



RAAD VAN STATE
afdeling Wetgeving

CONSEIL D'ÉTAT
section de législation

advies 79.341/3
van 2 juni 2026

avis 79.341/3
du 2 juin 2026

over

sur

een ontwerp van koninklijk
besluit 'tot wijziging van het
koninklijk besluit van
2 december 2018 tot
uitvoering van de wet van
19 juli 2018 betreffende de
gebundelde financiering van
de laagvariabele
ziekenhuiszorg'

un projet d'arrêté royal
'modifiant l'arrêté royal du
2 décembre 2018 portant
exécution de la loi du
19 juillet 2018 relative au
financement groupé des soins
hospitaliers à basse variabilité'

Op 6 mei 2026 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Minister van Sociale Zaken verzocht binnen een termijn van dertig dagen een advies te verstrekken over een ontwerp van koninklijk besluit ‘tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 december 2018 tot uitvoering van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg’.

Het ontwerp is door de derde kamer onderzocht op 19 mei 2026. De kamer was samengesteld uit Jeroen VAN NIEUWENHOVE, kamervoorzitter, Koen MUYLLE en Elly VAN DE VELDE, staatsraden, Jan VELAERS en Steven LIERMAN, assessoren, en Annemie GOOSSENS, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Pieter AERTGEERTS, auditeur.

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

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 2 juni 2026.

*

Le 6 mai 2026, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par le Ministre des Affaires sociales à communiquer un avis dans un délai de trente jours, sur un projet d'arrêté royal ‘modifiant l'arrêté royal du 2 décembre 2018 portant exécution de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité’.

Le projet a été examiné par la troisième chambre le 19 mai 2026. La chambre était composée de Jeroen VAN NIEUWENHOVE, président de chambre, Koen MUYLLE et Elly VAN DE VELDE, conseillers d'État, Jan VELAERS et Steven LIERMAN, assesseurs, et Annemie GOOSSENS, greffier.

Le rapport a été présenté par Pieter AERTGEERTS, auditeur.

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

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 2 juin 2026.

*

STREKKING VAN HET ONTWERP

1. Het voor advies voorgelegde ontwerp van koninklijk besluit strekt tot de wijziging van het koninklijk besluit van 2 december 2018 ‘tot uitvoering van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg’. De vergoeding van laagvariabele ziekenhuiszorg is gebaseerd op een globaal prospectief bedrag per opname (hierna: GPBO). Dat is een forfaitair bedrag voor opnames die een standaardproces van diagnostiek en behandeling betreffen dat weinig verschilt tussen patiënten en tussen ziekenhuizen.

Artikel 1 strekt tot de vervanging van bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 2 december 2018, waarin de patiëntengroepen worden vermeld waarvoor het GPBO wordt toegepast. Het betreft technische aanpassingen naar aanleiding van een opsplitsing van de nomenclatuurcodes voor circumcisie.

Luidens artikel 2 is het te nemen besluit van toepassing voor de opnames die een aanvang nemen na 31 mei 2026.

RECHTSGROND

2. Het ontwerp vindt rechtsgrond in artikel 6 van de wet van 19 juli 2018 ‘betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg’. Die bepaling machtigt de Koning om de lijst van patiëntengroepen vast te stellen waarvoor het GPBO wordt toegepast.

3. Artikel 37, § 22, van de wet ‘betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen’, gecoördineerd op 14 juli 1994, dat eveneens wordt vermeld in de aanhef, biedt geen rechtsgrond voor het ontwerp.

ONDERZOEK VAN DE TEKST

Aanhef

4. Gelet op wat is uiteengezet in opmerking 3, moet het eerste lid van de aanhef worden weggelaten.

Artikel 2

5. Artikel 2 van het ontwerp bepaalt dat het te nemen besluit van toepassing is voor de opnames die een aanvang nemen na 31 mei 2026. Gelet op de datum waarop dit advies wordt gegeven, wordt daarmee terugwerkende kracht verleend aan het te nemen besluit.

