

|  |
|--|
| Numéro du rôle : 7136                  |
| Arrêt n° 102/2021<br>du 8 juillet 2021 |

## ARRÊT

---

*En cause* : les questions préjudicielles concernant l'article 56ter, § 5, 1°, b, et § 11, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, posées par le Conseil d'État.

La Cour constitutionnelle,

composée des présidents F. Daoût et L. Lavrysen, et des juges P. Nihoul, T. Giet, J. Moerman, Y. Kherbache et D. Pieters, assistée du greffier P.-Y. Dutilleux, présidée par le président F. Daoût,

après en avoir délibéré, rend l'arrêt suivant :

\*

\* \*

## I. *Objet des questions préjudicielles et procédure*

Par l'arrêt n° 243.856 du 28 février 2019, dont l'expédition est parvenue au greffe de la Cour le 7 mars 2019, le Conseil d'État a posé les questions préjudicielles suivantes :

« 1. L'article 56ter, § 11, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'il a pour effet de soumettre les hôpitaux au même régime juridique, concernant le calcul des montants à rembourser dans le cadre du système des montants de référence, sans faire de distinction entre :

- d'une part, les hôpitaux dont les prestations ambulatoires prises en compte durant la période de carence pour le calcul des montants à rembourser sont effectuées sous leur contrôle avec un système de perception centrale des honoraires,

- et, d'autre part, les hôpitaux dont des prestations ambulatoires prises en compte durant la période de carence pour le calcul des montants à rembourser sont effectuées sans perception centrale et sur lesquelles ils n'ont aucun contrôle et également sans faire de distinction entre, d'une part, les hôpitaux situés à la frontière du pays au sein desquels des patients seront admis après avoir effectué des prestations ambulatoires à l'étranger et, d'autre part, les hôpitaux qui ne bénéficient pas de cette patientèle étrangère régulière ?

2. Dans l'hypothèse où il serait répondu de manière positive à la première question, faut-il considérer qu'il en serait toujours ainsi compte tenu de l'instauration par l'article 56ter, § 5, 1°, b, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, d'un mécanisme correcteur de nature à permettre de réduire, le cas échéant, le montant du remboursement imposé à un hôpital à concurrence des ' dépenses réelles afférentes aux admissions ' ? ».

Des mémoires et mémoires en réponse ont été introduits par :

- l'ASBL « Centre Hospitalier de Wallonie Picarde » et l'ASBL « Clinique Saint-Pierre », assistées et représentées par Me S. Callens, avocat au barreau de Bruxelles;

- le Conseil des ministres, assisté et représenté par Me P. Slegers, Me S. Ben Messaoud et Me M. Kerkhofs, avocats au barreau de Bruxelles.

Par ordonnance du 5 mai 2021, la Cour, après avoir entendu les juges-rapporteurs T. Giet, en remplacement du juge J.-P. Moerman, légitimement empêché, et J. Moerman, 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 19 mai 2021 et l'affaire mise en délibéré.

Aucune demande d'audience n'ayant été introduite, l'affaire a été mise en délibéré le 19 mai 2021.

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. *Les faits et la procédure antérieure*

Le 26 février 2013, l'association sans but lucratif « Centre Hospitalier de Wallonie Picarde » et l'association sans but lucratif « Clinique Saint-Pierre » introduisent au Conseil d'État un recours tendant à l'annulation de l'article 2 de l'arrêté royal du 18 décembre 2012 « portant exécution de l'article 56ter, § 1er, et § 11, 2°, alinéa 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 pour ce qui concerne les montants de référence par admission ».

Ces deux associations allèguent que l'article 56ter, § 11, 2°, alinéa 1er, de la loi du 14 juillet 1994, tel qu'il était libellé après sa modification par la loi du 19 mars 2013 « portant des dispositions diverses en matière de santé (I) », est discriminatoire pour tout hôpital qui soigne un grand nombre de patients ayant bénéficié de prestations médicales au cours des trente jours qui ont précédé leur admission à l'hôpital.

