

CONSEIL D'ETAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF.

A R R E T

n° 208.435 du 26 octobre 2010

G./A.180.457/VI-17.357

En cause :

1. **l'association sans but lucratif CHAMBRE SYNDICALE BELGE DES INSTITUTIONS DE SOINS**, en abrégé C.S.B.I.S.,
instance reprise par **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,

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 22 janvier 2007 par l'association sans but lucratif CHAMBRE SYNDICALE BELGE DES INSTITUTIONS DE SOINS, en abrégé C.S.B.I.S., 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, et Christian VAN HAELEN qui demandent l'annulation des articles 3, 7, 3/ [lire 7, 1/], 8, 4/ [lire 8, 2/], et 18, 2/ de l'arrêté royal du 10 novembre 2006 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux;

Vu 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 la demande, formulée dans le dernier mémoire, par laquelle l'association sans but lucratif FEDERATION DES HOPITAUX PRIVES DE BELGIQUE, en abrégé F.H.P.B., déclare reprendre l'instance de l'association sans but lucratif CHAMBRE SYNDICALE BELGE DES INSTITUTIONS DE SOINS, en abrégé C.S.B.I.S.;

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, comparaisant pour les parties requérantes et Me Arnaud DESMADRYL, loco Mes Marc UYTENDAELE et Eric MARON, avocat, comparaisant pour la partie adverse;

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

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

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

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

- " Le budget des moyens financiers est fixé pour chaque hôpital distinct par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, dans les limites d'un budget global pour le Royaume, fixé par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres.
Le budget des moyens financiers est fixé, à l'intérieur du budget global visé à l'alinéa 1^{er}, séparément pour chaque association d'hôpitaux si celle-ci est exploitée par une personne morale en application de l'article 69, alinéa 2.
Pour l'application du présent chapitre, on entend par «hôpital», un hôpital ou une association qui est exploité par une personne morale, comme visé à l'alinéa précédent.
Le budget des moyens financiers visé au présent article, est composé d'une partie fixe et d'une partie variable";

L'article 90 de la même loi disposait que :

- " § 1^{er}. Pour le séjour en chambre individuelle ou en chambre de deux patients, y compris en hospitalisation de jour, un supplément au-delà du budget des moyens financiers peut être facturé au patient qui a exigé une telle chambre à condition qu'au moins la moitié du nombre de lits de l'hôpital puisse être mis à la disposition de patients qui souhaitent être admis sans suppléments.
Le nombre de lits disponibles visé à l'alinéa 1^{er}, doit comprendre un nombre suffisant de lits pour les enfants accompagnés par un parent pendant le séjour à l'hôpital.
Le Roi fixe le maximum du montant du supplément visé à l'alinéa 1^{er}, qui peut être facturé pour le séjour en chambre individuelle et en chambre de deux patients, après consultation paritaire des organismes assureurs en matière d'assurance soins de santé et des organismes représentant les gestionnaires des hôpitaux.
Le Roi peut définir les catégories de patients pour lesquels, par dérogation à l'alinéa 1^{er}, aucun supplément ne peut être facturé à la suite du séjour en chambre de deux patients, y compris en hospitalisation de jour.
- § 2. Pour le séjour en chambre individuelle, y compris en hospitalisation de jour, aucun supplément visé à l'alinéa 1^{er} ne peut être facturé dans les cas suivants :
- a) lorsque l'état de santé du patient ou les conditions techniques de l'examen, du traitement ou de la surveillance requièrent le séjour en chambre individuelle;
 - b) lorsque les nécessités du service ou la non-disponibilité de lits inoccupés en chambre de deux patients ou en chambre commune requièrent le séjour en chambre individuelle;
 - c) lorsque l'admission se fait dans une unité de soins intensifs ou de soins urgents, indépendamment de la volonté du patient et pour la durée du séjour dans une telle unité.
- Le séjour en chambre de deux patients ne peut donner lieu à aucun supplément lorsque ce séjour est requis du fait de la non-disponibilité de lits inoccupés dans des chambres communes, ainsi que dans les cas visés à l'alinéa 1^{er}, c).
- § 3. Pour l'application des §§ 1^{er} et 2, l'hospitalisation de jour peut être précisée par le Roi";

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

- " Sans préjudice de l'article 90, le budget des moyens financiers couvre de manière forfaitaire les frais résultant du séjour en chambre commune et de la dispensation

des soins aux patients de l'hôpital, en ce compris les patients en hospitalisation de jour telle que définie par le Roi.

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

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

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

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

Ce délai n'est pas renouvelable".

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

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

L'article 97 de la même loi prévoyait que :

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

Il détermine entre autres :

- a) la période d'octroi du budget;
- b) la scission du budget en une partie fixe et une partie variable;
- c) les critères et les modalités de calcul, en ce compris la fixation des activités justifiées et les modalités d'indexation;
- d) en ce qui concerne la partie variable, l'indemnisation des activités par rapport à un nombre de référence qui sont réalisées en plus ou qui ne sont pas réalisées;

- e) la fixation du nombre de référence visé au point d), concernant les paramètres d'activités pris en considération;
- f) les conditions et les modalités de révision de certains éléments;
- g) le décompte sur la base des années antérieures. tel que visé à l'article 104quater.

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

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

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

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

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

L'article 99 de la même loi disposait que :

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

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

- " § 1^{er}. Au cas où un accord tel que visé à l'article 50 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est en vigueur, les médecins hospitaliers conventionnés sont tenus d'appliquer les tarifs de l'accord aux patients admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes. Sont assimilés aux patients admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes, ceux qui répondent à une des conditions visées à l'article 90, § 2.
Les alinéas 1^{er} et 2 sont également d'application à l'égard des patients en hospitalisation de jour, admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes, pour les prestations définies par le Roi.

§ 2. Dans le cas prévu au § 1^{er}, les médecins hospitaliers qui n'ont pas adhéré à l'accord au sens du § 1^{er}, le font savoir au gestionnaire qui en informe le Conseil médical et les organismes assureurs.

Les médecins visés à l'alinéa 1^{er}, peuvent, sans préjudice du § 5, alinéa 1^{er}, appliquer, à l'égard des patients visés au § 1^{er}, alinéas 1^{er} et 2, des tarifs s'écartant des tarifs de l'accord, dans la mesure où des tarifs maximaux sont fixés par la réglementation générale visée à l'article 130 et sont respectés par les médecins concernés. Cet élément de la réglementation générale doit, avant son application, être communiqué par le gestionnaire à la Commission paritaire médecins-hôpitaux et, par le biais de l'Institut national d'Assurances Maladie-Invalidité, aux organismes assureurs.

L'alinéa 2 est également d'application aux patients en hospitalisation de jour, pour les prestations définies par le Roi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La réglementation relative aux suppléments pour le séjour hospitalier ainsi que les suppléments d'honoraires est modifiée. Il est ainsi donné exécution à l'accord

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

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

[...].

Art. 104

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

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

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

[...].

Art. 113

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

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

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

Le Roi se voit encore conférer la compétence de fixer des critères et des modalités relatifs à l'évaluation des activités hospitalières dans le cadre de la fixation du budget. Cela implique qu'il doit être tenu compte dans le budget du résultat d'une telle évaluation étant donné que l'activité justifiée est un critère pertinent en matière

de financement. Toutefois, il est précisé que, lors de la fixation des conditions et des règles précitées, il doit être tenu compte de situations spécifiques susceptibles d'influencer l'activité hospitalière. Cela implique entre autres que, lors de la fixation de l'activité précitée, il doit être tenu compte de critères d'accessibilité géographiques et sociaux.

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

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

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

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

[...].

Art. 131

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

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

Si un accord a été conclu, les médecins conventionnés doivent respecter les tarifs de l'accord à l'égard des patients qui ont été admis dans une chambre à deux lits, y compris les patients en hospitalisation de jour admis dans une chambre à deux lits

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

Au cas où aucun accord n'a été conclu, les médecins peuvent appliquer aux catégories de patients susmentionnés des tarifs qui s'écartent des tarifs qui servent de base à l'intervention de l'assurance, pour autant que les règles susmentionnées relatives aux honoraires (s'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 [Doc. Parl., Ch. des reprs., s.o. 2000/2001, n/ 1322/1, pp. 71-72]".

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

" Article 113

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

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

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

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

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

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

[...]".

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

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

Son article 2 prévoyait que :

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

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

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

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

- " Le budget fixé pour chaque hôpital est composé de trois parties :
- 1/ la Partie A qui comporte trois Sous-parties couvrant respectivement les sortes de charges suivantes :
 - a) Sous-partie A1 : les charges d'investissement;
 - b) Sous-partie A2 : les charges de crédits à court terme;
 - c) Sous-partie A3 : charges d'investissement des services médico-techniques.
 - 2/ la Partie B qui comporte neuf Sous-parties couvrant respectivement les sortes de coûts suivants :
 - a) Sous-partie B1 : les coûts des services communs;
 - b) Sous-partie B2 : les coûts des services cliniques;

- c) Sous-partie B3 : les frais de fonctionnement des services médico-techniques;
 - d) Sous-partie B4 : les coûts qui sont couverts par le montant spécifique prévu à l'article 99 de la loi sur les hôpitaux précitée ainsi que ceux couverts d'une manière forfaitaire;
 - e) Sous-partie B5 : des coûts pour le fonctionnement de l'officine hospitalière;
 - f) Sous-partie B6 : les coûts découlant des avantages complémentaires prévus dans les accords sociaux des 4 juillet 1991, 22 novembre 1991, 1^{er} mars 2000 et 28 novembre 2000, octroyés au personnel hospitalier dont le financement est, en tout ou partie, à charge des honoraires et qui sont occasionnés par des prestations de santé visées à l'article 95, 2/ de la loi sur les hôpitaux;
 - g) Sous-partie B7 : les coûts spécifiques liés aux tâches spécifiques assumées dans le domaine des soins aux patients, de l'enseignement clinique, de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales.
Cette Sous-partie B7 est scindée en : [...]
 - h) Sous-partie B8 : les coûts spécifiques générés par l'hôpital ayant un profil de patients très faible sur le plan socio-économique.
 - i) Sous-partie B9 : les coûts découlant des avantages particuliers prévus dans l'Accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et dans le protocole n/ 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005.
- 3/ la Partie C qui comporte quatre Sous-parties couvrant respectivement les sortes de coûts suivants :
- a) Sous-partie C1 : les frais de pré-exploitation;
 - b) Sous-partie C2 : les coûts relatifs à des exercices précédents ou en cours qui sont rectifiés par des montants de rattrapage;
 - c) Sous-partie C3 : le montant à diminuer pour les chambres à 1 lit et à 2 lits pour lesquelles, conformément à l'article 90 de la loi sur les hôpitaux, des suppléments au-delà du budget des moyens financiers sont perçus;
 - d) Sous-partie C4 : le surplus de recettes estimé pour un exercice déterminé en ce qui concerne les services Sp soins palliatifs, les unités de grands brûlés et les hôpitaux psychiatriques".

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

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

- " § 1. Par dérogation à l'article 25, sont couvertes forfaitairement, après la période d'amortissement des investissements subventionnés, les charges suivantes :
- 1/ les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement médical;
 - 2/ les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement non médical, y compris l'appareillage d'informatique et le mobilier;
 - 3/ les charges liées à l'amortissement du matériel roulant.
- § 2. Le forfait attribué en vertu du § 1, 1/ pour les hôpitaux aigus visés à l'article 46 de la loi sur les hôpitaux est calculé de la manière suivante :
- 1/ le budget disponible est en premier lieu réparti entre les groupes d'hôpitaux dont question à l'article 40, sur base des dépenses constatées pendant un exercice.
- A l'intérieur de chaque groupe, le budget disponible (au juin 2005) est réparti entre les activités suivantes selon les valeurs exprimées en pourcentage ci-après : [...]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

où :

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

B est égal à 50 % du budget disponible

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

où :

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

B est égal à 40 % du budget disponible

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

où :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

où :

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

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

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

Cependant, pour les hôpitaux qui bénéficient, pendant les exercices 1992 à 1996 inclus, d'une révision de leurs charges d'amortissement du matériel d'équipement non médical en raison d'investissements subsidiés 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 subsidié, par les montants déterminés à la suite de la révision précitée.

