

CONSEIL D'ETAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF.

A R R E T

n° 208.434 du 26 octobre 2010

G./A.184.928/VI-17.497

En cause :

1. **l'association sans but lucratif FEDERATION DES HOPITAUX PRIVES DE BELGIQUE**, en abrégé F.H.P.B.,

ayant élu domicile
avenue Alfred Solvay, n° 5, bte 3,
1170 Bruxelles,

2. **l'association sans but lucratif CENTRE HOSPITALIER INTERREGIONAL EDITH CAVELL-LES CLINIQUES ET HOPITAUX DE LA BASILIQUE, DE BRAINE-L'ALLEUD-WATERLOO, EDITH CAVELL, LAMBERMONT ET DU PARC LEOPOLD**, en abrégé CHIREC,

ayant élu domicile
rue Edith Cavell, n° 32,
1180 Bruxelles,

3. **VAN HAELEN** Christian,
4. **BELHADI** Baya,

ayant élu domicile chez
Me Benoît CAMBIER, avocat,
avenue Winston Churchill, n° 253, bte 40,
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.

LE CONSEIL D'ETAT, VI^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 24 août 2007 par l'association sans but lucratif
FEDERATION DES HOPITAUX PRIVES DE BELGIQUE, en abrégé F.H.P.B.,

l'association sans but lucratif CENTRE HOSPITALIER INTERREGIONAL EDITH CAVELL-LES CLINIQUES ET HOPITAUX DE LA BASILIQUE, DE BRAINE-L'ALLEUD-WATERLOO, EDITH CAVELL, LAMBERMONT ET DU PARC LEOPOLD, en abrégé CHIREC, Christian VAN HAELEN et Baya BELHADI qui demandent l'annulation des "articles 5, 11 et 24 de 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 [...]";

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 Lionel RENDERS, loco Me Benoît CAMBIER, avocat, comparaissant pour les parties requérantes et Me Arnaud DESMADRYL, loco Mes Marc UYTENDAELE et Eric MARON, avocat, comparaissant 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";

Son article 90 précisait 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.
- d) lorsque l'admission concerne un enfant accompagné par un parent pendant le séjour à l'hôpital.

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) et d).

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

L'article 94 de cette 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 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."

Son article 97 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».

Son article 99 énonçait 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 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. Quand il s'agit d'une admission visée à l'article 90, § 2, alinéa 1^{er}, d), des tarifs s'écarter des tarifs de l'accord peuvent être néanmoins appliqués à condition que le séjour de l'enfant accompagné par un parent ait lieu dans une chambre individuelle à leur demande expresse et pour autant que les dispositions de l'article 90, § 1^{er}, alinéa 2, soient respectées.

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. Le Roi définit également les catégories de patients en hospitalisation de jour admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes à l'égard desquels les alinéas 1^{er} et 2 sont d'application pour toutes les prestations.

§ 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, à l'exception des patients visés

à l'article 90, § 2, alinéa premier a), b) et article 90, § 2, c) et d) [sic], 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'Assurance 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. Le Roi définit également les catégories de patients en hospitalisation de jour admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes à l'égard desquels l'alinéa 2 est d'application pour toutes les prestations.

Quand il s'agit d'une admission visée à l'article 90, § 2, alinéa 1^{er}, d), des tarifs s'écartant des tarifs de l'accord peuvent être néanmoins appliqués à la condition que le séjour de l'enfant accompagné par un parent ait lieu dans une chambre individuelle à leur demande expresse et pour autant que les dispositions de l'article 90, § 1^{er}, alinéa 2, soient respectées.

§ 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, à l'exception des patients visés à l'article 90, § 2, alinéa premier, a), b) et article 90, § 2, c) et d) [sic], 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. Le Roi définit également les catégories de patients en hospitalisation de jour admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes, à l'égard desquels l'alinéa 1^{er} est d'application pour toutes les prestations.

Quand il s'agit d'une admission visée à l'article 90, § 2, alinéa 1^{er}, d), des tarifs s'écartant des tarifs servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance peuvent être néanmoins appliqués à la condition que le séjour de l'enfant accompagné par un parent ait lieu dans une chambre individuelle à leur demande expresse et pour autant que les dispositions de l'article 90, § 1^{er}, alinéa 2, soient respectées.

§ 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.

§ 6. Les médecins visés aux §§ 1^{er}, 2 et 4, peuvent, sans préjudice du § 1^{er}, alinéa 2, § 2, alinéa 4, et § 4, alinéa 3, appliquer, à l'égard des patients admis en chambres individuelles, 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'assurance maladie-invalidité, aux organismes assureurs.

§ 7. Les médecins visés aux §§ 1^{er}, 2 et 4, ne peuvent appliquer de suppléments pour les honoraires forfaitaires payables par admission et/ou par journée d'hospitalisation relatifs aux prestations de biologie clinique ou d'imagerie médicale.

§ 8. En cas d'admission d'un enfant accompagné par un parent tel que visé à l'article 90, § 2, premier alinéa, d) un document séparé est soumis à la signature du parent susvisé en même temps que la déclaration d'admission. Dans ce document est prévue la possibilité d'offrir une hospitalisation aux tarifs de l'accord ou, au cas où un accord n'est pas en vigueur, aux tarifs qui servent de base pour le calcul de l'intervention de l'assurance.

Le parent accompagnant peut dans ce même document renoncer à cette possibilité et choisir expressément une chambre individuelle.

En cas d'absence de ce document signé, les tarifs applicables, par dérogation aux §§ 1^{er}, alinéa 2, et 2, alinéa 4, sont les tarifs de l'Accord, et, par dérogation au § 4, alinéa 3, les tarifs qui servent de base pour le calcul de l'intervention de l'assurance".

2. On trouve les passages suivants dans l'exposé des motifs de ce qui deviendra la loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé (Doc. parl., Ch. des représ., s.o. 2000/2001, n/ 1322/1), dans laquelle plusieurs dispositions précitées trouvent leur origine :

" 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.

[...]

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.

[...]

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'État, 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'État 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.

[...]

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'écartant 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".

L'avis 31.521/1/3, rendu 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».

[...]".

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 avant sa modification par l'arrêté royal du 10 novembre 2006, 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 au secteur 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 du 10 novembre 2006, 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, 10^e 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 du 10 novembre 2006, 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 du 10 novembre 2006, 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 du 10 novembre 2006, 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 1er janvier 2003) par maître de stage et 4.822,92 EUR (valeur 1er 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 1er juillet 2003.

D = le montant de la répartition d'un budget de 9.915.741 EUR (valeur 1er 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 du 10 novembre 2006, 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 du 10 novembre 2006, 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, avant sa modification par l'arrêté royal du 10 novembre 2006, 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 a formulé 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 irrelevante et engendre une confusion entre les deux financements, clairement distincts.

Ce lien accrédirait 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 donné 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 2^{ème} 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 indiquait 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.

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 a prévu, 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, 1/, 8, 2/, et 18, 2/, de l'arrêté royal du 10 novembre 2006 a été introduit sous la référence G./A.180.457/VI-17.357.

Le même arrêté royal fait l'objet du recours en annulation référencé G./A.180.449/VI-17.356.

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 rédigé dans les termes suivants :

" 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.

Les articles 5, 11 et 24 de cet arrêté royal font l'objet du présent recours.

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

Considérant que, dans son mémoire en réponse, la partie adverse fait valoir que les pièces jointes au recours des deux premières requérantes ne permettent pas de s'assurer de la validité des décisions d'agir, qu'elles restent en défaut d'établir qu'elles sont défavorablement et directement affectées par les dispositions attaquées, qu'elles devraient démontrer, d'une part, qu'elles entrent dans le champ d'application des dispositions attaquées et, d'autre part, que ces dispositions ne leur permettent pas de prétendre au financement complémentaire qu'elles prévoient, que la requête est muette quant à l'intérêt des deux premières requérantes à postuler l'annulation de l'acte et que les troisième et quatrième requérants, qui sont médecins, n'ont pas d'intérêt direct à demander l'annulation des dispositions attaquées, qui se bornent à définir des règles relatives à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux;

Considérant que les requérants répliquent qu'ils joignent les pièces établissant que les organes compétents des deux associations requérantes ont régulièrement décidé d'introduire le présent recours, que les dispositions attaquées organisent une partie importante des nouveaux moyens alloués au refinancement des hôpitaux, que les deux premières requérantes ont intérêt au recours en ce que la deuxième requérante est exclue des enveloppes budgétaires nouvellement prévues et que les membres de la première requérante le sont également, que, aux termes de ses statuts, la première requérante a pour but :

" de défendre et de promouvoir une politique de santé fondée sur la liberté de choix du médecin et de l'institution de soins, de regrouper, en vue de leur défense, de leur représentation et de leur promotion, les institutions de soins tant hospitalières qu'extrahospitalières du secteur privé; de représenter et de défendre ses membres auprès des autorités internationales, fédérales, communautaires, régionales et locales

compétentes en matière de santé publique, ainsi que dans le cadre des instances de l'Assurance maladie-invalidité et des relations collectives de travail, de s'intéresser aux conditions politiques, économiques et sociales de nature à favoriser l'initiative privée dans le domaine de la santé, ainsi qu'à l'étude et la défense des meilleures conditions de fonctionnement et de gestion des institutions de soins privées, de coordonner les activités entre ses membres et de susciter la collaboration et l'échange d'informations entre ses membres";

que les troisième et quatrième requérants ont également intérêt au recours, que les dispositions attaquées vont obliger les hôpitaux à interdire aux médecins de demander des suppléments d'honoraires aux patients admis en chambre double et commune ou à augmenter le taux de retenue sur leurs honoraires;

Considérant qu'il ressort des pièces de la procédure que la décision d'agir prise par la première requérante a été adoptée par son conseil d'administration le 13 août 2007, lors d'une réunion où étaient présents neuf membres sur un total de dix-sept, soit plus de la moitié des membres de cet organe, que la décision d'agir prise par la deuxième requérante a été adoptée par son conseil d'administration le 14 août 2007, lors d'une réunion où étaient présents tous les administrateurs à l'exception d'un administrateur extérieur indépendant; que les dispositions attaquées ont pour effet de réserver le bénéfice d'une partie des subventions publiques aux hôpitaux dont les médecins ne réclament pas de suppléments d'honoraires aux patients hospitalisés en chambre double ou en chambre commune; que la première requérante, qui défend les intérêts des institutions de soins et dont certains membres pourraient être défavorablement concernés par les dispositions attaquées a intérêt au présent recours; qu'il en est de même de la deuxième requérante qui gère et exploite des hôpitaux visés par les dispositions attaquées; qu'en application de celles-ci, les hôpitaux soit demanderont aux médecins y travaillant de ne plus réclamer de tels suppléments soit souhaiteront, conformément à l'article 140 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, imputer certains frais supplémentaires sur les honoraires perçus par eux pour le compte des médecins; qu'en leur qualité de médecin hospitalier, les troisième et quatrième requérants pourraient être affectés défavorablement par les dispositions attaquées et qu'ils ont dès lors un intérêt suffisant au recours;