Le Conseil d'État décide de poser à la Cour la question préjudicielle suggérée par les associations requérantes, qui est reproduite plus haut.

## III. *En droit*

- A -

A.1. Selon l'association sans but lucratif « Centre Hospitalier de Wallonie Picarde » et l'association sans but lucratif « Clinique Saint-Pierre », la question préjudicielle appelle une réponse affirmative parce que l'article 56ter, § 11, 2°, alinéa 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : la loi du 14 juillet 1994), en traitant tous les hôpitaux de la même manière, réserve un traitement discriminatoire aux hôpitaux qui soignent un grand nombre de patients ayant bénéficié de prestations médicales dispensées par des personnes extérieures audit hôpital au cours des trente jours qui ont précédé leur admission à l'hôpital.

Les associations requérantes devant le Conseil d'État considèrent que les règles relatives au « système des montants de référence » décrit à l'article 56ter de la loi du 14 juillet 1994 auraient dû être différentes pour chaque hôpital, en fonction de son lieu d'implantation, de la composition de la patientèle qu'il accueille et de son organisation interne.

A.2. L'association sans but lucratif « Centre Hospitalier de Wallonie Picarde » et l'association sans but lucratif « Clinique Saint-Pierre » précisent que l'article 56ter, § 11, 2°, alinéa 1er, de la loi du 14 juillet 1994 a pour effet de favoriser les hôpitaux situés à la frontière du Royaume parce qu'ils ne doivent pas assumer la valeur des prestations médicales effectuées sur leurs patients à l'étranger durant les trente jours qui ont précédé leur hospitalisation. Les associations requérantes observent aussi que ces hôpitaux peuvent refaire les examens déjà effectués à l'étranger sans s'exposer à la sanction de remboursement prévue à l'article 56ter, § 5, 1°, de la loi du 14 juillet 1994.

A.3. Les associations précitées exposent en outre que l'article 56ter, § 11, 2°, alinéa 1er, de la loi du 14 juillet 1994 permet de sanctionner un hôpital qui a prodigué à ses patients hospitalisés des soins de santé trop coûteux durant les trente jours qui ont précédé leur hospitalisation, même si cet hôpital n'était pas en mesure de contrôler ou d'empêcher ces soins, alors que la disposition en cause a pour but d'inciter les hôpitaux à modifier les pratiques de prestataires de soins considérées comme anormales.

Elles précisent qu'un hôpital n'est pas nécessairement informé des prestations médicales qui ont été effectuées sur ses patients, avant leur hospitalisation, par des prestataires qui travaillent dans un autre hôpital ou en dehors de tout établissement hospitalier. Elles notent que les patients eux-mêmes n'ont pas toujours connaissance de ces prestations. Elles ajoutent qu'un hôpital qui ne dispose pas d'un moyen de contrôle de l'activité de ces prestataires de soins extérieurs ne peut les inciter à modifier leur comportement lorsque celui-ci engendre des coûts anormalement élevés.

Les associations requérantes devant le Conseil d'État estiment que la situation d'un hôpital qui dispose d'une polyclinique et d'un service de perception centrale des honoraires justifiés par les prestations qui y sont effectuées est différente, non seulement parce que cet hôpital peut être informé de l'existence de ces prestations lorsqu'elles ont été effectuées sur un patient hospitalisé au cours des trente jours qui ont précédé son hospitalisation, mais aussi parce que cet hôpital peut, le cas échéant, influencer le comportement des prestataires de soins de cette polyclinique. Elles remarquent que le service de perception centrale des honoraires d'un hôpital n'est pas chargé de la perception des honoraires relatifs à ces « prestations ambulatoires » dans tous les établissements, puisqu'en vertu de l'article 147 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008 (ci-après : la loi du 10 juillet 2008), seuls les honoraires dus en raison de prestations effectuées sur des patients hospitalisés doivent obligatoirement être perçus par ce service.