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

§ 8. Les hôpitaux amortissant pour la première fois à partir de l'exercice 1997 des investissements subventionnés bénéficient d'une révision basée sur les charges réelles d'amortissement pour autant que l'investissement subventionné fasse partie d'un projet d'extension et/ou de reconditionnement dont la valeur représente au moins 25 % du coût maximum à la construction calculé en application des arrêtés ministériels des 1^{er} et 4 septembre 1978 modifiant les arrêtés ministériels des 1^{er} juillet 1971 et 8 novembre 1973 fixant les coûts maxima par lit à prendre en considération pour l'application de l'arrêté royal du 13 décembre 1966 déterminant le taux et certaines conditions d'octroi des subventions pour la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux. Si les charges réelles retenues sont inférieures aux forfaits déterminés conformément aux §§ 2 à 5, ces forfaits sont d'application. Le passage vers les forfaits visés aux §§ 2 à 5 intervient après la période d'amortissement de l'investissement subsidié et au moment où ces forfaits font l'objet d'un nouveau calcul en application du § 7, alinéa 2. D'autre part, les charges réelles retenues sont limitées aux montants calculés en application des §§ 2 à 5, augmentée de l'amortissement sur la partie non subsidiée de l'investissement subsidié.

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

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

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

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

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

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

Le montant (M) est calculé comme suit :

[...]

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

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

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

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

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

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

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

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

Les paramètres visés sont ceux dont question à :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

" § 1^{er}. (a). La sous-partie B7A est fixée de la manière suivante :
$$B7A = A + B + C + D + E$$

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

1. le budget correspondant à la différence entre les points octroyés au 30 juin 2002 et les points qui auraient été octroyés, au 1^{er} juillet 2002, si on avait appliqué les dispositions de l'article 46. Le 1^{er} juillet 2003, ce budget sera réduit pour ce qui est des points supplémentaires pour les services C, D et E. Le budget représentant la différence en points de base concernant le personnel infirmier lié aux lits universitaires situés en dehors du site pris en considération pour l'attribution des 60 %, comme mentionné à l'alinéa 2, point 2, de la sous-partie B7A du budget des moyens financiers est transféré, au 1^{er} juillet 2003, vers la sous-partie B4.
2. la diminution de budget visé à l'article 42, § 8, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986, à sa valeur au 30 juin 2002;
3. les montants équivalents à la réduction des budgets globaux de biologie clinique et d'imagerie médicale et des objectifs budgétaires partiels pour la dialyse et les

journées forfaitaires en ce qui concerne l'hospitalisation de jour non chirurgicale, appliquée lorsque interviendront des modifications dans les règles de financement de ces différents secteurs, de façon à neutraliser l'effet pour les hôpitaux concernés de ces modifications, pour autant que ces montants donnent lieu à une augmentation du budget global des hôpitaux visé à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Où :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Où :

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

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

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

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

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

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

- " La sous-partie B8 du budget est fixée de la manière suivante :
- 1/ Un montant de 18.108.621,55 EUR (index 01/01/2005) est réparti entre les hôpitaux aigus comme suit :
- Pour chaque hôpital aigu sont calculés les ratios suivants :
- a) ratio du nombre d'admissions relatives à des patients qui remplissent les conditions pour bénéficier du Maximum à facturer social par rapport au nombre total d'admissions relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1^{er};
 - b) ratio du nombre d'admissions relatives aux patients bénéficiant du Maximum à Facturer bas revenus et qui sont isolés par rapport au nombre total d'admissions relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1^{er};
 - c) ratio du nombre de dossiers de personnes sans domicile de secours dont les coûts d'hospitalisation sont remboursés aux CPAS par le Service public de programmation Intégration sociale, lutte contre la pauvreté et économie sociale par rapport au nombre total d'admissions.
- Les trois ratios ci-dessus sont pondérés comme suit :
- Ratio sous a) : par 0,25;
- Ratio sous b) : par 0,66;
- Ratio sous c) : par 1,00.
- Après pondération, les ratios sont additionnés pour constituer un score.
- Les hôpitaux sont classés selon la valeur décroissante du score obtenu.
- Le budget global prévu est réparti comme suit :
- 60 % pour les cas relevant du ratio sous a);
 - 25 % pour les cas relevant du ratio sous b);
 - 15 % pour les cas relevant du ratio sous c).
- La répartition du budget entre les hôpitaux dont le score est plus élevé que la médiane est effectuée sur base du nombre de leur cas pris en compte dans le calcul de chaque ratio ci-dessus.
- Pour conserver le bénéfice du financement précité, les hôpitaux sélectionnés doivent faire la preuve que, pour l'ensemble de l'hôpital, ils appliquent les tarifs de l'engagement selon les conditions qui, dans l'accord national médecins-organismes assureurs sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter ces tarifs. En cas d'absence d'un tel accord national, ils doivent appliquer pour l'ensemble de l'hôpital les tarifs qui servent de base pour l'intervention de l'assurance maladie selon les conditions qui, dans le dernier accord national médecins-organismes assureurs, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter les tarifs de cet accord.
- Afin de pouvoir conserver le bénéfice des montants précités de la sous-partie B8, les hôpitaux doivent :
- collaborer à la collecte systématique et à la transmission, au Département de la Santé publique, de données correctes et complètes relatives au profil social de leurs patients;
 - participer aux journées d'information et de formation portant sur l'accompagnement de patients à profil social faible et aux projets qui conduisent à un meilleur accueil des patients à profil social faible;
 - soumettre annuellement un rapport attestant l'affectation des moyens au profit du groupe cible.
- Le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions peut définir, par voie de convention avec les hôpitaux concernés, les modalités pratiques, y compris celles relatives à l'enregistrement, sur la base desquels les obligations précitées sont exécutées et contrôlées.
- Lorsqu'il n'est pas répondu à l'ensemble des critères, le Ministre, dont question ci-dessus, fixe les pourcentages du montant octroyé devant être remboursé ainsi que le calendrier du remboursement.

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

[...]".

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

Enfin, l'annexe 12 était libellée comme suit :

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

1. Nouvelles technologies médicales.

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

1/ participer activement à des programmes de recherche et de développement;

2/ être agréé pour les formations complètes dans les principales spécialités médicales;

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

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

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

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

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

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

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

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

1/ le nombre de candidats spécialistes, exprimé en équivalents temps plein, occupés pendant l'exercice considéré dans l'hôpital;
 2/ pour la condition 2 : une copie des agréments des médecins spécialistes;
 3/ pour la condition 3 : l'attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical mentionnant que tous les honoraires sont perçus de façon centrale par l'hôpital;
 4/ pour la condition 4 : le nombre de médecins hospitaliers exprimé en équivalents temps plein et le nombre de lits agréés au 1^{er} janvier de l'exercice considéré;
 5/ pour les conditions 5 et 6 : la liste nominative des médecins, leur temps de travail exprimé en demi-jours et le pourcentage de la rémunération pour laquelle des cotisations ONSS ont été payées;
 6/ une copie du statut pécuniaire relatif aux médecins occupés dans l'hôpital;
 7/ pour la condition 7 : l'attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical mentionnant que les tarifs de l'engagement sont appliqués pour l'ensemble de l'hôpital, selon les conditions qui dans l'accord national médecins-organismes assureurs, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter les tarifs de cet accord.

2. Fonction de formation.

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

- 29.747,22 EUR par maître de stage;
- 4.709,98 EUR par médecin spécialiste en formation.

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

- être agréé pour les formations complètes dans les principales spécialités médicales, chirurgicales et médico-techniques;
- assurer à tout moment au sein de l'hôpital la formation d'au moins un candidat spécialiste ayant un plan de stage agréé par 10 lits agréés;
- rémunérer eux-mêmes tous les candidats spécialistes et appliquer les dispositions prévues à l'article 15bis de l'arrêté royal du 28 décembre 1944;
- employer au minimum un médecin hospitalier, exprimé en équivalent temps plein, par 3 lits agréés;
- prouver que plus de 70 % de leur activité médicale est effectuée par des médecins à temps plein;
- rémunérer plus de 70 % des médecins exprimés en équivalents temps plein par un salaire pour leur activité complète;
- effectuer la perception centrale de tous les honoraires médicaux;
- appliquer pour l'ensemble de l'hôpital les tarifs de l'engagement selon les conditions qui, dans l'accord national médecins-organismes assureurs, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter ces tarifs.

En cas d'absence d'un tel accord national, appliquer pour l'ensemble de l'hôpital les tarifs qui servent de base pour l'intervention de l'assurance maladie, selon les conditions qui, dans le dernier accord national médecins-organismes assureurs, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter les tarifs de cet accord. Les pièces justificatives doivent parvenir pour le 1^{er} octobre qui suit l'exercice considéré au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de Santé, Comptabilité et Gestion des Hôpitaux".

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

Il y indiquait notamment ce qui suit :

" Monsieur le Président,

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

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

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

[...].

3. Sous-partie B2 - Hôpitaux aigus

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

4. Sous-partie B1 et B2 - Hôpitaux aigus

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

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

[...].

8. Fixation de la partie C3

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

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

" Sous-partie B2 - hôpitaux aigus

La sous-partie B2 couvre des coûts de personnel et de matériel de soins.

Il a été démontré à suffisance le sous-financement de cette partie du BMF.

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

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

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

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

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

[...].

Sous-partie C3

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

[...]

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

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

[...]".

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

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

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

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

" [...]

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

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

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

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

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

Y figure notamment le passage suivant :

" [...]

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

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

1) les hôpitaux connaissent un sous-financement

2) la réglementation actuelle assure déjà une bonne protection tarifaire : la loi plafonne le montant (et le reconnaît donc) à 20,11 € par jour, aucun supplément ne peut être demandé s'il n'y a plus de lits disponibles en chambre commune, les suppléments sont interdits en cas d'admission aux urgences ou aux soins intensifs et enfin : la moitié au moins des lits doit être libre pour les patients qui ne désirent pas payer de suppléments. La Section rappelle à ce propos que l'hospitalisation en chambre à 2 lits payante résulte d'un choix libre du patient.

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

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

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

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

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

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

Les articles 3, 7, 1/, 8, 2/, et 18, 2/, de cet arrêté royal font l'objet du présent recours.

L'article 3 précité est rédigé dans les termes suivants :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le montant (M) est calculé comme suit :

[...].

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

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

[...].

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

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

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

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

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

" Le § 3 est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

[...]

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

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

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

[...]

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

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

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

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

Pour chaque hôpital sont calculés les ratios suivants :

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

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

Les trois ratios ci-dessus sont pondérés comme suit :

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

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

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

Le budget global prévu est réparti comme suit :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

" [...]

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

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

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

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

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

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

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

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

«7/ appliquer, aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs. Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au

calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués. La preuve est apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical».

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

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

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

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

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

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

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

Un recours en annulation du même arrêté royal du 10 novembre 2006 a également été introduit sous la référence 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 libellé comme suit :

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

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

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

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

où :

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

B est égal à 50 % du budget disponible;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

où :

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

B est égal à 40 % du budget disponible;

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

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

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

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

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

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

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

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

où :

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

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

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

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

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

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

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

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

où :

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

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

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

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

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

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

La répartition du budget disponible s'effectue selon le calcul suivant : [...]".