Considérant que la circonstance que certaines dispositions attaquées ont été remplacées par l'arrêté royal du 19 septembre 2008 ne prive pas les requérants de leur intérêt à poursuivre 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 au fond

Considérant que les requérants prennent un premier moyen, intitulé "Affaires courantes"; qu'ils invoquent "la violation de la Constitution, notamment de ses articles 10, 11, 33, 37, 42, 88, 101, 105, 106 et 195; les principes généraux de droit, notamment ceux relatifs au fonctionnement des institutions démocratiques, ceux qui veulent que les pouvoirs d'un exécutif soient limités à l'expédition des affaires courantes lorsque le contrôle parlementaire ne peut plus s'exercer, que ce soit à la suite d'une dissolution des chambres ou d'une démission du gouvernement; de l'incompétence, de l'absence, de l'erreur, de l'insuffisance ou de la contrariété dans les causes et/ou les motifs"; qu'ils font valoir que l'acte attaqué a été adopté alors que les chambres législatives étaient dissoutes et le gouvernement fédéral démissionnaire, que la déclaration de révision de la Constitution a été promulguée le 1^{er} mai 2007 et publiée au Moniteur belge le 2 mai 2007, deuxième édition, qu'en vertu de l'article 195 de la Constitution, les chambres ont été dissoutes, que le gouvernement était démissionnaire, qu'il n'était plus chargé que de l'expédition des affaires courantes, que l'arrêté royal attaqué ne pouvait pas être pris dans ces circonstances, qu'il porte sur une matière importante, qui dépasse l'intérêt dit ordinaire en ce qu'il touche à la politique en matière de santé (article 23 de la Constitution) qui constitue un enjeu politique d'une importance capitale, ce qui ne permettait nullement au gouvernement de se soustraire à tout contrôle parlementaire, comme en l'espèce", qu'il a pour objet de modifier l'arrêté royal du 25 avril 2002 qui organise le financement de tous les hôpitaux du Royaume, que les établissements hospitaliers sont actuellement victimes d'un sous-investissement structurel, ce qui impose un refinancement conséquent et général, que les enveloppes budgétaires fixées par l'arrêté royal du 19 juin 2007 sont très importantes, qu'il n'était pas urgent de prendre l'arrêté royal attaqué, qu'il modifie une réglementation qui organisait déjà le financement des hôpitaux, que l'arrêté modifié par l'acte attaqué venait lui-même d'être modifié quelques mois plus tôt, qu'il n'y avait donc aucun vide juridique, que certaines des dispositions de l'arrêté royal du 19 juin 2007, dont les articles 5 et 11 attaqués, sont assorties de rétroactivité, "ce qui démontre encore l'absence d'urgence", que la procédure d'adoption de l'arrêté royal du 19 juin 2007 a été particulièrement longue, qu'en l'espèce, l'autorité n'a pas agi avec la célérité et la diligence qu'aurait impliquées une quelconque urgence, que le Ministre n'a pas demandé l'avis de la section de législation du Conseil d'Etat dans le délai d'urgence prévu aux articles 3 et 84, § 1^{er}, 2/, des lois coordonnées le 12 janvier 1973, que l'étendue des pouvoirs appartenant encore au gouvernement durant cette période devait être appréciée de manière d'autant plus restrictive que la date normale des élections

législatives était déjà prévue pour la mi-juin et que l'acte attaqué a été adopté après les élections mais avant l'installation de la nouvelle majorité et du nouveau gouvernement;

Considérant que, dans son mémoire en réponse, la partie adverse affirme que, les 25 et 27 avril 2007, la Chambre et le Sénat ont déclaré qu'il y avait lieu de réviser la Constitution, que le Roi, en tant que troisième branche du pouvoir législatif, a arrêté la même liste des articles de la Constitution soumis à révision le 1^{er} mai 2007, que, conformément à l'article 195 de la Constitution, les Chambres ont été dissoutes de plein droit à cette date, que la déclaration a été publiée au Moniteur belge du 2 mai 2007, que le 10 mai 2007, les collèges électoraux de toutes les circonscriptions électorales du Royaume ont été convoqués le dimanche 10 juin 2007, afin de pourvoir au renouvellement des Chambres (Moniteur belge du 14 mai 2007), que le lendemain des élections du 10 juin 2007, le Premier Ministre a remis la démission de son gouvernement au Roi; qu'à partir de cette date, le gouvernement n'a plus été chargé que de l'expédition des affaires courantes, que l'acte attaqué a certes été adopté le 19 juin 2007, qu'il est cependant, et plus particulièrement en ses articles 5, 11 et 24, l'aboutissement normal d'une procédure régulièrement entamée avant la période d'affaires courantes, qu'il ne peut être considéré comme un acte de gouvernement, qu'il n'implique aucune option dont l'importance sur le plan de la politique générale serait telle qu'il n'aurait pu être accompli que par un gouvernement disposant de l'appui du Parlement, que, s'il touche à la politique de la santé, il ne peut être considéré, spécialement en ses articles 5, 11 et 24 comme une mesure orientant la politique générale en matière d'hôpitaux, qu'en outre, les mesures attaquées ne modifient pas "structurellement" l'arrêté royal du 25 avril 2002, qu'elles se bornent à fixer les modalités d'application des principes consacrés par la loi, qu'elles n'impliquent aucun changement fondamental de la politique de la santé de nature à engager la responsabilité du gouvernement devant les Chambres législatives, que les principes que posent les dispositions attaquées quant à la répartition du financement complémentaire des hôpitaux s'inspirent de ceux qui avaient déjà été inscrits dans l'arrêté royal du 25 avril 2002 par l'arrêté du 10 novembre 2006, qu'ainsi, l'acte attaqué n'est que l'aboutissement normal d'une procédure régulièrement engagée avant la dissolution des chambres, que dès le 26 juin 2006, le Ministre a demandé l'avis de la section financement du conseil national des établissements hospitaliers, que l'avis de la section de législation du Conseil d'Etat a été demandé sur le projet appelé à devenir l'arrêté attaqué le 27 avril 2007, soit avant le début de la période d'affaires courantes, que le contenu de l'acte attaqué a été fixé alors que le gouvernement disposait de la plénitude de ses compétences, qu'entre la date où le Ministre a demandé l'avis de la section de législation du Conseil d'Etat et celle où l'acte attaqué a été arrêté, les articles 5, 11 et

24 attaqués n'ont pas été modifiés, qu'ils ont dès lors été adoptés alors que le gouvernement n'était pas limité à l'expédition des affaires courantes, qu'outre l'avis de la section de législation, seuls le troisième avis de l'inspecteur des Finances et l'accord du Ministre du Budget ont été recueillis après le début des affaires courantes et que la dernière phase de la procédure d'adoption de l'acte attaqué, exécutée alors que le gouvernement était limité à l'expédition des affaires courantes, ne constituait que le prolongement et l'aboutissement de cette procédure;

Considérant que les requérants répliquent qu'en admettant même que la procédure d'élaboration de l'arrêté royal attaqué eût été entamée avant la période d'affaires courantes, il n'en résulterait pas que le gouvernement était habilité à l'adopter "en période suspecte", que le gouvernement voit ses compétences limitées à la gestion des affaires courantes à partir du moment où il est démissionnaire ou en cas de dissolution des assemblées parlementaires, qu'en l'espèce, la dissolution des Chambres est survenue à la suite de la promulgation de la déclaration de révision de la Constitution le 1^{er} mai 2007, qu'à ce moment, l'acte attaqué était loin d'être achevé puisque la section de législation n'avait pas encore donné son avis, que l'inspection des finances a encore émis un avis près d'un mois après la dissolution des Chambres, qu'il a fallu attendre plus d'un mois pour obtenir l'accord du Ministre du Budget, que l'action gouvernementale doit pouvoir être soumise au contrôle des Chambres dès lors que la disposition en projet est encore susceptible d'être modifiée, que les formalités de consultation ayant été accomplies en période d'affaires courantes, l'acte attaqué ne pouvait pas être adopté durant cette même période puisqu'il était impossible d'engager la responsabilité du gouvernement auprès des Chambres, que l'acte attaqué a été adopté après les élections, "par un gouvernement démissionnaire ayant perdu toute légitimité (cfr le résultat des élections)", alors que les nouvelles assemblées n'étaient pas encore installées ni le nouveau gouvernement constitué, que l'étendue des pouvoirs appartenant au gouvernement durant cette période doit être appréciée de manière d'autant plus restrictive que la date normale des élections législatives était prévue pour la mi-juin, que c'est à juste titre que la section de législation du Conseil d'Etat, dans son avis à propos du projet appelé à devenir l'arrêté royal attaqué, a expressément attiré l'attention du gouvernement sur le fait que l'on se trouvait en période d'affaires courantes et qu'il ne disposait donc pas de la plénitude de compétence, que la matière régie par la décision attaquée dépasse l'intérêt ordinaire puisqu'elle touche à une politique de santé et affecte le financement de tous les hôpitaux du Royaume, que "la politique de la santé est régie par l'article 23 de la Constitution et constitue un enjeu politique d'une importance capitale qui ne pourrait sortir de la sphère du contrôle parlementaire en aucun cas", que les dispositions attaquées ont pour objectif de permettre un refinance-

ment des hôpitaux qui sont actuellement victimes d'un sous-investissement structurel, que les enveloppes budgétaires prévues par les dispositions attaquées présentent une importance toute particulière puisque leur octroi déterminera dans une certaine mesure la capacité de ces hôpitaux d'offrir des services adéquats aux malades, que les mesures litigieuses impliquent une modification importante des règles relatives à la répartition globale du budget des moyens financiers des hôpitaux puisqu'elles réservent l'octroi d'une partie importante de ce budget à certains hôpitaux seulement, que la condition qui permet l'octroi de ce budget n'a jamais été précisée dans la loi sur les hôpitaux, que si l'ancien arrêté du 10 novembre 2006 a prévu des règles de répartition du budget similaires à celles prévues par les dispositions attaquées, cet arrêté royal est lui-même attaqué pour des motifs d'illégalité identiques et qu'il n'était pas urgent de prendre l'arrêté royal attaqué; que, dans leur dernier mémoire, les requérants soutiennent que la période d'affaires courantes n'a pas commencé le 10 juin 2007 mais le 2 mai 2007, soit le jour de la publication au Moniteur belge des déclarations des trois branches du pouvoir législatif portant dissolution des Chambres, que la notion d'affaires courantes recouvre trois catégories d'affaires, à savoir celles de gestion journalière, celles d'intérêt plus qu'ordinaire encore que ne concernant pas des "affaires de gouvernement" et les affaires urgentes; qu'elle affirme qu'aucun de ces critères cumulatifs n'est rencontré en l'occurrence;

