 20.876.995 EUR il est ajouté au montant visé au 3/ un montant M calculé comme suit :

$$M = A + (B \times C/D)$$

où :

A est égal à 50 % du budget disponible divisé par le nombre d'hôpitaux, soit 90.769 EUR

B est égal à 50 % du budget disponible

C est égal au budget B2 attribué à l'hôpital au 1^{er} janvier 2005 conformément à l'article 45, §§ 1^{er} et 9

D est égal à la somme des budgets B2 attribués au 1^{er} janvier 2005 pour tous les hôpitaux du pays conformément à l'article 45, §§ 1^{er} et 9

Le montant M est accordé à raison d'1/3 au 1^{er} juillet 2005, 2/3 au 1^{er} juillet 2006 et 3/3 au 1^{er} juillet 2007.

§ 3. Le forfait attribué en vertu du § 1, 2/, pour les hôpitaux aigus est calculé de la manière suivante :

1/ le budget disponible au 30 juin 2005 est réparti en premier lieu entre les groupes d'hôpitaux dont question à l'article 40 sur base des dépenses constatées pendant un exercice. A l'intérieur de chaque groupe, la répartition du budget disponible s'effectue au prorata de la somme des budgets relatifs aux Sous-parties B1 et B2 fixés en application des articles 42, 10e opération et 45, § 7, pour le dernier exercice connu;

2/ Le passage du budget au 30 juin 2003 vers le forfait calculé conformément au 1/ s'effectue progressivement. L'ajustement est fixé comme suit :

- au 1^{er} juillet 2003, 34 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2004, 67 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2005, 100 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003

3/ dans les limites du budget national disponible de 19.980.230 EUR il est ajouté un montant M calculé comme suit :

$$M = A + (B \times C/D)$$

où :

A est égal à 60 % du budget disponible divisé par le nombre d'hôpitaux, soit 104.244 EUR

B est égal à 40 % du budget disponible

C est égal à la somme des budgets B1 et B2 attribués à l'hôpital au 1^{er} janvier 2005 conformément aux articles 33, § 3, 42 et 45, §§ 1^{er} et 9

D est égal à la somme des budgets B1 et B2 attribués au 1^{er} janvier 2005 pour tous les hôpitaux du pays conformément aux articles 33, § 3, 42 et 45, §§ 1^{er} et 9

Le montant M est accordé à raison d'1/3 au 1^{er} juillet 2005, 2/3 au 1^{er} juillet 2006 et 3/3 au 1^{er} juillet 2007.

§ 4. 1/ le forfait attribué en vertu du § 1, 1/ et 2/ pour les hôpitaux et services Sp et G isolés est calculé en répartissant le budget disponible au 30 juin 2005, entre les hôpitaux au prorata du nombre de lits agréés et existants de chaque hôpital.

2/ Le passage du budget au 30 juin 2003 vers le forfait calculé conformément au 1/ s'effectue progressivement. L'ajustement est fixé comme suit :

- au 1^{er} juillet 2003, 34 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2004, 67 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2005, 100 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003.

3/ Au montant visé au 2/, il est ajouté un montant M calculé comme suit :

$$M = 216,29 \text{ EUR} \times \text{Lihi}$$

où :

Lihi = le nombre de lits agréés au 1^{er} janvier 2005

Ce montant M est accordé à raison d'1/3 au 1^{er} juillet 2005, 2/3 au 1^{er} juillet 2006 et 3/3 au 1^{er} juillet 2007.

§ 5. 1/ le forfait attribué en vertu du § 1, 1/, et 2/, pour les hôpitaux psychiatriques est calculé en répartissant le budget disponible au 30 juin 2005 entre les hôpitaux au prorata du nombre de lits agréés et existants de chaque hôpital.

Pour le calcul du nombre de lits, le nombre de lits de jour est multiplié par 0,7.

2/ Le passage du budget au 30 juin 2003 vers le forfait calculé conformément au 1/ s'effectue progressivement. L'ajustement est fixé comme suit :

- au 1^{er} juillet 2003, 34 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2004, 67 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2005, 100 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003.

3° Au montant visé au 2°, il est ajouté un montant M calculé comme suit :

$$M = 177,68 \text{ EUR} \times \text{Lihi}$$

où :

Lihi = le nombre de lits agréés au 1^{er} janvier 2005

Ce montant M est accordé à raison d'1/3 au 1^{er} juillet 2005, 2/3 au 1^{er} juillet 2006 et 3/3 au 1^{er} juillet 2007.

§ 6. Les modalités reprises aux §§ 2, à 5, sont pour la première fois d'application au 1^{er} janvier 1997.

Cependant, pour les hôpitaux qui bénéficient, pendant les exercices 1992 à 1996 inclus, d'une révision de leurs charges d'amortissement du matériel d'équipement non médical en raison d'investissements subventionnés amortis pour la première fois pendant un des exercices concernés, les forfaits calculés selon les § 3, 1/ et 2/, § 4, 1/ et 2/ et § 5, 1/ et 2/, sont remplacés, jusqu'au terme de la période d'amortissement de l'investissement subventionné, par les montants déterminés à la suite de la révision précitée.

§ 7. Les modalités reprises aux §§ 2 à 5, peuvent être revues tous les trois ans. Les calculs des forfaits effectués en application du § 2, 1/ et 2/, du § 3, 1/, du § 4, 1/, et du § 5, 1/, interviendront, la prochaine fois, au 1^{er} juillet 2006 et, ensuite, tous les trois ans.

§ 8. Les hôpitaux amortissant pour la première fois à partir de l'exercice 1997 des investissements subventionnés bénéficient d'une révision basée sur les charges réelles d'amortissement pour autant que l'investissement subventionné fasse partie d'un projet d'extension et/ou de reconditionnement dont la valeur représente au moins 25 % du coût maximum à la construction calculé en application des arrêtés

ministériels des 1^{er} et 4 septembre 1978 modifiant les arrêtés ministériels des 1^{er} juillet 1971 et 8 novembre 1973 fixant les coûts maxima par lit à prendre en considération pour l'application de 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. Si les charges réelles retenues sont inférieures aux forfaits déterminés conformément aux §§ 2 à 5, ces forfaits sont d'application. Le passage vers les forfaits visés aux §§ 2 à 5 intervient après la période d'amortissement de l'investissement subsidié et au moment où ces forfaits font l'objet d'un nouveau calcul en application du § 7, alinéa 2. D'autre part, les charges réelles retenues sont limitées aux montants calculés en application des §§ 2 à 5, augmentée de l'amortissement sur la partie non subsidiée de l'investissement subsidié.

Si les conditions de l'alinéa précédent ne sont pas remplies, les forfaits calculés en application des §§ 2 à 5, restent maintenus.

§ 9. Le forfait attribué en vertu du § 1, 3/, est fixé au niveau des charges retenues pour 2001".

L'article 44 du même arrêté, inscrit dans la sous-section relative à la Sous-partie B1 des hôpitaux psychiatriques, énonçait, avant sa modification par l'arrêté attaqué, que :

" § 1. Le budget B1 des hôpitaux psychiatriques est fixé à sa valeur au 30 juin précédant l'exercice de fixation du budget B1. Cependant, pour l'exercice débutant le 1^{er} juillet 2002, le budget B1 est calculé de la manière suivante : [...]

§ 2. Les dispositions de l'article 42, 11e opération, 2/, sont d'application pour les hôpitaux psychiatriques

§ 3. A partir du 1^{er} juillet 2005, la sous-partie B1 des hôpitaux psychiatriques est augmentée d'un montant forfaitaire (M) pour autant que le budget B1 en vigueur au 30 juin 2005, exprimé par lit, soit inférieur à la moyenne nationale.

Le montant (M) est calculé comme suit :

[...]

L'octroi du montant M ne peut avoir pour effet que le nouveau budget B1 par lit de l'hôpital soit supérieur à la moyenne nationale. Le cas échéant, le montant M est réduit et le budget ainsi libéré est attribué aux autres hôpitaux concernés.

Au 1^{er} juillet 2006, un montant supplémentaire de 2.445.000 EUR sera ajouté au budget national disponible et réparti selon des modalités à fixer par Nous.

Au 1^{er} juillet 2007, un montant supplémentaire de 2.445.000 EUR sera ajouté au budget national disponible et réparti selon des modalités à fixer par Nous".

L'article 45 de cet arrêté, inscrit dans la sous-section relative à la sous-partie B2 du budget des hôpitaux aigus, disposait, avant sa modification par l'arrêté attaqué, que :

" § 1^{er}. Le budget global pour la Sous-partie B2 est réparti entre les hôpitaux sur base d'un système de points. De cette répartition sont exclus les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1, en 2.

Le budget B2 des hôpitaux visés dans l'article 33, §§ 1, et § 2, est fixé comme suit :

- pour les hôpitaux visés au § 1, 1^{ère} phrase, et § 2, la valeur au 30 juin qui précède l'exercice de fixation de la Sous-partie B2 est maintenue;
- pour les unités de grands brûlés, le budget B2 par lit est égal à 207.191,33 EUR (index 01/07/2005) pour les hôpitaux privés et à 209.808,32 EUR (index 01/07/2005) pour les hôpitaux publics.

§ 2. Les modalités du système de points visé au § 1, ne peuvent être revues que tous les trois ans, à dater de l'exercice débutant le 1^{er} juillet 2002. Cependant, l'affinement et/ou l'ajout de paramètres peuvent être effectués pendant la période de trois ans. Les paramètres visés sont ceux dont question à :

- l'article 46, § 2, 2/ c), : les prestations de réanimation;
- l'article 46, § 2, 2/ a), : les prestations médicales et chirurgicales et le nombre de points-RIM;
- l'article 46, § 2, 2/ b), : les prestations chirurgicales et médicales et le nombre de points-RIM;
- l'article 46, § 3, 2/ a), : les temps standards;
- l'article 46, § 3, 2/ b), : les prestations médicales d'urgence et les points de base par 100 lits;
- l'article 46, § 3, 2/ c), : les prestations médicales.

Dans le cas où il serait fait application de cette disposition pendant la période de 3 ans, cela n'entraîne pas de modification des autres Sous-parties du budget dont la fixation fait référence aux dispositions des articles 45 et 46.

§ 2bis. Pour le calcul du nombre de points attribué à chaque hôpital, l'actualisation des données dont question à l'article 46, § 2, 2/, et § 3, 2/, a) et b), b.2) et c), 3e tiret, alinéa 2 à 6 et § 4 n'interviendra, la prochaine fois, qu'au 1^{er} juillet 2005 et, ensuite, tous les deux ans.

§ 3. Par budget global, on entend le montant représenté par l'addition du budget pour la Sous-partie B2 de chaque hôpital au 30 juin précédant l'exercice de la fixation du budget B2.

Cependant, pour la détermination du budget global au 1^{er} juillet 2002 et pendant la période d'ajustement visée à l'article 45, § 9, le budget B2 au 30 juin 2002 de chaque hôpital est déterminé de la manière suivante : [...]

Au budget ainsi déterminé, pour chaque hôpital, il est ajouté le montant relatif à la Sous-partie B2 des prestations réalisées en hospitalisation chirurgicale de jour visée au point 6 de l'annexe 3 découlant de la répartition du budget disponible pour l'hôpital de jour chirurgical entre les Sous-parties B1 et B2 sur base de la valeur relative de chacune de ces Sous-parties B1 et B2 pour chaque hôpital.

Au 1^{er} juillet 2005, le budget global disponible au 30 juin 2005 est augmenté de 3.546.000 EUR.

Au 1^{er} juillet 2006, un montant supplémentaire de 9.661.667 EUR sera ajouté au budget global et réparti selon des modalités à fixer par Nous.

Au 1^{er} juillet 2007, un montant supplémentaire de 9.661.667 EUR sera ajouté au budget global et réparti selon des modalités à fixer par Nous.

§ 4. A chaque hôpital est attribué un nombre de points conformément aux modalités prévues à l'article 46.

§ 5. Le nombre de points attribué à chaque hôpital est additionné afin de déterminer le nombre total de points pour l'ensemble des hôpitaux.

§ 6. La valeur du point est déterminée en divisant le budget global pour la Sous-partie B2, visé au § 3, par le nombre total de points visé au § 5.

§ 7. A chaque hôpital est attribué un montant représenté par la multiplication du nombre de points de l'hôpital visé au § 4 par la valeur du point fixée conformément au § 6. Le budget B2 ainsi adapté est appelé le budget définitif B2.

§ 8. Le passage du budget actuel B2 vers le budget définitif B2 s'effectue progressivement, étant entendu que l'ajustement est fixé à 60 % pour l'exercice débutant le 1^{er} juillet 2005. Cet ajustement est fixé à 100 % pour l'exercice débutant le 1^{er} juillet 2006 selon des modalités à fixer par Nous qui incluront, notamment, un indice de correction sociale.

§ 9. S'il apparaît que les budgets octroyés respectivement pour :

1. le personnel des unités de soins de chirurgie, médecine et pédiatrie;
2. le personnel des unités de soins agréées sous d'autres index d'agrément que ceux visés au 1;
3. le personnel du service d'urgences;

sont inférieurs aux budgets nécessaires pour couvrir les activités de base de ces 3 groupes de service, le budget visé au § 7, est adapté d'un montant M calculé comme suit : [...]"

L'article 47, § 3, situé dans la sous-section relative à la sous-partie B2 des services G isolés et des services Sp, énonçait que :

" § 3. Le budget de la Sous-partie B2 des services agréés Sp-soins palliatifs est fixé au 1^{er} juillet 2002 (index 1^{er} janvier 2002) à 75.832,74 EUR par lit".

L'article 77, situé dans la sous-section relative à la sous-partie B7 du budget, tel qu'il était rédigé avant l'adoption de l'arrêté attaqué, énonçait que :

" § 1^{er}. (a). La sous-partie B7A est fixée de la manière suivante :

$B7A = A + B + C + D + E$

Où :

A = le montant représentant l'addition des éléments suivants :

1. le budget correspondant à la différence entre les points octroyés au 30 juin 2002 et les points qui auraient été octroyés, au 1^{er} juillet 2002, si on avait appliqué les dispositions de l'article 46. Le 1^{er} juillet 2003, ce budget sera réduit pour ce qui est des points supplémentaires pour les services C, D et E. Le budget représentant la différence en points de base concernant le personnel infirmier lié aux lits universitaires situés en dehors du site pris en considération pour l'attribution des 60 %, comme mentionné à l'alinéa 2, point 2, de la sous-partie B7A du budget des moyens financiers est transféré, au 1^{er} juillet 2003, vers la sous-partie B4.