Het verlenen van terugwerkende kracht aan besluiten kan slechts onder bepaalde voorwaarden toelaatbaar worden geacht, namelijk wanneer ofwel voor de retroactiviteit een wettelijke grondslag bestaat, ofwel de retroactiviteit betrekking heeft op een regeling waarbij, met inachtneming van het gelijkheidsbeginsel, voordelen worden toegekend ofwel de retroactiviteit

noodzakelijk is voor de continuïteit of de goede werking van het bestuur en daardoor, in beginsel, geen verkregen situaties worden aangetast. Enkel indien de retroactiviteit van de ontworpen regeling in één van de opgesomde gevallen valt in te passen, kan deze worden gebillijkt.

Artikel 1 van het ontwerp strekt tot de vervanging van bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 2 december 2018, waarin de patiëntengroepen worden vermeld waarvoor het GPBO wordt toegepast. Het betreft technische aanpassingen in de definities van de patiëntengroepen naar aanleiding van de herwerking van de nomenclatuur, waarbij de verstrekking aangeduid met de randnummers 260934-260945 – Besnijdenis wordt opgesplitst in twee afzonderlijke verstrekkingen in artikel 14, j), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 ‘tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen’.¹ Daarover wordt in de nota aan de Ministerraad het volgende vermeld:

“Deze nota stelt een wijziging van dit koninklijk besluit voor in verband met de definitie van de patiëntengroepen. Naar aanleiding van de herwerking van de nomenclatuur in artikel 14, j) waarbij de verstrekking 260934-260945 – Besnijdenis wordt opgesplitst in twee afzonderlijke verstrekkingen:

- 262614-262625 Circumcisie bij een kind jonger dan zes jaar K 75

Het medisch dossier van de patiënt omvat alle elementen die tot de diagnose van de medische indicatie hebben geleid (medisch rapport, foto('s), microbiologie, beeldvorming en/of pathologische anatomie).

De arts stuurt een gestandaardiseerd notificatieformulier naar de adviserend arts van de verzekeringsinstelling. De modaliteiten van dit notificatieformulier worden vastgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. De verzekeringstegemoetkoming is enkel verschuldigd als de adviserend arts van de verzekeringsinstelling in het bezit is van een geldige notificatie.

- 260934-260945 Circumcisie K 75

Het medisch dossier van de patiënt omvat alle elementen die tot de diagnose van de medische indicatie hebben geleid (medisch rapport, foto('s), microbiologie, beeldvormingen/of pathologische anatomie).

dient vanaf de inwerkingtreding van deze opsplitsing de definitie van een aantal patiëntengroepen aangepast te worden om hiermee rekening te houden. Met name groep 47, waarbij de aanwezigheid van de originele verstrekking 260934-260945 in een verblijf noodzakelijk is om deze te identificeren als laagvariabele zorg, en groepen 45, 46, 48 en 49 waarbij de originele verstrekking 260934-260945 vermeld werd bij de exclusiecriteria. De aanpassing behelst dus slechts een technische wijziging. Er zijn geen nieuwe patiëntengroepen.”

In die omstandigheden kan voor het te nemen besluit de terugwerkende kracht worden gebillijkt. Artikel 2 van het ontwerp kan wel beter als volgt worden geredigeerd:

¹ Zie het koninklijk besluit van 23 april 2026 ‘tot wijziging van artikel 14, j), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen’. Dat besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad (namelijk op 1 juni 2026).

“Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 juni 2026 en is van toepassing op de opnames die een aanvang nemen vanaf die datum.”

*

PORTÉE DU PROJET

1. Le projet d'arrêté royal soumis pour avis a pour objet de modifier l'arrêté royal du 2 décembre 2018 'portant exécution de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité'. L'indemnisation des soins hospitaliers à basse variabilité est basée sur un montant global prospectif par admission (ci-après : le MGPA). Il s'agit d'un montant forfaitaire pour des admissions qui concernent un processus standard de diagnostic et de traitement qui se différencie peu entre patients et entre hôpitaux.

L'article 1^{er} remplace l'annexe 1 de l'arrêté royal du 2 décembre 2018 qui mentionne les groupes de patients auxquels s'applique le MGPA. Il s'agit d'adaptations techniques à la suite d'une scission des codes de nomenclature pour la circoncision.

Selon l'article 2, l'arrêté envisagé est d'application pour les admissions qui débutent après le 31 mai 2026.

