RAAD VAN STATE
afdeling Wetgeving

advies 63.314/3
van 15 mei 2018

over

een voorontwerp van wet ‘betreffende de gebundelde financiering van de ziekenhuisactiviteiten’

CONSEIL D’ÉTAT
section de législation

avis 63.314/3
du 15 mai 2018

sur

un avant-projet de loi ‘relative au financement groupé des activités hospitalières’

‡LW-CEFSQAGCE-GDDBEVT‡

Op 10 april 2018 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid verzocht binnen een termijn van dertig dagen een advies te verstrekken over een voorontwerp van wet 'betreffende de gebundelde financiering van de ziekenhuisactiviteiten'.

Het voorontwerp is door de derde kamer onderzocht op 3 mei 2018. De kamer was samengesteld uit Jo BAERT, kamervoorzitter, Jan SMETS en Jeroen VAN NIEUWENHOVE, staatsraden, Jan VELAERS, assessor, en Astrid TRUYENS, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Wendy DEPESTER, auditeur.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het advies is nagezien onder toezicht van Jeroen VAN NIEUWENHOVE, staatsraad.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 15 mei 2018.

*

Le 10 avril 2018, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique à communiquer un avis, dans un délai de trente jours, sur un avant-projet de loi 'relative au financement groupé des activités hospitalières'.

L'avant-projet a été examiné par la troisième chambre le 3 mai 2018. La chambre était composée de Jo BAERT, président de chambre, Jan SMETS et Jeroen VAN NIEUWENHOVE, conseillers d'État, Jan VELAERS, assesseur, et Astrid TRUYENS, greffier.

Le rapport a été présenté par Wendy DEPESTER, auditeur.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise de l'avis a été vérifiée sous le contrôle de Jeroen VAN NIEUWENHOVE, conseiller d'État.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 15 mai 2018.

*

‡LW-CEFSQAGCE-GDDBEVT‡

STREKKING VAN HET VOORONTWERP

1. Het voorontwerp van wet strekt ertoe, bij wijze van eerste stap in de hervorming van de financiering van ziekenhuizen, een 'globaal prospectief bedrag per opname' (hierna: GPBO) voor de financiering van bepaalde ziekenhuisactiviteiten in te voeren. Het GPBO is een forfaitair bedrag per opname dat zal worden toegepast voor patiëntengroepen waarvoor de opname een standaardproces van diagnostiek en behandeling betreft dat weinig verschilt tussen patiënten en tussen ziekenhuizen. De lijst van patiëntengroepen die hiervoor in aanmerking komen, zal worden bepaald bij een koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en op advies van het Verzekeringscomité (artikelen 3, eerste lid, en 6 van het voorontwerp).

Het GPBO omvat de tegemoetkomingen voor de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van de wet 'betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen', gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna: de ziekteverzekeringswet), de bedragen die zijn vastgesteld in de overeenkomsten met de verplegingsinrichtingen, bedoeld in artikel 46 van de ziekteverzekeringswet, alsook het budget van financiële middelen bedoeld in artikel 95 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 'op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen' (hierna: de ziekenhuiswet), voor zover dat budget betrekking heeft op de voormelde patiëntengroepen. De Koning kan bepaalde geneeskundige verstrekkingen uitsluiten van het GBPO en kan voor bepaalde verstrekkingen een specifiek forfaitair honorarium vaststellen (artikelen 3, eerste lid, en 4 van het voorontwerp). De Koning bepaalt eveneens de nadere regels voor de opname van het budget van financiële middelen in het GBPO (artikel 5 van het voorontwerp).