2. la diminution de budget visé à l'article 42, § 8, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986, à sa valeur au 30 juin 2002;

3. les montants équivalents à la réduction des budgets globaux de biologie clinique et d'imagerie médicale et des objectifs budgétaires partiels pour la dialyse et les journées forfaitaires en ce qui concerne l'hospitalisation de jour non chirurgicale, appliquée lorsque interviendront des modifications dans les règles de financement de ces différents secteurs, de façon à neutraliser l'effet pour les hôpitaux concernés de ces modifications, pour autant que ces montants donnent lieu à une augmentation du budget global des hôpitaux visé à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux.

B = la valeur au 30 juin 2002 du financement octroyé en application de l'article 48, § 14, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986

C = la valeur au 30 juin 2002 du financement octroyé en application de l'article 48, § 28, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986.

La répartition de la somme des budgets dont question aux points A, B et C s'effectue de la manière suivante :

1. En vue de couvrir les frais directement attribuables à la mission universitaire :

- 25 % du budget sont répartis entre les hôpitaux qui répondent au critère de publications scientifiques ayant trait à la recherche clinique appliquée et au développement, à l'évaluation et à l'application de nouvelles technologies. Les hôpitaux universitaires doivent réaliser minimum 3 publications par 10 lits sur une période de 3 ans qui précède l'exercice pour lequel le budget est fixé. Un minimum de 4 publications portant sur au moins 10 spécialités médicales différentes sur la période considérée doivent aussi être réalisées. Les publications qui entrent ici en considération sont des publications reprises dans le Science Citation Index (SCI) du Web of Science (WoS) de l'Institute of Scientific Information (ISI) et dont un ou plusieurs membres de la direction de l'hôpital sont (co-)auteurs.

Pour chaque hôpital qui satisfait aux conditions mentionnées à l'alinéa précédent, le montant octroyé équivaut à 25 % du budget comptant au 30 juin 2003 pour les membres A, B et C.

Le maintien de ce financement est subordonné au dépôt auprès du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Direction générale de l'Organisation des Etablissements de Soins, d'une note sur la stratégie de recherche et d'un rapport sur l'exécution des projets de recherche et de développement ainsi que sur leur application dans la pratique médicale.

- 15 % du budget sont répartis entre les hôpitaux pour couvrir les coûts relatifs à l'enseignement clinique et à la formation. Le montant attribué à chaque hôpital est calculé sur base d'un montant de 30.460,50 EUR (valeur 1^{er} janvier 2003) par maître de stage et 4.822,92 EUR (valeur 1^{er} janvier 2003) par médecin spécialiste en formation.

2. En vue de couvrir les frais se rapportant indirectement à la mission universitaire : 60 % du budget sont répartis entre les hôpitaux sur la base de la partie de chaque hôpital dans le budget de la sous-partie B2 attribué au 1^{er} juillet 2003.

D = le montant de la répartition d'un budget de 9.915.741 EUR (valeur 1^{er} juillet 2002) en fonction d'une clé de répartition égale à $T \times N$;

Où :

T = la part relative exprimée en pourcentage des charges sociales patronales, le cas échéant limitées afin d'atteindre des avantages sociaux équivalents, par rapport aux rémunérations brutes des médecins salariés repris sous N, pondéré selon la catégorie de médecin notamment le médecin contractuel, le médecin statutaire et le médecin de la fonction publique à l'exclusion des médecins assistants;

N = le nombre de médecins salariés, exprimés en nombre d'équivalents temps plein, durant la dernière année connue pour lesquels des cotisations patronales ont été payées et appartenant aux catégories des médecins contractuels, des médecins statutaires et des médecins de la fonction publique à l'exclusion des médecins assistants.

Pour bénéficier de ce financement, les hôpitaux concernés doivent faire parvenir au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Direction générale de l'Organisation des Etablissements de Soins, la liste des médecins visés au point T, avec mention de leur nom, prénom, numéro national, de leur temps de travail exprimé en 11es et du nombre de mois durant lequel ils ont été occupés.

E = les montants octroyés au 30 juin 2002 en application des articles 22bis, § 3, 1/, et 47, 1/, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 en ce qui concerne les équipements, avec un champ supérieur à un tesla, attribués sur base de l'article 7 de l'arrêté royal du 27 octobre 1989.

Les données utilisées pour la répartition de la somme des budgets dont question aux points A, B et C d'une part, et du budget dont question au point D d'autre part, sont celles ayant trait à un seul campus par hôpital universitaire, comme mentionné à l'article 7, 2/, g), 1/.

Les données d'autres sites sont prises en compte pour autant qu'ils fassent partie de l'hôpital universitaire depuis 10 ans d'affilée.

Si un campus est fermé, seules les données relatives aux lits transférés au site de l'hôpital universitaire peuvent être prises en compte.

Pour calculer le poids relatif des sites pris en considération pour l'attribution des 60 % du B7A de l'hôpital universitaire par rapport à l'ensemble des sites de cet hôpital, le budget B2 calculé au 1^{er} juillet 2003 est multiplié par un coefficient représentant la proportion du dernier budget B2 connu avant fusion du site de l'hôpital universitaire par rapport au dernier budget B2 de l'ensemble de l'hôpital.

b) Le budget B7A déterminé conformément aux dispositions du point a) est appelé le «budget cible B7A».

Le passage du budget B7A à sa valeur au 30 juin 2003 vers le budget cible B7A s'effectue sur une période de 5 exercices, à raison de 20 % par exercice.

c) Afin de conserver l'avantage de ce financement, les hôpitaux doivent satisfaire aux conditions de l'annexe 12, point 1., §§ 1^{er} et 2, points 1/ à 7/ inclus et point 2., 2^{ème} alinéa.

De plus, les hôpitaux doivent communiquer chaque année pour le 1^{er} mai au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Direction générale de l'Organisation des Etablissements de Soins, les renseignements suivants :

- le nombre de maîtres de stage et de médecins spécialistes en formation;
- une liste reprenant les références des publications scientifiques ayant trait à la recherche clinique appliquée et au développement, à l'évaluation et à l'application de nouvelles techniques médicales que les membres de la direction médicale de l'hôpital ont publié sur la période de 3 ans qui précède l'exercice pour lequel le budget est fixé;
- la preuve qu'ils satisfont aux conditions mentionnées dans le présent article relatives aux publications scientifiques.

§ 2. La Sous-partie B7B est fixée à partir du 1^{er} juillet 2002 de la manière suivante : $B7B = A + B + C + D$.

Où :

A = la différence de budget correspondant à la différence de points octroyés au 30 juin 2002 et les points qui auraient été octroyés au 30 juin 2002 si on avait appliqué les dispositions de l'article 46 du présent arrêté; la partie de la différence de budget, transféré au 1^{er} juillet 2002, correspondant aux points supplémentaires pour les services C, D et E est transféré vers la sous-partie B2.

B = la diminution de budget visée à l'article 42, § 8, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986, à sa valeur au 30 juin 2002;

C = la valeur au 30 juin 2002 du financement octroyé en application de l'article 48, § 14, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986;

D = la valeur au 30 juin 2002 du financement octroyé en application de l'article 48, § 28, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986.

Pour conserver le bénéfice du financement prévu au C et au D, les hôpitaux concernés doivent respecter les conditions reprises à l'annexe 12 du présent arrêté".

L'article 78, situé dans la sous-section relative à la sous-partie B8 du budget, tel qu'il existait avant l'adoption de l'arrêté attaqué, énonçait que :

" La sous-partie B8 du budget est fixée de la manière suivante :

1/ Un montant de 18.108.621,55 EUR (index 01/01/2005) est réparti entre les hôpitaux aigus comme suit :

Pour chaque hôpital aigu sont calculés les ratios suivants :

- a) ratio du nombre d'admissions relatives à des patients qui remplissent les conditions pour bénéficier du Maximum à facturer social par rapport au nombre total d'admissions relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1^{er};
- b) ratio du nombre d'admissions relatives aux patients bénéficiant du Maximum à Facturer bas revenus et qui sont isolés par rapport au nombre total d'admissions relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1^{er};
- c) ratio du nombre de dossiers de personnes sans domicile de secours dont les coûts d'hospitalisation sont remboursés aux CPAS par le Service public de programmation Intégration sociale, lutte contre la pauvreté et économie sociale par rapport au nombre total d'admissions.

Les trois ratios ci-dessus sont pondérés comme suit :

Ratio sous a) : par 0,25;

Ratio sous b) : par 0,66;

Ratio sous c) : par 1,00.

Après pondération, les ratios sont additionnés pour constituer un score.

Les hôpitaux sont classés selon la valeur décroissante du score obtenu.

Le budget global prévu est réparti comme suit :

60 % pour les cas relevant du ratio sous a);

25 % pour les cas relevant du ratio sous b);

15 % pour les cas relevant du ratio sous c).

La répartition du budget entre les hôpitaux dont le score est plus élevé que la médiane est effectuée sur base du nombre de leur cas pris en compte dans le calcul de chaque ratio ci-dessus.

Pour conserver le bénéfice du financement précité, les hôpitaux sélectionnés doivent faire la preuve que, pour l'ensemble de l'hôpital, ils appliquent les tarifs de l'engagement selon les conditions qui, dans l'accord national médecins-organismes assureurs sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter ces tarifs. En cas d'absence d'un tel accord national, ils doivent appliquer pour l'ensemble de l'hôpital les tarifs qui servent de base pour l'intervention de l'assurance maladie selon les conditions qui, dans le dernier accord national médecins-organismes assureurs, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter les tarifs de cet accord.

Afin de pouvoir conserver le bénéfice des montants précités de la sous-partie B8, les hôpitaux doivent :

- collaborer à la collecte systématique et à la transmission, au Département de la Santé publique, de données correctes et complètes relatives au profil social de leurs patients;
- participer aux journées d'information et de formation portant sur l'accompagnement de patients à profil social faible et aux projets qui conduisent à un meilleur accueil des patients à profil social faible;
- soumettre annuellement un rapport attestant l'affectation des moyens au profit du groupe cible.

Le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions peut définir, par voie de convention avec les hôpitaux concernés, les modalités pratiques, y compris celles relatives à l'enregistrement, sur la base desquels les obligations précitées sont exécutées et contrôlées.

Lorsqu'il n'est pas répondu à l'ensemble des critères, le Ministre, dont question ci-dessus, fixe les pourcentages du montant octroyé devant être remboursé ainsi que le calendrier du remboursement.

2/ En vue de prendre en compte les problèmes spécifiques des langues et les caractéristiques culturelles des patients hospitalisés, un montant maximum de 1.330.366,22 EUR (index 01/01/2005) est réparti entre les hôpitaux aigus et les hôpitaux psychiatriques qui, sur une base volontaire, demandent à engager un médiateur interculturel ou un coordinateur en matière de médiation interculturelle qui assiste l'hôpital concernant les aspects médicaux, infirmiers et d'autres pratiques professionnelles de soins dans ses relations juridiques avec les patients précités.

[...]".

L'article 83, situé dans la sous-section relative à la Sous-partie C3 du budget, tel qu'il existait avant l'adoption de l'arrêté attaqué, prévoyait que "La Sous-partie C3 du budget des moyens financiers est fixée à sa valeur au 30 juin 2002".

Enfin, l'annexe 12 était libellée comme suit :

" Annexe 12. - Conditions d'octroi des financements visés à l'article 77, § 1^{er}, a), points B et C et § 2, points C et D.

1. Nouvelles technologies médicales.

§ 1^{er}. Pour conserver le bénéfice du financement prévu à l'article 77, § 1^{er}, a), points B et C et § 2, points C et D, l'hôpital concerné doit :

1/ participer activement à des programmes de recherche et de développement;
2/ être agréé pour les formations complètes dans les principales spécialités médicales;

3/ effectuer la perception centrale de tous les honoraires médicaux;

4/ employer au minimum un médecin hospitalier, exprimé en équivalent temps plein, par 3 lits agréés;

5/ prouver que plus de 70 % de leur activité médicale est effectuée par des médecins à temps plein;

6/ rémunérer plus de 70 % des médecins exprimés en équivalents temps plein, par un salaire pour leur activité hospitalière complète;

7/ appliquer pour l'ensemble de l'hôpital les tarifs de l'engagement selon les conditions qui, dans l'accord national médecins-organismes assureurs, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter ces tarifs.

En cas d'absence d'un tel accord national, appliquer pour l'ensemble de l'hôpital les tarifs qui servent de base pour l'intervention de l'assurance maladie, selon les conditions qui, dans le dernier accord national médecins-organismes assureurs, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter les tarifs de cet accord.
8/ chaque année, pour le 1^{er} mai, l'institution transmet la liste des références des articles scientifiques ayant trait au développement, à l'évaluation et à l'application de nouvelles technologies médicales publiées au cours des trois années précédentes par les membres du cadre clinique à temps plein. Les publications seront évaluées par une Commission Scientifique désignée par le Ministre, qui vérifiera que le facteur d'impact scientifique dépasse 1 point par 10 lits.

Le facteur d'impact des publications scientifiques est calculé annuellement par l'«Institute of Scientific Information» sous la forme de «Science Citation Index» publié dans le «Journal of Citation Reports».

§ 2. Les pièces justificatives reprises ci-après des conditions visées au § 1, 1/ à 8/ doivent parvenir pour le 1^{er} octobre qui suit l'exercice considéré au Ministre des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de Santé, Comptabilité et Gestion des Hôpitaux :

1/ le nombre de candidats spécialistes, exprimé en équivalents temps plein, occupés pendant l'exercice considéré dans l'hôpital;

2/ pour la condition 2 : une copie des agréments des médecins spécialistes;

3/ pour la condition 3 : l'attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical mentionnant que tous les honoraires sont perçus de façon centrale par l'hôpital;

4/ pour la condition 4 : le nombre de médecins hospitaliers exprimé en équivalents temps plein et le nombre de lits agréés au 1^{er} janvier de l'exercice considéré;

5/ pour les conditions 5 et 6 : la liste nominative des médecins, leur temps de travail exprimé en demi-jours et le pourcentage de la rémunération pour laquelle des cotisations ONSS ont été payées;

6/ une copie du statut pécuniaire relatif aux médecins occupés dans l'hôpital;

7/ pour la condition 7 : l'attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical mentionnant que les tarifs de l'engagement sont appliqués pour l'ensemble de l'hôpital, selon les conditions qui dans l'accord national médecins-organismes assureurs, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter les tarifs de cet accord.