FONDEMENT JURIDIQUE

2. Le projet trouve son fondement juridique dans l'article 6 de la loi du 19 juillet 2018 'relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité'. Cette disposition habilite le Roi à fixer la liste des groupes de patients pour lesquels le MGPA est appliqué.

3. L'article 37, § 22, de la loi 'relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités', coordonnée le 14 juillet 1994, qui est également mentionné dans le préambule, ne procure pas de fondement juridique au projet.

EXAMEN DU TEXTE

Préambule

4. Compte tenu de l'observation formulée au point 3, on omettra le premier alinéa du préambule.

Article 2

5. L'article 2 du projet dispose que l'arrêté envisagé est d'application pour les admissions qui débutent après le 31 mai 2026. Compte tenu de la date à laquelle le présent avis est donné, l'arrêté envisagé se voit ainsi conférer un effet rétroactif.

L'attribution d'un effet rétroactif aux arrêtés n'est admissible que sous certaines conditions, à savoir soit lorsque la rétroactivité repose sur une base légale, soit lorsqu'elle concerne une règle qui confère des avantages dans le respect du principe d'égalité, ou lorsqu'elle s'impose pour assurer la continuité ou le bon fonctionnement de l'administration, et ne porte pas atteinte, en principe, à des situations acquises. La rétroactivité du dispositif en projet n'est admissible que si elle peut s'inscrire dans l'une des hypothèses énumérées.

L'article 1^{er} du projet remplace l'annexe 1 de l'arrêté royal du 2 décembre 2018 qui mentionne les groupes de patients auxquels s'applique le MGPA. Il s'agit d'adaptations techniques apportées aux définitions des groupes de patients à la suite de la révision de la nomenclature, la prestation désignée par les numéros '260934-260945 – Circoncision' étant scindée en deux prestations distinctes à l'article 14, j), de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 'établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités' ¹. À cet égard, la note au Conseil des ministres mentionne ce qui suit :

« Cette note propose une modification de cet arrêté royal (annexe 1) en ce qui concerne la définition des groupes de patients. Suite à la révision de la nomenclature à l'article 14, j), où la prestation 260934-260945 – Circoncision est scindée en deux prestations distinctes :

- 262614-262625 Circoncision chez un enfant de moins de six ans K 75

Le dossier médical du patient comprend l'ensemble des éléments ayant permis le diagnostic de l'indication médicale (rapport médical, photographie(s), microbiologie, imagerie, et/ou anatomo-pathologie).

Le médecin transmet un formulaire standardisé de notification au médecin-conseil de l'organisme assureur. Les modalités de ce formulaire de notification sont fixées par le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. L'intervention de l'assurance est due uniquement si le médecin-conseil de l'organisme assureur est en possession d'une notification valide.

- 260934-260945 Circoncision K 75

Le dossier médical du patient comprend l'ensemble des éléments ayant permis le diagnostic de l'indication médicale (rapport médical, photographie(s), microbiologie, imagerie, et/ou anatomo-pathologie).

à compter de l'entrée en vigueur de cette scission, la définition de certains groupes de patients devra être adaptée afin d'en tenir compte. Il s'agit notamment du groupe 47, pour lequel la présence de la prestation originale 260934-260945 dans un séjour est nécessaire pour l'identifier comme soins à basse variabilité, et des groupes 45, 46, 48 et 49, pour lesquels la prestation originale 260934-260945 était mentionnée dans les critères d'exclusion. La modification n'est donc qu'une adaptation technique. Il n'y a pas de nouveaux groupes de patients ».

Dans ces circonstances, la rétroactivité peut être admise pour l'arrêté envisagé. Mieux vaudrait toutefois rédiger l'article 2 du projet comme suit :

¹ Voir l'arrêté royal du 23 avril 2026 'modifiant l'article 14, j), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités'. Cet arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge (à savoir le 1^{er} juin 2026).

« Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} juin 2026 et est d'application pour les admissions qui débutent à partir de cette date ».

DE GRIFFIER - LE GREFFIER

DE VOORZITTER - LE PRÉSIDENT

Annemie GOOSSENS

Jeroen VAN NIEUWENHOVE