Het GPBO voor elke patiëntengroep wordt periodiek berekend door het RIZIV volgens de regels die door de Koning worden vastgesteld. Het GPBO berekend voor het jaar T is van toepassing voor alle opnames van 1 september van het jaar T tot 31 augustus van het jaar T+1. De Koning bepaalt de nadere regels inzake de facturatie en de indexering van het GPBO (artikel 7 van het voorontwerp), alsook het forfaitair persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor de verstrekkingen die via het GPBO worden vergoed (artikel 8 van het voorontwerp – ontworpen artikel 37, § 22, van de ziekteverzekeringswet). Het systeem van referentiebedragen, opgenomen in artikel 56*ter* van de ziekteverzekeringswet, wordt afgeschaft (artikelen 9, 10, 12, 13 en 14 van het voorontwerp) en niet meer toegepast op de opnames die worden beëindigd vanaf 1 januari 2018 (artikel 16). De regeling inzake de aanrekening van ereloonsupplementen voor gehospitaliseerde patiënten wordt ook toepasselijk verklaard op de verstrekkingen die worden gedekt door het GPBO (artikel 11 van het voorontwerp – ontworpen artikel 152, § 6, van de ziekenhuiswet). Tot 31 december 2019 kan de berekeningsbasis voor deze supplementen in beginsel niet hoger liggen dan 115 procent van het honorariumgedeelte van het GBPO (artikel 17 van het voorontwerp).

De aan te nemen wet treedt in werking op 1 september 2018 (artikel 15, eerste lid, van het voorontwerp). De Koning bepaalt de datum van de opname in het GPBO van de terugbetaling voor implantaten, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, van de terugbetaling van de bedragen die zijn vastgesteld in de overeenkomsten met de verplegingsinrichtingen en van het budget van financiële middelen (artikel 15, tweede lid).

‡LW-CEFSQAGCE-GDDBEVT‡

BEVOEGDHEID

2. In de memorie van toelichting wordt het volgende uiteengezet aangaande de bevoegdheid van de federale overheid voor de ontworpen regeling:

> "Overeenkomstig de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen blijft de federale overheid o.m. bevoegd voor de organieke wetgeving betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten de verplegingsinrichtingen en de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving. De federale overheid blijft eveneens bevoegd voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering. In uitvoering daarvan voorziet deze wet een globaal prospectief bedrag per opname voor de financiering van bepaalde ziekenhuisactiviteiten. De geïsoleerde G-diensten (revalidatie van geriatrische patiënten) en Sp-diensten (gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie) zijn bij de zesde staatshervorming integraal overgedragen aan de gemeenschappen. Het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis is dus niet van toepassing voor de opnames in geïsoleerde G-diensten en Sp-diensten."

Met deze zienswijze kan in beginsel worden ingestemd. De ontworpen regeling betreft enerzijds de ziekte- en invaliditeitsverzekering[1] en anderzijds de organieke wetgeving[2] en de financiering van de exploitatie[3] inzake ziekenhuizen en heeft, onder voorbehoud van hetgeen wordt uiteengezet in opmerking 10, geen betrekking op de zorginstellingen die tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoren.[4]

Er moet evenwel een voorbehoud worden geformuleerd bij artikel 5 van het voorontwerp, waarbij de Koning wordt gemachtigd om de nadere regels vast te stellen "volgens dewelke het budget van financiële middelen wordt opgenomen in het [GPBO]". In de memorie van toelichting wordt vermeld dat die machtiging zowel het vast gedeelte als het variabel gedeelte van het budget van financiële middelen omvat. Die machtiging kan evenwel niet zo worden begrepen dat het mogelijk is om de financiering van de investeringskosten van de infrastructuur en de medisch-technische diensten te integreren in het GPBO, aangezien die financiering behoort tot de bevoegdheid van de gemeenschappen.[5]

ALGEMENE OPMERKING

3. De stellers van het voorontwerp hebben ervoor gekozen om het GPBO grotendeels te regelen in een nieuwe autonome tekst, naast de ziekteverzekeringswet en de ziekenhuiswet. De vraag rijst evenwel of de transparantie van de regeling inzake de tegemoetkomingen voor ziekenhuisopnames gebaat is bij een dergelijke keuze en of het niet beter is om het GBPO grotendeels hetzij in de ziekteverzekeringswet, hetzij in de ziekenhuiswet te regelen en in de andere wet de nodige wijzigingen en verwijzingen aan te brengen.