2. Fonction de formation.

En vue de financer les coûts découlant de la fonction de formation dans les hôpitaux universitaires et non universitaires visés à l'article 77, il est octroyé :

- 29.747,22 EUR par maître de stage;

- 4.709,98 EUR par médecin spécialiste en formation.

Pour conserver le bénéfice du financement précité, les hôpitaux doivent répondre aux conditions suivantes :

- être agréé pour les formations complètes dans les principales spécialités médicales, chirurgicales et médico-techniques;

- assurer à tout moment au sein de l'hôpital la formation d'au moins un candidat spécialiste ayant un plan de stage agréé par 10 lits agréés;

- rémunérer eux-mêmes tous les candidats spécialistes et appliquer les dispositions prévues à l'article 15bis de l'arrêté royal du 28 décembre 1944;

- employer au minimum un médecin hospitalier, exprimé en équivalent temps plein, par 3 lits agréés;

- prouver que plus de 70 % de leur activité médicale est effectuée par des médecins à temps plein;

- rémunérer plus de 70 % des médecins exprimés en équivalents temps plein par un salaire pour leur activité complète;

- effectuer la perception centrale de tous les honoraires médicaux;

- appliquer pour l'ensemble de l'hôpital les tarifs de l'engagement selon les conditions qui, dans l'accord national médecins-organismes assureurs, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter ces tarifs.

En cas d'absence d'un tel accord national, appliquer pour l'ensemble de l'hôpital les tarifs qui servent de base pour l'intervention de l'assurance maladie, selon les conditions qui, dans le dernier accord national médecins-organismes assureurs, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter les tarifs de cet accord.

Les pièces justificatives doivent parvenir pour le 1^{er} octobre qui suit l'exercice considéré au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de Santé, Comptabilité et Gestion des Hôpitaux".

2. Le 9 juin 2005, le Ministre de la Santé publique a demandé l'avis du conseil national des établissements hospitaliers sur diverses questions relatives à la fixation du budget des moyens financiers des hôpitaux au 1^{er} juillet 2006.

Il y indiquait notamment ce qui suit :

" Monsieur le Président,

Au 1^{er} juillet 2006 devront être fixés de nouveaux budgets de moyens financiers des hôpitaux. Il s'indique de commencer dès maintenant la procédure conduisant à cette fixation.

C'est la raison pour laquelle je demande à la Section Financement de votre Conseil de bien vouloir me remettre son avis pour le 30 septembre 2005 à propos des éléments repris ci-dessous.

Comme vous le constaterez à la lecture de ce qui suit, ces éléments sont en nombre restreint. En effet, l'exercice de financement débutant le 1^{er} juillet 2006 constitue en ce qui concerne les hôpitaux aigus un exercice pour lequel, seule, parmi l'ensemble des critères utilisés pour appréhender l'activité de l'hôpital, l'activité justifiée sera corrigée à la suite de l'utilisation de données plus récentes et éventuellement de la modification de ses règles de calcul.

[...].

3. Sous-partie B2 - Hôpitaux aigus

Il est prévu d'accorder, dans le cadre de la résorption du sous-financement des hôpitaux, au 1^{er} juillet 2006, un budget complémentaire de 9.661.667 €. La Section Financement pourrait-elle me faire savoir quelles pourraient être les modalités de répartition de ce montant ? Pourrait-elle en particulier me donner avis sur une répartition qui favorise les hôpitaux qui interdisent les suppléments d'honoraires en chambres à deux lits ?

4. Sous-partie B1 et B2 - Hôpitaux aigus

L'ajustement des budgets actuels aux budgets définitifs devrait être porté à 100 % au 1^{er} juillet 2006 selon des modalités qui incluront notamment un indice de correction sociale. La Section Financement pourrait-elle me faire savoir quelles pourraient être ces modalités ? En outre, en ce qui concerne la sous-partie B2, ne conviendrait-il pas de réserver tout ou partie du budget supplémentaire de 9.661.667 € dont question au point 3 ci-dessus afin de consacrer davantage de moyens aux hôpitaux admettant des patients identifiés comme étant des patients au profil socio-économique faible ?

Dans ce contexte, serait-il encore opportun de maintenir en l'état la sous-partie B8 du budget des moyens financiers (hors le financement de la médiation interculturelle) ? La Section Financement pourrait-elle par ailleurs aussi évaluer si la sous-partie B8 couvre de façon adéquate le surcoût pour la prise en charge des patients au profil socio-économique faible ?

[...].

8. Fixation de la partie C3

Si on envisage de supprimer la possibilité de demander des suppléments de chambre en chambre à deux lits, un recalcul ou un ajustement de la sous-partie C3 s'impose. La Section Financement pourrait-elle me faire savoir quelles pourraient être les modalités de ce recalcul ou de cet ajustement ? [Quel] est également l'avis de la Section quant à la pertinence du maintien de la fixation historique de cette sous-partie face à la réalité des suppléments réclamés et à leur évolution depuis cette fixation ?".

3. Le 29 septembre 2005, le conseil national des établissements hospitaliers rend un "Avis relatif à la fixation du budget des moyens financiers au 01/07/06", qui contient notamment le passage suivant :

" Sous-partie B2 - hôpitaux aigus

La sous-partie B2 couvre des coûts de personnel et de matériel de soins.
Il a été démontré à suffisance le sous-financement de cette partie du BMF.

Le Gouvernement a décidé de le combler partiellement et progressivement. Tous les hôpitaux pâtissent de cette insuffisance de financement : il faut donc que la somme supplémentaire de 9.661.667 € prévue pour 2006 bénéficie à tous les hôpitaux et ce, en augmentant la valeur du point (idem en 2007).

Lier la résorption du sous-financement à une pratique d'honoraires médicaux (telle que la non-facturation de suppléments d'honoraires en chambre à 2 lits) est d'ailleurs irrelevant et engendre une confusion entre les deux financements, clairement distincts.

Ce lien accrédi terait d'ailleurs l'idée que les suppléments d'honoraires existent pour résorber le sous-financement.

Sous-partie B1 et B2, en lien avec la sous-partie B8 - hôpitaux aigus

La Section rappelle son avis du 10 février 2005 relatif à la problématique des lits justifiés et des patients ayant un profil très faible sur le plan socio-économique

[...].

Sous-partie C3

La Section s'étonne qu'il soit question de supprimer la possibilité de demander des suppléments de chambre en chambre à 2 lits.

[...]

La suppression de la possibilité de facturer un supplément de chambre est particulièrement mal venue dans le contexte d'un large sous-financement. Ce supplément n'est d'ailleurs pas toujours à charge du patient lui-même.

A imaginer cependant que la facturation d'un supplément en chambre à 2 lits devienne interdite, la Section se demande quel est encore le patient qui acceptera d'aller en chambre commune ?

[...]"

4. Le 10 novembre 2005, le conseil national des établissements hospitaliers a rendu un "Avis conjoint des sections «Programmation & agrément» et «Financement» relatif aux modalités de fixation du budget des moyens financiers des hôpitaux aux 1^{er} janvier 2006 et 1^{er} juillet 2006", qui n'aborde toutefois pas la problématique soulevée dans le recours.

5. Le 2 février 2006, le Ministre de la Santé publique a adressé une demande d'avis au président du conseil national des établissements hospitaliers.

6. Le 22 mars 2006, le conseil national des établissements hospitaliers a rendu un "Avis relatif à l'octroi d'un montant spécifique dans le BMF pour améliorer le fonctionnement de l'hôpital en application de l'article 99 de la loi sur les hôpitaux", qui n'aborde, toutefois, pas la problématique soulevée dans le recours.

7. Le 26 juin 2006, le Ministre de la Santé publique a adressé au président du conseil national des établissements hospitaliers une demande d'avis sur la fixation du nouveau budget des moyens financiers soit au 1^{er} janvier 2007 soit au 1^{er} juillet 2007, comportant diverses questions, dont les suivantes :

" [...]

5) La section pourrait-elle proposer - dans le cadre de l'utilisation des 9 millions supplémentaires prévus au 01.07.07 du B2 - des modalités pour moduler cette répartition supplémentaire en fonction des suppléments des chambres à 2 lits ?

6) Dans l'attente des résultats de l'étude en cours et du groupe de travail, la Section financement pourrait-elle proposer des modalités ou confirmer ces avis précédents quant à la sous-partie B8 ?".

8. Saisie le 25 juillet 2006 d'une demande d'avis dans un délai de trente jours, la section de législation du Conseil d'Etat a formulé, le 3 août 2006, un avis référencé 41.044/1/V sur le projet appelé à devenir l'arrêté royal du 10 novembre 2006 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

9. Saisie le 11 août 2006 d'une demande d'avis à rendre dans les trente jours, la section de législation du Conseil d'Etat a formulé, le 7 septembre 2006, un avis référencé 41.205/1/V sur le projet appelé à devenir l'arrêté royal du 10 novembre 2006 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

10. Le 14 septembre 2006, le conseil national des établissements hospitaliers a rendu un "Avis relatif au budget des moyens financiers au 01/01/2007 et 01/07/2007".

Y figure notamment le passage suivant :

" [...]

Comment moduler la répartition des 9 millions supplémentaires prévus au 01/07/07 ?

Dans son avis du 29/9/05 sur le Budget des moyens financiers au 01/07/06, la section Financement s'étonnait des mesures déjà envisagées à l'époque en matière d'interdiction des suppléments de chambres à 2 lits (ou de pénalisation pour les hôpitaux qui les facturent), en exposant 3 arguments (p. 7) :

1) les hôpitaux connaissent un sous-financement

2) la réglementation actuelle assure déjà une bonne protection tarifaire : la loi plafonne le montant (et le reconnaît donc) à 20,11 € par jour, aucun supplément ne peut être demandé s'il n'y a plus de lits disponibles en chambre commune, les

suppléments sont interdits en cas d'admission aux urgences ou aux soins intensifs et enfin : la moitié au moins des lits doit être libre pour les patients qui ne désirent pas payer de suppléments. La Section rappelle à ce propos que l'hospitalisation en chambre à 2 lits payante résulte d'un choix libre du patient.

3) au vu de la Circulaire explicative du BMF au 1/7/06, la Section imagine que dans sa demande d'avis, le Ministre parle des suppléments d'honoraires et non des suppléments de chambre. Il est en effet dit dans la Circulaire qu'un «budget de 9.661.667 € sera réparti entre les seuls hôpitaux qui ne demandent pas de suppléments d'honoraires».

Outre que dans son même avis du 29/09/05 (p. 9), la section Financement estimait qu'établir un lien entre un refinancement des hôpitaux et une pratique d'honoraires est irrelevante puisqu'il s'agit de 2 budgets clairement distincts, elle réitère sa recommandation unanime (p. 6) : le refinancement doit bénéficier à tous les hôpitaux et non à une partie d'entre eux. Cette remarque vaut aussi pour la mesure appliquée au 01/07/06 de la «Correction sociale» qui a réparti la 2ème tranche B2 du refinancement aux hôpitaux ayant plus de patients isolés (ce qui constitue un B8 supplémentaire déguisé).

Les représentants mutualistes à la section Financement ne partagent cependant pas cet avis, exposant que les hôpitaux ne sont pas sur le même pied en matière de possibilité de facturation de suppléments d'honoraires".

11. Le 7 novembre 2006, le Ministre de la Santé publique a adressé une demande d'avis concernant la "Fixation du budget des moyens financiers des hôpitaux au 1^{er} janvier 2007 et au 1^{er} juillet 2007" au président du conseil national des établissements hospitaliers.

Il y indique que la section de financement ne doit rendre d'avis que sur certains points, dont l'"Encadrement des suppléments d'honoraires : Anticipation du versement de la 3^{ème} tranche du refinancement des hôpitaux".

12. Le 10 novembre 2006, a été adopté l'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux. Celui-ci a été publié au Moniteur belge le 24 novembre 2006.

Il s'agit de l'acte qui fait l'objet du présent recours.

Son article 3 est rédigé dans les termes suivants :

" A l'article 29 du même arrêté [du 25 avril 2002], sont apportées les modifications suivantes :

1/ le § 2, 4/, est complété par les alinéas suivants :

«La dernière tranche, octroyée au 1^{er} juillet 2007, est accordée aux seuls hôpitaux qui appliquent aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs.

Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués. La preuve est apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical».

2/ le § 3, 3/, est complété par les alinéas suivants :

«La dernière tranche octroyée au 1^{er} juillet 2007 sera accordée aux seuls hôpitaux qui appliquent aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs.

Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués. La preuve est apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical»".

En vertu de l'article 7, 1/, du même arrêté royal du 10 novembre 2006, l'article 44, § 3, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 a été remplacé par la disposition suivante :

" § 3. 1/ A partir du 1^{er} juillet 2005, la sous-partie B1 des hôpitaux psychiatriques est augmentée d'un montant forfaitaire (M) pour autant que le budget B1 en vigueur au 30 juin 2005, exprimé par lit, soit inférieur à la moyenne nationale.

Le montant (M) est calculé comme suit :

[...].

2/ A partir du 1^{er} juillet 2006, un montant de 2.445.000 EUR (index 1^{er} juillet 2006) est réparti entre les hôpitaux psychiatriques dont le montant de la sous-partie B1 divisé par le nombre de référence, visé à l'article 87, § 3, est inférieur à 90 % du résultat de la division de la somme des sous-parties B1 de l'ensemble des hôpitaux psychiatriques par la somme de leur nombre de référence.

La répartition du budget disponible s'effectue selon le calcul suivant :

[...].

3/ Au 1^{er} juillet 2007, un montant supplémentaire de 2.445.000 EUR sera ajouté au budget national disponible et réparti selon des modalités à fixer par Nous.

La dernière tranche octroyée au 1^{er} juillet 2007 sera accordée aux seuls hôpitaux qui appliquent aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs.

Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués.

La preuve est apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical".