Considérant qu'il ressort de l'exposé des faits que l'arrêté royal du 19 juin 2007 attaqué a été adopté au terme d'une procédure entamée bien avant que la dissolution des Chambres ne soit effective et qu'elle a été conduite sans aucune précipitation; que les dispositions attaquées ne portent pas sur une question nouvelle sur le plan de la politique générale puisqu'elles se bornent à aménager un principe déjà prévu dans diverses dispositions de l'arrêté royal du 10 novembre 2006; que c'est indûment que les requérants reprochent à la partie adverse de les avoir adoptées alors qu'elle n'avait en charge que les affaires courantes; que le premier moyen n'est pas fondé;

Considérant que les requérants prennent un deuxième moyen, intitulé "Consultation irrégulière de la Section de législation du Conseil d'Etat"; qu'ils invoquent "la violation de la Constitution, notamment ses articles 10, 11 et 33, les lois «coordonnées sur le Conseil d'Etat», notamment de ses articles 3 et 84, la loi du 29 juillet 1991 «sur la motivation formelle des actes administratifs», notamment de ses articles 2 et 3, les principes généraux de droit, notamment celui qui veut que tout acte administratif soit rédigé avec soin et celui selon lequel tout acte administratif doit être fondé tant en la forme qu'au fond", l'absence, l'erreur, l'insuffisance ou la contrariété

dans les causes et/ou les motifs; qu'ils font valoir que l'auteur de l'acte attaqué a demandé l'avis de la section de législation du Conseil d'Etat dans le délai abrégé de l'article 84, § 1^{er}, 1/, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat sans aucune justification, que l'avis a été donné sur le projet d'arrêté le 23 mai 2007, que rien ne permet de conclure que les dispositions qui ont finalement été arrêtées étaient bien celles qui ont été soumises pour avis à la section de législation, que la partie adverse n'établit pas ni qu'elle a tenu compte des remarques de la section de législation sur son projet d'arrêté ni qu'à la suite d'éventuelles modifications au projet, elle a à nouveau consulté la section de législation et qu'il appartient à la partie adverse de renverser la présomption d'illégalité dont est affectée la consultation de la section de législation en l'espèce; qu'en une première branche, les requérants soutiennent, en substance, que lorsqu'il a créé le Conseil d'Etat, le législateur a prévu que le gouvernement devait soumettre le texte des projets d'arrêtés réglementaires à l'avis de la section de législation, afin d'assurer la cohésion du système juridique, que cette obligation de consultation préalable est inscrite à l'article 3 des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat, qu'en vertu de cette disposition, la section de législation rend ses avis dans l'ordre d'inscription des demandes, qu'il s'agit d'une formalité substantielle, considérée comme étant d'ordre public, que la réglementation prévoit plusieurs exceptions à ce principe, parmi lesquelles figure celle reprise à l'article 84, § 1^{er}, 1/, des lois précitées, en vertu duquel l'autorité qui demande l'avis peut l'obtenir dans un délai ne dépassant pas un mois, que les conditions dans lesquelles il peut être dérogé à la procédure normale de consultation préalable doivent être interprétées restrictivement, que la demande d'avis dans un délai abrégé doit dès lors être raisonnablement justifiée, que la consultation de la section de législation étant d'ordre public, la méconnaissance de cette formalité peut être dénoncée en tout état de cause, alors même qu'elle ne porterait pas directement préjudice aux parties qui s'en prévalent, qu'en l'espèce, l'avis a été demandé dans un délai d'un mois, ce qui n'est pas une consultation ordinaire, que la motivation de la demande d'avis du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique doit permettre de comprendre les raisons qui auraient permis la dérogation, qu'en tous les cas, pour apprécier la réalité de l'urgence invoquée, il faudrait pouvoir vérifier le respect in specie de plusieurs critères cumulatifs, qu'en l'espèce, l'arrêté royal ne présente aucune urgence puisqu'il vient modifier un arrêté royal qui produit ses effets depuis cinq années, qu'il n'y avait ni vide juridique créant une insécurité juridique préjudiciable, ni obstacle majeur entravant l'application de l'arrêté royal à modifier, qu'au surplus, le caractère rétroactif de certaines des dispositions de l'arrêté royal du 19 juin 2007 attaqué, notamment de ses articles 5 et 11, établit l'absence d'urgence, que, lorsqu'elle demande la consultation dans un bref délai, l'autorité doit, entre autres, établir qu'elle a procédé à l'élaboration de l'acte en question avec toute la diligence requise, que le processus

d'élaboration de l'arrêté royal du 19 juin 2007 attaqué suffit à établir l'absence de diligence puisque, notamment, il s'est écoulé plus de neuf mois entre le moment où la première instance consultative, le conseil national des établissements hospitaliers - section financement, a émis son premier avis, le 14 septembre 2006 et le jour de la publication de l'arrêté royal litigieux, le 28 juin 2007, que l'écoulement d'un tel délai est d'autant plus déraisonnable que le Ministre n'a nullement tenu compte des avis des 14 septembre 2006 et 14 décembre 2006 du conseil national des établissements hospitaliers, qui déclare à plusieurs reprises qu'il est tout à fait irrelevant d'établir un lien entre le refinancement des hôpitaux et une pratique d'honoraires par des médecins et qu'il s'est par ailleurs écoulé plus de six mois entre le moment où le conseil national des établissements hospitaliers a rendu son dernier avis, le 14 décembre 2006, et celui où l'inspecteur des Finances a émis le sien, le 8 juin 2007; qu'en une seconde branche, les requérants énoncent que rien n'indique que le texte du projet sur lequel l'avis n/42.967/3 de la section de législation du Conseil d'Etat a été demandé correspond au texte de l'arrêté royal du 19 juin 2007, qu'aucune modification ne peut cependant être apportée au projet après la consultation de la section de législation, sauf aux fins de répondre aux observations et objections formulées par celle-ci et que la formalité de la consultation préalable de la section de législation serait vidée de toute substance si, lorsque l'autorité s'écarte de cet avis, le dossier administratif n'en contenait pas les raisons;

Considérant que, dans son mémoire en réponse, la partie adverse affirme que l'article 84, § 1^{er}, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat établit une nette distinction entre les deux hypothèses qu'il vise en ses 1/ et 2/, qu'il en ressort que l'autorité ne peut réclamer la communication de l'avis de la section de législation dans un délai ne dépassant pas cinq jours qu'en cas d'urgence spécialement motivée, que, par contre, aucune condition particulière n'est fixée par l'article 84, § 1^{er}, 1/, dans l'hypothèse où, comme en l'espèce, l'autorité réclame la communication de l'avis dans un délai de trente jours, qu'il en résulte que, dans cette seconde hypothèse, la présence ou l'invocation de motifs particuliers ne sont en rien exigés, que c'est vainement que les requérants tentent de se fonder sur la loi du 29 juillet 1991 pour contredire cette conclusion, que cette loi ne trouve, en effet, à s'appliquer qu'aux actes individuels créateurs de droits, que les dispositions attaquées ont un caractère réglementaire, que la saisine de la section de législation ne produit pas en tant que telle d'effets juridiques, que la loi du 29 juillet 1991 ne peut donc s'appliquer, que les requérants restent en défaut d'indiquer quelle serait la justification qui devrait être apportée par l'autorité à la saisine de la section de législation dans l'hypothèse visée par l'article 84, § 1^{er}, 1/, que le moyen manque en droit, qu'en tout état de cause, il manque également en fait,

que la demande d'avis adressée à la section de législation vise, en effet, expressément l'urgence; qu'il y est mentionné que "L'accord du Ministre du budget est en cours d'obtention; je me permets de vous envoyer cette demande d'avis préalablement à cet accord car la publication de cet arrêté est urgente, les hôpitaux devant connaître, le plus rapidement possible, les règles qui régissent la fixation du budget des moyens financiers au 1^{er} juillet 2007", que la réalité et la pertinence de cette motivation ne peuvent être sérieusement contestées et ne le sont d'ailleurs pas par les requérants, qu'à supposer même qu'un contrôle puisse être exercé sur ce point par la section d'administration du Conseil d'Etat, quod non, ce contrôle ne pourrait équivaloir à celui qui s'applique lorsque soit la section de législation n'a pas été consultée, soit elle l'a été dans un délai ne dépassant pas cinq jours et que l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1/, tel qu'introduit dans les lois sur le Conseil d'Etat par l'article 7 de la loi du 2 avril 2003 n'oblige pas les autorités à justifier formellement l'urgence lorsqu'elles demandent au Conseil d'Etat la communication de l'avis dans un délai ne dépassant pas trente jours; que, quant à la seconde branche, la partie adverse fait valoir qu'"il suffit de comparer la pièce 7 du dossier administratif, (texte transmis au Conseil d'Etat) aux pièces 1.1. et 1.2. (acte attaqué) pour se convaincre que cette seconde branche n'est pas fondée", qu'aucune modification n'a été apportée aux articles attaqués par les requérants après l'avis de la section de législation, que les seules modifications apportées à l'arrêté concernent d'autres dispositions et que, de surcroît, elles résultent uniquement des observations formulées par la section de législation dans son avis;

Considérant que les requérants répliquent, quant à la première branche, que l'urgence devant justifier un avis dans un délai abrégé doit, à tout le moins, faire l'objet d'une motivation au fond, que la méconnaissance de cette formalité substantielle qui touche à l'ordre public peut être dénoncée en tout état de cause, alors même qu'elle ne porterait pas directement préjudice aux parties qui s'en prévalent, qu'en l'espèce, l'avis de la section de législation du Conseil d'Etat a été demandé dans un délai d'un mois, en vertu de l'article 84 des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat, ce qui n'est pas une consultation ordinaire, que, dans sa demande d'avis du 27 avril 2007, le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a fondé sa demande d'avis dans un délai abrégé en ces termes : "L'accord du Ministre du Budget est en cours d'obtention; je me permets de vous envoyer cette demande d'avis préalablement à cet accord car la publication de cet arrêté est urgente, les hôpitaux devant connaître, le plus rapidement possible, les règles qui régissent la fixation du budget des moyens financiers au 1^{er} juillet 2007", qu'en formulant sa demande en ces termes, le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique ne cherchait pas à justifier la demande d'un avis dans un délai abrégé mais seulement que la demande était adressée à la section de législation