---

[1] Artikel 5, § 1, I, tweede lid, 1°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 'tot hervorming der instellingen'.

[2] Artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1°, a), van dezelfde bijzondere wet.

[3] Artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1°, b), van dezelfde bijzondere wet.

[4] Artikel 5, § 1, I, eerste lid, 2° tot 6°, van dezelfde bijzondere wet.

[5] Artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1°, a), van dezelfde bijzondere wet.

‡LW-CEFSQAGCE-GDDBEVT‡

ONDERZOEK VAN DE TEKST

Opschrift

4. Onverminderd hetgeen is uiteengezet in opmerking 3, rijst de vraag of het opschrift van het voorontwerp van wet wel voldoende nauw aansluit bij de inhoud ervan, aangezien het voorontwerp van wet enkel de eerste stap inhoudt in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, namelijk een hervorming van de financiering voor een aantal "standaardopnames", waarbij dan de integratie van bepaalde onderdelen van de bestaande financieringsinstrumenten nog moet gebeuren. Tenzij het de bedoeling is om de aan te nemen wet later aan te vullen met bijkomende regelingen inzake de financiering van ziekenhuizen – in welk geval het allicht toch beter is om ze te vervangen door een nieuwe wet met een nieuw opschrift –, zou de beperking van de ontworpen regeling tot het GPBO het best uitdrukkelijk tot uiting komen in het huidige opschrift.

Indien wordt ingegaan op opmerking 3, moet het opschrift uiteraard enkel melding maken van de wijziging van de ziekteverzekeringswet en van de ziekenhuiswet.

Artikel 2

5. In artikel 2, 7°, van het voorontwerp wordt in de Nederlandse tekst geen lidwoord vermeld voor "Verzekeringscomité", terwijl in de Franse tekst "[l]e comité de l'assurance" wordt geschreven. Deze discordantie moet worden weggewerkt.

6. In artikel 2, 8°, van het voorontwerp moeten de woorden "bepaald door de Koning," worden weggelaten. De eigenlijke machtiging aan de Koning om de lijst van patiëntengroepen vast te stellen komt immers voor in artikel 6 van het voorontwerp, waar bovendien wordt vermeld dat het gaat om een koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van het Verzekeringscomité. De gemachtigde is het eens met deze schrapping.

Artikel 3

7. Artikel 3, eerste lid, van het voorontwerp vangt aan met de woorden "In afwijking van de bepalingen van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 en hun uitvoeringsbesluiten". Een dergelijke vermelding is rechtsonzeker, aangezien het zeker niet de bedoeling is dat de ziekteverzekeringswet en de ziekenhuiswet helemaal niet van toepassing zouden zijn voor de financiering van de betrokken ziekenhuisopnames. Overigens wordt in de memorie van toelichting uiteengezet dat het GPBO "de huidige financieringswijzen, die zijn voorzien door of krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering en de wet betreffende de ziekenhuizen" vervangt, maar dat deze wetten "[v]oor het overige (…) onverminderd van toepassing [blijven]".

Er moet dan ook worden gepreciseerd van welke specifieke bepalingen van de twee voormelde wetten wordt afgeweken.

‡LW-CEFSQAGCE-GDDBEVT‡

8. In de Nederlandse tekst van artikel 3, eerste lid, tweede zin, van het voorontwerp moeten de woorden "per opname" worden ingevoegd tussen de woorden "prospectief bedrag" en de woorden "zijn begrepen".

9. In de Franse tekst van artikel 3, eerste lid, derde zin, van het voorontwerp moeten de woorden "par admission" worden ingevoegd tussen de woorden "global prospectif" en de woorden "couvre tous".

10. Naar luid van artikel 3, tweede lid, eerste zin, van het voorontwerp is het GPBO niet van toepassing voor de opnames in een "gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie (Sp)". Het is de Raad van State niet zo duidelijk waarom deze dienst wordt uitgezonderd van het toepassingsgebied van de ontworpen regeling. Dit moet in de memorie van toelichting worden verduidelijkt.