L'article 8, 2/, de l'arrêté royal du 10 novembre 2006 a remplacé l'article 45, § 3, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 par la disposition suivante :

" Le § 3 est remplacé par les dispositions suivantes :

§ 3. 1/ Par budget global, on entend le montant représenté par l'addition du budget pour la sous-partie B2 de chaque hôpital au 30 juin précédant l'exercice de la fixation du budget B2.

Cependant, pour la détermination du budget global au 1^{er} juillet 2002, et pendant la période d'ajustement visée à l'article 45, § 9, le budget B2 au 30 juin 2002 de chaque hôpital est déterminé de la manière suivante :

[...]

Au budget ainsi déterminé pour chaque hôpital, il est ajouté le montant relatif à la sous-partie B2 des prestations réalisées en hospitalisation chirurgicale de jour visée au point 6 de l'annexe 3 découlant de la répartition du budget disponible pour l'hôpital de jour chirurgical entre les sous-parties B1 et B2 sur base de la valeur relative de chacune de ces sous-parties B1 et B2 pour chaque hôpital.

2/ Au 1^{er} juillet 2005, le budget global disponible au 30 juin 2005 est augmenté de 3.546.000 EUR.

3/ Au 1^{er} juillet 2006, il est octroyé aux hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés, un montant forfaitaire (X) calculé comme suit :

[...]

4/ Au 1^{er} juillet 2007, un montant supplémentaire de 9.661.667 EUR sera ajouté au budget global et sera accordé aux seuls hôpitaux qui appliquent aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs.

Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués. La preuve est apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical".

Son article 15 a remplacé l'article 78, 1/, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 par la disposition suivante :

" 1/ Un montant de 18.537.288,80 EUR (index 1^{er} juillet 2006) est réparti entre les hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés, comme suit :

Pour chaque hôpital sont calculés les ratios suivants :

a) ratio du nombre d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives à des patients qui remplissent les conditions pour bénéficier du maximum à facturer social par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives à des patients relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1^{er};

b) ratio du nombre d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives aux patients bénéficiant du maximum à facturer bas revenus et qui sont isolés par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives à des patients relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1^{er};

c) ratio du nombre de dossiers des personnes sans domicile de secours dont les coûts d'hospitalisation sont remboursés aux CPAS par le SPP Intégration sociale, Lutte contre la pauvreté et Economie sociale par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale de ces patients.

Si les organismes assureurs repris à l'article 99, § 1^{er}, ou le SPP Intégration sociale, Lutte contre la pauvreté et Economie sociale ne peuvent fournir, pour un hôpital particulier, les données visées aux points a), b) et/ou c), le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement s'adresse directement auprès de l'hôpital concerné pour obtenir les données manquantes. A défaut de pouvoir obtenir ces données manquantes, une sous-partie B8, 1/, est attribuée à cet hôpital, s'il a antérieurement obtenu un financement au titre d'un profil de patients très faible sur le plan socio-économique, dont le montant correspond au budget disponible susvisé divisé par le total des lits agréés de l'ensemble des hôpitaux bénéficiaires et multiplié par le nombre de lits agréés de l'hôpital concerné.

Les trois ratios ci-dessus sont pondérés comme suit :

- ratio sous a) : par 0,25;
- ratio sous b) : par 0,66;
- ratio sous c) : par 1,00.

Après pondération, les ratios sont additionnés pour constituer un score.

Les hôpitaux sont classés selon la valeur décroissante du score obtenu.

Le budget global prévu est réparti comme suit :

- 60 % pour les cas relevant du ratio sous a);
- 25 % pour les cas relevant du ratio sous b);
- 15 % pour les cas relevant du ratio sous c).

La répartition du budget entre les hôpitaux dont le score est plus élevé que la médiane est effectuée sur base du nombre de leur cas pris en compte dans le calcul de chaque ratio ci-dessus.

Pour conserver le bénéfice du financement précité, les hôpitaux sélectionnés doivent faire la preuve qu'ils appliquent aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs.

Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués.

La preuve est apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical.

Afin de pouvoir conserver le bénéfice des montants précités de la sous-partie B8, les hôpitaux doivent :

- collaborer à la collecte systématique et à la transmission au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, de données correctes et complètes relatives au profil social de leurs patients;
- participer aux journées d'information et de formation portant sur l'accompagnement de patients à profil social faible et aux projets qui conduisent à un meilleur accueil des patients à profil social faible;

- soumettre annuellement un rapport attestant l'affectation des moyens au profit du groupe cible.

Le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions peut définir, par voie de convention avec les hôpitaux concernés, les modalités pratiques, y compris celles relatives à l'enregistrement, sur la base desquels les obligations précitées sont exécutées et contrôlées.

Lorsqu'un hôpital ne répond pas à l'ensemble des critères, le Ministre dont question ci-dessus fixe les pourcentages du montant octroyé devant être remboursé par l'hôpital concerné ainsi que le calendrier du remboursement".

Aux termes de son article 18, l'article 83 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 est complété comme suit :

" [...]

§ 2. Pour les hôpitaux dont la valeur de la sous-partie C3, pour un exercice déterminé, est supérieure aux montants des suppléments de chambres à un et deux lits facturés durant cet exercice comptable, une révision de la sous-partie C3 peut être effectuée.

Cette révision doit faire l'objet d'une demande explicite du gestionnaire de l'hôpital concerné.

Au terme de cette révision, la sous-partie C3 ne peut dépasser un montant de 80 % des recettes en suppléments de chambres à un ou deux lits comptabilisées durant l'exercice comptable pour lequel cette demande est introduite.

La demande de révision pour un exercice déterminé induit, de facto, la révision de la sous-partie C3 pour les quatre exercices suivants.

§ 3. Au 1^{er} juillet 2006, un montant de 10.500.000 EUR est ajouté à la sous-partie C3. Ce montant est réparti entre les hôpitaux sur base de la valeur de la sous-partie C3 de leur budget des moyens financiers au 30 juin 2006.

Le bénéfice de la mesure ne peut être conservé au 1^{er} juillet 2007 que si l'établissement peut faire la preuve qu'il a effectivement facturé moins de suppléments de chambre à un et deux lits durant l'exercice comptable précédent l'exercice pendant lequel a été octroyé ce montant".

L'article 24 de l'arrêté attaqué a modifié encore l'annexe 12 comme suit :

" 1/ au point 1., § 1^{er}, le point 7/ est remplacé par la disposition suivante :

«7/ appliquer, aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs. Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués. La preuve est apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical».

2/ au point 1., § 2, le point 7/ est remplacé par la disposition suivante :

«7/ pour la condition 7 : l'attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical mentionnant que les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs sont appliqués aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital. Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués»;

3/ au point 2., 2e alinéa, le dernier tiret est remplacé par la disposition suivante :

«- appliquer, aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs. Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués. La preuve est apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical»".

Cet article 24 a fait l'objet d'un erratum publié au Moniteur belge le 16 janvier 2007 p.1766.

L'article 25 du même arrêté prévoit, enfin, que:

" Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} juillet 2006, sauf l'article 16 qui produit ses effets le 1^{er} octobre 2005, l'article 17, 2/, qui entre en vigueur le 1^{er} octobre 2006, l'article 17, 1/, qui entre en vigueur le 1^{er} décembre 2006 et l'article 24 qui entre en vigueur le 1^{er} juillet 2007".

Un recours en annulation des articles 3, 7, 3/, 8, 4/, et 18, 2/, a également été introduit sous la référence G/A 180.457/VI-17.357.

13. Le 14 décembre 2006, la section "Financement" du conseil national des établissements hospitaliers a formulé un "Avis sur la fixation du budget des moyens financiers aux 01/01/07 et 01/07/07".

Elle y indiquait notamment ce qui suit :

" 2. Point 3.1 Encadrement des suppléments d'honoraires : anticipation du versement de la 3^{ème} tranche du refinancement des hôpitaux.

La section renvoie à l'avis déjà rendu le 14/9/06 sur le BMF au 1/1/07 et 1/7/07, en sa page 9. Elle demande de pouvoir être consultée sur les modalités d'application, quand elles seront connues et de remettre alors un avis complémentaire. Par ailleurs, il faut permettre aux hôpitaux qui ne le font pas aujourd'hui de modifier leur pratique en matière de suppléments d'honoraires, au cours par ex. d'une période à venir de 3 ans, et de bénéficier ultérieurement de la mesure de refinancement en leur permettant «d'entrer dans le système» plus tard, s'il échet".

14. Le 2 février 2007, le Ministre de la Santé publique a adressé aux gestionnaires des hôpitaux une circulaire visant à préciser les modifications apportées dans le budget des moyens financiers au 1^{er} janvier 2007.

On y lisait notamment que :

" Pour permettre le contrôle du respect de la condition liée à la facturation des honoraires (articles 29, § 2, 4/, § 3, 3, § 4, 3/, § 5, 3/, et 47, § 2) et de bénéficier du financement y afférent, il y a lieu d'envoyer l'attestation, jointe en annexe et téléchargeable sur le site du SPF, complétée et signée par la (les) personne(s) compétente(s) avant le 1^{er} mars 2007".

15. Saisie le 27 avril 2007 d'une demande d'avis à rendre dans les trente jours, la section de législation du Conseil d'Etat a communiqué, le 23 mai 2007, un avis référencé 42.967/3 sur le projet appelé à devenir l'arrêté royal du 19 juin 2007 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

16. L'arrêté royal du 19 juin 2007 précité contient un article 5 libellé comme suit :

" A l'article 29 du même arrêté, sont apportées les modifications suivantes :

1/ dans le § 2, le point 4/ est remplacé comme suit :

«4/ Dans les limites du budget national disponible de 20.876.995 EUR il est ajouté au montant visé au 3/ un montant M calculé comme suit :

$M = A + (B \times C/D)$

où :

A est égal à 50 % du budget disponible divisé par le nombre d'hôpitaux, soit 90.769 EUR;

B est égal à 50 % du budget disponible;

C est égal au budget B2 attribué à l'hôpital au 1^{er} janvier 2005 conformément à l'article 45, §§ 1^{er} et 9;

D est égal à la somme des budgets B2 attribués au 1^{er} janvier 2005 pour tous les hôpitaux du pays conformément à l'article 45, §§ 1^{er} et 9;

Le montant M est accordé à raison d'1/3 au 1^{er} juillet 2005, 2/3 au 1^{er} juillet 2006 et 3/3 au 1^{er} janvier 2007.

La dernière tranche, octroyée au 1^{er} janvier 2007, est accordée aux seuls hôpitaux qui appliquent aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs. Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués. La preuve est apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical.

S'il reste un solde par rapport au financement octroyé aux hôpitaux qui ont rentré l'attestation visée à l'alinéa précédent, ce solde sera réparti entre ces mêmes hôpitaux».

2/ dans le § 3, le point 3/ est remplacé comme suit :

«3/ Dans les limites du budget national disponible de 19.980.230 EUR il est ajouté un montant M calculé comme suit :

$$M = A + (B \times C/D)$$

où :

A est égal à 60 % du budget disponible divisé par le nombre d'hôpitaux, soit 104.244 EUR;

B est égal à 40 % du budget disponible;

C est égal à la somme des budgets B1 et B2 attribués à l'hôpital au 1^{er} janvier 2005 conformément aux articles 33, § 3, 42 et 45, §§ 1^{er} et 9;

D est égal à la somme des budgets B1 et B2 attribués au 1^{er} janvier 2005 pour tous les hôpitaux du pays conformément aux articles 33, § 3, 42 et 45, §§ 1^{er} et 9.

Le montant M est accordé à raison d'1/3 au 1^{er} juillet 2005, 2/3 au 1^{er} juillet 2006 et 3/3 au 1^{er} janvier 2007.

La dernière tranche, octroyée au 1^{er} janvier 2007, est accordée aux seuls hôpitaux qui appliquent aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs. Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués. La preuve est apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical.

S'il reste un solde par rapport au financement octroyé aux hôpitaux qui ont rentré l'attestation visée à l'alinéa précédent, ce solde sera réparti entre ces mêmes hôpitaux».

3/ dans le § 4, le point 3/, est remplacé comme suit :

«3/ Au montant visé au 2/, il est ajouté un montant M calculé comme suit :

$$M = 216,29 \text{ EUR} \times \text{Lihi}$$

où :

Lihi = le nombre de lits agréés au 1^{er} janvier 2005.

Ce montant M est accordé à raison d'1/3 au 1^{er} juillet 2005, 2/3 au 1^{er} juillet 2006 et 3/3 au 1^{er} janvier 2007.

La dernière tranche, octroyée au 1^{er} janvier 2007, est accordée aux seuls hôpitaux qui appliquent aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs. Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués. La preuve est apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical.

S'il reste un solde par rapport au financement octroyé aux hôpitaux qui ont rentré l'attestation visée à l'alinéa précédent, ce solde sera réparti entre ces mêmes hôpitaux».

4/ dans le § 5, le point 3/, est remplacé comme suit :

«3/ Au montant visé au 2/, il est ajouté un montant M calculé comme suit :

$M = 177,68 \text{ EUR} \times \text{Lihi}$

où :

Lihi = le nombre de lits agréés au 1^{er} janvier 2005.

Ce montant M est accordé à raison d'1/3 au 1^{er} juillet 2005, 2/3 au 1^{er} juillet 2006 et 3/3 au 1^{er} janvier 2007.

La dernière tranche, octroyée au 1^{er} janvier 2007, est accordée aux seuls hôpitaux qui appliquent aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs. Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués. La preuve est apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical.

S'il reste un solde par rapport au financement octroyé aux hôpitaux qui ont rentré l'attestation visée à l'alinéa précédent, ce solde sera réparti entre ces mêmes hôpitaux»."

L'article 8 du même arrêté royal du 19 juin 2007 a remplacé l'article 44, § 3, 3/, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 par la disposition suivante :

" 3/ A partir du 1^{er} juillet 2007, un montant de 2.445.000 EUR est réparti entre les hôpitaux psychiatriques dont le montant de la sous-partie B1 divisé par le nombre de référence, visé à l'article 87, § 3, est inférieur à 110 % du résultat de la division de la somme des sous-parties B1 de l'ensemble des hôpitaux psychiatriques par la somme de leur nombre de référence.

La répartition du budget disponible s'effectue selon le calcul suivant :

[...]".