avant que l'accord du Ministre du Budget eût été obtenu, qu'il ressort en effet du courrier d'accord du 8 juin 2007 du Ministre du Budget que la demande d'accord du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur le projet d'arrêté royal ne date que du 7 mai 2007, qu'ainsi, la justification avancée par le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique pour réclamer la procédure accélérée d'avis est inexacte en fait et en droit, que cette demande n'est, en tous les cas, pas même raisonnablement justifiée vu les délais qui ont été pris en l'espèce; que, quant à la seconde branche, les requérants affirment que les pièces du dossier administratif font apparaître que le projet soumis à la section de législation du Conseil d'Etat a fait l'objet de modifications après la demande d'avis, qu'il ressort en effet des conclusions de l'inspection des finances dans son avis du 20 février 2007 que des modifications devaient encore être apportées au projet à la suite du contrôle budgétaire qui devait avoir lieu ultérieurement, qu'un avis a été donné par l'inspection des finances le 25 mai 2007, soit après que la section de législation ait rendu son avis, que cet avis de l'inspection des finances se prononce sur les modifications apportées au projet d'arrêté "et qui tiennent compte d'une part du contrôle budgétaire 2007 qui s'est déroulé le 18 mars 2007 et d'autre part des modifications du BMF approuvées en Conseil des ministres du 27 avril 2007, soit le jour où l'avis de la Section de législation a été demandé", que "parmi les modifications examinées par l'Inspection des finances en date du 25 mai 2007, figurent les dispositions attaquées puisque l'article 24 du projet d'arrêté royal est désigné comme faisant partie des mesures supplémentaires approuvées lors du conclave budgétaire (cfr p. 2 de l'avis) et qu'il est fait mention de modifications relatives au partage entre les parties B1 et B2 du financement complémentaire dont il est question dans les dispositions attaquées (cfr p. 3 de l'avis)", que rien ne permet de conclure au regard du texte final de l'arrêté attaqué et des pièces du dossier administratif que la partie adverse a tenu compte des critiques émises dans l'avis de la section de législation du Conseil d'Etat, que, dans son avis, celle-ci a attiré l'attention du gouvernement sur son incompétence en période d'affaires courantes et sur la rétroactivité des dispositions de l'arrêté royal, que l'autorité n'a pas tenu compte de ces remarques et n'a pas énoncé les raisons pour lesquelles elle a décidé de ne pas les prendre en compte; que, dans leur dernier mémoire, les requérants affirment, quant à la première branche, qu'il paraît "tout à fait disproportionné de procéder, tantôt à un plein contrôle de légalité de la procédure diligentée sur pied du secundo de l'article 84, § 1^{er} [...] tantôt de se refuser à un quelconque contrôle quand la demande d'avis se fonde sur le secundo de la même disposition [*sic*], alors même que les deux procédures ne se distinguent que très peu", ce qui "se heurte aux articles 33 et 159 de la Constitution et aux principes généraux de sécurité juridique et de bonne administration"; que, quant à la seconde branche, ils soutiennent qu'il ressort d'une comparaison entre le projet soumis pour avis à la section

de législation et l'arrêté royal attaqué que les articles 9, 14, 20 et 26 ont été substantiellement modifiés postérieurement à l'avis de la section de législation du 23 mai 2007, que les versions projetée et définitive de l'article 9 de l'arrêté royal attaqué divergent, qu'ainsi un 1/, inédit, a été ajouté, libellé en ces termes :

" Dans l'article 45 du même arrêté sont apportées les modifications suivantes :

1/ le § 1^{er}, 2^e alinéa, 1^{er} tiret, est remplacé comme suit :

«- pour les hôpitaux visés à l'article 33, § 1^{er}, 1^{ère} phrase, et § 2, la valeur au 30 juin de l'exercice de fixation de la sous-partie B2 est maintenue. A partir du 1^{er} juillet 2008, ce budget tient compte de l'indice de correction sociale, visé au § 3, 4/, 3^e alinéa.»";

que, dans la version en projet de l'article 14, il était prévu de fixer l'enveloppe budgétaire envisagée à l'article 63, alinéa 1^{er} de l'arrêté royal du 25 avril 2002 à la somme de 36.748.103 euros (index 01/07/2007) alors que l'article 14 dans sa version définitive mentionne une somme de 34.317.103 euros (index 01/07/2007); que, dans sa version définitive, l'article 20 de l'arrêté royal attaqué fixe, comparé au projet, une nouvelle formule de calcul pour déterminer la répartition du solde du budget prévu aux termes de l'article 78, 1/, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 aux 1^{er} juillet 2008, 2009 et 2010; que l'article 26 de l'arrêté royal attaqué, qui porte sur des modifications à l'annexe 3 de l'arrêté royal du 25 avril 2002, contient également "un certain nombre de dispositions nouvelles quant au point 3bis de l'annexe 3 en question";

Considérant, quant à la première branche, que c'est à juste titre que la partie adverse affirme que l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1/, des lois sur le Conseil d'Etat, précitées, n'exige pas une motivation formelle de l'urgence dans l'hypothèse où l'avis de la section de législation est demandé dans un délai de trente jours; que, par ailleurs, les motifs pour lesquels le Ministre décide de saisir la section de législation du Conseil d'Etat d'une demande d'avis dans un tel délai relèvent de l'opportunité; que le contrôle de celle-ci échappe à la compétence de la section du contentieux administratif; que le moyen n'est pas fondé en sa première branche;

Considérant, quant à la seconde branche, que les requérants restent en défaut d'établir que les modifications apportées aux projets appelés à devenir les dispositions attaquées, après que la section de législation du Conseil d'Etat eût été consultée à leur sujet, ont été d'une portée telle qu'elles exigeaient un retour devant celle-ci; qu'en particulier, si le projet devenu l'article 9 de l'arrêté attaqué a été effectivement complété par un premier alinéa portant sur le § 1^{er}, 2^{ème} alinéa, 1^{er} tiret, de l'arrêté royal du 25 avril 2002, il s'avère que cette modification n'innovait qu'en prévoyant que, à partir 1^{er} juillet 2008, le budget en cause tiendrait compte de l'indice de correction sociale visé au § 3, 4/, 3^{ème} alinéa, lequel figurait dans le projet tel que

soumis à la section de législation; que le moyen n'est pas fondé dans sa seconde branche; qu'il doit dès lors être rejeté;

Considérant que les requérants prennent un troisième moyen, intitulé "La fixation des honoraires"; qu'ils font état de la violation de la Constitution, notamment ses articles 10, 11, 16, 33, 37, 42, 88, 101, 105, 106, 108 et 195, du Premier protocole additionnel à la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, notamment son article 1^{er}, de la loi coordonnée du 7 août 1987 sur les hôpitaux, notamment ses articles 87, 90, 97, 138 et 145, de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, notamment ses articles 2 et 3, de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, notamment son article 50, de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, notamment son article 154ter, de l'arrêté royal n/ 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, notamment ses articles 15 et 35duodecies, des principes généraux de droit, en ce compris celui d'égalité et de non discrimination, de proportionnalité, de sécurité juridique et de prévisibilité, de correction, de non-rétroactivité, de celui qui veut que tout acte administratif soit rédigé avec soin et de celui selon lequel tout acte administratif doit être fondé tant en la forme qu'au fond, de l'incompétence, de l'absence, de l'erreur, de l'insuffisance ou de la contrariété dans les causes et/ou les motifs; qu'ils soutiennent que les articles 5, 11 et 24 de l'arrêté royal attaqué conditionnent l'octroi d'une partie des financements prévus pour les sous-parties A1, B2 et C3 du budget des hôpitaux au fait que les médecins n'appliquent pas de suppléments d'honoraires aux patients admis en chambre double et commune et que l'article 5 de l'arrêté royal du 19 juin 2007 réserve l'obtention d'une partie du financement pour les charges d'investissement (la sous-partie A1) aux seuls hôpitaux qui ont imposé à leurs médecins une interdiction de suppléments d'honoraires, même lorsqu'ils en ont le droit; qu'ils considèrent que le Ministre et le Roi ne pouvaient pas priver les hôpitaux d'une partie importante de leur financement lorsque leurs médecins demandent des suppléments d'honoraires aux patients admis en chambre double ou commune en application des articles 87 et 97 de la loi coordonnée du 7 août 1987 sur les hôpitaux, que l'article 97 n'autorise le Roi qu'à "détermine[r], après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section financement, les conditions et les règles de fixation du budget et de ses éléments constitutifs", que l'article 87 de la même loi ne permet au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique que de fixer le budget des moyens financiers "dans les limites d'un budget global pour le Royaume, fixé par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres", que ces compétences, aussi discrétionnaires soient-elles, ne permettent ni au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique ni au Roi de priver d'une partie de son financement un

hôpital parce que ses médecins ou lui-même, pour compte de ses médecins, facturent un supplément d'honoraires aux patients admis en chambre double et commune, que c'est pourtant ce qu'impliquent les articles 5, 11 et 24 de l'arrêté royal du 19 juin 2007 qui modifient les articles 29, 47, § 2, et 83 de l'arrêté royal du 25 avril 2002; qu'en effet, ces dispositions vont bien au-delà de la simple détermination des critères et des modalités de calcul du budget, que les compléments d'enveloppes budgétaires relatifs aux sous-parties A1, B2 et C3 dont il est ici question devaient tendre au refinancement du budget des hôpitaux qui sont les victimes d'un sous-financement structurel et chronique, qu'en astreignant les établissements hospitaliers à imposer à tous leurs médecins des limitations de tarification, faute de quoi leur financement est substantiellement réduit, l'objectif de refinancement généralisé des hôpitaux poursuivi par la partie adverse n'est nullement atteint, que, de plus, le financement des sous-parties A1, B2 et C3 n'a rien à voir avec les honoraires médicaux, que l'avis du conseil national des établissements hospitaliers-Section Financement rendu le 14 septembre 2006 et relatif au budget des moyens financiers au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet 2007 confirme "qu'établir un lien entre un refinancement des hôpitaux et une pratique d'honoraires est irrelevant puisqu'il s'agit de 2 budgets clairement distincts, elle réitère sa recommandation unanime : le refinancement doit bénéficier à tous les hôpitaux et non à une partie d'entre eux", que la section de législation du Conseil d'Etat a déjà établi à diverses reprises qu'il ne suffisait pas d'inscrire formellement un régime dans une certaine norme pour que ce régime puisse être considéré comme relevant effectivement de la matière régie par cette norme, qu'en vertu de l'article 108 de la Constitution, le Roi ne peut prendre un arrêté qui aurait pour effet de suspendre la loi, de dispenser de son exécution ou même d'en freiner l'application; qu'il en résulte que le Roi ne peut user des pouvoirs que lui confère l'article 97 de la loi coordonnée sur les hôpitaux pour prendre des mesures qui ont pour effet de tenir en échec ou de restreindre la liberté qu'ont les médecins de facturer un supplément d'honoraires, ou de les pénaliser de manière directe ou indirecte à ce sujet, qu'il va pourtant de soi que les institutions qui seront privées d'une partie de leur budget en raison de suppléments d'honoraires demandés par leurs médecins devront compenser leurs pertes en augmentant les prélèvements sur les honoraires médicaux ou interdire ces suppléments, que, cependant, en vertu de l'article 15 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, des articles 90 et 138 de la loi sur les hôpitaux, de l'article 50 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et des conventions qui en découlent, les médecins sont habilités à facturer, dans le respect de la déontologie et des prescriptions légales et contractuelles, des suppléments d'honoraires notamment aux patients qui dépassent certains seuils de revenus et/ou qui ont des exigences particulières ou sont admis en chambre double ou en chambre

