

Numéro du rôle : 7107
Arrêt n° 15/2020 du 6 février 2020

ARRÊT

En cause : le recours en annulation des articles 2, 8°, 3, 4, 6 et 7 de la loi du 19 juillet 2018 « relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité », introduit par l'« Association professionnelle belge des Pédiatres » et autres.

La Cour constitutionnelle,

composée des présidents A. Alen et F. Daoût, et des juges T. Merckx-Van Goey, T. Giet, R. Leysen, J. Moerman et M. Pâques, assistée du greffier F. Meersschaut, présidée par le président A. Alen,

après en avoir délibéré, rend l'arrêt suivant :

*

* *

I. *Objet du recours et procédure*

Par requête adressée à la Cour par lettre recommandée à la poste le 25 janvier 2019 et parvenue au greffe le 29 janvier 2019, un recours en annulation des articles 2, 8°, 3, 4, 6 et 7 de la loi du 19 juillet 2018 « relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité » (publiée au *Moniteur belge* du 26 juillet 2018) a été introduit par l'« Association professionnelle belge des Pédiatres », l'ASBL « Société belge de Pédiatrie », l'ASBL « Belgische Academie voor Kindergeneeskunde », l'ASBL « Vlaamse Vereniging tot bevordering van de kindergeneeskunde », l'ASBL « Groupement belge des Pédiatres de langue française » et le docteur Tijn Jonckheer, assistés et représentés par Me A. Vijverman et Me C. Lemmens, avocats au barreau de Louvain.

Le Conseil des ministres, assisté et représenté par Me P. Slegers, Me S. Ben Messaoud et Me C. Poulussen, avocats au barreau de Bruxelles, a introduit un mémoire, les parties requérantes ont introduit un mémoire en réponse et le Conseil des ministres a également introduit un mémoire en réplique.

Par ordonnance du 4 décembre 2019, la Cour, après avoir entendu les juges-rapporteurs R. Leysen et T. Giet, a décidé que l'affaire était en état, qu'aucune audience ne serait tenue, à moins qu'une partie n'ait demandé, dans le délai de sept jours suivant la réception de la notification de cette ordonnance, à être entendue, et qu'en l'absence d'une telle demande, les débats seraient clos le 18 décembre 2019 et l'affaire mise en délibéré.

Aucune demande d'audience n'ayant été introduite, l'affaire a été mise en délibéré le 18 décembre 2019.

Les dispositions de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle relatives à la procédure et à l'emploi des langues ont été appliquées.

II. *En droit*

- A -

A.1. Les parties requérantes demandent l'annulation des articles 2, 8°, 3, 4, 6 et 7 de la loi du 19 juillet 2018 « relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité » (ci-après : la loi du 19 juillet 2018).

A.2.1. Les parties requérantes soulèvent à titre principal deux moyens tendant à l'annulation des dispositions attaquées.

A.2.2. Le premier moyen est pris de la violation, par les dispositions attaquées, de l'article 22bis de la Constitution, lu ou non en combinaison avec les articles 10 et 11 de la Constitution et avec l'article 3, paragraphes 1 et 2, et l'article 8, paragraphe 1, de la Convention relative aux droits de l'enfant. Les parties requérantes estiment qu'en instaurant le système de remboursement des soins hospitaliers à basse variabilité par le biais du « montant global prospectif par admission » (ci-après : le MGPA), les dispositions attaquées font non seulement naître des différences de traitement injustifiées entre les mères et les nouveau-nés ou entre les nouveau-nés entre eux, mais, en outre, elles ne tiennent pas compte, ou elles tiennent insuffisamment compte, du fait qu'un nouveau-né constitue un sujet de droit distinct et à part entière et que l'intérêt de l'enfant doit prévaloir.