A.4. Les ASBL « Centre Hospitalier de Wallonie Picarde » et « Clinique Saint-Pierre » reconnaissent enfin que les règles énoncées à l'article 56ter, § 5, 1<sup>o</sup>, b, et § 11, 9<sup>o</sup>, de la loi du 14 juillet 1994 réduisent le montant des remboursements qui peuvent être réclamés à un hôpital en application du « système des montants de référence », à concurrence du pourcentage des dépenses réelles afférentes aux admissions et réalisées au sein de l'hôpital au cours de celles-ci. Elles considèrent néanmoins que ces règles ne permettent pas d'éviter qu'un hôpital doive rembourser des sommes d'argent en raison de soins trop coûteux qui ont été prodigués à ses patients avant leur hospitalisation et qu'il n'était pas en mesure de contrôler. Elles remarquent à ce sujet que les règles précitées ne s'appliquent qu'au stade du calcul des montants qu'un hôpital doit effectivement rembourser, et non lors de l'opération préalable de sélection des hôpitaux contraints de procéder à des remboursements, qui est décrite à l'article 56ter, § 5, 1<sup>o</sup>, a, de la loi du 14 juillet 1994.

A.5. Selon le Conseil des ministres, la « première » question préjudicielle appelle une réponse négative, de sorte que la « seconde » question préjudicielle n'appelle pas de réponse.

A.6.1. Le Conseil des ministres commence par souligner que le « contrôle » visé dans la « première » question préjudicielle est le contrôle par l'hôpital des examens qui constituent un préalable à l'hospitalisation d'un patient et qui ont été prescrits par un médecin qui n'est pas lié à l'hôpital dans lequel ce patient a été admis.

Le Conseil des ministres estime qu'une telle situation est très peu probable, puisque c'est, en règle et en pratique, le médecin hospitalier en charge du patient admis qui prescrit ce genre d'examens. Il remarque que, vu l'article 56ter, § 11, 2<sup>o</sup>, alinéa 2, de la loi du 14 juillet 1994, une telle situation pourrait se produire lorsque, en moins d'un mois, un patient admis dans deux hôpitaux différents et pris en charge par deux médecins différents a été soumis, avant la première de ces deux hospitalisations, aux examens préalables prescrits par les deux médecins, mais il souligne qu'il faudrait alors que chacun des deux médecins ignore l'hospitalisation qui ne le concerne pas. Le Conseil des ministres observe aussi que, s'il est concevable qu'un patient demande à son médecin généraliste de lui prescrire les examens préalables à son hospitalisation, il est très peu probable que ce même médecin ne transmette pas les résultats de ces examens à son confrère en charge de ladite hospitalisation.

Le Conseil des ministres considère que ces situations sont si rares que la probabilité qu'elles se produisent est la même pour tous les hôpitaux. Il estime aussi que, compte tenu du rôle que le libre choix des patients et le comportement des médecins généralistes jouent dans le fait que ces situations improbables se produisent, ces dernières ne sont liées ni à la localisation des hôpitaux ni à leur organisation interne ou au profil de leurs patients. Le Conseil des ministres ajoute que ces situations sont si peu probables qu'elles ne pourraient en tout état de cause avoir une incidence sur les finances des hôpitaux dans le cadre de l'application de l'article 56ter de la loi du 14 juillet 1994.

Le Conseil des ministres déduit de ce qui précède que les éléments contenus dans la question préjudicielle ne permettent pas d'identifier une catégorie d'hôpitaux dont la situation différerait essentiellement de celle des autres hôpitaux.

A.6.2. Le Conseil des ministres souligne que tout hôpital dispose de moyens pour contrôler les prestations de soins médicaux prodigués à un patient qui sont effectuées avant toute admission prise en compte dans le « système des montants de référence ».

À ce sujet, il observe qu'il appartient au médecin hospitalier en charge du patient admis d'interroger celui-ci sur les examens préalables qu'il aurait déjà subis, avant de prescrire de nouveaux examens qui pourraient être inutiles.