particulière, qu'il appartenait donc à la partie adverse de fixer les critères et les modalités de calcul des postes A1, B2, C3 du budget des moyens financiers des hôpitaux dans le respect des dispositions existantes relatives notamment à la fixation des honoraires des médecins ainsi que des règles portant organisation des relations entre les médecins, les hôpitaux et/ou les organismes assureurs, ce qu'elle n'a pas fait; qu'en l'occurrence, les mesures attaquées visent à imposer les tarifs de la convention médico-mutualiste même lorsque ceux-ci ne trouvent pas à s'appliquer; qu'en effet, les dispositions attaquées ont pour effet d'étendre le champ d'application de la convention aux médecins non conventionnés et, pour les médecins conventionnés, d'en modifier unilatéralement les termes et que ce faisant, les médecins sont privés de la liberté d'adhérer ou non aux termes de la convention médico-mutualiste; qu'ils font valoir encore que l'arrêté royal attaqué, en ce qu'il a pour objet, en ses articles 5, 11 et 24, d'organiser la fixation des honoraires des médecins, devait être précédé de la concertation en comité de concertation entre le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, les organisations professionnelles des médecins et les organismes assureurs, qu'il devait être délibéré en conseil des ministres (violation de l'article 35 du décret de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé), qu'il devait être soumis à la consultation de la commission nationale paritaire médecins-hôpitaux (violation de l'article 145 de la loi coordonnée sur les hôpitaux du 7 août 1987) et à l'avis de la Structure multipartite en matière hospitalière (violation de l'article 154ter de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, modifiée par la loi du 22 août 2002); qu'ils font valoir encore que les dispositions attaquées sont disproportionnées et discriminatoires, que les articles 5, 11 et 24 de l'acte attaqué qui visent les suppléments d'honoraires tout en laissant de côté les suppléments de séjour hospitalier appliquent un critère irrelevant, inadéquat et disproportionné, que ces dispositions visent non pas à financer les hôpitaux qui perdent des suppléments mais à pénaliser les médecins qui facturent à leurs patients des suppléments d'honoraires, qu'en réservant une partie substantielle du budget des moyens financiers des sous-parties A1, B2 et C3 aux seuls hôpitaux qui ne facturent pas de suppléments d'honoraires, l'arrêté royal attaqué taxe et pénalise de manière discriminatoire et disproportionnée les hôpitaux et, subséquemment, les médecins qui facturent, pourtant légalement, un supplément aux patients admis en chambre double, que ce sont en effet les hôpitaux qui seront sanctionnés par le refus des financements complémentaires prévus pour les sous-parties A1, B2 et C3 du budget des moyens financiers si l'un ou l'autre médecin ne respecte pas l'interdiction de pratiquer des suppléments d'honoraires, que les dispositions attaquées doivent également être jugées disproportionnées en ce qu'il ne s'agit pas de la mesure la moins préjudiciable pour atteindre l'objectif poursuivi puisque ce sont les hôpitaux et toute la collectivité

hospitalisée qui supporteront les conséquences de la méconnaissance de la réglementation par un seul médecin, que les dispositions attaquées sont d'autant plus discriminatoires et disproportionnées que le solde restant des montants en question ne sera redistribué qu'aux seuls hôpitaux dont les médecins ne facturent pas de suppléments d'honoraires, qu'en cherchant à appliquer les tarifs de l'accord médico-mutualiste "aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital", les dispositions attaquées créent une discrimination entre les patients non hospitalisés relevant, d'une part, de l'activité ambulatoire et, d'autre part, certains patients hospitalisés, qu'en effet, la facturation de suppléments d'honoraires à un patient non hospitalisé n'entraîne pas la perte du financement de l'hôpital alors que, à l'inverse, les mesures attaquées ont pour effet qu'aucun supplément d'honoraires ne pourra être facturé au patient hospitalisé, même pour les prestations ambulatoires qui sont sans rapport avec les causes de son hospitalisation, que les mesures en question ne frappent la facturation de suppléments d'honoraires que par les seuls médecins, à l'exclusion des kinésithérapeutes et des professions paramédicales et que la différence de traitement qui est ainsi faite entre, d'une part, les médecins hospitaliers et, d'autre part, les kinésithérapeutes et les professions paramédicales ne se justifie nullement;

Considérant que la partie adverse répond que l'acte attaqué est fondé, comme l'indique son préambule, sur l'article 97, § 1^{er}, de la loi coordonnée sur les hôpitaux, qu'il fait partie du chapitre V - Financement des coûts d'exploitation - du titre III - Programmation, financement et agrément des hôpitaux - de la loi, que l'article 87 de celle-ci fait partie du même chapitre, que l'article 97 habilite le Roi, en son § 1^{er}, à fixer par voie de dispositions réglementaires les conditions et les règles de fixation du budget des moyens financiers et de ses éléments constitutifs, que, comme l'a rappelé l'arrêt n° 143.424 du 20 avril 2005, il résulte de l'article 97 de la loi sur les hôpitaux 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 dispose d'une compétence discrétionnaire, 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 de l'habilitation ainsi confiée au Roi, que leur objet est de régler l'octroi et/ou la répartition des montants financiers complémentaires qu'elles prévoient, qu'elles relèvent 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 encore de celles concernant l'intervention des organismes assureurs, que, certes, elles 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}, la partie adverse n'aperçoit pas - et les requérants n'indiquent 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 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, mais que 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 l'avis de la section de législation du Conseil d'Etat n/41.776/1 du 28 novembre 2006 ne contredit nullement cette analyse, qu'il est étranger à la matière des hôpitaux et concerne uniquement une question de répartition de compétences entre l'autorité fédérale et les Communautés en matière de sécurité sociale et d'aide aux personnes, qu'en outre, la section de législation a souligné dans cet avis "qu'il ne suffit pas d'inscrire formellement un régime dans une loi relative à la sécurité sociale pour que ce régime puisse également être considéré effectivement comme faisant partie de la sécurité sociale. En effet, il est requis que le régime concerné présente intrinsèquement les caractéristiques d'un régime de sécurité sociale, de sorte que ce n'est pas la manière dont une mesure est conçue qui détermine principalement si celle-ci peut être considérée, oui ou non, comme relevant de la sécurité sociale", que les dispositions attaquées relèvent de la matière du financement des hôpitaux et, plus particulièrement, de la fixation des règles en matière de budget de ceux-ci; qu'elle répond encore que les dispositions attaquées ne méconnaissent pas celles qui sont relatives à la liberté des médecins de fixer leurs honoraires, que celles-ci concernent, en effet, uniquement la fixation des honoraires des médecins, les conditions dans lesquels des suppléments peuvent être demandés aux patients admis en chambre double, ainsi que l'intervention des organismes assureurs, qu'elles sont étrangères aux mesures qui peuvent être décidées par le Roi en exécution de l'article 97, § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux, que la seule circonstance que les médecins non conventionnés sont habilités à facturer des suppléments d'honoraires aux patients admis en chambre double dans les conditions fixées par l'article 90 de la loi sur les hôpitaux n'est évidemment pas de nature à empêcher le Roi de tenir compte, dans la fixation des règles relatives au budget des hôpitaux, de l'imposition ou non aux patients de tels suppléments, qu'il est d'ailleurs inexact de considérer que les dispositions attaquées interdiraient aux hôpitaux et/ou aux médecins de réclamer lesdits suppléments aux patients, que leur seul objet est, en effet, de régler des questions relatives au budget des hôpitaux et qu'elles ne portent donc pas atteinte à la liberté invoquée par les requérants, qu'en adoptant les dispositions attaquées, le Roi n'a nullement méconnu l'article 108 de la Constitution, que l'acte attaqué se borne à exécuter l'article 97, § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux, lequel ne subordonne l'intervention du pouvoir exécutif qu'à l'avis du conseil national des

établissements hospitaliers, section financement, qu'il n'a pour objet ni de régler la structure et l'organisation de la pratique médicale au sens de l'article 35 du décret de l'arrêté royal n° 78, ni de régler le statut des médecins hospitaliers et leurs relations avec les hôpitaux dans le cadre du titre IV de la loi sur les hôpitaux, ni d'instaurer un financement par la nomenclature des prestations médicales au sens de l'article 154 ter de la loi du 29 avril 1996, qu'il résulte de cette disposition qu'elle ne peut trouver à s'appliquer que lorsqu'une réglementation débouche simultanément sur un financement tant par le budget des moyens financiers que par la nomenclature des prestations médicales, que les dispositions attaquées créent une différence de traitement entre différentes catégories d'hôpitaux, que cette différence de traitement n'est, cependant, en rien contraire aux articles 10 et 11 de la Constitution, que l'objectif poursuivi par les dispositions attaquées n'est pas de taxer et de pénaliser mais d'encourager les hôpitaux à ne pas pratiquer de suppléments pour les patients admis en chambre double, que cet objectif est 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, s'agissant du contrôle à opérer par les hôpitaux sur "l'interdiction des suppléments d'honoraires", il ne s'agit en rien d'une interdiction, qu'il n'est pas déraisonnable que les hôpitaux contrôlent, eux-mêmes, l'application des tarifs facturés aux patients hospitalisés, que, quant à la différence de traitement entre "les patients non hospitalisés relevant de l'activité ambulatoire" et "certains patients hospitalisés", la portée des observations formulées sur ce point par les requérants est pour le moins peu claire, qu'il existe, en effet, une différence objective fondamentale entre les deux catégories visées puisqu'au contraire des patients hospitalisés, ceux qui ne le sont pas ne séjournent pas, par définition, à l'hôpital, que le critère de différenciation résultant des dispositions litigieuses est lié à la question des suppléments d'honoraires réclamés aux patients hospitalisés séjournant en chambre double et qu'elle n'aperçoit, dès lors, pas en quoi les dispositions litigieuses créeraient une quelconque discrimination entre les deux catégories de patients; que, quant à la différence de traitement entre les médecins et les kinésithérapeutes et les autres professions paramédicales, la partie adverse affirme que l'acte attaqué a pour seul objet de réglementer le budget des moyens financiers des hôpitaux, que s'il peut avoir des incidences sur la situation des médecins, cette incidence ne peut être qu'indirecte, la situation des médecins dépendant non pas directement du budget de l'hôpital, mais bien de leurs relations avec celui-ci, que, de manière plus fondamentale, 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 querellées mais seulement censurer une erreur manifeste d'appréciation, qu'à cet égard, il ne suffit pas de se référer aux avis du conseil national des établissements hospitaliers, que celui-ci a uniquement considéré qu'il

serait irrelevant 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 le bien fondé des arguments soulevés par les requérants, que les représentants mutualistes à la section financement ne partageaient pas cet avis, que la partie adverse a, quant à elle, estimé qu'il était, en tout état de cause, justifié de limiter l'octroi des montants financiers complémentaires dégagés aux hôpitaux n'appliquant pas de suppléments aux patients admis en chambre double et que les requérants restent en défaut d'établir qu'elle aurait, ce faisant, commis une erreur manifeste d'appréciation ou méconnu les articles 10 et 11 de la Constitution; que, dans son dernier mémoire, elle soutient que les hôpitaux se définissent, en premier lieu, par rapport à l'activité médicale, que la loi coordonnée sur les hôpitaux n'accorde de statut spécifique qu'aux seuls médecins, que l'activité médicale est intégrée dans la gestion de l'hôpital, que les rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins, les conditions d'organisation et les conditions de travail y compris les conditions financières de travail sont régies par une réglementation générale élaborée dans chaque hôpital, que la loi définit le statut pécuniaire des médecins hospitaliers, la fixation, les modalités de perception et l'affectation de leurs honoraires, que de telles dispositions sont inexistantes en ce qui concerne les professions paramédicales et qu'il n'est pas injustifié de lier la question de l'octroi d'un financement complémentaire des hôpitaux à celle des honoraires des seuls médecins;