En vertu de l'article 9, 2/, du même arrêté royal du 19 juin 2007, l'article 45, § 3, 4/, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 a été remplacé par la disposition suivante :

" 4/ Au 1^{er} juillet 2007, un montant supplémentaire de 9.661.667 EUR est ajouté à la sous-partie B2 des hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp soins palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés.

A partir du 1^{er} juillet 2007, le profil social de l'hôpital est défini selon les variables et les modalités définies dans l'annexe 17.

Un indice de correction sociale découlant de la prise en compte de ce profil est calculé, par hôpital, selon la formule reprise dans l'annexe 3 au présent arrêté, point 3bis, correspondant à la détermination d'un nombre de journées justifiées sociales Nh.

Les montants visés aux points 3/ et 4/ sont répartis entre les hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp soins palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés, dont l'indice de correction sociale, exprimé en nombre de journées justifiées, est positif.

Le budget disponible de 19.323.334 EUR est réparti au prorata de la part respective des hôpitaux dont l'indice de correction sociale est positif".

Son article 11 est libellé comme suit :

" Dans l'article 47, § 2, du même arrêté, la dernière phrase est remplacée par les dispositions suivantes :

«M est octroyé à raison d'1/3 au 1^{er} juillet 2005, de 2/3 au 1^{er} juillet 2006 et de 3/3 au 1^{er} janvier 2007.

La dernière tranche, octroyée au 1^{er} janvier 2007, est accordée aux seuls hôpitaux qui appliquent aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs. Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués. La preuve est apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical.

S'il reste un solde par rapport au financement octroyé aux hôpitaux qui ont rentré l'attestation visée à l'alinéa précédent, ce solde sera réparti entre ces mêmes hôpitaux»".

L'article 20 du même arrêté prévoit que l'article 78, 1/, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 est remplacé par la disposition suivante :

" 1/ Un montant de 18.908.034,57 EUR (index 1^{er} juillet 2007) est réparti entre les hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp soins palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés.

a) Au 1^{er} juillet 2007, 100 % du montant disponible est réparti selon les modalités suivantes.

1. Pour chaque hôpital sont calculés les ratios suivants :

1.1. ratio du nombre d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives à des patients qui remplissent les conditions pour bénéficier du maximum à facturer social par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives à des patients relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1^{er};

1.2. ratio du nombre d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives aux patients bénéficiant du maximum à facturer bas revenus et qui sont isolés par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives à des patients relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1^{er};

1.3. ratio du nombre de dossiers des personnes sans domicile de secours dont les coûts d'hospitalisation sont remboursés aux CPAS par le SPP Intégration sociale,

Lutte contre la pauvreté et Economie sociale par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale de ces patients.

Si les organismes assureurs repris à l'article 99, § 1^{er}, ou le SPP Intégration sociale, Lutte contre la pauvreté et Economie sociale ne peuvent fournir, pour un hôpital particulier, les données visées aux points a), b) et/ou c), le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement s'adresse directement auprès de l'hôpital concerné pour obtenir les données manquantes. A défaut de pouvoir obtenir ces données manquantes, une sous-partie B8, 1/, est attribuée à cet hôpital, s'il a antérieurement obtenu un financement au titre d'un profil de patients très faible sur le plan socio-économique, dont le montant correspond au budget disponible susvisé divisé par le total des lits agréés de l'ensemble des hôpitaux bénéficiaires et multiplié par le nombre de lits agréés de l'hôpital concerné.

2. Les trois ratios ci-dessus sont pondérés comme suit :

- ratio sous 1.1. : par 0,25;
- ratio sous 1.2. : par 0,66;
- ratio sous 1.3. : par 1,00.

Après pondération, les ratios sont additionnés pour constituer un score.

Les hôpitaux sont classés selon la valeur décroissante du score obtenu.

Le budget disponible est réparti comme suit :

- 60 % pour les cas relevant du ratio sous 1.1.,
- 25 % pour les cas relevant du ratio sous 1.2.,
- 15 % pour les cas relevant du ratio sous 1.3.

La répartition du budget entre les hôpitaux dont le score est plus élevé que la médiane est effectuée sur base du nombre de leur cas pris en compte dans le calcul de chaque ratio ci-dessus.

b) Au 1^{er} juillet 2008, 75 % du budget disponible est réparti selon les règles décrites au point a).

Au 1^{er} juillet 2009, 50 % du budget disponible est réparti selon les règles décrites au point a).

Au 1^{er} juillet 2010, 25 % du budget disponible est réparti selon les règles décrites au point a).

Au 1^{er} juillet 2011, 100 % du budget disponible est réparti selon les règles décrites ci-dessous.

Aux 1^{er} juillet 2008, 2009 et 2010, le solde du budget disponible est réparti, entre tous les hôpitaux par variable définie dans l'annexe 3 au présent arrêté, point 3bis, par rapport au total national suivant la formule suivante :

[...]

Pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1^{er} et 2, une sous-partie B8, 1/, est attribuée, dont le montant correspond à la valeur au 30 juin 2008, s'ils ont antérieurement obtenu un financement au titre d'un profil de patients très faible sur le plan socio-économique.

Pour conserver le bénéfice du financement précité, les hôpitaux sélectionnés doivent faire la preuve que, pour l'ensemble de l'hôpital, ils appliquent aux patients admis en chambre double et commune, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs. Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent

les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués. La preuve est apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical.

Afin de pouvoir conserver le bénéfice des montants précités de la sous-partie B8, les hôpitaux doivent :

- collaborer à la collecte systématique et à la transmission au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, de données correctes et complètes relatives au profil social de leurs patients;
- participer aux journées d'information et de formation portant sur l'accompagnement de patients à profil social faible et aux projets qui conduisent à un meilleur accueil des patients à profil social faible;

- soumettre annuellement un rapport attestant l'affectation des moyens au profit du groupe cible.

Le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions peut définir, par voie de convention avec les hôpitaux concernés, les modalités pratiques, y compris celles relatives à l'enregistrement, sur la base desquelles les obligations précitées sont exécutées et contrôlées.

Lorsqu'un hôpital ne répond pas à l'ensemble des critères, le Ministre dont question ci-dessus fixe les pourcentages du montant octroyé devant être remboursé par l'hôpital concerné ainsi que le calendrier du remboursement".

En vertu de l'article 24 du même arrêté royal du 19 juin 2007, l'article 83 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 a été complété par un § 4 libellé comme suit :

" § 4. Au 1^{er} juillet 2007, en compensation de la perte de rentrées faisant suite à l'interdiction de facturer des suppléments de chambre à deux lits pour les patients chroniques, un montant (X) de 7.500.000 EUR (index 1^{er} juillet 2007) est ajouté à la sous-partie C3 des hôpitaux généraux qui n'appliquent aucun supplément d'honoraires en chambre commune. Par malade chronique, on entend le patient qui souffre d'une pathologie reprise sur la liste des pathologies chroniques dans le cadre du MAF "Malades chroniques", ainsi que le patient qui séjourne plus de 15 fois au cours d'une année civile et le patient admis dans un service de révalidation pour une durée de séjour de minimum 45 jours.

Ce montant est réparti de la manière suivante :

$$X = A * B/C * D/E$$

où :

A = montant disponible de 7.500.000 EUR;

B = nombre de chambre commune de l'hôpital;

C = nombre total de chambres communes de l'ensemble des hôpitaux;

D = nombre de malades chroniques de l'hôpital;

E = nombre de malades chroniques de l'ensemble des hôpitaux.

Ce montant est réparti entre les hôpitaux, dont l'ensemble des médecins s'engagent, d'une manière générale, au 1^{er} juillet 2007, à ne réclamer aucun supplément d'honoraires en chambre commune, au prorata du nombre de malades chroniques susmentionnés par hôpital".

Enfin, l'article 30 de l'arrêté royal du 19 juin 2007 énonce que :

" Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} juillet 2007, sauf l'article 6 qui produit ses effets le 1^{er} janvier 2007, l'article 25 qui produit ses effets le 1^{er} décembre 2005, l'article 26, 2/ et 3/ qui produit ses effets le 1^{er} janvier 2006 et l'article 27 qui produit ses effets le 1^{er} février 2004".

Un erratum publié au Moniteur belge le 9 août 2007 a apporté diverses corrections aux articles 7, 13, 15, 17 et 19 et à l'annexe 3 de l'arrêté royal du 19 juin 2007.

Un recours en annulation des articles 5, 11 et 24 de cet arrêté royal a également été introduit sous la référence G./A.184.928/VI-17.497.

17. Un arrêté royal du 19 septembre 2008 a modifié l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Son article 7 avait ajouté la phrase suivante à l'article 47, § 2, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 :

" Pour conserver le bénéfice du financement susmentionné, cette attestation doit être transmise chaque année, sur demande du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Service Comptabilité et gestion des hôpitaux".

L'article 7 de l'arrêté royal du 19 septembre 2008 a été annulé par l'arrêt n/ 205.344 du 17 juin 2010, par application de l'article 30, § 3, des lois sur le Conseil d'Etat coordonnées le 12 janvier 1973 et de l'article 14quinquies de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 déterminant la procédure devant la section du contentieux administratif du Conseil d'Etat.

Son article 22 énonce ce qui suit :

" A l'article 83, du même arrêté, sont apportées les modifications suivantes :

1/ le § 4 est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007;

2/ il est inséré un § 4 libellé comme suit :

«§ 4. Au 1^{er} juillet 2008, en compensation de la perte de rentrées faisant suite à l'interdiction de facturer des suppléments de chambre à deux lits pour les patients chroniques, un montant (X) de 7.500.000 euros (index 1^{er} juillet 2007) est ajouté à la sous-partie C3 des hôpitaux généraux qui n'appliquent aucun supplément d'honoraires en chambre commune. Par malade chronique, on entend le patient qui souffre d'une pathologie reprise sur la liste des pathologies chroniques dans le cadre du MAF "Malades chroniques", ainsi que le patient qui séjourne plus de 15 fois au

cours d'une année civile et le patient admis dans un service de revalidation pour une durée de séjour de minimum 45 jours.»

Ce montant est réparti de la manière suivante :

$$X = A * B/C * D/E$$

où :

A = montant disponible de 7.500.000 euros;

B = nombre de chambres communes de l'hôpital;

C = nombre total de chambres communes de l'ensemble des hôpitaux;

D = nombre de malades chroniques de l'hôpital;

E = nombre de malades chroniques de l'ensemble des hôpitaux.

Ce montant est réparti entre les hôpitaux, dont l'ensemble des médecins s'engagent, d'une manière générale, au 1^{er} juillet 2007, à ne réclamer aucun supplément d'honoraires en chambre commune, au prorata du nombre de malades chroniques susmentionnés par hôpital".

L'article 28 du même arrêté énonçait que :

" Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} janvier 2008, sauf l'article 22, 2/ qui produit ses effets le 1^{er} juillet 2008 et les articles 6, 22, 1/, 25, 3/ et 27 qui produisent leurs effets le 1^{er} juillet 2007".

L'article 28 de l'arrêté royal du 19 septembre 2008 a été annulé par l'arrêt n/ 205.344 du 17 juin 2010, par application de l'article 30, § 3, des lois sur le Conseil d'Etat coordonnées le 12 janvier 1973 et de l'article 14quinquies de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 déterminant la procédure devant la section du contentieux administratif du Conseil d'Etat.

I - Quant à la recevabilité de la requête en annulation

Considérant que la première requérante indique qu'elle regroupe des médecins spécialistes, qu'elle se compose des unions professionnelles belges des médecins spécialistes légalement reconnues, qu'elle coordonne l'action de ces unions professionnelles dont elle défend les intérêts moraux et matériels, qu'elle les représente, ainsi que leurs membres, dans toutes les négociations relatives à leurs intérêts, que son intérêt à agir a été reconnu par le Conseil d'Etat et par la Cour d'arbitrage, que l'acte attaqué touche au financement hospitalier ainsi qu'aux moyens mis à la disposition des médecins pour l'exercice de leur pratique, qu'en l'espèce, le financement est conditionné par l'adhésion à l'accord médico-mutualiste et qu'elle a dès lors intérêt au recours;

Considérant que la deuxième requérante indique qu'elle regroupe des médecins généralistes et spécialistes, qu'elle est chargée d'assurer la défense de leurs intérêts matériels et moraux, que son intérêt à agir a déjà été reconnu par le Conseil

d'Etat, qu'elle a pour membres de nombreux praticiens qui exercent dans les institutions hospitalières bruxelloises et qu'elle a un intérêt direct à obtenir l'annulation des dispositions attaquées;

Considérant que le troisième requérant indique qu'il est anesthésiste, médecin hospitalier, et qu'il a intérêt à obtenir l'annulation des dispositions attaquées;

Considérant que, dans son mémoire en réponse, la partie adverse énonce qu'au regard des moyens formulés dans la requête, celle-ci n'est recevable qu'en tant qu'elle critique les articles 3, 7, 3/, 8, 4/, 15 et 24 de l'arrêté royal attaqué, que les requérants ne peuvent être défavorablement et directement affectés par les dispositions attaquées qui concernent le budget des moyens financiers des hôpitaux, qu'ils n'ont pas d'intérêt direct à demander l'annulation de ces dispositions, qu'en outre, ils n'établissent pas qu'eux-mêmes ou leurs membres seraient affectés défavorablement par ces dispositions, qu'à cette fin, ils devraient établir, d'une part, que les hôpitaux au sein desquels ils travaillent entrent dans le champ d'application des dispositions attaquées et, d'autre part, que ces dispositions ne permettent pas à ces hôpitaux de prétendre au financement complémentaire qu'elles prévoient et que la requête est muette sur ce point; qu'elle fait valoir encore que les pièces produites par les deux premières requérantes n'établissent pas que les décisions d'agir ont été prises par des personnes habilitées;