Le Conseil des ministres observe aussi qu'en vertu des articles 16 et 18 de la loi du 10 juillet 2008, il incombe à tout gestionnaire d'un hôpital d'assumer sa responsabilité en contrôlant de manière effective les prestations des médecins hospitaliers, le cas échéant par l'intermédiaire du médecin en chef et des chefs de service que ce gestionnaire a pour mission de désigner.

A.7. Le Conseil des ministres soutient aussi que la disposition en cause est d'autant moins discriminatoire pour les hôpitaux que les comparaisons prévues par le « système des montants de référence » ne portent, en application de l'article 56ter, § 5, de la loi du 14 juillet 1994, que sur les « dépenses réelles afférentes aux admissions » enregistrées par ces hôpitaux. Il ajoute qu'en application de l'article 56ter, § 11, 9°, de la même loi, l'hôpital ne peut être tenu de rembourser ni le coût de prestations de soins médicaux qu'il n'a pas réalisées, ni des honoraires qu'il n'a pas perçus.

Il remarque que le pouvoir législatif a recherché un équilibre entre la responsabilisation de l'hôpital et la réalité économique, afin que les hôpitaux soient traités équitablement.

- B -

### *Quant à la disposition en cause et à son contexte*

B.1. L'article 56ter de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : la loi du 14 juillet 1994), tel qu'il avait été remplacé par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 « portant des dispositions diverses en matière de santé », puis modifié par les articles 31 et 44 de la loi du 10 décembre 2009 « portant des dispositions diverses en matière de santé » et par l'article 8, 1°, de la loi du 19 mars 2013 « portant des dispositions diverses en matière de santé (I) », disposait :

« § 1er. Par dérogation aux dispositions de cette loi et de ses arrêtés d'exécution, des montants de référence sont appliqués annuellement par admission pour l'intervention de l'assurance octroyée à des bénéficiaires hospitalisés, en ce qui concerne les groupes de prestations visées au paragraphe 8, pour autant que celles-ci figurent dans les groupes APR-DRG visés au paragraphe 9. Est entendu par groupe APR-DRG : la classification des patients en groupes diagnostiques tels que décrits dans le manuel ' All Patient Refined Diagnosis Related Groups, Definition manuel, version 15.0 '. Le Roi peut étendre l'application des montants de référence aux prestations dispensées au cours d'un séjour en milieu hospitalier qui

donne lieu au paiement d'un forfait de journée comme visé dans l'accord en vigueur en application de l'article 46, ou au cours de tout séjour donnant lieu au paiement d'un prix de journée d'hospitalisation.

§ 2. Ces montants de référence sont calculés pour les groupes APR-DRG visés au paragraphe 1er pour les classes 1 et 2 de gravité clinique, pour les groupes de prestations visés au paragraphe 8 et après suppression des ' outliers ' de type 2 visés dans les arrêtés pris en exécution de l'article 95 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008.

§ 3. Les montants de référence concernés sont égaux à la moyenne des dépenses annuelles par admission, majorée de 10 p.c., et sont basés sur les données visées à l'article 206, § 2, de la présente loi et à l'article 156, § 2, alinéa 2, de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales.

§ 4. Les montants de référence concernés sont calculés annuellement par la cellule technique visée à l'article 155 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, sur la base des données dont il est question au paragraphe 3 concernant les prestations visées au paragraphe 1er. Les montants de référence sont communiqués, en mai de chaque année, à la structure multipartite en matière de politique hospitalière visée à l'article 153 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales.

Les montants de référence annuels par admission sont fixés pour la première fois pour l'année 2006. Ils sont calculés annuellement sur la base des données visées à l'alinéa 1er concernant les admissions qui prennent fin après le 31 décembre de l'année précédente et avant le 1er janvier de l'année suivante.