Indien het daarentegen de bedoeling zou zijn om te verwijzen naar de *geïsoleerde* G-diensten en Sp-diensten (waarvoor de gemeenschappen sinds de Zesde Staatshervorming bevoegd zijn, zoals in de memorie van toelichting wordt uiteengezet), moet de verwijzing in die zin worden aangepast.

Artikel 6

11. In de Franse tekst van artikel 6, tweede zin, van het voorontwerp schrijve men "un groupe de patients" in plaats van "un groupe de patient".

Artikel 7

12. Naar analogie van de artikelen 3, eerste lid, en 4 van het voorontwerp, zou men in artikel 7, tweede lid, van het voorontwerp beter schrijven: "Het Instituut deelt aan de ziekenhuizen het deel van het globaal prospectief bedrag per opname mee dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen *bedoeld in artikel 34 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 vertegenwoordigt, het deel dat de bedragen die zijn vastgesteld in de overeenkomsten bedoeld in artikel 46 van dezelfde wet vertegenwoordigt* en het deel dat het budget van financiële middelen vertegenwoordigt."

Hoofdstuk 4

13. In de Franse tekst van het opschrift van hoofdstuk 4 schrijve men "Dispositions modificatives et finales" in plaats van "Dispositions modificative et finales".

‡LW-CEFSQAGCE-GDDBEVT‡

Artikel 8

14. In de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 37, § 22, tweede lid, van de ziekteverzekeringswet (artikel 8 van het voorontwerp) moet het koppelteken in het woord "verzekerings-tegemoetkoming" worden weggelaten.

15. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 37, § 22, tweede lid, moeten de woorden "de l'assurance" worden ingevoegd tussen de woorden "l'intervention majorée" en de woorden "visée au § 19".

Artikel 9

16. In artikel 9 van het voorontwerp moet ook worden verwezen naar de wijziging bij de wet van 11 augustus 2017, aangezien artikel 56*ter* van de ziekteverzekeringswet het laatst werd gewijzigd bij artikel 43 van de wet van 11 augustus 2017 'houdende diverse bepalingen inzake gezondheid'.

17. In de Franse tekst van artikel 9 van het voorontwerp schrijve men "19 décembre *2008*" en "10 décembre *2009*".

Artikel 11

18. In het ontworpen artikel 152, § 6, van de ziekteverzekeringswet (artikel 11 van het voorontwerp) wordt bepaald dat "[b]ehoudens in de bijzondere situaties vastgesteld door de Koning (…) de berekeningsbasis [voor de supplementen] *in beginsel* niet hoger [kan] liggen dan het honorariumgedeelte van het globaal prospectief bedrag (lees: globaal prospectief bedrag per opname)".

De woorden "in beginsel" leiden tot rechtsonzekerheid, aangezien wordt aangegeven dat ook zonder een regeling van de "bijzondere situaties" door de Koning, de berekeningsbasis voor de supplementen hoger kan liggen. Ofwel moeten die woorden worden weggelaten, ofwel moet in de ontworpen bepaling zelf worden gepreciseerd in welke gevallen dat mogelijk is (naast de gevallen die de Koning vaststelt).

Deze opmerking geldt ook voor artikel 17 van het voorontwerp.

Artikel 17

19. De gemachtigde verklaarde het volgende aangaande de toedracht van artikel 17 van het voorontwerp:

> "Overeenkomstig artikel 11 laatste zin kan, behoudens in de bijzondere situaties vastgesteld door de Koning, de berekeningsbasis voor de supplementen niet hoger liggen dan het honorariumgedeelte van het globaal prospectief bedrag, m.a.w. 100 % van dit honorariumgedeelte. Artikel 17 van het voorontwerp beoogt een overgangsregeling in te