Selon les parties requérantes, il est incompréhensible et contraire à l'objectif poursuivi par le législateur que certaines prestations à basse variabilité dispensées à l'enfant soient exclues du financement et que d'autres prestations, plus variables, soient couvertes par le MGPA. Il est également incompréhensible que les soins administrés à la mère et à l'enfant soient couverts par un même MGPA, alors que ces soins sont dispensés à deux patients et sujets de droit individuels. Les parties requérantes critiquent le fait que, lors de la détermination du champ d'application du MGPA, il n'est tenu compte du déroulement de l'accouchement et de l'état de santé de la mère et non de celui de l'enfant. Elles estiment dès lors qu'il y a ainsi une discrimination. La situation de la mère et celle de l'enfant peuvent être fondamentalement différentes, mais elles sont traitées de manière identique par les nouvelles règles de financement, étant donné que ce dernier dépend uniquement de l'état de santé de la mère. Les parties requérantes ajoutent que, lors de l'application des soins à basse variabilité dans le cadre du MGPA, l'état de santé de l'enfant à sa naissance, ou peu de temps après celle-ci, n'est pas pris en compte ou qu'aucune distinction n'est faite à cet égard. Ainsi, les nouveau-nés, qu'ils soient nés avec ou sans complications et qu'ils aient besoin de peu ou de beaucoup de soins ou encore de soins spécialisés, relèvent toujours du MGPA alloué pour les soins administrés à la mère lors de l'accouchement. Lorsqu'ils s'occupent de nouveau-nés atteints d'un problème de santé ou de complications, les médecins spécialistes sont confrontés à des soins qui sont plutôt à haute variabilité, pour lesquels, en raison des règles de financement précitées, ils ne perçoivent pas de rémunération supplémentaire, ce qui pourrait avoir pour effet que ces médecins ne dispensent à ces enfants que des soins minimaux, voire strictement nécessaires.

Les parties requérantes soutiennent que ces discriminations auraient pu être évitées à la suite de l'exécution de la loi attaquée par 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 » (ci-après : l'arrêté royal du 2 décembre 2018) si le législateur avait prévu que les nouveau-nés constituaient, ou devraient constituer, un groupe de patients distincts.

A.2.3. Le second moyen est pris de la violation, par les dispositions attaquées, de l'article 23 de la Constitution, lu ou non en combinaison avec les articles 10 et 11 de la Constitution et avec l'article 3, paragraphes 1 et 2, et l'article 8, paragraphe 1, de la Convention relative aux droits de l'enfant.

Selon les parties requérantes, les dispositions attaquées auraient eu pour effet de dégrader la situation des nouveau-nés. Elles soutiennent qu'auparavant, les soins administrés au nouveau-né pouvaient toujours être facturés séparément par prestation, alors que ce n'est désormais plus le cas, puisqu'il résulte des dispositions attaquées que ces soins sont couverts par un MGPA, qui est lié à l'accouchement et à l'état de santé de la mère lors de cet accouchement.

A.2.4. À titre subsidiaire, les parties requérantes considèrent que, si la Cour devait constater l'absence de violation des normes de référence invoquées, il conviendrait de concilier le plus possible les dispositions attaquées avec les droits de l'enfant. À cette fin, elles estiment qu'il y a lieu d'interpréter l'article 6 attaqué, de manière conforme à la Constitution, en ce sens que la mère et l'enfant ne peuvent relever du même groupe de patients, mais doivent au contraire relever de groupes de patients distincts.

A.3.1. Le Conseil des ministres fait valoir que le recours en annulation n'est pas recevable.

S'il est vrai, selon lui, que le recours est formellement dirigé contre les articles 2, 8°, 3, 4, 6 et 7 de la loi attaquée, il ressort néanmoins de l'exposé des moyens que le recours est, en réalité, dirigé contre l'arrêté royal du 2 décembre 2018, en particulier contre les définitions données aux groupes de patients par le Roi, qui a choisi d'inclure plusieurs types d'accouchement. Les moyens développés sont dirigés contre le fait que la mère et le nouveau-né figurent dans le même groupe de patients sur la liste des soins hospitaliers à basse variabilité.

A.3.2. Les parties requérantes contestent l'argument selon lequel le recours en annulation serait en réalité dirigé contre l'arrêté royal du 2 décembre 2018. Elles estiment que les violations qu'elles allèguent des normes de référence découlent directement ou indirectement des dispositions attaquées, en particulier de l'article 6 de la loi du 19 juillet 2018. Elles soutiennent en effet qu'il était déjà évident, avant l'adoption de l'arrêté royal du 2 décembre 2018, qu'un accouchement relèverait du nouveau système de soins hospitaliers à basse variabilité et que mère et enfant seraient considérés comme un seul groupe de patients.

- B -

Quant aux dispositions attaquées et à leur contexte

B.1. La loi du 19 juillet 2018 « relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité » (ci-après : la loi du 19 juillet 2018) définit les grandes lignes du financement des soins hospitaliers dits à basse variabilité.