§ 5. 1° La sélection des hôpitaux qui entrent en ligne de compte pour la réclamation effective des montants à rembourser et le calcul des montants effectifs à rembourser à l'Institut par les hôpitaux sélectionnés, à charge des honoraires portés en compte à l'assurance, sont déterminés par le mode de calcul suivant, scindé en deux parties :

*a.* Sélection des hôpitaux qui entrent en ligne de compte pour la réclamation effective des montants à rembourser :

- calcul par hôpital des différences entre, d'une part, les dépenses réelles afférentes aux admissions visées au paragraphe 1er, en tenant compte des limitations visées au paragraphe 2, et, d'autre part, les dépenses de référence calculées selon les modalités telles que mentionnées aux paragraphes 2, 3 et 4;

- totalisation par hôpital des résultats positifs et négatifs de ces calculs; seuls les hôpitaux pour lesquels le résultat de cette totalisation est positif entrent en ligne de compte pour le remboursement.

*b.* Calcul des montants effectifs à rembourser pour les hôpitaux sélectionnés sous *a* :

- calcul par hôpital des différences entre, d'une part, les dépenses réelles afférentes aux admissions visées au paragraphe 1er, en tenant compte des limitations visées au paragraphe 2,

et, d'autre part, la dépense nationale médiane correspondante, par APR-DRG, par degré de gravité clinique 1 ou 2 et par groupe de prestations;

- toutes les différences positives des calculs effectués ci-dessus par hôpital constituent les montants effectifs à rembourser pour les hôpitaux sélectionnés sous *a.*, pour autant que la somme de ces différences positives soit supérieure à 1.000 euros.

2° Les montants à rembourser par l'hôpital sont partagés entre le gestionnaire de l'hôpital et les médecins hospitaliers, conformément au règlement visé à l'article 149, 1°, alinéa 2 ou à l'article 150, alinéa 1er, de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008. Aussi longtemps qu'aucun régime n'est prévu dans le règlement, le régime visé à l'article 151, alinéas 3 à 5, de la loi précitée est applicable.

§ 6. L'Institut applique le mode de calcul défini au paragraphe 5, 1°, sur la base des données fournies par la cellule technique et en communique le résultat individuel à chaque hôpital. La communication des résultats, en ce compris les montants à rembourser, se fait en septembre de chaque année.

[...]

§ 8. Les groupes de prestations suivants sont pris en considération :

1° les prestations reprises à l'article 3, § 1er, A, II, et C, I, à l'article 18, § 2, B, e), et à l'article 24, § 1er, excepté les remboursements forfaitaires, 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;

2° les prestations reprises aux articles 17, § 1er, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 17bis, 17ter et 17quater, excepté les remboursements forfaitaires, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;

3° les prestations reprises à l'article 3, excepté les prestations en biologie clinique, à l'article 7, à l'article 11, à l'article 20 et à l'article 22, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

§ 9. Les groupes de diagnostic sont constitués sur la base des ' All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ' :

[...]

§ 10. Afin de tenir compte de l'évolution dans les pratiques médicales et dans les différences de pratiques, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis de la Structure multipartite visée à l'article 153 de la loi précitée du 29 avril 1996, adapter les prestations visées au paragraphe 8 et les groupes APR-DRG visés au paragraphe 9.

§ 11. Pour les admissions qui prennent fin après le 31 décembre 2008, les paragraphes 1 à 10 s'appliquent moyennant les modalités suivantes :

1° Dans le groupe de prestations défini au paragraphe 8, 3°, les prestations de l'article 22 (physiothérapie) sont exclues du calcul des montants de référence pour les 5 groupes de diagnostic suivants : APR-DRG 045 - Accident vasculaire cérébral avec infarctus, APR-DRG 046 - Accident vasculaire cérébral non spécifique avec occlusion précérébrale sans infarctus, APR-DRG 139 - Pneumonie simple, APR-DRG 302 - Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieures sans trauma, si le code 289085 – Arthroplastie de la hanche avec prothèse totale (cotyle et tête fémorale) a été attesté et APR-DRG 302 - Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieures sans trauma, si le code 290286 – Arthroplastie fémorotibiale avec prothèse articulée a été attestée;