Considérant que, dans leur mémoire en réplique et leur dernier mémoire, les requérants soutiennent, quant à l'incompétence du Roi et du ministre, que l'article 97 de la loi sur les hôpitaux n'autorise le Roi qu'à "détermine[r], après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section financement, les conditions et les règles de fixation du budget et de ses éléments constitutifs", que l'article 87 de la même loi ne permet au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique que de fixer le budget des moyens financiers dans les limites du budget global fixé par arrêté royal, que ces compétences, aussi discrétionnaires soient-elles, ne permettent ni au Ministre de la Santé publique, ni au Roi de priver d'une partie de son financement un hôpital parce que ses médecins ou lui-même, pour compte de ses médecins, facturent un supplément d'honoraires aux patients admis en chambre double et commune, que la partie adverse se méprend sur la portée de l'article 97, § 1^{er}, qui permet uniquement au Roi de déterminer "les critères et les modalités de calcul [du budget], en ce compris la fixation des activités justifiées et les modalités d'indexation", que les dispositions attaquées qui modifient les articles 29, 47, § 2, et 83 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 vont bien au-delà de la simple détermination des critères et des modalités de calcul du budget, que les compléments d'enveloppes budgétaires relatifs aux sous parties A1, B2 et C3 devaient tendre au refinancement du budget des hôpitaux qui sont les victimes

d'un sous-financement structurel et chronique, qu'en astreignant les établissements hospitaliers à imposer à tous leurs médecins des limitations de tarification, faute de quoi leur financement sera substantiellement réduit, l'objectif de refinancement généralisé des hôpitaux n'est nullement atteint, que, de plus, le financement des sous-parties A1, B2 et C3 n'a rien à voir avec les honoraires médicaux, que l'avis du conseil national des établissements hospitaliers-Section Financement rendu le 14 septembre 2006 et relatif au budget des moyens financiers au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet 2007 confirme à propos des dispositions attaquées "qu'établir un lien entre un refinancement des hôpitaux et une pratique d'honoraires est irrelevant puisqu'il s'agit de 2 budgets clairement distincts. Elle réitère sa recommandation unanime : le refinancement doit bénéficier à tous les hôpitaux et non à une partie d'entre eux", que l'objet des dispositions attaquées n'est pas de réglementer le budget des hôpitaux mais plutôt de définir de nouvelles normes en matière de fixation des suppléments d'honoraires et de chambre, que la partie adverse prétend à tort que les mesures litigieuses pourraient se justifier eu égard aux économies budgétaires que permettrait l'interdiction de pratiquer des suppléments d'honoraires, qu'une telle affirmation est erronée puisque les suppléments d'honoraires pratiqués ne sont mis à charge ni de l'Etat belge, ni de l'INAMI; que, quant à l'atteinte à la liberté des médecins de fixer leurs honoraires, les requérants font valoir qu'en vertu de l'article 108 de la Constitution, le Roi ne peut prendre un arrêté qui aurait pour effet de suspendre la loi, de dispenser de son exécution ou même d'en freiner l'application, que le Roi ne peut donc user des pouvoirs que lui confère l'article 97 de la loi sur les hôpitaux pour prendre des mesures qui ont pour effet de tenir en échec ou de restreindre la liberté qu'ont les médecins de facturer un supplément d'honoraires ou de les pénaliser de manière directe ou indirecte à ce sujet, que les institutions qui seront privées d'une partie de leur budget en raison de suppléments d'honoraires demandés par leurs médecins devront compenser leurs pertes en augmentant les prélèvements sur les honoraires médicaux ou interdire ces suppléments, qu'en toute hypothèse, il résulte de l'article 15 de l'arrêté royal n/ 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, des articles 90 et 138 de la loi sur les hôpitaux, de l'article 50 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et des conventions qui en découlent que les médecins sont habilités à facturer, dans le respect de la déontologie et des prescriptions légales et contractuelles, des suppléments d'honoraires notamment aux patients qui dépassent certains seuils de revenus ou qui ont des exigences particulières ou sont admis en chambre double ou en chambre particulière; que, quant à la méconnaissance des formalités de consultation, les requérants affirment que la réglementation attaquée a pour effet d'organiser la fixation des honoraires des médecins, que la partie adverse n'a pas respecté l'ensemble des formalités de consultation préalable qui s'imposaient à elle, qu'elle a méconnu

l'article 35 du décret de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé qui impose non seulement une délibération en Conseil des ministres mais également la concertation préalable avec le comité de concertation pour la fixation de l'ensemble des règles concernant la structure et l'organisation de la pratique médicale, que les dispositions attaquées affectent "la structure et l'organisation de la pratique médicale", qu'il s'agit également de la consultation de la commission nationale paritaire médecins-hôpitaux (violation de l'article 145 de la loi coordonnée sur les hôpitaux du 7 août 1987), qu'une telle consultation doit précéder toute adoption des arrêtés d'exécution en rapport avec le titre IV de la loi sur les hôpitaux, ce qui est le cas en l'espèce puisque l'acte attaqué aura pour effet, soit d'interdire les suppléments d'honoraires pratiqués par les médecins, soit d'entraîner une majoration des retenues pratiquées par les hôpitaux sur les honoraires médicaux pour faire face à la perte de financement et qu'il s'agit enfin de l'avis de la structure multipartite en matière hospitalière (violation de l'article 154ter de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, modifiée par la loi du 22 août 2002), que cette consultation est toujours requise lorsque, comme en l'espèce, la disposition en projet a pour objet de réglementer des matières qui concernent l'articulation des règles de financement de l'activité hospitalière (budget des moyens financiers) et de l'activité médicale (honoraires); que, quant à la disproportion et à la discrimination, les requérants soutiennent que les articles 5, 11 et 24 de l'acte attaqué appliquent un critère irrelevant, inadéquat et disproportionné, qu'en réservant une partie substantielle du budget des moyens financiers des sous parties A1, B1 et B2 aux seuls hôpitaux qui ne facturent pas de suppléments d'honoraires, l'arrêté royal attaqué taxe et pénalise de manière discriminatoire et disproportionnée les hôpitaux et, subséquemment, les médecins qui facturent, pourtant légalement, un supplément aux patients admis en chambre double, qu'il est contraire aux principes invoqués de ne tenir compte des suppléments d'honoraires que des seuls médecins qui ne constituent qu'une catégorie de prestataires de soins parmi d'autres, que, de manière plus générale, les mesures attaquées ne réalisent pas le refinancement escompté de tous les hôpitaux, que le budget ne peut pas être fixé en prenant en compte un élément d'appréciation qui est sans lien avec les dépenses des établissements, tel que la tarification par les médecins de suppléments d'honoraires, que les dispositions attaquées doivent également être jugées disproportionnées en ce qu'il ne s'agit assurément pas de la mesure la moins préjudiciable pour atteindre l'objectif poursuivi;

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 et les modalités de

calcul; que, dans l'exercice de ce pouvoir, le Roi dispose d'une large marge d'appréciation; que les deux premières dispositions attaquées 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 la dernière tranche du financement de certaines parties du budget destinée au refinancement des établissements hospitaliers; que la troisième disposition attaquée prévoit qu'un hôpital ne peut bénéficier, à compter du 1^{er} juillet 2007, d'une partie de la tranche complémentaire relative à la sous-partie C 3 que s'il peut prouver qu'il n'a facturé aucun supplément d'honoraires en chambre commune; que ces dispositions fixent des critères et des conditions relatives à l'attribution de certaines tranches du financement public des hôpitaux; qu'elles font partie de celles que le Roi peut prendre sur la base de l'article 97, § 1^{er}, alinéa 2, c, de la loi coordonnée sur les hôpitaux; que si la partie adverse a, en retenant un critère, cherché à décourager la facturation de suppléments d'honoraires, elle n'a pas pour cela excédé les pouvoirs qu'elle tient de cette disposition législative;

Considérant que les dispositions visées par le moyen garantissent le droit des médecins de réclamer le paiement d'honoraires, soit ceux prévus par les conventions, soit des honoraires plus élevés, pour les actes médicaux qu'ils accomplissent; qu'elles n'interdisent cependant pas aux pouvoirs publics, lorsqu'ils réglementent dans d'autres domaines, de tenir compte de la manière dont ces honoraires sont perçus; que les dispositions attaquées n'empêchent pas les médecins de demander des honoraires supplémentaires, mais qu'elles emportent que, dans cette hypothèse, les hôpitaux les employant ne pourront bénéficier de certaines tranches de financement; que les hôpitaux ne peuvent cependant compenser ce manque à gagner par des retenues sur les honoraires des médecins; qu'en effet, en vertu de l'article 140 de la loi sur les hôpitaux, le pourcentage des honoraires que les hôpitaux peuvent retenir pour financer leur fonctionnement est fixé de commun accord avec les médecins; qu'il n'en reste pas moins que les dispositions attaquées ne visent que certaines tranches de certaines parties du budget des moyens financiers des hôpitaux; que, compte tenu de leur portée limitée, les dispositions contestées ne peuvent être considérées comme disproportionnées ou manifestement déraisonnables; que, par ailleurs, les requérants restent en défaut d'établir en quoi elles empêcheraient les médecins d'accorder aux patients couverts par une assurance complémentaire le bénéfice de conditions d'une qualité de soins supérieure; que la partie adverse a pu se fonder sur la différence objective entre les patients admis en chambre double ou commune, qui sont hospitalisés, et les patients relevant de l'activité ambulatoire, pour déterminer le critère de financement concerné; que les dispositions attaquées n'ont pas pour effet d'étendre l'application des accords

médico-mutualistes aux médecins qui n'y ont pas adhéré ou qui n'y ont adhéré que partiellement; que les critiques en opportunité, émises à différentes reprises par le conseil national des établissements hospitaliers sur l'intention du ministre n'ont pas pour effet de rendre les dispositions attaquées illégales; que la partie adverse ne justifie cependant pas comment elle a pu, sans violer le principe d'égalité et de non-discrimination, décider de ne tenir compte, dans les dispositions attaquées, que des suppléments d'honoraires réclamés par les médecins à l'exception des autres prestataires de soins; qu'en ce qu'il est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, le troisième moyen est fondé;