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

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

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

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

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

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

Son article 11 est libellé comme suit :

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

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

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

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

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

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

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

1. Pour chaque hôpital sont calculés les ratios suivants :

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

1.2. ratio du nombre d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives aux patients bénéficiant du maximum à facturer bas revenus et qui sont

isolés par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives à des patients relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1^{er};

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

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

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

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

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

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

Le budget disponible est réparti comme suit :

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

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

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

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

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

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

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

[...]

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

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

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

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

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

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

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

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

Ce montant est réparti de la manière suivante :

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

où :

A = montant disponible de 7.500.000 EUR;

B = nombre de chambre commune de l'hôpital;

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

D = nombre de malades chroniques de l'hôpital;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Son article 22 énonce ce qui suit :

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

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

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

«§ 4. Au 1^{er} juillet 2008, en compensation de la perte de rentrées faisant suite à l'interdiction de facturer des suppléments de chambre à deux lits pour les patients chroniques, un montant (X) de 7.500.000 euros (index 1^{er} juillet 2007) est ajouté à la sous-partie C3 des hôpitaux généraux qui n'appliquent aucun supplément

d'honoraires en chambre commune. Par malade chronique, on entend le patient qui souffre d'une pathologie reprise sur la liste des pathologies chroniques dans le cadre du MAF "Malades chroniques", ainsi que le patient qui séjourne plus de 15 fois au cours d'une année civile et le patient admis dans un service de 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 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 soutient que les pièces jointes au recours des deux premières requérantes ne permettent pas de s'assurer de la validité des décisions d'agir, que celles-ci n'établissent pas qu'elles sont défavorablement et directement affectées par les dispositions attaquées, que, pour ce faire, 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 en ce qui concerne l'intérêt des deux premières requérantes à poursuivre l'annulation de l'arrêté royal attaqué et que le troisième requérant, qui est médecin, n'a pas d'intérêt direct à agir alors que les dispositions attaquées 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 déterminent une partie importante des nouveaux moyens alloués au refinancement des hôpitaux, que les deux associations ont intérêt au recours étant donné, d'une part, que la deuxième est exclue des enveloppes budgétaires nouvellement prévues et, d'autre part, que les membres de la première le sont également; que la première association a pour but, aux termes de l'article 4 de ses statuts :

" 1. de grouper les institutions de soins en un organisme de défense professionnelle prônant la liberté de la médecine et travaillant avec ses membres par contacts directs; [...] 3. d'assurer la représentation, la protection et la défense des intérêts de ses membres; [...] 7. d'assurer, au besoin, si le comité de direction l'autorise, la défense de ses membres devant toute instance judiciaire ou autre";

que le troisième requérant a 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, quant à la qualité pour agir, 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 20 décembre 2006, lors d'une réunion où étaient présents neuf membres sur un total de douze membres au 22 juin 2006, 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 9 janvier 2007, lors d'une réunion où étaient présents tous les administrateurs à l'exception d'un administrateur extérieur indépendant;

Considérant que, dans leur dernier mémoire, les requérants exposent que, par décision de son conseil d'administration du 27 juin 2007, l'A.S.B.L. FEDERATION DES HOPITAUX PRIVÉS DE BELGIQUE a décidé de reprendre l'instance introduite par la première requérante; qu'elle joint des pièces établissant que cette décision a été prise par l'organe qualifié de cette association régulièrement composé;

Considérant, quant à l'intérêt des requérants, qu'il ressort de l'article 4 des statuts de la première requérante qu'elle a pour objet :

- " 1. De grouper les institutions de soins en un organisme de défense professionnelle prônant la liberté de la médecine et travaillant avec ses membres par contacts directs.
 2. De rechercher et provoquer, par tous les moyens, l'adoption par tout organisme, des mesures qu'elle juge utiles aux intérêts de ses membres.
 3. D'assurer la représentation, la protection et la défense des intérêts de ses membres.
 4. D'étudier, d'encourager et de réaliser tout ce qui, en matière sociale, financière, économique, technique, juridique et fiscale, dans les domaines matériel et moral, peut être utile à ses membres.
 5. De centraliser tous les renseignements concernant les établissements de soins et d'en documenter ses membres et le public.
 6. D'étudier l'application et les répercussions des lois sociales, fiscales et autres sur les institutions de soins.
 7. D'assurer au besoin, si le comité de direction l'autorise, la défense de ses membres devant toute instance judiciaire ou autre.
 8. De stimuler chez les affiliés l'esprit de confraternité, solidarité et discipline professionnelle.
 9. De s'attacher à faire respecter par la presse, les institutions de soins, lorsque celle-ci les attaquera erronément";

que, selon l'article 4 de ses statuts, l'A.S.B.L. FEDERATION DES HOPITAUX PRIVES DE BELGIQUE a pour but, notamment :

- " - 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;"

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 chambres doubles ou en chambres communes; que la première requérante, qui défend les intérêts des institutions de soins dont certains membres pouvaient être défavorablement affectés par les dispositions attaquées car leurs médecins réclament les suppléments d'honoraires visés par les dispositions attaquées a intérêt au présent recours; qu'il en est de même de l'association sans but lucratif qui a repris l'instance; que la deuxième requérante gère et exploite des hôpitaux visés par les dispositions attaquées; qu'elle a, dès lors, intérêt au présent recours et qu'en sa qualité de médecin hospitalier, le troisième requérant pourrait voir sa situation financière altérée par les dispositions attaquées et dispose donc d'un intérêt suffisant au recours;

Considérant que la circonstance que certaines dispositions attaquées ont été remplacées par l'arrêté royal du 19 juin 2007 ne prive pas les requérants de leur intérêt

à demander l'annulation de l'acte attaqué; qu'à supposer que les dispositions attaquées n'aient pas produit d'effet en raison de leur remplacement rétroactif par de nouvelles dispositions réglementaires ayant le même objet, encore ces dispositions ne seraient-elles applicables que si elles étaient conformes aux lois, ce qui demanderait à être vérifié en application de l'article 159 de la Constitution;

II - Quant au fond

Considérant que les requérants prennent un premier moyen qu'ils intitulent "Incompétence, disproportion, discrimination et absence de motivation", de la violation de la Constitution, notamment de ses articles 10, 11, 33 et 108, de la loi coordonnée sur les hôpitaux du 7 août 1987, notamment ses articles 90, 97, 99 et 138, de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, notamment son article 50, de l'arrêté royal n/ 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, notamment son article 15, de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs du 12 décembre 2005, notamment ses articles 3 et 4bis, et de l'accord national médico-mutualiste conclu le 20 décembre 2005; qu'ils font valoir que l'arrêté royal attaqué se fonde sur les articles 97 et/ou 99 de la loi coordonnée sur les hôpitaux en faisant dépendre le bénéfice d'une partie du financement d'un hôpital de ce qu'il ne facture pas de suppléments d'honoraires aux patients admis en chambre double, que l'article 3, 1/ et 2/, de l'arrêté royal attaqué réserve une partie du financement complémentaire des charges d'investissement pour l'équipement médical et non médical aux seuls hôpitaux qui certifient ne pas facturer de suppléments d'honoraires aux patients admis en chambre double, que, de même, l'article 7, 3/, réserve une partie du financement complémentaire aux hôpitaux psychiatriques dont la partie B1 du budget est inférieure à la moyenne nationale et qui ne facturent pas de suppléments d'honoraires aux patients admis en chambre double, que l'article 8, 2/, de l'arrêté royal attaqué réserve également la dernière tranche du montant complémentaire à la partie B2 du budget, réparti au prorata du nombre de clients âgés de plus de septante-cinq ans isolés dans chaque hôpital, aux hôpitaux qui ne facturent pas de suppléments d'honoraires aux patients admis en chambre double et que l'article 18, 2/, répartit le montant supplémentaire de 10.500.000 euros ajouté à la sous-partie C3 du budget exclusivement entre les hôpitaux qui démontrent qu'ils ont facturé moins de suppléments de chambre à un et deux lits que durant l'exercice comptable précédent; que, dans une première branche, qu'ils intitulent "Incompétence *ratione materiae*", ils soutiennent que l'article 97 n'autorise le Roi qu'à déterminer les conditions et les règles de fixation du budget des hôpitaux en fonction

du prix de journée et des frais devant être couverts par celui-ci, que priver d'une partie de son financement un hôpital parce qu'il facture, pour le compte des médecins, un supplément d'honoraires aux patients admis en chambre double revient à régir la fixation des honoraires médicaux et/ou à pénaliser les établissements qui respectent les législations qui encadrent la liberté des médecins dans la fixation de leurs honoraires et ces mêmes médecins en alourdissant les retenues pratiquées par les hôpitaux sur leurs honoraires, qu'il résulte cependant 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 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 et/ou qui ont des exigences particulières ou sont admis en chambre double ou en chambre particulière, qu'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, les médecins fixent librement le montant de leurs honoraires :

" Sans préjudice des dispositions de l'article 18, § 2, les praticiens visés aux articles 2, 3 et 4 ont droit, dans le respect des règles de la déontologie, à des honoraires ou des rémunérations forfaitaires, pour les prestations qu'ils ont fournies.

Sans préjudice de l'application des taux éventuellement fixés par ou en vertu de la loi ou prévus par des statuts ou par des conventions auxquelles les praticiens ont adhéré, ceux-ci fixent librement le montant de leurs honoraires, sous réserve de la compétence, en cas de contestation, de l'Ordre dont ils relèvent ou des tribunaux.

Si des critères généraux sont déterminés par la Commission paritaire nationale compétente prévue par l'arrêté royal n° 47 du 24 octobre 1967, instituant une commission paritaire nationale médecins-hôpitaux et fixant le statut des commissions paritaires nationales pour d'autres praticiens de l'art de guérir ou pour d'autres catégories d'établissements ainsi que des commissions paritaires régionales, et sont rendus obligatoires par le Roi en vertu de l'article 8 de cet arrêté, les statuts et les conventions visés ci-dessus doivent y être conformes";

que la loi coordonnée sur les hôpitaux du 7 août 1987, modifiée par la loi du 14 janvier 2002, établit un budget des moyens financiers (BMF) distinct pour chaque hôpital, que ce budget couvre de manière forfaitaire les frais résultant du séjour en chambre commune et de la dispensation de soins aux patients de l'hôpital, que la loi fixe également les règles relatives à la facturation des suppléments de chambre à deux lits et à un lit ainsi que celles relatives à la facturation d'honoraires par les médecins conventionnés et non conventionnés, que l'article 138 de la loi sur les hôpitaux réglemente le mode de fixation des honoraires pour les médecins conventionnés et non conventionnés, que les §§ 1^{er} et 2 de cet article disposent que :

" § 1^{er}. Au cas où un accord tel que visé à l'article 50 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est en vigueur, les médecins hospitaliers conventionnés sont tenus d'appliquer les tarifs de l'accord aux patients admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes.

Sont assimilés aux patients admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes, ceux qui répondent à une des conditions visées à l'article 90, § 2.

Les alinéas 1^{er} et 2 sont également d'application à l'égard des patients en hospitalisation de jour, admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes, pour les prestations définies par le Roi.

§ 2. Dans le cas prévu au § 1^{er}, les médecins hospitaliers qui n'ont pas adhéré à l'accord au sens du § 1^{er}, le font savoir au gestionnaire qui en informe le Conseil médical et les organismes assureurs.