2° Le Roi peut, pour le groupe de diagnostic défini au paragraphe 9, 1°, fixer les modalités et la date d'application pour prendre également en compte, dans le cadre du calcul des montants de référence et de la dépense médiane, toutes les prestations, appartenant aux groupes de prestations définies au paragraphe 8, réalisées au cours de la période de carence, définie comme étant les 30 jours qui précèdent une admission prise en considération pour le calcul des montants de référence; le Roi peut déterminer la manière dont ces données sont traitées;

Si au cours de sa période de carence, une admission prise en considération pour le calcul des montants de référence a été précédée d'une autre admission, cette période de carence débute le lendemain de la fin de l'admission précédente;

3° Indépendamment de l'application du paragraphe 4, des montants de référence, tels que définis au paragraphe 3, seront pré-calculés sur base des données annuelles les plus récentes disponibles avant l'année d'application considérée par le paragraphe 4, alinéa 2. Ils seront communiqués, à titre d'indicateurs, aux hôpitaux avant le 1er janvier de l'année d'application considérée;

4° Lors de l'application du paragraphe 4, les montants de référence calculés conformément au paragraphe 11, 3°, sont comparés, par APR-DRG, par degré de gravité clinique 1 ou 2 et par groupe de prestations visés au paragraphe 8, aux montants de référence calculés conformément au paragraphe 4.

De cette comparaison, on retiendra, par APR-DRG, par degré de gravité clinique 1 ou 2 et par groupe de prestations visés au paragraphe 8, les montants de référence calculés conformément au paragraphe 4 si ces montants sont supérieurs, par APR-DRG, par degré de gravité clinique 1 ou 2 et par groupe de prestations visés au paragraphe 8 à ceux calculés conformément au paragraphe 11, 3°.

Le Roi peut, pour l'application de l'alinéa précédent, fixer des modalités instaurant ou permettant de calculer un seuil auquel doivent être supérieurs les montants de référence calculés conformément au paragraphe 4 pour être retenus;

5° Le Roi peut fixer, sauf pour la première année d'application du paragraphe 11, des modalités instaurant ou permettant de calculer un seuil en dessous duquel les montants de référence, tels que retenus au terme de la comparaison prévue par le paragraphe 11, 4°, ne pourront pas être inférieurs à ceux fixés l'année précédente.

6° Le Roi peut fixer des modalités instaurant ou permettant de calculer un seuil en dessous duquel les montants de référence tels que retenus au terme de la comparaison prévue par le



paragraphe 11, 4°, ne pourront pas être inférieurs à ceux fixés lors de la première année d'application du paragraphe 11;

7° Les montants de référence déterminés et finalement retenus au terme de l'application des paragraphes 4 et 11, 3° à 6°, sont les montants de référence définitifs qui font l'objet de la communication prévue au paragraphe 4 et qui servent de base à l'application du paragraphe 5.

8° Lorsque, pour le calcul des montants à rembourser par les hôpitaux défini au paragraphe 5, 1°, *b*), la dépense médiane par APR-DRG, par degré de gravité clinique 1 ou 2 et par groupe de prestations est nulle, elle est remplacée par la dépense moyenne.

9° Dans le cadre de l'application du paragraphe 11, 2°, les montants à rembourser par hôpital défini au paragraphe 5, 1°, *b*), sont réduits à concurrence du pourcentage des dépenses réelles réalisées au cours des admissions retenues pour l'application de l'article 56*ter* au sein de l'hôpital concerné pour les APR-DRG et les groupes de prestations entrant en ligne de compte dans le cadre des montants de référence.

[...] ».