Considérant que, dans leur mémoire en réplique, les requérants soutiennent que leur recours vise effectivement les articles 3, 7, 8, 15 et 24 de l'arrêté royal attaqué, "ce dernier apportant des modifications à l'annexe 12 de l'arrêté royal du 10 novembre 2006", qu'il ressort d'un courrier adressé par le président de la commission paritaire nationale médecins-hôpitaux au Ministre de la Santé publique que les médecins hospitaliers sont directement concernés par les dispositions attaquées, que celles-ci établissent un lien entre les conditions de financement et la possibilité de facturer des suppléments d'honoraires, conduisant soit à l'interdiction d'une telle facturation, ce qui constitue un préjudice matériel pour les médecins, soit à un sous-financement des hôpitaux dont les médecins feront les frais puisque les honoraires médicaux constituent une part du financement des hôpitaux et que les hôpitaux répercuteront ce manque à gagner sur la part prélevée sur les honoraires médicaux, que la première requérante regroupe des médecins hospitaliers qui travaillent dans l'ensemble des hôpitaux du pays, que la deuxième requérante regroupe en son sein des médecins hospitaliers qui travaillent dans la région bruxelloise et que le troisième requérant est médecin

anesthésiste travaillant à la Clinique Saint-Jean; qu'ils affirment que leur conseil a communiqué toutes les pièces établissant la validité des décisions d'agir;

Considérant que, selon les pièces de la procédure, la décision d'agir a été prise au nom de la première requérante le 7 décembre 2006, par son "bestuurscomité" (comité directeur) unanime, conformément à l'article 21 de ses statuts, lors d'une réunion à laquelle étaient présents treize membres effectifs et quatre membres suppléants sur un total de vingt-sept membres au 31 juillet 2006, soit plus de la moitié des membres de cet organe;

Considérant qu'aux termes de l'article 3 de ses statuts, la première requérante a pour objet :

- " a) d'obtenir une reconnaissance légale au titre de médecin spécialiste;
b) d'encourager sur le plan professionnel le développement de la pratique et de l'enseignement des spécialités médicales;
c) de dresser et publier la liste des médecins spécialistes pratiquant uniquement leur spécialité et dont la compétence aura été reconnue par leur admission comme membre d'une Union professionnelle belge de médecins spécialistes fédérée au Groupement;
d) de soutenir et coordonner l'action des Unions Professionnelles belges de médecins spécialistes fédérées et de défendre les intérêts moraux et matériels de celles-ci;
e) de représenter les Unions fédérées et leurs membres dans toutes négociations éventuelles relatives à leurs intérêts moraux et matériels;
f) de contribuer à créer ou maintenir une solidarité efficiente et une dignité professionnelle impeccable dans les rapports entre médecins spécialistes, ainsi qu'entre ceux-ci et les autres médecins ou diverses collectivités médicales;
g) de façon plus générale, de s'occuper de tout ce qui se rapporte aux médecins spécialistes, y compris éventuellement la création et la gestion de toute institution d'entraide et de coopération professionnelle, en dehors de son sein";

que les dispositions attaquées ont pour effet de restreindre la possibilité, pour les médecins spécialistes travaillant en hôpital, de percevoir des suppléments d'honoraires; que, suivant ces dispositions, le bénéfice d'une partie des subventions publiques est réservé aux hôpitaux dont les médecins, en ce compris les médecins spécialistes, ne réclament pas de suppléments d'honoraires aux patients hospitalisés en chambres doubles ou en chambres communes; que, dès lors, soit ces hôpitaux demanderont à ces médecins de ne plus réclamer de tels suppléments, soit ils imputeront certains frais supplémentaires sur les honoraires perçus par eux pour le compte des médecins; que ces dispositions sont de nature à faire grief aux médecins spécialistes; que dès lors, compte tenu de l'article 3, g, de ses statuts, la première requérante peut faire valoir un intérêt suffisant à en demander l'annulation; que la requête est recevable pour ce qui la concerne;

Considérant que la décision d'agir a été prise, au nom de la deuxième requérante, le 14 décembre 2006, par son conseil d'administration, lors d'une réunion à laquelle seize membres étaient présents et deux représentés sur un total de quarante membres, soit moins de la moitié des membres de cet organe; que la requête n'est pas recevable pour ce qui la concerne;

Considérant qu'en sa qualité de médecin hospitalier, le troisième requérant voit sa situation financière affectée par l'acte attaqué dans la mesure où soit il ne pourra plus réclamer de suppléments d'honoraires soit il devra en rétrocéder une partie à l'hôpital dans lequel il travaille; que la requête est recevable pour ce qui le concerne;

Considérant que la circonstance que certaines dispositions attaquées ont été remplacées par l'arrêté royal du 19 juin 2007 ne prive pas les requérants de leur intérêt à demander l'annulation de l'acte attaqué; qu'à supposer que les dispositions attaquées n'aient pas produit d'effet en raison de leur remplacement rétroactif par de nouvelles dispositions réglementaires ayant le même objet, encore ces dispositions ne seraient-elles applicables que si elles étaient conformes aux lois, ce qui demanderait à être vérifié en application de l'article 159 de la Constitution;

II - Quant à la recevabilité de la requête en intervention

Considérant que la requérante en intervention indique qu'en vertu de l'article 2 de ses statuts elle a notamment pour but en fédérant les chambres syndicales de médecins :

- " 1. De réunir les médecins en un organisme de défenses professionnelle prônant la liberté de la médecine et travaillant avec ses membres par contact personnel, promouvoir la création de tout organisme d'action syndicale utile et les aider et les soutenir dans leurs activités et dans leur action.
- 2. De rechercher et provoquer, par tous les moyens, l'adoption par tout organisme des mesures qu'elle juge utiles aux intérêts des médecins.
- 3. D'assurer la représentation, la protection et la défense des intérêts de ses membres, de coordonner toute action consacrée à la défense professionnelle des médecins.
- 4. D'étudier, d'encourager et de réaliser tout ce qui, en matière sociale, financière, économique, technique, scientifique, juridique et fiscale, dans les domaines matériel et moral, peut être utile à ses membres.

[...]",

qu'elle regroupe les médecins généralistes et spécialistes dans l'ensemble du pays et constitue l'organisation représentative du corps médical reconnue comme la plus

importante, que son intérêt au recours est admis par le Conseil d'Etat et la Cour constitutionnelle, que la deuxième requérante fait partie de ses membres, que l'acte attaqué touche au financement hospitalier et concerne dès lors les moyens mis à la disposition des médecins pour l'exercice de leurs pratiques en milieu hospitalier, qu'en l'espèce, le financement est conditionné à l'application des tarifs de l'accord médico-mutualiste, qu'elle a donc intérêt au recours et que son conseil d'administration a décidé à l'unanimité d'introduire un recours en intervention le 24 janvier 2007;

Considérant que l'acte attaqué, qui a pour objet de fixer certaines conditions à l'octroi d'une partie du financement des hôpitaux est de nature à affecter les médecins généralistes et spécialistes travaillant dans des hôpitaux ne remplissant pas ces conditions; qu'il ressort des pièces jointes à la requête en intervention et de celles communiquées à la demande de l'auditeur rapporteur que plus de la moitié des membres du conseil d'administration de la requérante en intervention était présente ou représentée lorsqu'il a décidé d'introduire la requête en intervention; que celle-ci est recevable;

III - Quant au fond

Considérant que les requérants, auxquels s'associe l'intervenante, prennent un premier moyen de la violation de l'article 97, § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987, de l'excès de pouvoir et des principes de bonne administration; qu'ils font valoir que l'arrêté attaqué a été pris en exécution de l'article 97, § 1^{er}, de la loi précitée, lequel permet au Roi, après avis du conseil national des établissements hospitaliers, section financement, de déterminer les conditions et les règles de fixation du budget et des éléments constitutifs du budget de l'hôpital, que le budget des moyens financiers (B.M.F.) couvre de manière forfaitaire les frais qui sont en rapport avec le séjour en chambre commune et la dispensation des soins au patient à l'hôpital à l'exception, entre autres, des honoraires des médecins, que ceux-ci sont visés expressément par l'article 95 de la même loi, que les deux dispositions sont indépendantes l'une de l'autre et que l'article 97, § 1^{er}, mentionné à l'arrêté attaqué, ne permet dès lors pas au Roi de prendre des dispositions qui font dépendre le financement de l'absence de suppléments d'honoraires en chambre commune et à deux lits;

Considérant que, dans son mémoire en réponse, la partie adverse énonce que l'arrêté attaqué est fondé sur les articles 97, § 1^{er}, et 99 de la loi sur les hôpitaux, que, plus particulièrement, les dispositions dont l'annulation est poursuivie par les requérants trouvent leur fondement dans l'article 97, § 1^{er}, que celui-ci fait partie du

chapitre V - Financement des coûts d'exploitation - du titre III - Programmation, financement et agrément des hôpitaux - de la loi, que, comme l'a rappelé le Conseil d'Etat dans son arrêt n° 143.424 du 20 avril 2005, il résulte de l'article 97 que la détermination des conditions et des règles de fixation du budget et de ses éléments constitutifs relève du pouvoir d'appréciation du pouvoir exécutif, que celui-ci jouit, par conséquent, d'une compétence discrétionnaire dans l'exécution de cette disposition, qu'en vertu de l'alinéa 2, c), de l'article 97, § 1^{er}, il peut, notamment, fixer "les critères et modalités de calcul, en ce compris la fixation des activités justifiées et les modalités d'indexation", que les dispositions attaquées relèvent incontestablement de l'habilitation ainsi confiée au Roi, qu'elles sont, en effet, insérées dans la réglementation relative à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, que leur seule lecture permet de constater qu'elles participent directement de la matière ainsi visée, que leur objet est de régler l'octroi et/ou la répartition des montants financiers complémentaires qu'elles prévoient, qu'elles relèvent donc bien de la matière du financement des hôpitaux et non des règles relatives à la fixation des honoraires des médecins ou de celles relatives aux relations entre ceux-ci et les hôpitaux ou de celles concernant l'intervention des organismes assureurs, que, certes, les dispositions attaquées lient l'octroi des montants qu'elles prévoient à la politique tarifaire menée par les hôpitaux pour les patients admis en chambre double, que, cependant, eu égard aux termes de l'habilitation confiée au Roi par l'article 97, § 1^{er}, on n'aperçoit pas en quoi cet élément ne pourrait pas être pris en considération dans la détermination des conditions et des règles de fixation du budget et de ses éléments constitutifs, que les dispositions attaquées ne réglementent ni les conditions dans lesquelles un supplément peut être demandé aux patients admis en chambre double, ni les honoraires des médecins, ni l'intervention des organismes assureurs, que, plus particulièrement, elles n'interdisent nullement aux hôpitaux de pratiquer de tels suppléments et de les répercuter dans les honoraires payés aux médecins, que leur seul objet est lié à l'octroi aux hôpitaux et/ou à la répartition entre ceux-ci des montants financiers complémentaires qu'elles prévoient et ce sur la base tantôt du respect de l'accord médico-mutualiste, tantôt des tarifs qui servent de base à l'intervention de l'assurance, tantôt de la preuve que l'hôpital a facturé moins de suppléments de chambre à un et deux lits que durant l'exercice comptable précédent, que l'objectif poursuivi est, certes, d'encourager de cette manière les hôpitaux à ne pas pratiquer de suppléments de prix pour les patients admis en chambre double, que, cependant, cette seule circonstance ne peut suffire à faire sortir les dispositions attaquées de l'habilitation confiée au Roi par l'article 97, § 1^{er}, de la loi, que le Conseil d'Etat a ainsi eu l'occasion à plusieurs reprises de rappeler que la circonstance que des règles relatives au budget des hôpitaux sont susceptibles d'avoir un impact sur d'autres matières n'est pas de nature à les faire relever de ces

autres matières (arrêts A.S.B.L. CHAMBRE SYNDICALE BELGE DES INSTITUTIONS DE SOINS et consorts, n/ 39.346 à 39.348 du 8 mai 1992 et 39.469 du 26 mai 1992; A.S.B.L. NOUVELLE CLINIQUE DE LA BASILIQUE, n/ 102.422 du 8 janvier 2002; V.Z.W. ONZE-LIEVE-VROUWZIEKENHUIS, n/ 146.550 du 23 juin 2005), qu'en l'espèce, il ne peut être sérieusement contesté que les dispositions attaquées relèvent intrinsèquement de la matière du financement des hôpitaux et, plus particulièrement, de la fixation des règles en matière de budget de ceux-ci, que l'argumentation des requérants ne peut, en conséquence, être retenue, que la référence qu'ils font à l'article 95 de la loi sur les hôpitaux est sans pertinence, que, certes, cette disposition prévoit que ne sont pas reprises dans le budget des moyens financiers certaines catégories d'honoraires des médecins, qu'en l'occurrence, l'objet de l'acte attaqué n'est, cependant, en rien d'inclure ces honoraires dans ledit budget, que les dispositions attaquées se réfèrent d'ailleurs, non pas aux honoraires des médecins, mais bien aux prix pratiqués par les hôpitaux et réclamés aux patients, qu'enfin, le budget des hôpitaux n'est plus fixé en fonction du prix de journée et des frais devant être couverts par celui-ci, que ces références ont, en effet, été supprimées à l'occasion de l'adoption de la loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé, qu'à cette occasion, plusieurs dispositions de la loi sur les hôpitaux ont été modifiées, dont les articles 87 et 97, qu'il a, notamment, été souligné lors des travaux préparatoires que :

" Le présent projet vise à réformer de manière globale la loi coordonnée sur les hôpitaux.