Les médecins visés à l'alinéa 1^{er}, peuvent, sans préjudice du § 5, alinéa 1^{er}, appliquer, à l'égard des patients visés au § 1^{er}, alinéas 1^{er} et 2, des tarifs s'écartant des tarifs de l'accord, dans la mesure où des tarifs maximaux sont fixés par la réglementation générale visée à l'article 130 et sont respectés par les médecins concernés. Cet élément de la réglementation générale doit, avant son application, être communiqué par le gestionnaire à la Commission paritaire médecins-hôpitaux et, par le biais de l'Institut national d'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";

que l'article 138, § 2, autorise dès lors les médecins non conventionnés à fixer librement leurs honoraires, dans les seules limites des maxima établis par les règlements généraux; que l'article 90 autorise et fixe les conditions pour la facturation d'un supplément au prix de séjour au patient admis en chambre double; qu'il dispose en son § 1^{er} que :

" 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 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";

qu'il résulte de la loi du 14 juillet 1994 que les honoraires des médecins peuvent être fixés dans des conventions entre les organisations professionnelles représentatives du corps médical et les organismes assureurs, que l'article 50 de la loi habilite en effet le corps médical et les organismes assureurs à conclure, au sein d'une commission

nationale médico-mutualiste, des accords destinés à réglementer leurs rapports, que l'article 50, § 6, dispose que :

- " Les accords, conclus au sein des Commissions visées au § 2, fixent notamment les honoraires qui sont respectés vis-à-vis des bénéficiaires de l'assurance par les médecins et les praticiens de l'art dentaire, qui sont réputés avoir adhéré aux accords.

Ils fixent les conditions de temps, de lieu et d'exigences particulières ou de situation économique des bénéficiaires dans lesquelles ces honoraires peuvent être dépassés. Ces honoraires sont déterminés par la fixation de facteurs de multiplication à appliquer aux valeurs relatives visées à l'article 35, § 1^{er}, étant entendu que le médecin ou le praticien de l'art dentaire détermine librement ses honoraires pour les prestations qui ne seraient pas reprises dans la nomenclature";

que la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs a été conclue pour une durée d'un an, le 12 décembre 2005, par la commission de conventions entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs; qu'il ressort de l'article 3, § 2, de la convention que :

- " Lorsque le bénéficiaire a exigé d'être hospitalisé dans une chambre à deux lits, ou dans une chambre à un lit sans que son état de santé ou les nécessités techniques d'examen, de traitement ou de surveillance ne l'exigent, un supplément peut être porté en compte pour chaque journée d'hospitalisation facturable dans les conditions citées à l'article 2.

Ce supplément ne peut être porté en compte que dans les conditions prévues à l'article 90 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987",

que l'article 4bis, § 2, de la convention dispose que :

- " Lorsque le bénéficiaire traité pour une des situations visées à l'article 4, §§4 et 5, a exigé d'être hospitalisé dans une chambre à un lit, ou dans une chambre à deux lits, sans que son état de santé ou les nécessités techniques d'examen, de traitement ou de surveillance ne l'exigent, un supplément aux montants définis dans l'article 4 peut être porté en compte sous les conditions prévues dans l'article 90 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987",

qu'en vertu des articles 3, § 2, et 4bis, § 2, de la convention nationale entre établissements hospitaliers et organismes assureurs, un supplément aux frais de séjour pour les patients admis en chambre double peut dès lors être facturé dans le respect des conditions énoncées à l'article 90 de la loi sur les hôpitaux; que l'accord national médico-mutualiste a été conclu le 20 décembre 2005 pour une période de deux ans, que cet accord établit les taux d'honoraires des médecins et fixe les conditions d'application de ces taux, qu'il réserve aux médecins la possibilité de ne pas adhérer à cette convention et à ceux qui sont conventionnés de demander des honoraires plus élevés dans certains cas, qu'il résulte dès lors des termes de la convention que pour les prestations pour lesquelles les conditions d'application ne sont pas remplies ainsi que pour les médecins qui ont déclaré refuser d'adhérer à la convention, la détermination

de leurs honoraires reste libre, qu'en vertu de l'article 108 de la Constitution, le Roi ne peut prendre un arrêté qui a pour effet de suspendre la loi, de dispenser de son exécution ou d'en freiner l'application, qu'il en résulte que le Roi ne peut user des pouvoirs que lui confèrent les articles 97 et 99 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, 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 l'article 99 de la loi précitée n'autorise le Roi qu'à déterminer les conditions selon lesquelles un montant spécifique peut être octroyé aux hôpitaux qui ont pris une décision de restructuration de l'hôpital tendant à une diminution de son budget, que le montant supplémentaire dont il est question à l'article 99 de la loi sur les hôpitaux vise à encourager les mesures débouchant sur une diminution réelle du budget de l'hôpital, que le financement supplémentaire dont il est question dans l'acte attaqué vise quant à lui à compenser le sous-financement des hôpitaux et n'est nullement lié à des mesures débouchant sur une diminution réelle du budget de l'hôpital, que la décision de ne pas facturer, au profit des médecins, des suppléments d'honoraires à la charge des patients admis en chambre double n'est pas une décision de restructuration et n'est, en outre, pas de nature entraîner une diminution du budget de l'hôpital, qu'il ne pourrait en aller autrement, au mieux, que si les mesures attaquées trouvaient à s'appliquer aux hôpitaux qui renoncent, à partir de 2007, aux suppléments sur les séjours et non sur les honoraires, qu'en toute hypothèse, si l'on devait considérer que le fait de ne pas facturer de suppléments d'honoraires entraîne une diminution du budget de l'hôpital, les hôpitaux qui ne facturaient pas d'honoraires avant l'adoption de l'acte attaqué bénéficieraient d'un financement supplémentaire sans que leur budget ne soit "réellement" diminué, que ce serait à tort que l'arrêté royal attaqué se fonderait sur l'article 99 de la loi sur les hôpitaux, qu'en toute hypothèse, l'acte attaqué viole les conditions de l'article 99 et accorde un avantage injustifié aux hôpitaux qui ne facturaient déjà pas de suppléments d'honoraires avant l'adoption de l'acte attaqué, que la section de législation du Conseil d'Etat a déjà établi qu'il ne suffit 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'il est requis que le régime concerné présente intrinsèquement les caractéristiques du régime de la norme en question, qu'il apparaît 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, que la circonstance que les mesures attaquées soient intégrées dans la

réglementation sur le budget des hôpitaux ne constitue pas une indication déterminante que ces mesures seraient une matière relative au budget des hôpitaux dès lors qu'elles ne présentent pas les caractéristiques intrinsèques d'un régime lié au budget des hôpitaux et que, par conséquent, le Roi n'est pas habilité à réglementer le régime de la fixation des honoraires en se fondant sur les articles 97 et 99 de la loi sur les hôpitaux; que, dans une deuxième branche, qu'ils intitulent "Disproportion et discrimination", ils soutiennent que l'acte attaqué détermine les règles relatives à la fixation de suppléments d'honoraires en modifiant les règles sur le budget des hôpitaux qui est pourtant établi en fonction des coûts liés au prix de journée; que le prix de journée ne peut être fixé que sur la base des coûts liés à une journée d'hospitalisation et pour couvrir ceux-ci mais sans égard aux honoraires et, a fortiori, aux suppléments d'honoraires demandés par les médecins et/ou facturés par l'hôpital pour le compte de ses médecins; que l'avis du conseil national des établissements hospitaliers 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", qu'en visant les suppléments d'honoraires tout en laissant de côté les suppléments de séjour hospitalier, la mesure attaquée applique un critère inadéquat et disproportionné puisqu'elle vise 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 réglementant le budget des hôpitaux, le Roi n'est pas habilité à intervenir dans les relations entre le médecin et son patient, celles-ci étant régies par les dispositions visées dans la première branche, qu'en réservant une partie du budget 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 les médecins qui facturent, pourtant légalement, un supplément aux patients admis en chambre double, que le fait de pénaliser la facturation de suppléments d'honoraires empêche inutilement les médecins de donner satisfaction aux exigences particulières des patients, que les patients qui ont souscrit une assurance complémentaire pour se garantir une qualité de soins supérieure se voient ainsi dénier le bénéfice de leur effort, 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", la mesure attaquée crée une discrimination entre les patients non hospitalisés relevant de l'activité ambulatoire, d'une part, et certains patients hospitalisés, d'autre part, qu'en effet, la facturation de suppléments d'honoraires à un patient non hospitalisé n'entraîne pas la perte du financement de l'hôpital, qu'à l'inverse, la mesure attaquée a 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 la discrimination entre patients ambulatoires et hospitalisés sera d'autant plus dommageable aux patients que les médecins augmenteront leurs honoraires de consultations qui ne sont - le plus souvent - pas couverts par les assurances complémentaires alors que les honoraires pour soins à l'hôpital le sont en sorte que la mesure vise à reporter sur les patients la charge financière que leurs assureurs devraient logiquement supporter, que l'on ne voit pas pourquoi l'une de ces deux catégories de patients devrait être avantagée, que la mesure vise à imposer les tarifs de l'accord national médico-mutualiste en chambre double, alors même que les conditions prévues par cet accord ne sont pas ou plus remplies, telles que la proportion de l'exercice de l'activité en milieu hospitalier ou encore l'existence ou non d'exigences particulières de la part du bénéficiaire de soins, qu'en cherchant à imposer les tarifs de la convention médico-mutualiste même lorsque ceux-ci ne trouvent pas à s'appliquer, la mesure attaquée a 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, que la mesure attaquée prive ainsi les médecins de la liberté d'adhérer ou non aux termes de la convention médico-mutualiste et/ou altère la portée de leur accord, que la mesure en question ne frappe la facturation de suppléments d'honoraires que par les seuls médecins, à l'exclusion des kinésithérapeutes et professions paramédicales, que la différence de traitement qui est ainsi faite entre les médecins hospitaliers, d'une part, et les kinésithérapeutes et les professions paramédicales, d'autre part, ne se justifie nullement et que l'arrêté royal attaqué viole les articles 10 et 11 de la Constitution ainsi que le principe de proportionnalité en imposant des conditions qui sont sans rapport avec les buts que la législation sur la fixation des budgets hospitaliers peut légalement poursuivre, que, dans une troisième branche, qu'ils intitulent "motivation irrégulière", les requérants avancent que tout acte devant reposer sur des causes et motifs légalement admissibles et que l'autorité se devant d'établir la légalité de ses décisions (articles 10, 11 et 33 de la Constitution), le dossier devrait permettre d'expliquer et de justifier les conditions qui ont été retenues pour modifier les règles antérieures et pour fixer les conditions du financement, qu'en l'absence de toute justification, l'arrêté royal attaqué ne repose pas sur des causes et des motifs légalement admissibles, qu'il viole les articles 10, 11, 33 et 108 de la Constitution et les autres dispositions visées au moyen et que cette critique de légalité pourra être précisée après la prise de connaissance du dossier administratif qui devra comprendre notamment les éventuelles pièces et notes justificatives;