Considérant que les requérants prennent un quatrième moyen qu'ils intitulent "Insécurité juridique et rétroactivité"; qu'ils se fondent sur la violation de la Constitution, notamment ses articles 10, 11 et 16, du Premier protocole additionnel à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, notamment son article 1^{er}, du Code civil, notamment son article 2, de la loi coordonnée sur les hôpitaux du 7 août 1987, notamment ses articles 97 et 138, des principes généraux du droit, en ce compris celui d'égalité et de non discrimination, de proportionnalité, de sécurité juridique et de prévisibilité, de sollicitude, de bonne administration et de bonne gestion, de correction et de non-rétroactivité, de l'incompétence, de l'absence, de l'erreur, de l'insuffisance ou de la contrariété dans les causes et/ou les motifs; qu'ils soutiennent que les dispositions attaquées subordonnent l'obtention d'une partie du financement des hôpitaux au 1^{er} janvier 2007 ou au 1^{er} juillet 2007 aux pratiques d'honoraires de leurs médecins, que les hôpitaux qui veulent obtenir les financements complémentaires doivent produire une attestation par laquelle ils s'engagent à ce que leurs médecins ne facturent pas de suppléments d'honoraires pour les patients admis en chambre double et commune, que l'arrêté royal du 19 juin 2007 attaqué modifie l'arrêté royal du 25 avril 2002 et ce, à la suite des arrêtés royaux des 22 octobre 2002, 11 novembre 2002, 29 janvier 2003, 4 juin 2003, 8 juillet 2003, 11 juillet 2003, 16 mars 2004, 7 juin 2004, 26 octobre 2004, 22 février 2005, 11 juillet 2005, 15 juillet 2005, 13 mars 2006, 12 mai 2006 et 10 novembre 2006, que ces dispositions sont illégales vu l'insécurité juridique qui en découle en raison des modifications incessantes des dispositions relatives au budget des moyens financiers des hôpitaux, du flou entourant les attestations qui sont exigées des hôpitaux pour se voir accorder leur financement et de la rétroactivité dont elles sont assorties; qu'en une première branche, intitulée "Imprévisibilité de la réglementation", ils soutiennent que l'arrêté royal du 19 juin 2007 modifie l'arrêté royal du 25 avril 2002 alors que pas moins de quinze arrêtés d'exécution avaient déjà été pris pour le modifier, soit au moins trois par an alors qu'il s'agit de règles devant fixer le budget annuel, que, de surcroît, ces

arrêtés royaux modificatifs ont fait l'objet de plusieurs errata à la suite de leur publication, ce qui a rendu la réglementation d'autant plus imprévisible et qu'en la modifiant sans cesse, "l'autorité a précarisé la gestion des hôpitaux et a violé les principes de sécurité juridique et de prévisibilité du droit"; qu'en une deuxième branche, intitulée "Les attestations", ils affirment que les articles 5 et 11 attaqués de l'arrêté royal du 19 juin 2007 prévoient que seuls les hôpitaux qui transmettent une "attestation signée par le gestionnaire et par le président du conseil médical" pourront bénéficier des compléments de financement et de l'éventuelle répartition du solde restant prévus aux articles 29 et 47, § 2, de l'arrêté royal du 25 avril 2002, que, par cette attestation, les hôpitaux s'engagent à appliquer aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, des tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs, que, dans l'hypothèse où un tel accord n'existe pas, les tarifs maximaux applicables sont ceux qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, que rien n'indique toutefois quelle doit être la durée de l'engagement de l'hôpital à ne pas facturer de suppléments d'honoraires, ni quelles sont les conséquences du non-respect de l'attestation - refus du financement complémentaire pour toute l'année ou pour un quadrimestre -, ce qui laisse au ministre un trop large pouvoir d'appréciation, qu'il en est de même du nouvel article 83 de l'arrêté royal du 22 avril 2007 qui conditionne l'octroi du financement complémentaire pour la sous-partie C3 à l'engagement de l'ensemble des médecins des hôpitaux à ne réclamer, au 1^{er} juillet 2007, aucun supplément d'honoraires en chambre commune et que les dispositions de l'article 24 de l'arrêté royal du 19 juin 2007 sont à ce point floues qu'elles laissent toute la latitude au ministre et à son administration pour décider ou non d'octroyer le complément de financement en question; que, dans une troisième branche, intitulée "Rétroactivité illégale des articles 5 et 11", ils soutiennent que les articles 5 et 11 de l'arrêté royal du 19 juin 2007 ont été publiés au Moniteur belge le 28 juin 2007, "qu'ils sont donc assortis de rétroactivité en ce qu'ils créent des effets de droit à l'égard de pratiques de facturation d'honoraires pour une période qui est pourtant révolue, à savoir en janvier 2007", que, pour la sous-partie A1 du budget, l'article 29 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 tel qu'en vigueur avant que ne soit pris l'arrêté royal attaqué du 19 juin 2007, ne conditionnait l'octroi du supplément de financement en question qu'à partir du 1^{er} juillet 2007, que par l'article 5 de l'arrêté royal du 19 juin 2007, "l'entrée en vigueur des dispositions conditionnant l'octroi des suppléments de financement est avancée de 6 mois mais surtout à une période qui est déjà révolue", que, pour les postes de la sous-partie B2 du budget prévus à l'article 47, § 2, de l'arrêté royal du 25 avril 2002, les dispositions de l'article 11 de l'arrêté royal du 19 juin 2007 sont d'autant plus rétroactives que l'ancienne version de l'arrêté royal du 25 avril 2002 ne conditionnait nullement, même pas pour le 1^{er} juillet 2007, l'octroi

du financement en question à la facturation ou non de suppléments d'honoraires, que les nouvelles dispositions des articles 29 et 47, § 2, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 sont d'autant plus préjudiciables qu'elles créent un nouveau mécanisme de redistribution de l'éventuel solde de l'enveloppe budgétaire pour la tranche octroyée au 1^{er} janvier 2007, qu'en effet, seuls les hôpitaux qui ont transmis l'attestation par laquelle leurs médecins se sont engagés à ne pas facturer de suppléments d'honoraires aux patients admis en chambre double et commune auront droit à cette répartition;

Considérant que la partie adverse répond, quant à la première branche, qu'il n'existe pas de droit acquis au maintien de la réglementation existante, que "la possibilité de modifier cette réglementation ressort [*sic*] de la compétence discrétionnaire de l'autorité administrative", que celle-ci dispose, en effet, du pouvoir de modifier la réglementation pour l'adapter à l'évolution des circonstances et de l'intérêt général, que les dispositions attaquées sont relatives aux montants complémentaires qui peuvent être accordés aux hôpitaux dans le cadre du budget des moyens financiers, qu'il appartenait à l'autorité administrative de fixer les critères de répartition de ces montants complémentaires, que tel est l'objet des dispositions attaquées qui ne portent, dès lors, en rien atteinte à la sécurité juridique et qui n'ont nullement pour effet de "précariser" la gestion des hôpitaux; que, quant à la deuxième branche, la partie adverse répond que les requérants se méprennent quant à la portée des alinéas attaqués qui sont rédigés en termes clairs, que les hôpitaux doivent "attester" qu'ils appliquent, au 1^{er} janvier 2007, les tarifs de l'accord national, que la remise de cette attestation suffit pour que la troisième tranche soit accordée, que s'il s'avère que l'attestation ne reflète pas la réalité, la dernière tranche ne sera pas due, qu'il conviendra, le cas échéant, de la récupérer et que, par conséquent, les dispositions attaquées ne peuvent être considérées comme laissant à la partie adverse le pouvoir de les appliquer de manière arbitraire ou discriminatoire; que, quant à la troisième branche, la partie adverse soutient que, s'agissant de l'octroi au 1^{er} janvier 2007 de la dernière tranche du montant complémentaire, les dispositions attaquées ne sont pas irrégulières, qu'un acte administratif ne peut, en principe, rétroagir, à moins qu'il ne porte aucune atteinte à des droits acquis, que le montant octroyé par les dispositions attaquées consiste en une prime accordée aux hôpitaux qui appliquent les tarifs de l'accord national médico-mutualiste, que la troisième tranche de cette prime était, sous l'empire de l'arrêté royal du 25 avril 2002 avant sa modification par l'acte attaqué, accordée au 1^{er} juillet 2007, que, pour certains services hospitaliers, l'octroi de cette troisième tranche était déjà subordonné au respect de l'accord médico-mutualiste, que c'est en application de cette réglementation qu'a été envoyée à tous les hôpitaux la circulaire du 2 février 2007, à laquelle était annexé le modèle d'attestation à renvoyer à la partie adverse, que, dans cette attestation, les

hôpitaux devaient déclarer "appliquer, au 1^{er} janvier 2007, aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs", qu'il revenait alors à la partie adverse d'examiner ces attestations afin d'octroyer, le cas échéant, au 1^{er} juillet 2007, la troisième tranche du montant complémentaire, que ce n'est qu'à cette date que les hôpitaux auraient pu prétendre à un droit acquis à l'octroi de ce montant, que l'arrêté royal du 25 avril 2002 a, toutefois, été modifié avant le 1^{er} juillet 2007, qu'en application de l'acte attaqué, la troisième tranche a été octroyée au 1^{er} janvier 2007 sur la base de l'attestation remise tempore non suspecto par les hôpitaux à la partie adverse, qu'en tout état de cause, les requérants n'auraient pas pu plus prétendre à l'octroi de la troisième tranche sous l'empire de l'ancienne réglementation que de la nouvelle, que, par conséquent, l'acte attaqué ne cause aucun grief aux requérants et qu'il ne porte pas atteinte à des droits acquis;