L'un de ses principaux piliers est un nouveau concept en matière de financement hospitalier. Il s'articule non plus autour des lits, des journées d'hospitalisation et d'autres caractéristiques structurelles, mais autour des activités justifiées; le système ne se fonde plus sur le prix de journée et le quota de journées d'hospitalisation mais sur le budget des moyens financiers par hôpital, en fonction de l'activité justifiée de celui-ci. Cette activité dépend du nombre et du type de patients traités à l'hôpital. (Exposé des motifs, Doc. Parl., Ch. des reprs, s.o. 2000/2001, n°1322/01, p.4 et n° 1376/001, p. 4)";

" [...] Ainsi peut-on comprendre par «activités justifiées» les admissions pondérées selon la durée de séjour normalisée, les admissions prises en compte selon la durée de séjour réelle ou un quota d'activités fixés de manière limitative. En outre, lors de la fixation des «activités justifiées», on peut tenir compte de la mesure dans laquelle un hôpital passe à l'hospitalisation de jour, de la consommation justifiée de médicaments, du niveau de réadmission [...] (op. cit. n° 1322/01, p. 64 voy. le rapport de la Commission, op. cit., n° 1376/006, pp. 13 et suiv.)";

que, si besoin en était encore, ces extraits des travaux préparatoires confirment que les dispositions attaquées trouvent un fondement suffisant dans l'article 97, § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux;

Considérant que les requérants répliquent que l'arrêté attaqué a été pris en exécution de l'article 97, § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux, lequel permet au Roi, après avis du conseil national des établissements hospitaliers, section financement, de déterminer les conditions et les règles de fixation du budget et des éléments constitutifs du budget de l'hôpital, que les avis du conseil national des établissements hospitaliers, section financement, avaient été négatifs en ce qui concerne les articles faisant l'objet de la requête, que l'article 97, § 1^{er}, qui donne compétence au Roi de fixer les conditions et les règles de fixation du budget et de ses éléments constitutifs détermine entre autres, "les critères et les modalités de calcul en ce compris la fixation des activités justifiées et les modalités d'indexation", que la partie adverse soutient que le Roi est resté dans les limites de cette disposition législative pour le motif que les dispositions de l'arrêté attaqué sont insérées dans la réglementation relative à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, que si le pouvoir d'appréciation du pouvoir exécutif ne peut être contesté et si par ailleurs les dispositions sont insérées formellement dans une réglementation relative à la fixation et à la liquidation du budget financier des moyens des hôpitaux, elles fixent cependant des critères qui ne sont pas en rapport avec l'activité justifiée, qu'en effet, la partie adverse, qui admet que les dispositions attaquées lient l'octroi des montants qu'elles prévoient à la politique tarifaire menée par les hôpitaux pour les patients admis en chambre double, fait valoir que le budget des hôpitaux n'est plus fixé aujourd'hui en fonction du prix de journée et des frais devant être couverts par celui-ci mais bien "en fonction de l'activité justifiée" de l'hôpital, que la partie adverse fait référence aux travaux parlementaires, que ceux-ci donnent une explication de ce qu'il faut entendre par activités justifiées, qu'il n'est jamais question d'un critère qui concernerait la tarification des honoraires médicaux, qu'il est dès lors irrelevant de fixer une condition de subvention qui n'est en rien liée à l'activité "justifiée c'est-à-dire aux admissions, aux durées de séjour, aux consommations de médicaments, aux réadmissions, etc ...", que le Roi a excédé le pouvoir d'appréciation dont il disposait en sortant du cadre des limites fixées par l'article 97 § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux, que la partie adverse souligne encore que son objectif était bien étranger à la seule détermination des critères et des modalités de calcul des subventions mais visait à encourager les hôpitaux à ne pas pratiquer de suppléments de prix pour les patients admis en chambre double, qu'elle reconnaît ainsi l'existence d'un objectif totalement étranger à celui qui est le fondement de l'article 97 § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux, qu'elle ne peut se contenter de soutenir qu'il a déjà été admis à plusieurs reprises par le Conseil d'Etat que des règles relatives aux budgets des hôpitaux sont susceptibles d'avoir un impact sur d'autres matières et en déduire que les dispositions attaquées seraient conformes à la loi, que la situation est différente dans le cas d'espèce puisque le Roi n'a pas visé spécifiquement la

détermination des critères et des modalités de calcul dans le cadre de l'article 97 § 1^{er}, mais clairement poursuivi un objectif qui lui est étranger et qui fait l'objet d'autres dispositions;

Considérant que l'article 97, § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux confère au Roi le pouvoir de déterminer les conditions et les règles de fixation du budget des moyens financiers et de ses éléments constitutifs et, entre autres, les critères ainsi que les modalités de calcul; que, dans l'exercice de cette compétence, le Roi dispose d'une large marge d'appréciation; que les dispositions dont les requérants déclarent avoir intérêt à obtenir l'annulation prévoient que l'hôpital dans lequel un médecin réclamerait des suppléments d'honoraires aux patients hospitalisés en chambre commune ou en chambre double ne pourra pas bénéficier de certaines tranches du financement de certaines parties du budget destiné au refinancement des établissements hospitaliers; que ces dispositions fixent des critères et conditions pour que certaines tranches du financement public des hôpitaux leur soient accordées et font partie, dès lors, de celles que le Roi peut adopter en vertu de l'article 97, § 1^{er}, alinéa 2, c); qu'en retenant ce critère, la partie adverse a pu également chercher à décourager la facturation de suppléments d'honoraires; que si l'article 95 de la loi sur les hôpitaux prévoit que les honoraires médicaux ne sont pas inclus dans le budget des moyens financiers, cette exclusion n'implique pas que le Roi, lorsqu'il fixe ce budget, n'ait pu tenir compte de la manière dont ces honoraires sont calculés; que le premier moyen n'est pas fondé;

Considérant que les requérants, auxquels s'associe l'intervenante, prennent un deuxième moyen de la violation de l'article 97, § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux, de l'excès de pouvoirs et des principes de bonne administration; qu'ils soutiennent que l'arrêté attaqué ne pouvait être pris qu'après avis du conseil national des établissements hospitaliers, section financement, qu'il est fait référence aux avis donnés les 29 septembre 2005, 10 novembre 2005 et 22 mars 2006, qu'il semble qu'un avis ait été donné encore le 14 septembre 2006, que cet avis n'est toutefois pas mentionné dans le préambule de l'arrêté alors qu'il semble avoir été négatif, qu'il incombe à la partie adverse d'apporter la preuve qu'elle a recueilli l'avis de l'organe consultatif portant sur un texte qui correspond pour l'essentiel à celui de l'arrêté et que, dans la mesure où l'avis recueilli était négatif, l'auteur de l'acte devait expliquer pourquoi il s'en est écarté;

Considérant que la partie adverse répond qu'il résulte à suffisance du dossier administratif que l'avis du conseil national des établissements hospitaliers, section financement, sur les mesures attaquées a été demandé et recueilli conformément à l'article 97, § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux, que cette disposition n'impose pas

au pouvoir exécutif de soumettre à l'avis de la section un projet d'arrêté, qu'il suffit que la demande d'avis en expose les options fondamentales et décrive les principales mesures envisagées, que cette condition a incontestablement été respectée en l'espèce, que l'avis donné par la section financement le 14 septembre 2006 concerne la fixation du budget des moyens financiers au 1^{er} janvier 2007, que cet avis n'a donc pas été mentionné dans le préambule de l'arrêté attaqué puisqu'il ne concerne pas celui-ci, qu'en tout état de cause, l'article 97, § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux impose uniquement à la partie adverse de recueillir l'avis de la section financement sans exiger une motivation formelle sur ce point, que la partie adverse n'a dès lors pas l'obligation de faire expressément référence aux avis du conseil dans les arrêtés qu'elle adopte en exécution de cette disposition, qu'il en va d'autant plus ainsi que l'acte attaqué est de nature réglementaire et n'entre donc pas dans le champ d'application de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, que si l'avis préalable du conseil national des établissements hospitaliers, section financement, est requis dans le cadre de l'exécution de l'article 97, § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux, il ne s'agit nullement d'un avis contraignant qui lierait le pouvoir exécutif, que celui-ci peut donc s'en écarter, comme il l'a fait en l'espèce, que la justification de la position ainsi adoptée ressort à suffisance de l'objet des dispositions attaquées et de la demande d'avis qui a été adressée par le Ministre de la Santé publique à la section financement, que l'objectif poursuivi par ces dispositions est d'encourager les hôpitaux à ne pas pratiquer de suppléments pour les patients admis en chambre double, que cet objectif est assurément légitime puisqu'il permet, d'une part, de veiller aux intérêts des patients et, d'autre part, de limiter les dépenses publiques dans le secteur, que les critères utilisés à cette fin sont objectifs et en relation directe avec le but ainsi poursuivi, que, plus précisément, les montants complémentaires prévus sont alloués en fonction des critères suivants : l'application de l'accord médico-mutualiste, l'application des tarifs qui servent de base à l'intervention de l'assurance, ou la diminution des suppléments facturés pour les chambres à un et à deux lits, que de tels critères permettent assurément de justifier les dispositions attaquées, qu'afin de préserver les intérêts des patients et de limiter les dépenses dans ce secteur, il n'est nullement déraisonnable de réserver une partie du budget des moyens financiers aux hôpitaux qui ne pratiquent pas de suppléments pour les patients admis en chambre double, que les mesures attaquées ne sont nullement disproportionnées par rapport à l'objectif poursuivi, qu'en effet, elles ne concernent pas l'ensemble du budget des moyens financiers, mais bien uniquement des montants nouveaux et complémentaires qui ont été dégagés pour certaines sous-parties de ce budget, que la partie adverse n'aperçoit pas, et les requérants n'indiquent pas, pour quelles raisons l'attribution desdits montants ne pouvait pas être réglée comme le font les dispositions attaquées, qu'en outre, les effets que les

requérants attachent à ces mesures doivent être sensiblement nuancés, qu'il s'agisse des hôpitaux, des médecins ou des patients, qu'en effet, les dispositions attaquées n'ont nullement pour objet, ni d'ailleurs pour effet, d'interdire des suppléments pour les patients admis en chambre double, que les hôpitaux et les médecins restent, par conséquent, libres d'appliquer ou non ces suppléments, qu'il n'appartient pas au Conseil d'Etat de se substituer au pouvoir exécutif dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation discrétionnaire, qu'il ne peut juger de l'opportunité des mesures attaquées et qu'il ne pourrait censurer qu'une erreur manifeste d'appréciation, qu'à cet égard, le conseil national des établissements hospitaliers s'est contenté de faire valoir qu'il serait irrelevait d'établir "un lien entre le refinancement des hôpitaux et une pratique d'honoraires"; que cette seule critique d'opportunité ne suffit pas à établir que les mesures attaquées ne seraient pas justifiées à suffisance de droit et que les requérants restent en défaut d'établir que la partie adverse aurait, ce faisant, commis une erreur manifeste d'appréciation;

Considérant que les requérants répliquent que l'arrêté litigieux ne pouvait être pris qu'après avis du conseil national des établissements hospitaliers, section financement, que le dossier déposé par la partie adverse confirme que l'auteur de l'acte n'a pas suivi les divers avis qui ont été donnés par ce conseil, que, dans son mémoire en réponse, la partie adverse fait apparaître qu'elle n'a pas seulement apprécié l'opportunité de la mesure mais bien poursuivi un objectif qui est étranger à l'habilitation légale dans le cadre de laquelle le conseil national des établissements hospitaliers donne un avis, que le 29 septembre 2005 celui-ci s'est exprimé notamment comme suit :

" La Section s'étonne qu'il soit question de supprimer la possibilité de demander des suppléments de chambres en chambres à 2 lits. Elle considère que la réglementation actuelle assure déjà une bonne protection tarifaire : montant plafonné à 20,11 € par jour, pas de supplément s'il n'y a plus de lit disponible en chambres communes, pas de supplément non plus en cas d'admission dans les services de soins intensifs et d'urgence. En outre au moins la moitié du nombre de lits dont dispose l'hôpital doit être libre pour des patients qui ne désirent pas payer de supplément. La suppression de la possibilité de facturer un supplément de chambre est particulièrement mal venue dans le contexte d'un large sous-financement. Ce supplément n'est d'ailleurs pas toujours à charge du patient lui-même. A imaginer cependant que la facturation d'un supplément en chambre à deux lits devienne interdite, la section se demande quel est encore le patient qui acceptera d'aller en chambre commune ?...";

que cet avis fait apparaître que le but que poursuivait l'auteur de l'arrêté attaqué n'est nullement rencontré, ce qui sera d'ailleurs confirmé ensuite par la commission paritaire nationale médecins-hôpitaux, que celle-ci souligne même que les dispositions attaquées peuvent conduire à l'effet inverse de celui qui est poursuivi, à savoir "induire des

conséquences négatives pour les patients", en sorte qu'il y a eu de la part de l'auteur de l'acte attaqué une erreur manifeste d'appréciation;

Considérant qu'il ressort de l'exposé des faits que, dans leur principe, les dispositions attaquées ont été soumises à l'avis de la section financement du conseil national des établissements hospitaliers; que l'avis du 14 septembre 2006 ne concerne pas la période couverte par l'acte attaqué; qu'en tout état de cause, en l'absence de disposition législative ou réglementaire qui l'imposerait comme formalité obligatoire, cet avis ne devait pas être visé dans le préambule; que la partie adverse n'était pas tenue d'expliquer pourquoi elle s'écarterait sur certains points d'un de ces avis, ceux-ci étant dépourvus de caractère contraignant; que, pour le surplus, la critique émise par les requérants porte sur l'opportunité du critère choisi par la partie adverse, dont le Conseil d'Etat ne peut connaître, ou s'apparente à l'argumentation développée dans le premier moyen, reconnu non fondé; que le deuxième moyen n'est pas fondé;

Considérants que les requérants, auxquels s'associe l'intervenante, prennent un troisième moyen de la violation de la loi coordonnée sur les hôpitaux du 7 août 1987, en particulier l'article 145, de l'excès de pouvoirs et de la violation des principes de bonne administration; qu'ils affirment que l'article 145 prévoit que l'avis de la commission nationale paritaire médecins-hôpitaux est demandé notamment sur tous les arrêtés d'exécution du titre IV de la loi qui concerne les "dispositions spécifiques relatives à la gestion des hôpitaux et au statut des médecins hospitaliers", que les dispositions de l'arrêté attaqué visées dans le recours ont un rapport très direct avec la gestion des hôpitaux et le statut des médecins hospitaliers, qu'en effet, ces dispositions relient le financement des hôpitaux au statut des médecins hospitaliers puisque le financement n'est accordé qu'à la condition qu'aucun supplément d'honoraires ne soit demandé en chambre commune et à deux lits, que l'arrêté attaqué ne fait pas référence à un avis donné par la commission paritaire nationale médecins-hôpitaux qui se serait prononcé, de manière négative, le 27 septembre 2005, qu'il appartient à la partie adverse d'établir qu'elle a demandé et recueilli l'avis de cet organe consultatif, que l'avis demandé concerne le texte qui correspond pour l'essentiel à celui de l'arrêté attaqué et qu'elle avait à se justifier dans l'hypothèse où elle n'aurait pas tenu compte de l'avis émis;