Considérant que, dans son mémoire en réponse, la partie adverse soutient que le moyen est irrecevable en tant qu'il est pris de la violation de deux normes de

nature conventionnelle, soit la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs du 12 décembre 2005 et l'accord national médico-mutualiste conclu le 20 décembre 2005, que, quant à la première branche, comme l'indique son préambule, l'arrêté attaqué est fondé sur les articles 97, § 1^{er}, et 99 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, que les dispositions dont l'annulation est poursuivie trouvent leur fondement dans l'article 97, § 1^{er}, que celui-ci fait partie du chapitre V - Financement des coûts d'exploitation - du titre III - Programmation, financement et agrément des hôpitaux - de la loi, que l'article 87 de celle-ci, qui fait partie du même chapitre, prévoit, en son alinéa 1^{er} 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", que l'article 97 habilite le Roi, en son § 1^{er}, à déterminer 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 le Conseil d'Etat dans son 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, lequel dispose, par conséquent, d'une compétence discrétionnaire dans l'exécution de cette disposition, qu'en vertu de l'alinéa 2, c), de l'article 97, § 1^{er}, il peut, notamment, fixer "les critères et modalités de calcul, en ce compris la fixation des activités justifiées et les modalités d'indexation", que les dispositions attaquées relèvent incontestablement de l'habilitation ainsi confiée au Roi, qu'elles sont, effet, insérées dans la réglementation relative à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, que leur seule lecture permet de constater qu'elles participent directement de la matière ainsi visée, que leur objet est de régler l'octroi et/ou la répartition des montants financiers complémentaires qu'elles prévoient, qu'elles relèvent 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, les dispositions attaquées lient l'octroi des montants qu'elles prévoient à la politique tarifaire menée par les hôpitaux pour les patients admis en chambre double, que, cependant, eu égard aux termes de l'habilitation confiée au Roi par l'article 97, § 1^{er}, 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 les dispositions attaquées ne réglementent ni les conditions dans lesquelles un supplément peut être demandé aux patients admis en chambre double, ni les honoraires des médecins, ni l'intervention des organismes assureurs, que, plus particulièrement, elles n'interdisent nullement aux hôpitaux de

pratiquer de tels suppléments et de les répercuter dans les honoraires payés aux médecins, que leur seul objet est lié à l'octroi aux hôpitaux et/ou à la répartition entre ceux-ci des montants financiers complémentaires qu'elles prévoient, et ce sur la base tantôt du respect de l'accord médico-mutualiste, tantôt du respect des tarifs qui servent de base à l'intervention de l'assurance, tantôt de la preuve que l'hôpital a facturé moins de suppléments de chambres à un et deux lits que durant l'exercice comptable précédent, que l'objectif poursuivi, légitime ainsi qu'il le sera démontré dans le cadre de l'examen de la deuxième branche du moyen, est, certes, d'encourager de cette manière les hôpitaux à ne pas pratiquer de suppléments de prix pour les patients admis en chambre double, que cette seule circonstance ne peut suffire à faire sortir les dispositions litigieuses de l'habilitation confiée au Roi par l'article 97, § 1^{er}, de la loi, que le Conseil d'Etat a rappelé que la circonstance que des règles relatives au budget des hôpitaux sont susceptibles d'avoir un impact sur d'autres matières n'est pas de nature à les faire relever de ces autres matières (arrêts A.S.B.L. CHAMBRE SYNDICALE BELGE DES INSTITUTIONS DE SOINS et consorts, n/ 39.346 à 39.348 du 8 mai 1992 et 39.469 du 26 mai 1992; A.S.B.L. NOUVELLE CLINIQUE DE LA BASILIQUE, n/ 102.422 du 8 janvier 2002; V.Z.W. ONZE-LIEVE-VROUWZIEKENHUIS, n/ 146.550 du 23 juin 2005), que l'avis de la section de législation du Conseil d'Etat 41.776/1 du 28 novembre 2006, cité par les requérants, ne contredit nullement cette analyse, que, tout d'abord, cet avis 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", qu'en l'espèce, les dispositions attaquées relèvent intrinsèquement de la matière du financement des hôpitaux et, plus particulièrement, de la fixation des règles en matière de budget de ceux-ci, que l'argumentation des requérants ne peut, en conséquence, être retenue, que les dispositions législatives citées par la requérante ne sont nullement méconnues par les dispositions attaquées, qu'elles concernent, en effet, uniquement la fixation des honoraires des médecins, les conditions dans lesquelles 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, qu'à cet égard, 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 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 inexact de considérer, comme le font les requérants, 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, qu'elles ne portent pas atteinte à la liberté alléguée par les requérants à l'appui du premier moyen, que l'article 99 de la loi sur les hôpitaux ne constitue pas le fondement des dispositions attaquées, qui prennent appui sur l'article 97, § 1^{er}, que la référence faite par les requérants à l'article 99 est sans pertinence, que l'ensemble des observations qui précèdent démontre qu'en adoptant les dispositions attaquées, le Roi n'a nullement méconnu l'article 108 de la Constitution, que "si le pouvoir exécutif, dans l'accomplissement de la mission que lui confère l'article 108 de la Constitution ne peut étendre pas plus qu'il ne peut restreindre la portée de la loi, il lui appartient de dégager du principe de celle-ci et de son économie générale les conséquences qui en dérivent naturellement d'après l'esprit qui a présidé à sa conception et les fins qu'elle poursuit" (Cass, 18 novembre 1924, Pas., 1925, I, 25), qu'il suffit de se référer aux termes larges de l'habilitation conférée au Roi par l'article 97, § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux pour constater que les dispositions attaquées trouvent un fondement suffisant dans cette disposition, que les remarques formulées par les requérants quant à la fixation du budget en fonction du prix de journée et des frais devant être couverts par celui-ci sont dépassées, que ces références ont été supprimées à l'occasion de l'adoption de la loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé, qu'à cette occasion, plusieurs dispositions de la loi sur les hôpitaux ont été modifiées, dont les articles 87 et 97, qu'il a, notamment, été souligné lors des travaux préparatoires que :

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

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

[...] Ainsi peut-on comprendre par «activités justifiées» les admissions pondérées selon la durée de séjour normalisée, les admissions prises en compte selon la durée de séjour réelle ou un quota d'activités fixés de manière limitative. En outre, lors de

la fixation des «activités justifiées», on peut tenir compte de la mesure dans laquelle un hôpital passe à l'hospitalisation de jour, de la consommation justifiée de médicaments, du niveau de réadmission [...]."
(op. cit., n/ 1322/01, p. 64; voy. le rapport de la Commission, op. cit., n/ 1376/006, pp. 13 et suiv.);

que ces extraits des travaux préparatoires confirment que les dispositions attaquées ne sont contraires ni à la lettre, ni à l'esprit de la loi sur les hôpitaux et, plus particulièrement, de l'article 97, § 1^{er}, de celle-ci; que, quant à la deuxième branche, la partie adverse répond que les dispositions attaquées trouvent un fondement suffisant dans l'article 97, § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux et n'ont pas pour objet de déterminer des règles relatives à la fixation de suppléments d'honoraires, que, quant à la prétendue violation des articles 10 et 11 de la Constitution, elle admet que les dispositions attaquées créent une différence de traitement entre différentes catégories d'hôpitaux, que cette différence n'est, cependant, en rien contraire aux articles 10 et 11 de la Constitution, que l'objectif poursuivi par les dispositions litigieuses n'est ni de taxer ni de pénaliser "de manière discriminatoire et disproportionnée les hôpitaux et les médecins qui facturent, pourtant légalement, un supplément aux patients admis en chambre double", que l'objectif est 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 les critères de différenciation utilisés à cette fin sont assurément objectifs et en relation directe avec le but ainsi poursuivi, que les montants complémentaires prévus sont alloués en fonction des critères suivants : l'application de l'accord médico-mutualiste, l'application des tarifs qui servent de base à l'intervention de l'assurance, et la diminution des suppléments facturés pour les chambres à un et deux lits, que de tels critères permettent de justifier la différence de traitement résultant des dispositions attaquées, qu'afin de préserver les intérêts des patients et de limiter les dépenses dans ce secteur, il n'est, en effet, nullement déraisonnable de réserver une partie du budget des moyens financiers aux hôpitaux qui ne pratiquent pas de suppléments pour les patients admis en chambre double, qu'en outre, les mesures attaquées ne sont pas disproportionnées par rapport à l'objectif poursuivi, qu'en effet, elles ne concernent pas l'ensemble du budget des moyens financiers, mais bien des montants nouveaux et complémentaires qui ont été dégagés pour certaines sous-parties de ce budget, que la partie adverse n'aperçoit pas et que les requérants n'indiquent pas pour quelles raisons l'attribution desdits montants ne pouvait pas être réglée comme le font les dispositions attaquées, que les dispositions litigieuses n'ont nullement pour objet - ni d'ailleurs pour effet - d'interdire des suppléments pour les patients admis en chambre double, que les hôpitaux et médecins restent, par conséquent, libres d'appliquer ou non ces suppléments, qu'il n'est pas exact d'affirmer

que "le fait de pénaliser la facturation de suppléments d'honoraires empêche inutilement les médecins de donner satisfaction aux exigences particulières des patients", que, quant à la différence de traitement entre "les patients non hospitalisés relevant de l'activité ambulatoire" et "certains patients hospitalisés", les observations formulées sur ce point par les requérants sont peu claires, qu'il existe une différence objective 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, que la partie adverse n'aperçoit pas, et que les requérants n'indiquent pas, en quoi les dispositions litigieuses créeraient une quelconque discrimination entre les deux catégories de patients, que, quant à la circonstance que les conditions prévues par l'accord médico-mutualiste ne seraient pas ou plus remplies, elle est inexacte et ne résulte, en tout cas, d'aucun élément du dossier, qu'il en va plus particulièrement ainsi des règles fixées par l'accord quant aux suppléments pratiqués pour les patients admis en chambre double, qu'à supposer même que l'affirmation formulée sur ce point par les requérants soit exacte, quod non, la partie adverse n'aperçoit de toute façon pas pour quelles raisons elle ne pourrait pas subordonner le budget des moyens financiers à l'absence desdits suppléments, que les dispositions litigieuses n'ont nullement pour objet d'étendre le champ d'application de l'accord aux médecins qui n'y ont pas adhéré, que ceux-ci et les hôpitaux restent, en effet, libres de pratiquer les suppléments précités dans les conditions fixées par l'article 90 de la loi sur les hôpitaux, que la différence de traitement entre les médecins, d'une part, les kinésithérapeutes et professions paramédicales, d'autre part, appelle les mêmes observations, que l'acte attaqué a pour seul objet de réglementer le budget des moyens financiers des hôpitaux et 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, qu'enfin il n'appartient pas au Conseil d'Etat de se substituer au pouvoir exécutif dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation discrétionnaire, que le Conseil d'Etat ne peut juger de l'opportunité des mesures attaquées et qu'il ne pourrait censurer qu'une erreur manifeste d'appréciation, qu'à cet égard, il ne suffit pas de se référer aux avis du conseil national des établissements hospitaliers; que celui-ci a, en effet, 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 démontrer le bien fondé des arguments soulevés par les requérants et qu'ils restent en défaut de démontrer que la partie adverse aurait, ce faisant, commis une erreur manifeste d'appréciation ou méconnu les articles 10 et 11 de la Constitution; que, quant à la troisième branche, si l'avis préalable du conseil national des établissements hospitaliers,

section financement, est requis dans le cadre de l'exécution de l'article 97, § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux, il ne s'agit nullement d'un avis contraignant qui lierait le pouvoir exécutif, que celui-ci peut s'en écarter, comme il l'a fait en l'espèce, que la position ainsi adoptée a été justifiée à suffisance de droit dans l'examen des deux premières branches du moyen, que, pour le surplus, les dispositions attaquées ont un caractère réglementaire, qu'elles ne devaient pas faire l'objet d'une motivation formelle au sens de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, qu'elle n'aperçoit pas et que les requérants n'indiquent pas pour quelles raisons des pièces particulières du dossier administratif devraient mettre expressément en évidence les motifs des dispositions attaquées, que ces motifs ressortent à suffisance de l'objet même de ces dispositions, qu'il s'agit d'encourager l'absence de suppléments pour les patients admis en chambre double et que ce souci a d'ailleurs été exprimé par le Ministre de la Santé publique dans la première demande d'avis qu'il a adressée au conseil national des établissements hospitaliers le 9 juin 2005; que, dans son dernier mémoire, la partie adverse fait valoir que les dispositions attaquées ont été modifiées par l'arrêté royal du 19 juin 2007 et l'arrêté royal du 19 septembre 2008 et que, dès lors, les requérants n'ont plus intérêt à en obtenir l'annulation, que la critique des requérants porte sur ce que les dispositions attaquées ne frappent la facturation de suppléments d'honoraires que par les seuls médecins, à l'exclusion des kinésithérapeutes et des professions paramédicales, que cependant l'activité médicale est intégrée dans la gestion de l'hôpital, que le législateur définit le statut pécuniaire des médecins hospitaliers, les modalités de perception de leurs honoraires et l'affectation des honoraires perçus de façon centrale, que de telles dispositions n'existent pas en ce qui concerne les professions paramédicales, que le législateur a donc traité l'activité des médecins comme étant l'élément essentiel de l'activité hospitalière, et qu'il n'est, par conséquent, pas injustifié de lier la question de l'octroi d'un financement complémentaire des hôpitaux à celle des honoraires des seuls médecins";