‡LW-CEFSQAGCE-GDDBEVT‡

stellen waarbij gedurende de daarin bepaalde periode de berekeningsbasis voor de supplementen met 15 % wordt verhoogd. De overgangsmaatregel is bedoeld om de artsen en de ziekenhuizen de tijd te geven om per ziekenhuis afspraken te maken hoe men zal omgaan met de situatie waarbij de gevraagde honorariasupplementen de berekeningsbasis aan 100% overstijgt. De overgangsmaatregel dient de zorgverleners en elk ziekenhuis ook toe te laten hun reële praktijk (verrichte verstrekkingen) aan te passen aan de gestandaardiseerde praktijk (die het globaal prospectief bedrag vertegenwoordigt) teneinde geen supplementen meer te moeten vragen voor verstrekkingen die buiten de nieuwe norm vallen en dus het risico te vermijden om in de praktijk de nieuwe berekeningsbasis te overschrijden."

Deze uitleg wordt het best opgenomen in de memorie van toelichting.

20. In artikel 17 van het voorontwerp moet de verwijzing naar artikel 11 worden vervangen door een verwijzing naar "artikel 152, § 6, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008". Eventueel kan zelfs worden overwogen om deze overgangsbepaling in de laatstgenoemde bepaling te integreren (als een nieuw tweede lid van die paragraaf 6).

21. In dezelfde ontworpen bepaling schrijve men "globaal prospectief bedrag *per opname*".

*

‡LW-CEFSQAGCE-GDDBEVT‡

PORTÉE DE L'AVANT-PROJET

1. L'avant-projet de loi a pour objet d'instaurer, à titre de première étape dans la réforme du financement des hôpitaux, un 'montant global prospectif par admission' (ci-après : MGPA) pour le financement de certaines activités hospitalières. Le MGPA est un montant forfaitaire par admission qui s'appliquera à des groupes de patients pour lesquels l'admission concerne un processus standard de diagnostic et de traitement qui se différencie peu entre patients et entre hôpitaux. La liste des groupes de patients entrant en ligne de compte à cet effet sera fixée par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres et sur avis du Comité de l'assurance (articles 3, alinéa 1er, et 6 de l'avant-projet).

Le MGPA comprend les interventions pour les prestations de santé visées à l'article 34 de la loi 'relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités', coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : la loi sur l'assurance maladie), les montants qui sont établis dans les conventions avec les établissements hospitaliers, visées à l'article 46 de ladite loi, ainsi que le budget des moyens financiers visé à l'article 95 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 'sur les hôpitaux et autres établissements de soins' (ci-après : la loi sur les hôpitaux), pour autant que ce budget concerne les groupes de patients précités. Le Roi peut en exclure certaines prestations de santé et fixer un honoraire forfaitaire spécifique pour certaines prestations (articles 3, alinéa 1er, et 4 de l'avant-projet). Il détermine également les modalités d'intégration du budget des moyens financiers dans le MGPA (article 5 de l'avant-projet).

L'INAMI calcule périodiquement le MGPA pour chaque groupe de patients suivant les règles fixées par le Roi. Le montant calculé pour l'année T s'applique à toutes les admissions du 1er septembre de l'année T au 31 août de l'année T+1. Le Roi en fixe les modalités de facturation et d'indexation (article 7 de l'avant-projet), ainsi que l'intervention personnelle forfaitaire des bénéficiaires pour les prestations qui sont remboursées via le MGPA (article 8 de l'avant-projet – article 37, § 22, en projet, de la loi sur l'assurance maladie). Le système des montants de référence, inséré à l'article 56*ter* de la loi sur l'assurance maladie, est supprimé (articles 9, 10, 12, 13 et 14 de l'avant-projet) et n'est plus appliqué aux admissions qui prennent fin à partir du 1er janvier 2018 (article 16). Le système de facturation des suppléments d'honoraires pour les patients hospitalisés est également rendu applicable aux prestations qui sont couvertes par le MGPA (article 11 de l'avant-projet – article 152, § 6, en projet, de la loi sur les hôpitaux). Jusqu'au 31 décembre 2019, la base de calcul de ces suppléments ne peut en principe pas dépasser 115 pour cent de la partie représentant les honoraires du MGPA (article 17 de l'avant-projet).