Considérant que, dans leur mémoire en réplique et leur dernier mémoire, les requérants reproduisent leurs arguments à l'appui de la première et de la troisième branche du moyen; qu'ils affirment, quant à la deuxième branche, qu'ils prennent bonne note de l'explication de la partie adverse selon laquelle l'attestation n'oblige pas les hôpitaux à s'engager à ne pas facturer d'honoraires mais établit seulement que ces hôpitaux n'auraient pas facturé de suppléments d'honoraires au 1^{er} janvier 2007, qu'une telle interprétation conduit cependant à rendre la réglementation totalement disproportionnée puisqu'il suffirait à un hôpital d'affirmer qu'il n'a pas facturé de suppléments d'honoraires uniquement le 1^{er} janvier 2007 pour bénéficier du financement complémentaire prévu par les dispositions litigieuses, qu'on pourrait donc en déduire, a contrario, qu'un hôpital qui facture des suppléments d'honoraires au 1^{er} janvier 2007 mais choisit de ne plus facturer ces suppléments dès le 2 janvier de la même année serait privé du financement complémentaire, qu'en vertu de l'ancienne réglementation, le complément de financement dont pouvaient bénéficier certains hôpitaux à partir du 1^{er} juillet 2007 était conditionné par l'envoi de l'attestation avant le 1^{er} mars 2007, que, par conséquent, les hôpitaux qui avaient remis, le 1^{er} mars 2007, l'attestation selon laquelle ils ne factureraient pas au 1^{er} juillet 2007 de suppléments d'honoraires, sont exclus du bénéfice de ce financement complémentaire sous l'empire de la nouvelle réglementation puisqu'ils n'ont pas attesté, avant le 1^{er} mars 2007, l'absence de supplément au 1^{er} janvier 2007, que, seuls, les hôpitaux qui étaient déjà informés du projet d'arrêté bien avant son adoption ont pu remplir cette attestation en connaissance de cause, qu'une telle exigence "constitue un véritable délit d'initié puisqu'elle détermine l'octroi d'un financement sur base de l'accomplissement d'une formalité qui aurait dû être accomplie avant même l'adoption de la réglementation et que seuls

certain ont pu connaître en temps opportun", que le conseil national des établissements hospitaliers considère qu'une telle application des conditions pour bénéficier du financement complémentaire ne peut se justifier, que la réglementation est totalement disproportionnée, qu'elle crée une discrimination injustifiée entre les hôpitaux et qu'elle implique une rétroactivité illicite, que les articles 5 et 11 de l'arrêté royal du 19 juin 2007 attaqués prévoient que seuls les hôpitaux qui rentrent une "attestation signée par le gestionnaire et par le président du conseil médical" pourront bénéficier des compléments de financement et de l'éventuelle répartition du solde restant prévus aux articles 29 et 47, § 2, de l'arrêté royal du 25 avril 2002, que, par cette attestation, les hôpitaux s'engageraient à appliquer aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, des tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs, qu'en l'absence d'un tel accord, les tarifs maximaux applicables seraient ceux qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, que rien n'indique dans la réglementation ni quand cette attestation doit être communiquée, ni quelle doit être la durée de l'engagement de l'hôpital à ne pas facturer de suppléments d'honoraires, ni quelles sont les conséquences du non-respect de l'attestation, ce qui laisse au Ministre un trop large pouvoir d'appréciation, que le conseil national des établissements hospitaliers a lui-même attiré l'attention sur l'absence de clarté des modalités d'application de la réglementation litigieuse et a même demandé à être à nouveau consulté sur les modalités d'application une fois qu'elles seront connues, qu'il résulte toutefois de l'examen du dossier administratif que ces modalités n'ont jamais été précisées et que le conseil national des établissements hospitaliers n'a jamais été consulté ultérieurement à propos de cette réglementation, que les dispositions relatives aux attestations sont insuffisamment claires pour assurer une application non arbitraire et non discriminatoire des règles de financement à tous les hôpitaux par le Ministre et son administration; qu'il en est de même du nouvel article 83 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 qui conditionne l'octroi du financement complémentaire pour la sous-partie C3 à l'engagement de l'ensemble des médecins des hôpitaux à ne réclamer, au 1^{er} juillet 2007, aucun supplément d'honoraires en chambre commune et que les dispositions de l'article 24 de l'arrêté royal du 19 juin 2007 sont à ce point floues qu'elles laissent toute la latitude au Ministre et à son administration pour décider d'octroyer ou non le complément de financement en question;

Considérant que, dans son dernier mémoire, la partie adverse soutient que les hôpitaux ne pouvaient prétendre, sous l'empire de l'ancienne réglementation, à un droit acquis qu'à partir du 1^{er} juillet 2007 et que c'est à cette date que la troisième tranche du montant complémentaire M aurait été octroyée;

Considérant, quant à la première branche du moyen, que si les modifications apportées par la partie adverse à l'arrêté royal du 25 avril 2002 ont été fréquentes, c'est à tort que les requérants prétendent y relever un excès de pouvoir; que l'autorité compétente pour élaborer un règlement est compétente pour le modifier pour l'avenir; que la nécessité d'une telle modification relève de son appréciation, dont les requérants ne soutiennent pas qu'elle a été entachée d'erreur manifeste; que le moyen n'est pas fondé en sa première branche;

Considérant, quant à la deuxième branche, que les articles 5 et 11 attaqués de l'arrêté royal du 19 juin 2007 prévoient que les gestionnaires des hôpitaux doivent attester que les hôpitaux appliquent aux patients admis en chambre double ou commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord médico-mutualiste ou, en l'absence d'un tel accord, ceux qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, pour que la dernière tranche, octroyée au 1^{er} janvier 2007, puisse lui être accordée; que si les articles 5 et 11 attaqués de l'arrêté royal du 19 juin 2007 exigent que la preuve soit apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical, il n'en est pas de même de l'article 24 modificatif de l'article 83 de l'arrêté royal du 25 avril 2002, lequel échappe dès lors à la critique formulée par les requérants dans la deuxième branche du moyen; qu'en ce qu'elle dénonce le caractère insuffisamment clair des articles 5 et 11 de l'arrêté royal du 19 juin 2007, ce qui ne permettrait pas "une application non arbitraire et non discriminatoire des règles de financement à tous les hôpitaux par le Ministre et son administration", la deuxième branche du moyen se ramène à une allégation relative à l'application des dispositions attaquées, non à la légalité même de celles-ci, dont les requérants restent en défaut d'établir le bien-fondé; que le moyen n'est pas fondé en sa deuxième branche;

Considérant, quant à la troisième branche, que les articles 5 et 11 de l'arrêté royal du 19 juin 2007 déterminent les conditions devant être remplies le 1^{er} janvier 2007 pour qu'une tranche de certaines parties du budget des moyens financiers puisse être octroyée à cette date; que ces dispositions se reportent à une date antérieure à leur entrée en vigueur, fixée au 1^{er} juillet 2007 par l'article 30 de l'arrêté royal du 19 juin 2007; qu'elles attachent des effets de droit à des décisions relatives à la gestion d'un hôpital qui ne les produisaient pas au moment où elles ont été accomplies; qu'en cela, elles contreviennent au principe général de non-rétroactivité des actes administratifs, en vertu duquel ceux-ci ne peuvent produire d'effets avant leur entrée en vigueur; que c'est en vain que la partie adverse soutient que cette rétroactivité ne heurte aucun droit acquis par les hôpitaux à la date du 1^{er} juillet 2007; qu'en attachant, par les dispositions

attaquées, des effets à l'organisation des hôpitaux que celle-ci ne produisait pas à la date du 1^{er} janvier 2007, la partie adverse a porté atteinte à la sécurité juridique; que le moyen est fondé en sa troisième branche;

Considérant que, dans leur mémoire en réplique, les requérants prennent un cinquième moyen, nouveau, intitulé "Absence de consultation du C.N.E.H.", dans lequel ils indiquent qu'il ressort de l'examen du dossier administratif que le projet qui a donné lieu à l'arrêté royal litigieux a été modifié à plusieurs reprises et, notamment, à la suite du contrôle budgétaire du 18 mars 2007 et des modifications apportées au BMF et approuvées par le Conseil des Ministres le 27 avril 2007, que le conseil national des établissements hospitaliers s'est prononcé pour la dernière fois sur le projet appelé à devenir l'arrêté royal attaqué le 14 décembre 2006, que la section financement du conseil national des établissements hospitaliers aurait dû être consultée puisqu'elle a pour mission, en vertu de l'article 19, c) de la loi sur les hôpitaux, d'émettre un avis sur tout problème concernant le financement des hôpitaux, que la partie adverse admet elle-même qu'il aurait fallu consulter le conseil national des établissements hospitaliers. à la suite du contrôle budgétaire du 18 mars 2007 et des adaptations apportées au BMF, que, dans sa demande d'avis adressée au président du conseil national des établissements hospitaliers en date du 7 novembre 2006, le Ministre fondait sa nouvelle demande d'avis sur les mesures prises à la suite du conclave budgétaire, que le Ministre devait faire de même lorsque des mesures ont été prises à la suite du contrôle budgétaire du 18 mars 2007 qui a entraîné de nouvelles modifications au projet, qu'en l'espèce, soit les modalités d'application n'ont pas été précisées, ce qui rendrait la réglementation illégale par son imprécision, soit ces modalités d'application ont été déterminées auquel cas le conseil national des établissements hospitaliers devait être à nouveau consulté; que, dans leur dernier mémoire, ils affirment que le conseil national des établissements hospitaliers dispose d'une compétence d'avis extrêmement large en application de l'article 19, c) de la loi coordonnée sur les hôpitaux, qu'il peut être saisi de tout problème que pose le financement des hôpitaux, qu'en l'espèce, il n'a pu se prononcer sur une série de principes et de modalités d'exécution qui se sont retrouvés dans les articles 5, 11 et 24 de l'arrêté royal attaqué, que lorsqu'il se prononce sur des projets de modifications de la réglementation relative à la fixation du budget des moyens financiers des hôpitaux, c'est au regard de l'ensemble de la réglementation et qu'un principe considéré comme adéquat à un moment donné au regard de la réglementation applicable à ce moment pourrait s'avérer ultérieurement inopportun au regard des nouveaux principes de financement proposés ou mis en place;

Considérant qu'il ressort de l'exposé des faits que le principe contenu dans les dispositions attaquées a été à de nombreuses reprises examiné par le conseil national des établissements hospitaliers; que les requérants restent en défaut d'établir qu'il était nécessaire de le saisir postérieurement au 14 décembre 2006; que le moyen n'est pas fondé;

Considérant que, par un courrier du 26 août 2010, non prévu par le règlement général de procédure, les requérants ont soulevé encore un nouveau moyen, qu'ils affirment d'ordre public, tiré de ce que, par un arrêt n/ 178.828 du 22 janvier 2008, l'arrêté royal du 3 avril 2003 portant nomination des membres du conseil national des établissements hospitaliers a été annulé, que c'est dès lors dans une composition irrégulière que ce conseil, section financement, a donné les avis du 17 septembre 2006 et du 14 décembre 2006, préalables à l'arrêté royal du 19 juin 2007, et que si un arrêté royal du 24 juillet 2008 porte nomination des membres du conseil national des établissements hospitaliers, cet arrêté royal, publié au Moniteur belge du 18 août 2008, est dénué d'effet rétroactif;

Considérant qu'à supposer que le moyen soulevé in extremis soit d'ordre public, comme le soutiennent les requérants, alors qu'il touche non à la compétence de la partie adverse mais à la procédure d'élaboration de l'acte attaqué, et à supposer encore qu'il ne soit pas tardif, alors que les requérants avaient la faculté de le soulever dans leur dernier mémoire, encore faudrait-il le déclarer non fondé en ce que, par application de la théorie du fonctionnaire de fait, les avis donnés par le conseil national des établissements hospitaliers dans sa composition antérieure à l'annulation de l'arrêté portant nomination de ses membres devraient être considérés comme réguliers,

D E C I D E :

Article 1^{er}

Sont annulés les articles 5, 11 et 24 de 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.

Article 2.

Le présent arrêt sera publié par extrait au Moniteur belge.

Article 3.

Les dépens, liquidés à la somme de 700 euros, sont mis à la charge de la partie adverse.

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

M ^{me} Odile DAURMONT,	Président de chambre,
MM. Paul LEWALLE,	Conseiller d'Etat,
Yves HOUYET,	Conseiller d'Etat,
Vincent DURIEUX,	Greffier.

Le Greffier,

Le Président,

Vincent DURIEUX.

Odile DAURMONT.