Considérant que les requérants répliquent, quant à la première branche, que les dispositions attaquées concernent une partie substantielle des moyens financiers qui pourraient être perçus par les hôpitaux, que leur obtention est subordonnée à la politique de tarification des prestations des médecins pour les patients admis en chambre double et commune, qu'il s'agit d'une partie substantielle du budget alloué aux hôpitaux qui est concernée par les dispositions dont l'annulation est postulée, que ces dispositions permettent de délimiter et de conditionner l'obtention du financement de charges d'investissement (sous partie A1 du budget), de coûts des services communs des hôpitaux psychiatriques (sous partie B1), de coûts des services cliniques des hôpitaux aigus (sous partie B2) et du "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" (sous partie C3), que, pour le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, il s'agissait de mettre un terme au sous-financement structurel et chronique des hôpitaux en organisant un refinancement important et généralisé des établissements hospitaliers par la création d'enveloppes budgétaires assignées spécifiquement à des postes du budget tels que les sous parties A1, B1, B2 et C3 énoncées ci-avant, que c'est à la suite d'un accord sur le refinancement progressif que la somme de 100 millions d'euros supplémentaires fut dégagée pour le budget des moyens financiers pour l'exercice 2006-2007 et réservée "exclusivement au refinancement", sans pouvoir être utilisée pour assurer la charge de nouvelles mesures, que pourtant, les dispositions attaquées ne permettent pas de "refinancer" de manière générale les hôpitaux, qu'en l'occurrence, l'autorité a, in fine, décidé de conditionner l'octroi de certaines de ces nouvelles sources de financement supplémentaire au respect d'une nouvelle politique en matière de tarification des honoraires des médecins pour les patients admis en chambre double ou commune ou à la facturation passée des suppléments de chambre à un ou deux lits, que, ce faisant, la partie adverse a usé de l'outil budgétaire pour, de facto, imposer aux hôpitaux de refuser tout supplément d'honoraires pour tous les patients admis en chambre double ou commune, qu'en effet, les hôpitaux récalcitrants, à savoir ceux qui refusent d'appliquer les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs ou, faute d'un tel accord, qui n'acceptent pas de remettre au ministre une attestation supposée prouver le respect par les médecins des tarifs servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sont écartés d'une partie des financements prévus aux nouveaux articles 29, 44 et 45 de l'arrêté royal du 25 avril 2002, que la même sanction frappe également les hôpitaux qui souhaiteraient empêcher lesdits suppléments d'honoraires mais qui ne le peuvent pas en raison du contenu de leurs contrats avec leurs médecins, que le nouvel article 29 réserve une partie du financement complémentaire des charges d'investissement pour l'équipement médical et non médical aux seuls hôpitaux qui certifient ne pas facturer de suppléments d'honoraires aux patients admis en chambre double et commune, que le nouvel article 44 réserve une partie du financement complémentaire aux hôpitaux psychiatriques dont la partie B1 du budget est inférieure à la moyenne nationale et qui ne facturent pas de suppléments d'honoraires aux patients admis en chambre double et commune, que le nouvel article 45 réserve également la dernière tranche du montant complémentaire à la partie B2 du budget, réparti au prorata du nombre de clients âgés de plus de septante-cinq ans isolés dans chaque hôpital, aux hôpitaux qui ne facturent pas de suppléments d'honoraires aux patients admis en chambre double et commune, que le fait que des médecins réclament ou non des suppléments d'honoraires à charge des

patients admis en chambre double ou commune est sans aucun lien avec la situation de sous-financement dans lequel se trouvent les hôpitaux et avec les sous-parties concernées du budget, 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 loi sur les hôpitaux ne permet au ministre des Affaires sociales et de la Santé 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 pas 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 c'est pourtant ce qu'impliquent les dispositions attaquées, que la partie adverse se méprend sur la portée de l'alinéa 2, c), de l'article 97, § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux 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, 44 et 45 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, qu'elles reviennent à régir la fixation des honoraires médicaux et/ou à pénaliser les établissements qui respectent les législations qui encadrent la liberté des médecins dans la fixation de leurs honoraires et ces mêmes médecins en alourdissant les retenues pratiquées par les hôpitaux sur leurs honoraires, que la section de législation du Conseil d'Etat a déjà établi à diverses reprises qu'il ne suffit 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'il est requis que le régime concerné présente intrinsèquement les caractéristiques du régime de la norme en question, que c'est ce que la section de législation a souligné dans son avis n/ 41.776/1 du 30 novembre 2006, que cet avis ne concerne pas la matière des hôpitaux mais celle de la sécurité sociale et de l'aide aux personnes, que la partie adverse n'indique pas en quoi, selon elle, il faudrait en déduire que la réglementation en matière d'hôpitaux devrait obéir à un autre principe que celui expressément énoncé par la section de législation et rappelé ci-dessus, qu'en l'espèce, il apparaît 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 circonstance que les mesures attaquées sont intégrées dans la réglementation sur le budget des hôpitaux ne constitue pas une indication déterminante de ce que ces mesures seraient relatives au budget des hôpitaux dès lors qu'elles ne présentent pas les caractéristiques d'un régime lié au budget des hôpitaux, qu'ainsi le budget hospitalier doit permettre de fixer, le cas

échéant par des enveloppes forfaitaires, la couverture des dépenses qui sont nécessaires au bon fonctionnement des hôpitaux, que, par contre, le budget des hôpitaux ne peut pas faire dépendre ce financement d'éléments qui sont totalement extérieurs aux dépenses hospitalières, comme par exemple la fixation des honoraires par les médecins, que le ministre et Roi ne sont pas habilités à régler le régime de la fixation des honoraires des médecins en se fondant sur les articles 87, 97 et encore moins 99 de la loi sur les hôpitaux, 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 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 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 A 1, B 1 et B 2 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 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 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, que, ce faisant, l'arrêté royal du 10 novembre 2006 viole les dispositions susvisées qui garantissent aux médecins le droit de fixer librement leurs honoraires, que les compléments d'enveloppes budgétaires prévus aux nouveaux articles 29, 44 et 45 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 devaient tendre au refinancement du budget des hôpitaux atteints par 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 doit être substantiellement réduit, l'objectif de refinancement généralisé des hôpitaux poursuivi par la partie adverse n'est nullement atteint, que c'est donc à tort que la partie adverse soutient que les dispositions attaquées n'auraient pour objet que d'encourager les hôpitaux à ne pas pratiquer de suppléments de prix pour les patients admis en chambre double et commune, que, pour

étayer sa thèse, la partie adverse croit pouvoir s'autoriser de la jurisprudence du Conseil d'Etat quant aux impacts des règles budgétaires sur d'autres matières selon laquelle le simple fait que des dispositions en matière budgétaires aient un impact sur d'autres matières ne les feraient pas automatiquement relever de ces autres matières, que tel n'est pas le cas en l'espèce, qu'il ne s'agit pas ici d'un simple impact sur d'autres matières, que, par les dispositions attaquées, la partie adverse a de facto modifié la réglementation existante en matière de suppléments d'honoraires et de chambre, qu'en tous les cas, la jurisprudence citée par la partie adverse n'a pas la portée qu'elle croit pouvoir lui donner, qu'ainsi, notamment, l'arrêt n° 102.422 du 8 janvier 2002 confirme au contraire le bien fondé du moyen des requérants, qu'en effet, l'article 26 de l'acte attaqué, qui fixait des normes de financement des hôpitaux, prévoyait que les hôpitaux ne disposant pas de cent cinquante lits agréés au 1^{er} janvier 1998 voyaient leur budget des moyens financiers et leur quota de journées d'hospitalisation ne plus leur être attribués, que cette disposition budgétaire se fondait sur les règles de programmation et d'agrément fixées à l'arrêté royal du 21 janvier 1998, qu'il n'y avait donc aucune contradiction entre les règles en matière budgétaire, d'une part, et de programmation et d'agrément, d'autre part, qu'il en est de même des arrêts n°s 39.346 à 39.348 du 8 mai 1992, par lesquels il est jugé que le ministre a agi dans les limites de sa compétence budgétaire et dans le respect du droit applicable relatif au quota des journées d'hospitalisation, que le ministre n'a donc pas modifié la réglementation en question par le biais de dispositions présentées comme étant uniquement budgétaires, ce qui est par contre le cas en l'espèce; que les requérants répliquent, quant à la deuxième branche, que les nouveaux articles 29, 44 et 45 de l'acte attaqué déterminent les règles relatives à la fixation de suppléments d'honoraires par les médecins en modifiant les règles sur le budget des moyens financiers des hôpitaux, alors que ces deux matières budgétaires ne sont en rien liées, qu'à ce sujet, l'avis du C.N.E.H. 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", qu'en visant les suppléments d'honoraires tout en laissant de côté les suppléments de séjour hospitalier, les nouveaux articles 29, 44 et 45 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 appliquent un critère tout à fait irrelevante, inadéquat et disproportionné, que ces dispositions visent non pas à financer les hôpitaux qui perdent des suppléments, comme c'est le cas en ce qui concerne les suppléments de chambre, 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, 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, que le fait de pénaliser la facturation de suppléments d'honoraires empêche inutilement les médecins de donner satisfaction aux exigences particulières des patients, qu'ainsi, ceux qui ont souscrit une assurance complémentaire pour se garantir un confort de soins supérieur sont privés du bénéfice de leur effort, que, de manière plus générale, les mesures attaquées ne réalisent pas le refinancement escompté de tous les hôpitaux alors que tel doit être l'objet de la fixation du budget des moyens financiers et ce, au regard des activités "justifiées" prises en charge par les établissements, que, par contre, 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 la partie adverse fait porter sur les hôpitaux la charge du contrôle de cette politique d'interdiction des suppléments d'honoraires qui ne concerne pourtant que les médecins dans leur liberté de fixer avec leurs patients le montant de leurs honoraires, que les hôpitaux se verront sanctionner par la privation des financements complémentaires prévus pour les sous-parties A 1, B 1 et B 2 du budget des moyens financiers si l'un ou l'autre médecin vient à ne pas respecter l'interdiction de pratiquer des suppléments d'honoraires, que, ce faisant, 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 puisque ce sont les hôpitaux et toute la collectivité hospitalisée qui supporteront les conséquences du non-respect de la réglementation par un seul médecin, 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", la mesure attaquée crée 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, que, par contre, la mesure attaquée a 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 la discrimination entre les patients ambulatoires et ceux qui sont hospitalisés sera d'autant plus dommageable aux patients que les médecins augmenteront leurs honoraires de consultations, que ces honoraires ne sont - le plus souvent - pas couverts par les assurances complémentaires alors que les honoraires pour soins à l'hôpital le sont, en sorte que la mesure vise à reporter sur les patients la charge financière que leurs assureurs devraient logiquement supporter; qu'en l'espèce, force est de constater qu'à l'égard de ces patients non admis à l'hôpital, les mesures attaquées auront pour effet