B.2. L'article 2 de l'arrêté royal du 18 décembre 2012 « portant exécution de l'article 56*ter*, § 1er, et § 11, 2°, alinéa 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 pour ce qui concerne les montants de référence par admission » dispose :

« Conformément à l'article 56*ter*, § 11, 2°, pour le groupe de diagnostic défini au paragra[p]he 9, 1°, [sont] pris[es] en compte, dans le cadre du calcul des montants de référence et de la dépense[...] médiane, toutes les prestations appartenant aux groupes de prestations définies au paragraphe 8, réalisées au cours de la période de carence, définie comme étant les 30 jours qui précèdent une admission prise en considération pour le calcul des montants de référence ».

B.3. Par son arrêt n° 6/2018 du 18 janvier 2018, la Cour a annulé l'article 56*ter*, § 5, 1°, *b*, de la loi du 14 juillet 1994, précité, en ce qu'il prévoit que les montants effectifs à rembourser pour les admissions qui prennent fin avant le 1er janvier 2009 sont égaux à la différence entre les dépenses réelles des hôpitaux sélectionnés et la dépense nationale médiane, lorsque cette dernière est égale à zéro.

B.4. L'article 9 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) abroge l'article 56*ter* de la loi du 14 juillet 1994. L'article 13 de la loi du 19 juillet 2018 abroge l'arrêté royal du 18 décembre 2012.

L'article 16 de la loi du 19 juillet 2018 dispose :

« Les dispositions abrogées par les articles 9, 10, 12, 13 et 14 continuent à produire leurs effets pour les admissions qui prennent fin avant le 1er janvier 2018 ».

B.5.1. L'article 147 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008 (ci-après : la loi du 10 juillet 2008), dispose :

« Quel que soit le système de rémunération en vigueur à l'hôpital, tous les montants à payer par les patients ou par des tiers, qui sont destinés à rémunérer les prestations des médecins hospitaliers se rapportant aux patients hospitalisés, sont perçus de façon centrale ».

B.5.2. L'article 149, 1°, de la loi du 10 juillet 2008, dispose :

« Sauf si le conseil médical décide d'instituer lui-même un service de perception centrale des honoraires, la perception centrale se fait par l'hôpital, dans le respect des conditions suivantes :

1° le règlement relatif au fonctionnement du service de perception est établi d'un commun accord entre le gestionnaire et le conseil médical.

Ce règlement précise, entre autres, le délai dans lequel les attestations de soins doivent être transmises par le médecin hospitalier ainsi que les mesures applicables au médecin hospitalier qui ne les transmet pas dans le délai fixé. Le règlement fixe également le délai dans lequel, d'une part, les factures seront présentées aux débiteurs et, d'autre part, les montants dus aux médecins hospitaliers seront payés. Sauf disposition contraire du règlement, ce délai court à partir de la perception et l'intérêt légal est dû, pour les sommes qui ne sont pas payées en temps voulu, à partir de l'expiration du délai fixé et sans qu'une mise en demeure par le médecin hospitalier intéressé soit nécessaire ».

B.5.3. L'article 150, alinéa 1er, de la même loi dispose :

« Si la perception centrale est effectuée par un service organisé à cette fin par le conseil médical, un règlement relatif au fonctionnement du service sera arrêté d'un commun accord avec le gestionnaire; en particulier seront fixés le mode et la date de transfert des montants dont les médecins hospitaliers sont redevables à l'hôpital; il y aura lieu de stipuler en outre que le gestionnaire ou son délégué disposera de possibilités de contrôle équivalentes à celles prévues à l'article 149, 2°, pour le conseil médical et à l'article 149, 3°, pour les médecins hospitaliers. Sauf dispositions contraires du règlement, ce délai court à partir de la perception et l'intérêt légal est dû, pour les sommes qui ne seront pas payées en temps voulu, à partir de l'expiration du délai fixé et sans qu'une mise en demeure par le gestionnaire soit requise ».

B.5.4. Avant sa modification par l'article 10 de la loi du 19 juillet 2018, l'article 151 de la loi du 10 juillet 2008 disposait :

« Le Roi peut fixer les modalités d'exécution des articles 147 à 150, en ce compris des règles uniformes de comptabilité.