La loi à adopter entre en vigueur le 1er septembre 2018 (article 15, alinéa 1er, de l'avant-projet). Le Roi fixe la date à laquelle le remboursement des implants, médicaments et dispositifs médicaux, le remboursement des montants qui sont établis dans les conventions avec les établissements hospitaliers et le budget des moyens financiers sont intégrés dans la MGPA (article 15, alinéa 2).

‡LW-CEFSQAGCE-GDDBEVT‡

COMPÉTENCE

2. À propos de la compétence de l'autorité fédérale en ce qui concerne le régime en projet, l'exposé des motifs mentionne ce qui suit :

> « Conformément à la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, l'autorité fédérale reste compétente e.a. pour la législation organique relative aux prestations de soins dans et en dehors des institutions de soins ainsi que le financement de l'exploitation quand celle-ci est réglée par la législation organique. L'autorité fédérale reste également compétente pour l'assurance maladie-invalidité. En exécution de ceci, la présente loi prévoit un montant global prospectif par admission pour le financement de certaines activités hospitalières. Les services G isolés (revalidation de patients gériatriques) et les services Sp (services spécialisés pour le traitement et la revalidation) sont intégralement transférés aux communautés dans le cadre de [la] sixième reforme de l'État. Le montant global prospectif par admission à l'hôpital n'est donc pas d'application pour les admissions dans les services G et Sp isolés ».

On peut en principe se rallier à ce point de vue. Le régime en projet concerne, d'une part, l'assurance maladie-invalidité [1] et, d'autre part, la législation organique [2] et le financement de l'exploitation [3] en matière d'hôpitaux et ne porte pas, sous réserve de l'observation formulée au point 10, sur les établissements de soins relevant de la compétence des communautés[4].

Il s'impose cependant de formuler une réserve en ce qui concerne l'article 5 de l'avant-projet, qui habilite le Roi à fixer les modalités « [selon] lesquelles le budget des moyens financiers est repris dans le [MGPA] ». L'exposé des motifs indique que cette autorisation comporte tant la partie fixe que la partie variable du budget des moyens financiers. Toutefois, cette habilitation ne peut pas être comprise en ce sens qu'elle permet d'intégrer le financement du coût des investissements de l'infrastructure et des services médico-techniques dans le MGPA, ce financement relevant de la compétence des communautés[5].

OBSERVATION GÉNÉRALE

3. Les auteurs de l'avant-projet ont choisi de régler en grande partie le MGPA dans un nouveau texte autonome, parallèle à la loi sur l'assurance maladie et à la loi sur les hôpitaux. La question se pose toutefois de savoir si un tel choix profite à la transparence du régime des interventions pour les hospitalisations et s'il ne serait pas préférable de régler le MGPA en grande partie soit dans la loi sur l'assurance maladie, soit dans la loi sur les hôpitaux, et d'apporter les modifications et références nécessaires dans l'autre loi.

---

[1] Article 5, § 1er, I, alinéa 2, 1°, de la loi spéciale du 8 août 1980 'de réformes institutionnelles'.

[2] Article 5, § 1er, I, alinéa 1er, 1°, a), de la même loi spéciale.

[3] Article 5, § 1er, I, alinéa 1er, 1°, b), de la même loi spéciale.

[4] Article 5, § 1er, I, alinéa 1er, 2° à 6°, de la même loi spéciale.

[5] Article 5, § 1er, I, alinéa 1er, 1°, a), de la même loi spéciale.