Considérant que la partie adverse répond que l'article 145 de la loi sur les hôpitaux prévoit que l'avis de la commission nationale paritaire médecins-hôpitaux doit être demandé, notamment, sur tous les arrêtés d'exécution du titre IV de la loi, qu'en l'occurrence, elle a établi que l'acte attaqué trouve son fondement dans l'article 97, § 1^{er},

lequel fait partie du titre III et non pas dans une quelconque disposition du titre IV de la loi, qu'en outre, les mesures attaquées ont pour objet de régler non pas la gestion des hôpitaux et le statut des médecins hospitaliers au sens du titre IV mais uniquement le budget des moyens financiers des hôpitaux, que l'avis de la commission nationale paritaire médecins-hôpitaux ne devait dès lors pas être recueilli préalablement à l'adoption de l'acte attaqué, que la commission a effectivement adressé au Ministre de la Santé publique un courrier le 27 septembre 2005, que la position qui y est exprimée a, cependant, été formulée d'initiative, à la suite d'une circulaire adressée par le Ministre aux gestionnaires des hôpitaux et non à la demande de la partie adverse;

Considérant que les requérants répliquent que l'article 145 de la loi coordonnée sur les hôpitaux prévoit que l'avis de la commission nationale paritaire médecins-hôpitaux est demandé notamment sur tous les arrêtés d'exécution du titre IV de la loi qui concerne les "dispositions spécifiques relatives à la gestion des hôpitaux et au statut des médecins hospitaliers", que la partie adverse tire argument de ce que l'acte attaqué trouve son fondement dans l'article 97 § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux et non pas dans l'article 145 de cette loi, qu'elle reconnaît cependant que les mesures prises avaient pour objectif d'encourager les hôpitaux à ne pas pratiquer de suppléments pour les patients admis en chambre double, que cet objectif était étranger à l'article 97 § 1^{er}, et que sa poursuite nécessitait à tout le moins l'avis de la commission nationale paritaire médecins-hôpitaux qui s'est d'ailleurs exprimée à cet égard, que le fait que la position de la commission ait été formulée d'initiative à la suite de la circulaire qui concerne la mise en vigueur des dispositions critiquées ne permet pas d'écarter la nécessité de recueillir cet avis ni moins encore l'obligation d'en tenir compte ou de justifier pourquoi les dispositions attaquées s'en écartent;

Considérant que les dispositions attaquées, qui se limitent à fixer des conditions pour que les hôpitaux puissent se voir octroyer certaines tranches de certaines parties du budget des moyens financiers des hôpitaux, trouvent leur fondement dans l'article 97 de la loi sur les hôpitaux; qu'elles n'ont pas pour objet de régler les matières visées au titre IV de la même loi; qu'elles n'avaient donc pas à être soumises à l'avis de la commission nationale paritaire médecins-hôpitaux; que le troisième moyen n'est pas fondé;

Considérant que les requérants, auxquels s'associe l'intervenante, prennent un quatrième moyen de la violation de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, en particulier de l'article 50, § 11, de l'excès de pouvoirs et de la violation des principes de bonne administration; qu'ils

soutiennent que l'arrêté attaqué prévoit notamment à l'article 7 modifiant l'article 44 de l'arrêté royal du 22 avril 2002, au 3/, alinéa 3, qu'"au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués", que cette même disposition est reproduite dans les divers articles de l'arrêté visés par le recours, que l'article 50, § 11, de la loi du 14 juillet 1994 règle la procédure dans l'hypothèse où il n'y a pas de nouvel accord au moment de l'expiration de l'ancien, qu'il est dès lors juridiquement impossible qu'un arrêté royal qui fixe des conditions de financement d'un hôpital puisse être pris en exécution de l'article 50, § 11, qui, par définition, n'a même pas été mis en oeuvre;

Considérant que la partie adverse répond que le moyen repose sur le postulat selon lequel l'acte attaqué n'aurait pas pour objet d'exécuter l'article 97, § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux et, plus précisément, de fixer les règles relatives au budget des moyens financiers, qu'il a déjà été établi à suffisance que ce postulat est inexact, que, plus particulièrement, l'objet de l'acte attaqué n'est nullement de déterminer des règles relatives à la fixation des honoraires des médecins et qu'il ne méconnaît donc en rien les règles fixées sur ce point par l'article 50 de la loi du 14 juillet 1994 et, notamment, par le § 11 de cette disposition;

Considérant que les requérants répliquent que l'arrêté attaqué prévoit notamment à l'article 7 modifiant l'article 44 de l'arrêté royal du 22 avril 2002, au 3/, alinéa 3, qu'"au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués", que cette même disposition est mentionnée dans les divers articles de l'arrêté visés au recours, que l'article 50, § 11, de la loi du 14 juillet 1994 règle la procédure dans l'hypothèse où il n'y a pas de nouvel accord au moment de l'expiration de l'ancien, que la partie adverse, qui soutient que le moyen reposerait sur un postulat qu'elle estime inexact et que l'objet de l'acte n'est pas de déterminer les règles relatives à la fixation des honoraires des médecins, reconnaît qu'il est légitime d'établir un lien entre le budget des moyens financiers et la politique menée pour ce qui concerne les séjours en chambres simples et doubles, que "les dispositions querellées lient l'octroi des montants qu'elles prévoient à la politique tarifaire menée par les hôpitaux pour les patients admis en chambres doubles" et encore que l'objectif poursuivi est "d'encourager de cette manière les hôpitaux à ne pas pratiquer des suppléments de prix pour les patients admis en chambres doubles", qu'il résulte de ces considérations que l'acte attaqué établit un lien qui a d'ailleurs été stigmatisé tant par le conseil national des établissements hospitaliers, section

financement, que par la commission nationale médecins-hôpitaux, qu'il s'agit ici d'un lien qui est juridiquement établi et qu'il ne peut donc être question de se contenter de constater que des dispositions prises en matière de fixation de règles relatives au budget des moyens financiers pourraient avoir une "influence" sur l'application d'autres dispositions légales, que, dans le cas d'espèce, il s'agit d'une volonté clairement affichée de faire rentrer sous le couvert des dispositions relatives à la fixation du budget des moyens financiers des dispositions qui ressortissent à la politique tarifaire relative aux honoraires médicaux régis par d'autres dispositions telles que celles visées aux moyens;

Considérant que les dispositions attaquées n'ont pas pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles un médecin fixe ses honoraires dans l'hypothèse où aucun accord médico-mutualiste n'est en vigueur, mais portent uniquement sur le montant maximal des honoraires que l'hôpital peut pratiquer dans une telle hypothèse s'il souhaite se voir attribuer une partie du budget des moyens financiers; que le moyen n'est pas fondé;

Considérant que les requérants, auxquels s'associe l'intervenante, prennent un cinquième moyen de la violation de l'article 50 de la loi du 14 juillet 1994, de l'excès de pouvoirs et des principes de bonne administration, qu'ils énoncent que l'article 50 de la loi mentionnée règle les rapports entre les organisations professionnelles représentatives du corps médical et les praticiens de l'art dentaire, d'une part, et les organismes assureurs, d'autre part, que l'article 50, § 1^{er}, alinéa 2, précise que "les rapports financiers et administratifs entre les médecins ou les praticiens de l'art dentaire et les bénéficiaires sont normalement régis par les accords précités", qu'en fixant des règles faisant dépendre l'octroi de moyens financiers aux hôpitaux de la condition d'une absence de suppléments d'honoraires en chambre commune et en chambre à deux lits, le Roi interfère dans les rapports entre les médecins et les bénéficiaires sans respecter les termes de l'article 50, que les dispositions attaquées vident de son contenu le système contractuel alors que le principe de la loi est la liberté d'engagement, d'une part, et le respect des formes contractuelles dans le cadre du statut hospitalier, d'autre part;

Considérant que la partie adverse répond que ce moyen appelle les mêmes observations que les précédents et, plus particulièrement, que le quatrième, que l'acte attaqué n'a pas pour objet de fixer les honoraires des médecins, mais uniquement de lier une partie du budget des moyens financiers des hôpitaux aux suppléments réclamés par ceux-ci aux patients admis en chambre double, que, pour le surplus, elle ne peut que

rappeler que les dispositions attaquées n'ont nullement pour objet d'étendre le champ d'application de l'accord médico-mutualiste aux médecins qui n'y ont pas adhéré, et que, comme énoncé précédemment, ceux-ci et les hôpitaux restent, en effet, libres de pratiquer les suppléments précités dans les conditions fixées par l'article 90 de la loi sur les hôpitaux;

Considérant que les requérants répliquent que l'article 50, § 1^{er}, alinéa 2, précise notamment que les rapports financiers et administratifs entre les médecins ou les praticiens de l'art dentaire et les bénéficiaires sont régis par des accords, qu'en fixant des règles faisant dépendre l'octroi de moyens financiers aux hôpitaux de la condition de suppléments d'honoraires en chambres communes et en chambres à deux lits, le Roi interfère dans les rapports entre les médecins et les bénéficiaires sans respecter les termes de l'article 50 de la loi, que la partie adverse se contente de rappeler son argumentation antérieure, que les avis émis par les organes consultatifs précités révèlent qu'elle est particulièrement contestée, que les dispositions attaquées fixent en effet comme contrainte pour les hôpitaux une obligation de fournir la preuve de l'application aux patients admis en chambres double et commune pour l'ensemble de l'hôpital des tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs ce qui oblige inmanquablement, eu égard aux sous-financements hospitaliers, à consentir une modification du cadre de l'accord national médico-mutualiste;

Considérant que l'article 50 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit que les accords médico-mutualistes régissent notamment les relations entre les médecins et leurs patients et la manière dont les premiers se font rétribuer pour leurs actes; que cette disposition n'interdit pas aux pouvoirs publics, lorsqu'ils adoptent des mesures dans d'autres domaines, de tenir compte de la manière dont ces rétributions sont établies; qu'en l'espèce, les dispositions attaquées n'empêchent pas les médecins de réclamer des honoraires supérieurs à ceux prévus par les accords médico-mutualistes; qu'elles prévoient uniquement que, dans cette hypothèse, les hôpitaux les employant ne pourront bénéficier des subsides précités; que les principes et disposition législative invoqués par les requérants ne sont donc pas violés; que le cinquième moyen n'est pas fondé;

Considérant que les requérants, auxquels s'associe l'intervenante, prennent un sixième moyen de la violation de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, de l'excès de pouvoirs et des principes de bonne administration; qu'ils soutiennent que l'article 138 de la loi précitée est relatif à la fixation des honoraires et prévoit notamment au § 3 que le gestionnaire et le conseil médical se portent garants du fait que tous les patients qui le désirent pourront être soignés au tarif de l'accord, que

l'article 138, § 4, de la même loi règle la situation dans l'hypothèse où il n'y a pas d'accord et que cette disposition est également violée par les articles de l'arrêté attaqué;

Considérant que la partie adverse répond que le moyen appelle les mêmes observations que celles déjà formulées, que l'acte attaqué ne contenant pas de règles relatives à la fixation des honoraires des médecins, il ne peut être jugé contraire à l'article 138 précité;

Considérant que les requérants répliquent que l'article 138 est relatif à la fixation des honoraires et prévoit notamment au § 3 que le gestionnaire et le conseil médical se portent garants du fait que tous les patients qui le désirent pourront être soignés au tarif de l'accord, que l'article 138, § 4, de la loi règle la situation dans l'hypothèse où il n'y a pas d'accord, que les requérants se réfèrent également à l'avis de la commission paritaire nationale médecins-hôpitaux qui avait critiqué le fait de "coupler" un financement de l'hôpital par le biais du BMF à la non-facturation de certains suppléments "étant donné que ceci ne peut pas être une décision unilatérale du gestionnaire, mais bien une disposition dans un règlement général qui est élaboré par le biais d'une procédure d'avis renforcé";

Considérant que l'article 138, § 3, prévoit que l'hôpital doit pouvoir permettre à une personne d'être soignée aux tarifs prévus par l'accord médico-mutualiste et que l'article 138, § 4, établit, pour sa part, les règles applicables à la facturation des honoraires des médecins au cas où il n'existerait pas d'accord médico-mutualiste en vigueur; que les dispositions attaquées, qui concernent le financement des hôpitaux et non la facturation des honoraires médicaux aux patients, n'ont pas le même objet que celui de l'article 138, §§ 3 et 4, de la loi sur les hôpitaux, et qu'elles ne le méconnaissent nullement; que le sixième moyen n'est pas fondé;

Considérant qu'en conclusion de son rapport, l'auditeur rapporteur propose d'annuler les mots "aux patients admis en chambre double et commune", inséré dans le texte de l'article 24 de l'arrêté royal du 10 novembre 2006 attaqué par la voie d'un erratum publié au Moniteur belge le 16 janvier 2007;

Considérant que, dans son dernier mémoire, la partie adverse fait valoir que ces termes n'ont pas fait l'objet de la procédure en annulation et que les requérants sont sans intérêt à les contester, leur annulation conduisant à une condition plus stricte que celle qui résulte de l'article 24 attaqué; qu'elle affirme qu'une telle annulation impliquerait que, pour conserver le bénéfice du financement prévu à l'article 77, § 1^{er},

a), points B et C et § 2, points C et D, les hôpitaux devraient appliquer pour l'ensemble de l'hôpital, y compris pour les patients admis en chambre individuelle, les tarifs de l'accord national médecins organismes assureurs;

Considérant que l'erratum publié au Moniteur belge le 16 janvier 2007 n'a fait l'objet d'aucune contestation de la part des requérants ou de l'intervenante; qu'il n'y a pas lieu de l'annuler,

D E C I D E :

Article 1^{er}.

La requête en intervention introduite par l'association sans but lucratif ASSOCIATION BELGE DES SYNDICATS MEDICAUX est accueillie.

Article 2.

La requête est irrecevable en ce qu'elle est introduite par l'association sans but lucratif CHAMBRE SYNDICALE DES MEDECINS DE L'AGGLOMERATION BRUXELLOISE.

Article 3.

La requête est rejetée.

Article 4.

Les dépens, liquidés à la somme de 650 euros, sont mis à la charge des parties requérantes, à concurrence de 175 euros chacune, et à la charge de la partie intervenante, à concurrence de 125 euros.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la VI^e chambre, le dix-neuf octobre deux mille dix par :

M^{me} Odile DAURMONT,
MM. Paul LEWALLE,
Yves HOUYET,

Président de chambre,
Conseiller d'Etat,
Conseiller d'Etat,

Vincent DURIEUX, Greffier.

Le Greffier,

Le Président,

Vincent DURIEUX.

Odile DAURMONT.