Le législateur entendait instaurer, en guise de première étape dans la réforme du financement hospitalier, un « montant global prospectif par admission » (ci-après : le MGPA) pour le financement de certaines activités hospitalières (*Doc. parl.*, Chambre, 2017-2018, DOC 54-3189/001, p. 4). Le MGPA comporte un financement fondé sur des remboursements forfaitaires. Ainsi, les prestataires de soins ne sont plus remboursés par prestation, mais ils reçoivent un montant pour l'ensemble des prestations effectuées pour une affection ou un problème déterminé. Les nouvelles règles regroupent les honoraires dans le MGPA et tendent à supprimer le stimulant financier qui incitait à réaliser des prestations inutiles, en faisant en sorte que le financement ne tienne plus compte des prestations effectivement réalisées et en ne prévoyant désormais qu'un remboursement dont le montant est préalablement déterminé (*Doc. parl.*, Chambre, 2017-2018, DOC 54-3189/002, p. 4).

B.2.1. Le MGPA est un montant forfaitaire par admission qui est appliqué pour les prestations dispensées par les prestataires de soins aux groupes de patients dont l'admission concerne un processus standard de diagnostic et de traitement qui varie peu entre patients et entre hôpitaux (article 3, alinéa 1er, de la loi attaquée, lu en combinaison avec l'article 2, 8°, et avec l'article 6 de la même loi).

L'article 3 de la loi du 19 juillet 2018 dispose :

« Par dérogation à l'article 7, §§ 1er à 14^{quinquies} et §§ 20 et 21, à l'article 57 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et au Chapitre VI du Titre III de la loi coordonnée du 10 juillet 2008, un montant global prospectif par admission dans un hôpital est appliqué aux groupes de patients visés à l'article 6 et pour lesquels est exécutée une prestation à laquelle, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, est applicable le régime du tiers payant obligatoire en vertu de l'article 53 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Dans le montant global prospectif par admission sont compris les interventions pour les prestations de santé visées à l'article 4 et le budget des moyens financiers visé à l'article 5, pour autant qu'il concerne les groupes de patients précités. Le montant global prospectif par admission couvre tous les coûts qui sont liés directement ou indirectement à l'admission dans un hôpital et à l'exécution des prestations de santé visées à l'article 4 pour les groupes de patients visés.

Le montant global prospectif par admission n'est pas d'application pour les admissions dans un service spécialisé pour le traitement et la revalidation (Sp). Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, étendre l'application du montant global prospectif par admission aux prestations qui sont liées à l'admission mais qui sont exécutées pendant une période déterminée par Lui avant et/ou après l'admission ».

L'article 2 de la loi du 19 juillet 2018 dispose :

« Pour l'application de la présente loi et de ses arrêtés d'exécution, on entend par :

[...]

8° groupe de patients : un groupe de patients pour lesquels les coûts de diagnostic et de traitement pour un même groupe de pathologie sont équivalents;

[...] ».

Afin de tenir compte rapidement des évolutions dans la pratique médicale (*Doc. parl.*, Chambre, 2017-2018, DOC 54-3189/001, p. 8), la liste des groupes de patients qui entrent en considération pour le MGPA est fixée par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres.

L'article 6 de la loi du 19 juillet 2018 dispose :

« Le Roi fixe par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance, la liste des groupes de patients pour lesquels le montant global prospectif par admission est appliqué. Un groupe de patients peut être inscrit sur la liste pour autant qu'il s'agisse d'admissions qui exigent un processus de soins standard qui varie peu entre patients et entre hôpitaux ».

B.2.2. Le MGPA comprend les interventions pour les prestations de santé, les montants qui sont établis dans les conventions conclues avec les établissements hospitaliers, ainsi que le budget des moyens financiers, pour autant que ce budget concerne les groupes de patients précités. Le Roi peut exclure certaines prestations de santé du MGPA et peut fixer un honoraire forfaitaire spécifique pour certaines prestations (articles 3, alinéa 1er, et 4 de la loi attaquée).

L'article 4 de la loi du 19 juillet 2018 dispose :

« Le montant global prospectif par admission, visé à l'article 3, couvre les prestations de santé visées à l'article 34 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et les montants qui sont établis dans les conventions visées à l'article 46 de la même loi. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, prévoir que certaines des prestations de santé susvisées et montants ne sont pas couverts par le montant global prospectif par admission. Le Roi peut prévoir un honoraire forfaitaire spécifique pour certaines prestations. Il peut également prévoir que les prestations pour lesquelles un honoraire forfaitaire spécifique est d'application ne sont couvertes par l'honoraire forfaitaire que pour une partie à déterminer par Lui ».

B.2.3. Le MGPA établi forfaitairement pour chaque groupe de patients est calculé périodiquement par l'INAMI selon les règles fixées par le Roi.

L'article 7 de la loi du 19 juillet 2018 dispose :

« L'Institut calcule périodiquement et communique aux hôpitaux le montant global prospectif par admission pour chacun des groupes de patients visés à l'article 6 sur base des données RHM-SHA qui sont transmises par la Cellule technique.