‡LW-CEFSQAGCE-GDDBEVT‡

EXAMEN DU TEXTE

Intitulé

4. Sans préjudice de l'observation formulée au point 3, la question se pose de savoir si l'intitulé de l'avant-projet de loi présente effectivement un rapport suffisamment étroit avec son contenu, dès lors que l'avant-projet de loi ne constitue que la première étape dans la réforme du financement des hôpitaux, à savoir une réforme du financement de certaines « admissions standard », dans le cadre de laquelle certains éléments des instruments financiers existants devront encore être intégrés. Sauf si l'intention est de compléter ultérieurement la loi à adopter par des mesures supplémentaires concernant le financement des hôpitaux – auquel cas il sera probablement préférable de la remplacer par une nouvelle loi avec un intitulé nouveau –, il vaudrait mieux que l'intitulé actuel exprime plus explicitement la limitation du régime en projet au MGPA .

Dans l'hypothèse où l'observation 3 serait accueillie, l'intitulé ne doit de toute évidence mentionner que la modification de la loi sur l'assurance maladie et de la loi sur les hôpitaux.

Article 2

5. Le texte néerlandais de l'article 2, 7°, de l'avant-projet ne comprend pas d'article pour « [v]erzekeringscomité », alors que le texte français vise « [l]e comité de l'assurance ». Cette discordance doit être éliminée.

6. À l'article 2, 8°, de l'avant-projet, on omettra les mots « déterminé par le Roi ». En effet, l'habilitation proprement dite, permettant au Roi d'arrêter la liste des groupes de patients, figure à l'article 6 de l'avant-projet, qui mentionne en outre qu'il s'agit d'un arrêté royal délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance. Le délégué marque son accord avec cette suppression.

Article 3

7. L'article 3, alinéa 1er, de l'avant-projet commence par les mots « Par dérogation aux dispositions de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 et de leurs arrêtés d'exécution ». Pareille mention est source d'insécurité juridique, dès lors que l'intention n'est certainement pas que la loi sur l'assurance maladie et la loi sur les hôpitaux ne s'appliquent pas du tout au financement des hospitalisations concernées. Par ailleurs, l'exposé des motifs précise que le MGPA remplace « les systèmes actuels de financement qui sont prévus par ou en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé ou de la loi sur les hôpitaux », mais que ces lois « [p]our le surplus, (...) restent d'application de manière inchangée ».

Il conviendra dès lors de préciser les dispositions spécifiques des deux lois précitées dont on s'écarte.

‡LW-CEFSQAGCE-GDDBEVT‡

8. Dans le texte néerlandais de l'article 3, alinéa 1er, deuxième phrase, de l'avant-projet, on insérera les mots « per opname » entre les mots « prospectief bedrag » et les mots « zijn begrepen ».

9. Dans le texte français de l'article 3, alinéa 1er, troisième phrase, de l'avant-projet, on insérera les mots « par admission » entre les mots « global prospectif » et les mots « couvre tous ».

10. Selon l'article 3, alinéa 2, première phrase, de l'avant-projet, le MGPA n'est pas d'application pour les admissions dans un « service spécialisé pour le traitement et la revalidation (Sp) ». Le Conseil d'État n'aperçoit pas clairement pourquoi ce service est exclu du champ d'application du régime en projet. L'exposé des motifs devra préciser ce point.

Par contre, si l'intention est de viser les services G et Sp *isolés* (pour lesquels les communautés sont compétentes depuis la sixième réforme de l'État, comme le précise l'exposé des motifs), la référence devra être adaptée en ce sens.

Article 6

11. Dans le texte français de l'article 6, deuxième phrase, de l'avant-projet, on écrira « un groupe de patients » au lieu de « un groupe de patient ».

Article 7

12. Par analogie avec les articles 3, alinéa 1er, et 4 de l'avant-projet, il vaudrait mieux écrire à l'article 7, alinéa 2, de l'avant-projet : « L'Institut communique aux hôpitaux la partie du montant global prospectif par admission que *représente* l'intervention pour les prestations de santé, *visées à l'article 34 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, la partie que représente les montants qui sont établis dans les conventions visées à l'article 46 de la même loi* et la partie que le budget des moyens financiers représente ».