qu'ils devront payer des suppléments d'honoraires plus importants à l'avenir, que la mesure leur est donc tout à fait défavorable et ce, alors que la partie adverse soutient agir dans le but de "préserver les intérêts de [tous le]s patients", que la mesure vise à imposer les tarifs de la convention médico-mutualiste même lorsque ceux-ci ne trouvent pas à s'appliquer, que 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, que la mesure attaquée prive ainsi les médecins de la liberté d'adhérer ou non aux termes de la convention médico-mutualiste et/ou altère la portée de leur accord, que la mesure frappe la facturation de suppléments d'honoraires par les seuls médecins, à l'exclusion des kinésithérapeutes et des professions paramédicales, que la différence de traitement qui est ainsi faite entre les médecins hospitaliers, d'une part, les kinésithérapeutes et les professions paramédicales, d'autre part, ne se justifie nullement, que c'est de manière discriminatoire et disproportionnée que les dispositions attaquées de l'arrêté royal du 10 novembre 2006 ont mis sur pied les règles de non-facturation de suppléments de prix, que l'arrêté royal attaqué viole les articles 10 et 11 de la Constitution et le principe de proportionnalité en imposant des conditions qui sont sans rapport avec les buts que la législation sur la fixation des budgets hospitaliers peut légalement poursuivre et que la partie adverse n'était pas habilitée à intervenir dans les relations entre le médecin et son patient, celles-ci étant régies par les dispositions visées dans la première branche de ce moyen; que, quant à la troisième branche, les requérants répliquent que la partie adverse a de facto réglementé la fixation des honoraires des médecins en usant de l'outil budgétaire, ce qui implique, d'une part, que les articles 97 et 99 de la loi sur les hôpitaux ne peuvent pas constituer le fondement juridique suffisant de l'arrêté royal du 10 novembre 2006, la partie adverse restant en défaut d'indiquer sur quelle base le ministre et le Roi auraient pu limiter ou pénaliser la liberté des médecins de fixer leurs honoraires de soins et, d'autre part, que la partie adverse a erronément imposé aux hôpitaux de respecter une politique tarifaire qui ne concerne pourtant que les médecins et qui n'a, de plus, aucun lien ni effet sur le budget des hôpitaux; que, dans leur dernier mémoire, les requérants relèvent que, malgré l'avis 31.521/1/3 des 22 et 31 mai 2001 de la section de législation du Conseil d'Etat, le législateur n'a pas précisé en quoi devaient consister les activités justifiées mentionnées à l'article 97, § 1^{er}, alinéa 2, de la loi coordonnée sur les hôpitaux, que le Roi ne disposait pas du fondement légal requis pour faire dépendre l'obtention des tranches de financement des moyens financiers des hôpitaux du fait que les médecins ne réclament pas de suppléments d'honoraires pour les patients en chambre double ou commune, que "le financement des pouvoirs publics pour les actes médicaux par le biais du budget des moyens financiers tend à couvrir les frais occasionnés par les prestations médicales et les frais annexes

auxdits actes. Il ne constitue certainement pas un «subside» au sens généralement admis", que les dispositions attaquées sont disproportionnées et discriminatoires et que les conséquences budgétaires négatives des dispositions attaquées, qui doivent être mesurées au regard des impératifs de santé publique, sont d'autant plus préjudiciables aux hôpitaux concernés que le milieu hospitalier souffre d'un sous-financement important;

Considérant, quant à la première branche, 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, par cette disposition, le législateur a confié au Roi un large pouvoir d'appréciation;

Considérant que, par les articles 3, 7, 1/, et 8, 2/, de l'arrêté royal du 10 novembre 2006 attaqué, l'hôpital dans lequel un médecin réclamerait des suppléments d'honoraires aux patients hospitalisés en chambre commune ou en chambre double ne pourra pas bénéficier de certaines tranches du financement de certaines parties du budget destinées au refinancement des établissements hospitaliers; que, en application de l'article 18, 2/, du même arrêté royal, 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 a facturé moins de suppléments pour chambre à un et deux lits que par rapport à l'année précédente; que ces dispositions réglementaires fixent des critères et conditions dont dépend l'octroi de certaines tranches du financement public des hôpitaux; qu'elles trouvent leur fondement dans l'article 97, § 1^{er}, alinéa 2, c, de la loi coordonnée sur les hôpitaux; que c'est sans excéder ses pouvoirs que le Roi a entendu, en les adoptant, décourager la facturation de suppléments d'honoraires; que les dispositions attaquées n'empêchent pas les 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 prévoient uniquement que, dans cette hypothèse, les hôpitaux qui les emploient ne peuvent bénéficier des subsides précités; que les dispositions attaquées n'ont pas davantage pour objet de permettre aux hôpitaux de procéder d'initiative à des retenues destinées à compenser le manque à gagner sur les honoraires des médecins; que c'est uniquement dans la mesure où elles sont prévues dans le cadre de la relation liant un médecin à son hôpital que celui-ci peut retenir certaines sommes sur les honoraires perçus de manière centralisée;

Considérant qu'il ressort de l'avis 41.044/1/V de la section de législation du Conseil d'Etat, que l'article 99 de la loi coordonnée sur les hôpitaux fonde l'article 20

de l'arrêté royal du 10 novembre 2006 attaqué; que cet article 20 n'est pas au nombre de ceux qui font l'objet de la requête; que c'est indûment que les requérants en invoquent la violation;

Considérant que le moyen n'est pas fondé en sa première branche;

Considérant, quant à la deuxième et à la troisième branches, que les dispositions attaquées n'ont ni pour objet ni pour effet d'interdire aux médecins de pratiquer des suppléments d'honoraires à charge des patients admis en chambre double ou en chambre commune; qu'elles prévoient uniquement que les hôpitaux dont les médecins réclament des suppléments d'honoraires à ces patients ne peuvent bénéficier de certaines tranches de certaines parties du financement public; qu'elles reportent dès lors les conséquences des choix opérés par les médecins sur les hôpitaux, sans que ceux-ci puissent les compenser; qu'en effet, en vertu de l'article 140 de la loi sur les hôpitaux, les fractions des honoraires que ceux-ci peuvent retenir pour financer leur fonctionnement sont fixés de commun accord avec les médecins; que les dispositions attaquées ne portent toutefois que sur certaines tranches de certaines parties du budget des moyens financiers des hôpitaux, et non sur la totalité de ce budget, en manière telle que leurs conséquences ne sont ni disproportionnées ni manifestement déraisonnables;

Considérant que les requérants se limitent à alléguer, sans l'établir, qu'"en réservant une partie du budget 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 les médecins qui facturent, pourtant légalement, un supplément aux patients admis en chambre double"; qu'ils n'expliquent pas davantage en quoi les dispositions attaquées empêcheraient les médecins d'accorder aux patients couverts par une assurance complémentaire le bénéfice de conditions d'une qualité de soins supérieure;

Considérant qu'entre les patients admis en chambre double ou commune, qui sont hospitalisés, et les patients relevant de l'activité ambulatoire, existe une différence fondée sur un critère objectif que la partie adverse a pu prendre en compte;

Considérant 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;

Considérant que si le conseil national des établissements hospitaliers a, à diverses reprises, mis en cause l'opportunité des décisions de la partie adverse, cette critique n'a pas eu pour effet de rendre les dispositions attaquées illégales; qu'il n'en reste pas moins que la partie adverse reste en défaut d'établir comment elle a pu, sans méconnaître le principe d'égalité et de non-discrimination, ne tenir compte que des suppléments d'honoraires réclamés par les médecins, à l'exclusion des autres prestataires de soins; que cette carence ne touche cependant pas l'article 83, § 3, de l'arrêté royal du 25 avril 2002, tel qu'inséré par l'article 18, 2/, de l'arrêté royal attaqué, qui vise toutes les recettes en suppléments de chambres à un ou deux lits comptabilisées durant l'exercice comptable pour lequel une demande est introduite; que, sous cette réserve, le moyen est, sur le point considéré, fondé dans ses deuxième et troisième branches;

Considérant que les requérants prennent un deuxième moyen de la violation de la Constitution, notamment ses articles 10, 11 et 33, de la loi coordonnée sur les hôpitaux du 7 août 1987, notamment de son article 145, de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, notamment de son article 154ter et de l'arrêté royal n/ 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, notamment de son article 35duodecies; qu'ils affirment que l'acte attaqué n'a été adopté que sur les seules consultations préalables du conseil national des établissements hospitaliers, de l'Inspecteur des Finances et du Ministre du Budget alors que, à supposer que le Roi puisse s'autoriser notamment des articles 97 et 99 de la loi sur les hôpitaux pour réglementer la fixation des honoraires des médecins ou pour sanctionner les hôpitaux qui respectent les dispositions légales et la liberté des médecins en la matière - quod non -, l'arrêté royal attaqué est néanmoins illégal car il n'a pas été pris sur la base des avis requis; que, dans une première branche, ils indiquent que l'article 35duodecies de l'arrêté royal n/ 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé impose une délibération en Conseil des ministres et la concertation préalable avec le comité de concertation entre le Ministre de la Santé publique, le Ministre des Affaires sociales, les organisations professionnelles des médecins et les organismes assureurs pour la fixation de l'ensemble des règles concernant la structure et l'organisation de la pratique médicale, que l'acte attaqué implique une modification des règles en matière de facturation des honoraires médicaux, qu'il affecte "la structure et l'organisation de la pratique médicale", et qu'il n'a pourtant fait l'objet ni d'une délibération au sein du Conseil des ministres, ni d'une concertation préalable au sein du comité de concertation; que, dans une deuxième branche, ils soutiennent que l'article 145 de la loi sur les hôpitaux impose la consultation de la commission nationale paritaire médecins-hôpitaux pour l'adoption des arrêtés d'exécution en rapport avec le titre IV de la

loi sur les hôpitaux, lequel comprend notamment toutes les dispositions relatives à la fixation des honoraires ainsi que les dispositions réglant les rapports juridiques entre l'hôpital et le médecin hospitalier; que même si l'arrêté royal attaqué ne se fonde pas explicitement ou exclusivement sur les règles tirées du titre IV de la loi coordonnée sur les hôpitaux, il implique une modification des règles en matières de facturation d'honoraires, qu'il doit respecter les règles de consultation imposées en la matière, qu'il en va d'autant plus ainsi qu'il a pour effet soit d'interdire lesdits suppléments, soit d'entraîner une majoration des retenues pratiquées par les hôpitaux sur les honoraires médicaux pour faire face à la perte de financement; que, dans une troisième branche, ils soutiennent qu'en vertu de l'article 154ter de la loi du 29 avril 1996 modifiée par la loi du 22 août 2002, l'avis de la structure multipartite est requis notamment pour "l'instauration ou la modification de réglementations d'ordre financier, pour autant que celles-ci débouchent simultanément sur un financement tant par le budget des moyens financiers, visé à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux que par la nomenclature des prestations médicales, visée à l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et ce, sans préjudice des procédures de fixation et de modification de la nomenclature des prestations médicales", visée à l'article 35 de la même loi, qu'il en résulte que la consultation de la structure multipartite est requise pour toutes les matières qui concernent l'articulation des règles de financement de l'activité hospitalière (prix de journée) et de l'activité médicale (honoraires) et que, par conséquent, le Ministre était tenu de solliciter l'avis de la structure multipartite en matière de politique hospitalière pour adopter l'acte attaqué;

Considérant que la partie adverse répond que l'ensemble du moyen repose sur le postulat selon lequel l'acte attaqué aurait pour objet, non seulement de fixer des règles relatives au budget des moyens financiers, mais également de régler d'autres questions, telles que la structure et l'organisation de la pratique médicale ou les honoraires des médecins hospitaliers, qu'elle a déjà établi, dans le cadre de la réfutation du premier moyen, que ce postulat est inexact, 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 duodecies 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 154ter de la loi du 29 avril 1996 et qu'il ressort, en outre, de cette disposition qu'elle ne peut 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;

Considérant que, dans leur mémoire en réplique et leur dernier mémoire, les requérants soutiennent que la partie adverse a, par l'arrêté royal attaqué, chargé les hôpitaux du soin d'interdire à leurs médecins de demander des compléments d'honoraires pour les patients admis dans une chambre double ou commune, que la partie adverse a outrepassé sa compétence budgétaire pour régler simultanément la facturation des suppléments de prix dans les chambres doubles et communes, que, pour ce faire, elle aurait dû, préalablement à la prise de l'arrêté royal attaqué, consulter et se concerter avec divers organes, ce qui n'a manifestement pas été le cas;