Le Roi fixe par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance, les règles complémentaires concernant le calcul et la facturation du montant global prospectif par admission.

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les règles complémentaires pour l'indexation du montant global prospectif par admission.

L'Institut communique aux hôpitaux la partie du montant global prospectif par admission que l'intervention pour les prestations de santé visées à l'article 34 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 représente, la partie que les montants qui sont établis dans les conventions visées à l'article 46 de la même loi représente et la partie que le budget des moyens financiers représente. L'Institut communique également aux hôpitaux la répartition détaillée entre les

différentes prestations de santé de la partie du montant global prospectif par admission que l'intervention pour les prestations de santé représente. Les honoraires compris dans le montant global prospectif sont attribués aux médecins et aux autres dispensateurs de soins conformément à la répartition communiquée par l'Institut et sans préjudice de l'article 144 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008.

Le montant global prospectif par admission calculé pour l'année T est d'application pour toutes les admissions qui débutent après le 31 décembre de l'année T-1 et avant le 1er janvier de l'année T+1 et est publié avant le 1er décembre de l'année T-1 par communiqué dans le *Moniteur belge* et est communiqué par l'Institut aux hôpitaux ».

B.3. En exécution de la loi attaquée, 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 » (ci-après : l'arrêté royal du 2 décembre 2018) définit le champ d'application du MGPA (article 1er, lu en combinaison avec l'annexe 1), les prestations exclues du MGPA (article 2) et le calcul du MGPA (articles 3 et 4).

En ce qui concerne le champ d'application, il ressort de l'annexe 1 de cet arrêté que certaines prestations effectuées dans le cadre d'accouchements sont désormais regroupées en tant que soins hospitaliers à basse variabilité au bénéfice des groupes de patients suivants : (1) les patientes ayant eu un accouchement vaginal sans attestation d'anesthésie, en hospitalisation classique, de sévérité 1; (2) les patientes ayant eu un accouchement vaginal avec attestation d'anesthésie, en hospitalisation classique, de sévérité 1; (3) les patientes ayant eu un accouchement par césarienne, en hospitalisation classique, de sévérité 1. L'annexe 1 ne comprend pas un groupe de patients distinct intitulé « Enfants nouveau-nés », de sorte que les soins dont ces enfants ont besoin ne relèvent pas d'un MGPA spécifique.

Quant à la recevabilité

B.4. Le Conseil des ministres fait valoir que le recours en annulation n'est pas recevable, dès lors que les moyens développés sont, en réalité, dirigés non pas contre les dispositions attaquées de la loi du 19 juillet 2018, mais contre l'arrêté royal du 2 décembre 2018.

B.5. En vertu de l'article 142, alinéa 2, de la Constitution et de l'article 1er de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, la Cour est compétente pour statuer sur les recours en annulation d'une loi, d'un décret ou d'une règle visée à l'article 134 de la Constitution pour cause de violation des règles qui sont établies par la Constitution ou en vertu de celle-ci pour déterminer les compétences respectives de l'autorité fédérale, des communautés et des régions et pour cause de violation des articles du titre II (« Des Belges et de leurs droits ») et des articles 143, § 1er, 170, 172 et 191 de la Constitution.

B.6. Il ressort de l'exposé des moyens développés par les parties requérantes que leur critique est dirigée contre le fait que, dans le système de financement regroupé des soins hospitaliers à basse variabilité, les enfants nouveau-nés ne sont pas définis comme un groupe de patients distinct, compte tenu, le cas échéant, de leur état de santé, dans la liste des groupes de patients pour lesquels le MGPA est appliqué.

Étant donné qu'en vertu de l'article 6 de la loi attaquée, le champ d'application du financement des soins hospitaliers à basse variabilité et, partant, la facturation des prestations hospitalières par le biais du MGPA se limitent aux groupes de patients définis et désignés par le Roi et étant donné que, comme il est dit en B.3, l'arrêté royal du 2 décembre 2018 a fixé ces groupes de patients, la critique formulée par les parties requérantes doit être considérée, en réalité, comme une critique dirigée contre l'arrêté royal précité, dont la Cour ne peut examiner la compatibilité avec la Constitution.

B.7. Le recours en annulation n'est pas recevable.

Par ces motifs,

la Cour

rejette le recours.

Ainsi rendu en langue néerlandaise, en langue française et en langue allemande, conformément à l'article 65 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, le 6 février 2020.

Le greffier,

Le président,

F. Meerschaut

A. Alen