Chapitre 4

13. Dans le texte français de l'intitulé du chapitre 4, on écrira « Dispositions modificatives et finales » au lieu de « Dispositions modificative et finales ».

Article 8

14. Dans le texte néerlandais de l'article 37, § 22, alinéa 2, en projet, de la loi sur l'assurance maladie (article 8 de l'avant-projet), on omettra le trait d'union dans le mot « verzekerings-tegemoetkoming ».

‡LW-CEFSQAGCE-GDDBEVT‡

15. Dans le texte français de l'article 37, § 22, alinéa 2, en projet, il conviendra d'insérer les mots « de l'assurance » entre les mots « l'intervention majorée » et les mots « visée au § 19 ».

Article 9

16. L'article 9 de l'avant-projet devra également viser la modification apportée par la loi du 11 août 2017, l'article 56*ter* de la loi sur l'assurance maladie ayant été modifié en dernier lieu par l'article 43 de la loi du 11 août 2017 'portant des dispositions diverses en matière de santé'.

17. Dans le texte français de l'article 9 de l'avant-projet, on écrira « 19 décembre *2008* » et « 10 décembre *2009* ».

Article 11

18. L'article 152, § 6, en projet, de la loi sur l'assurance maladie (article 11 de l'avant-projet) dispose que « [s]auf dans des situations particulières fixées par le Roi, la base de calcul [pour les suppléments] ne peut en principe être supérieur[e] à la partie honoraire du montant global prospectif (lire : montant global prospectif par admission) allouée ».

Les mots « en principe » compromettent la sécurité juridique, puisqu'ils indiquent que, même en l'absence de « situations particulières » fixées par le Roi, la base de calcul pour les suppléments peut être supérieure. Soit ces mots seront omis, soit la disposition en projet même devra préciser les cas dans lesquels cette situation est possible (outre les cas que le Roi détermine).

Cette observation s'applique également à l'article 17 de l'avant-projet.

Article 17

19. À propos de la portée de l'article 17 de l'avant-projet, le délégué a déclaré ce qui suit :

> « Overeenkomstig artikel 11 laatste zin kan, behoudens in de bijzondere situaties vastgesteld door de Koning, de berekeningsbasis voor de supplementen niet hoger liggen dan het honorariumgedeelte van het globaal prospectief bedrag, m.a.w. 100 % van dit honorariumgedeelte. Artikel 17 van het voorontwerp beoogt een overgangsregeling in te stellen waarbij gedurende de daarin bepaalde periode de berekeningsbasis voor de supplementen met 15 % wordt verhoogd. De overgangsmaatregel is bedoeld om de artsen en de ziekenhuizen de tijd te geven om per ziekenhuis afspraken te maken hoe men zal omgaan met de situatie waarbij de gevraagde honorariasupplementen de berekeningsbasis aan 100% overstijgt. De overgangsmaatregel dient de zorgverleners en elk ziekenhuis ook toe te laten hun reële praktijk (verrichte verstrekkingen) aan te passen aan de gestandaardiseerde praktijk (die het globaal prospectief bedrag vertegenwoordigt) teneinde geen supplementen meer te moeten vragen voor verstrekkingen die buiten de

‡LW-CEFSQAGCE-GDDBEVT‡

nieuwe norm vallen en dus het risico te vermijden om in de praktijk de nieuwe berekeningsbasis te overschrijden ».

Mieux vaudrait insérer ces explications dans l'exposé des motifs.

20. À l'article 17 de l'avant-projet, la référence à l'article 11 devra être remplacée par une référence à « l'article 152, § 6, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 ». Le cas échéant, on pourra même envisager d'intégrer cette disposition transitoire dans la dernière disposition (sous la forme d'un alinéa 2, nouveau, de ce paragraphe 6).

21. Dans la même disposition en projet, on écrira « montant global prospectif *par admission* ».

DE GRIFFIER - LE GREFFIER DE VOORZITTER - LE PRÉSIDENT

Astrid TRUYENS Jo BAERT

‡LW-CEFSQAGCE-GDDBEVT‡