Considérant que les dispositions attaquées se limitent à fixer des conditions auxquelles les hôpitaux peuvent se voir octroyer certaines tranches de certaines parties du budget des moyens financiers des hôpitaux; qu'elles trouvent leur fondement dans l'article 97 de la loi sur les hôpitaux; qu'elles n'ont pour objet ni de régler la structure et l'organisation de la pratique médicale au sens de l'article 35 du décret royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, ni de régler les matières visées au titre IV de la loi coordonnée 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'elles ne devaient pas être soumises aux formalités visées dans les dispositions citées par les requérants; que le deuxième moyen n'est pas fondé;

Considérant que les requérants prennent un troisième moyen de la violation de la Constitution, notamment de ses articles 10, 11 et 33, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat, notamment de ses articles 3 et 84, et de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs; qu'ils affirment que la partie adverse a demandé l'avis de la section de législation du Conseil d'Etat sur le projet appelé à devenir l'arrêté royal attaqué selon la procédure accélérée de l'article 84, § 1, 1^{er}, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat, alors que, première branche, la consultation de la section de législation étant d'ordre public, l'autorité qui demande l'avis dans un délai réduit doit justifier ou pouvoir justifier pourquoi elle déroge à la procédure normale, que la demande tendant à obtenir l'avis de la section de législation du Conseil d'Etat dans un délai ne dépassant pas un mois déroge non seulement à l'ordre d'inscription au rôle des demandes d'avis mais également à l'étendue du contrôle exercé par le Conseil d'Etat, que ceci ressort de l'article 84, §§ 1^{er} et 3, des lois coordonnées, que les raisons de nature à justifier des dérogations à la procédure normale de consultation préalable doivent être interprétées restrictivement, qu'en vertu de l'article 1^{er} de la loi du 29 juillet

1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, l'obligation de motivation formelle s'applique à "l'acte juridique unilatéral de portée individuelle émanant d'une autorité administrative et qui a pour but de produire des effets juridiques à l'égard d'un ou de plusieurs administrés ou d'une autre autorité administrative", que la demande tendant à obtenir un avis dans le mois émane d'une autorité administrative et produit incontestablement des effets juridiques à l'égard du Conseil d'Etat, section législation, qui est elle-même une autre autorité administrative, que l'auteur de l'acte n'a pas valablement motivé en la forme les raisons justifiant la consultation de la section de législation dans un délai abrégé puisque la demande ne permet pas de connaître les considérations de fait et de droit légalement admissibles sur lesquelles repose l'acte, que, même si la demande ne devait pas être motivée en la forme, elle n'est pas non plus valablement motivée au fond car le contenu et le processus d'élaboration de l'arrêté royal attaqué ne reflètent nullement la nécessité de la demande d'avis dans un délai abrégé d'un mois, que le contenu de l'arrêté royal ne présente aucune urgence puisqu'il vient modifier un arrêté royal qui produit ses effets depuis quatre années, qu'il n'était donc pas nécessaire de remplacer plus rapidement les normes existantes dans la mesure où il n'y avait pas de vide juridique créant une insécurité juridique préjudiciable ni d'obstacle majeur entravant l'application de l'arrêté royal à modifier, que le processus d'élaboration de l'arrêté royal du 10 novembre 2006 attaqué démontre à lui seul l'absence de diligence puisqu'il s'est écoulé près de quatorze mois entre le moment où la première instance consultative - en l'occurrence le conseil national des établissements hospitaliers- a émis son premier avis et le jour de la publication de l'arrêté royal litigieux, qu'il s'est par ailleurs écoulé plus de trois mois entre le moment où le conseil national des établissements hospitaliers a rendu son dernier avis et celui où l'Inspecteur des Finances a émis son avis, qu'alors que l'avis de la section législation devait être rendu dans le mois, le Ministre du Budget n'a, quant à lui, donné son accord que près de deux mois après le dernier avis de la section de législation et que le fait que l'acte attaqué entre en vigueur avec effet rétroactif ne justifie pas que l'avis soit donné dans le mois puisque la consultation préalable de la section de législation n'empêche pas que l'arrêté puisse produire ses effets plus tôt; que, dans une seconde branche, ils énoncent que le texte du projet sur lequel les avis de la section de législation du Conseil d'Etat ont été demandés ne correspond pas au texte de l'arrêté royal du 10 novembre 2006 attaqué tel qu'il a finalement été adopté, qu'en vertu de l'article 3 des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat, aucune modification ne peut être apportée au projet après la consultation de la section de législation si ce n'est pour répondre et rencontrer les observations et objections formulées dans les avis, que tel n'étant pas le cas, la consultation est irrégulière puisque les avis ont été donnés sur la base d'un texte différent de celui qui a été finalement adopté, que celui-ci ne tient aucun compte des

remarques et des critiques émises dans les avis de la section législation, que la formalité de la consultation préalable est vidée de tout sens et de toute substance si, lorsque l'autorité se départit de ces avis, ce qui est son droit, le dossier administratif n'en contient pas les raisons et qu'en l'espèce rien n'établit que la partie adverse a effectivement tenu compte des avis de la section législation et a justifié les raisons pour lesquelles elle s'en écartait;

Considérant que la partie adverse répond, quant à la première branche, 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 et/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 2006", 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 est exercé lorsque la section de législation n'est pas consultée ou lorsqu'elle l'est dans un délai ne dépassant pas cinq jours, que la circonstance que l'acte attaqué modifie un arrêté qui date du 25 avril 2002 n'est pas de nature à établir qu'il n'y avait aucun motif pertinent de saisir la section de législation en application de l'article 84, § 1^{er}, 1/, que la procédure d'adoption de l'acte attaqué ne dément nullement qu'il était impératif d'adopter l'arrêté

attaqué rapidement, que la partie adverse a estimé nécessaire de saisir à plusieurs reprises le conseil national des établissements hospitaliers, que celui-ci a rendu son dernier avis sur les mesures projetées le 22 mars 2006, que l'inspection des finances et la section de législation ont été saisies au mois de juillet 2006 lorsque le projet d'arrêté a pu être finalisé en tenant compte des observations formulées par le conseil national, que l'accord du ministre du budget a été donné le 30 octobre 2006, de telle sorte que ce n'est qu'à ce moment que les formalités préalables à l'adoption de l'acte attaqué ont été accomplies, que l'arrêté attaqué a été adopté le 10 novembre 2006, soit onze jours plus tard, et publié au Moniteur belge le 24 novembre 2006; que, quant à la seconde branche, la partie adverse fait valoir que le dossier administratif permet de constater que la rédaction des dispositions litigieuses n'a pas été modifiée après l'avis de la section de législation, que celle-ci n'a d'ailleurs formulé aucune observation sur ces dispositions, 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 que, lors de la création du 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, en principe, son avis dans l'ordre d'inscription des demandes d'avis, 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 mentionnée à l'article 84, alinéa 1^{er}, 1/, des lois précitées, en vertu duquel l'autorité qui sollicite l'avis peut l'obtenir dans un délai ne dépassant pas un mois, que la consultation de la section de législation étant d'ordre public, 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, qu'une telle demande de priorité doit être justifiée, 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 a été demandé dans un délai d'un mois, ce qui n'est pas une consultation ordinaire, que, dans sa demande d'avis du 24 juillet 2006, le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique s'est exprimé dans les termes suivants : "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 2006", que tout porte à croire que le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique n'avait pas encore sollicité l'accord du Ministre du Budget en date du 24 juillet 2006, contrairement à ce qu'il soutient pourtant, qu'il ressort expressément du courrier d'accord du 30 octobre 2006 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 datait que du 23 août 2006, que c'est donc un mois après la demande d'avis à la section de législation dans un délai abrégé que le même Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a saisi le Ministre du Budget pour accord, que 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 puisqu'il a lui-même tardé à saisir le Ministre du Budget de sa demande d'accord, que, pour apprécier la réalité de l'urgence, plusieurs critères cumulatifs sont appliqués, à savoir, tout d'abord, l'examen du contenu de l'acte litigieux, qu'ainsi, le délai abrégé n'est pas valablement justifié lorsque la mesure n'est pas, en elle-même, urgente ou lorsqu'il s'agit de transposer d'anciennes règles de droit international ou de pourvoir à l'exécution d'une législation déjà ancienne, qu'il en va de même lorsque l'entrée en vigueur de la norme réglementaire est reportée au-delà du dixième jour qui suit celui de sa publication ou si elle est rétroactive, qu'en l'espèce, le contenu de l'arrêté royal ne présente aucune urgence puisqu'il vient modifier un arrêté royal qui produit ses effets depuis quatre années, qu'il n'était donc pas nécessaire de remplacer plus rapidement les normes existantes dans la mesure où il n'y avait pas de vide juridique créant une insécurité juridique préjudiciable ni d'obstacle majeur entravant l'application de l'arrêté royal à modifier, qu'il faut examiner encore les circonstances qui ont entouré l'élaboration de l'acte, que, lorsqu'elle demande la consultation dans un bref délai, l'autorité doit, entre autres, démontrer qu'elle a procédé à l'élaboration de l'acte en question avec toute la diligence qu'une telle situation requiert et qu'elle n'a pas tardé à en concrétiser l'adoption, que le processus d'élaboration de l'arrêté royal du 10 novembre 2006 démontre à lui seul l'absence de diligence puisqu'il s'est écoulé près de quatorze mois entre le moment où la première instance consultative - en l'occurrence, le conseil national des établissements hospitaliers - a émis son premier avis (29 septembre 2005) et le jour de la publication de l'arrêté royal litigieux (24 novembre 2006), que, pour tenter de justifier ce délai déraisonnable, la partie adverse a saisi à plusieurs reprises le conseil national des établissements hospitaliers, que la saisine répétée de ce conseil n'a cependant été suivie d'aucun effet, que le Ministre n'a nullement pris en compte les recommandations formulées par le conseil national des établissements hospitaliers quant à la suppression de la possibilité de facturation de suppléments d'honoraires médicaux pour les patients admis en chambre

double ou commune, que la partie adverse n'indique pas en quoi il était nécessaire de retarder aussi longtemps la prise de l'arrêté royal attaqué pour demander des avis dont il ne fut pas tenu compte, qu'il s'est par ailleurs écoulé plus de trois mois entre le moment où le conseil national des établissements hospitaliers a rendu son dernier avis et celui où l'Inspecteur des Finances a émis le sien, que ce faisant, la partie adverse a démontré le peu de diligence dont elle a fait preuve pour que l'arrêté royal en question soit pris et publié, qu'en outre, alors que l'avis de la section de législation du Conseil d'Etat - demandé le 24 juillet 2006 - devait être rendu dans le mois, le Ministre du Budget n'a été saisi par le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique que le 23 août 2006, alors que l'accord du Ministre du Budget était nécessaire puisque l'arrêté en projet était " [...] directement [...] de nature à influencer les recettes ou à entraîner des dépenses nouvelles" (article 5 de l'arrêté royal du 16 novembre 1994 relatif au contrôle administratif et budgétaire); que, dans leur dernier mémoire, les requérants affirment encore 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";

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; que, quant à la seconde branche, il résulte des pièces de la procédure que la partie adverse n'a pas modifié le texte des dispositions attaquées après que la section de législation eût été saisie; que le moyen n'est pas fondé en sa seconde branche;

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 29 septembre 2005,

10 novembre 2005 et 22 mars 2006, préalables à l'arrêté royal du 10 novembre 2006 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 doivent être considérés comme réguliers,

D E C I D E :

Article 1^{er}.

Il est donné acte de la reprise d'instance à l'association sans but lucratif FEDERATION DES HOPITAUX PRIVES DE BELGIQUE, en abrégé F.H.P.B.,

Article 2.

Sont annulés les articles 3, 7, 1/ et 8, 2/, de l'arrêté royal du 10 novembre 2006 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Article 3.

La requête est rejetée pour le surplus.

Article 4.

Le présent arrêt sera publié par extrait au Moniteur belge.

Article 5.

Les dépens, liquidés à la somme de 525 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.