Le règlement visé à l'article 149, 1<sup>o</sup>, alinéa 2, ou à l'article 150, alinéa 1er, détermine notamment les modalités d'imputation, à l'égard des médecins individuels, de la différence entre les dépenses réelles et les dépenses de référence portée en déduction des montants imputés, par le service de perception centrale à l'assurance maladie obligatoire, tel que visé à l'article 56ter de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Tant que la réglementation, visée à l'alinéa précédent, n'est pas reprise dans le règlement visé, l'imputation par rapport aux médecins hospitaliers s'effectue selon la part de chacun d'eux dans la masse des honoraires du groupe des prestataires auquel il appartient dans les trois mois précédant l'imputation, le montant à imputer du groupe concerné étant fixé sur la base de la part relative de ce groupe dans le dépassement constaté, compte tenu de l'utilisation des honoraires visés en application de l'article 155, à l'exclusion du § 1er, 2<sup>o</sup>, et du § 2.

Dans le cas où l'application de l'article 155, § 1, 1<sup>o</sup>, donne lieu pour les honoraires concernés, à un ' pool ' de rémunérations par prestation, la part de celles-ci est également imputée proportionnellement par rapport au ' pool ' et suivant les règles en vigueur à l'égard des médecins ho[s]pitaliers individuels.

Pour l'application de l'alinéa 3, il n'est pas tenu compte de l'affectation visée à l'article 155, § 1er, 3<sup>o</sup> et § 3, pour autant que la couverture des coûts soit exprimée sur la base de coûts attestés et réels et en accord avec le conseil médical; dans tout autre cas, l'imputation visée s'effectue à charge du médecin hospitalier à concurrence de 75 p.c. et du gestionnaire de l'hôpital à concurrence de 25 p.c. ».

#### *Quant à la première identité de traitement*

B.6. Par la question préjudicielle, la Cour est d'abord invitée à statuer sur la compatibilité de l'article 56ter, § 11, 2<sup>o</sup>, de la loi du 14 juillet 1994 avec les articles 10 et 11 de la Constitution, en ce que cette disposition traite de la même manière deux catégories d'hôpitaux qui auraient été tenus de rembourser les « prestations ambulatoires » réalisées lors de la « période de carence » définie par cette disposition : d'une part, les hôpitaux dont le service de

perception centrale des honoraires des médecins hospitaliers perçoit les honoraires relatifs aux « prestations ambulatoires » et, d'autre part, les hôpitaux dont ledit service ne perçoit pas ce type d'honoraires.

B.7. Le principe d'égalité et de non-discrimination qui se déduit des articles 10 et 11 de la Constitution s'oppose à ce que soient traitées de la même manière, sans qu'apparaisse une justification raisonnable, des catégories de personnes se trouvant dans des situations qui, au regard de la mesure critiquée, sont essentiellement différentes.

B.8. La règle énoncée à l'article 56ter, § 11, 2°, de la loi du 14 juillet 1994 faisait partie d'un ensemble de dispositions qui formaient le « système des montants de référence ».

Ce système prévoyait qu'un hôpital dont les dépenses relatives à certains types de prestations médicales excédaient un montant déterminé pouvait, « à titre de pénalité », être tenu de rembourser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité la part des honoraires relatifs à ces prestations qui excédait ce montant, parce que cette part était considérée comme une « pratique non fondée », « injustifiée » ou « anormalement coûteuse ». Cette « pénalité » visait à inciter cet hôpital à corriger ce genre de « pratiques » et à modifier le comportement problématique des prestataires de soins (*Doc. parl.*, Chambre, 2008-2009, DOC 52-1491/001 et 52-1492/001, pp. 34-35 et 40-41, et DOC 52-1491/006, pp. 8-9; *Doc. parl.*, Sénat, 2008-2009, 4-1010/2, pp. 8 et 24).

B.9. Le service de perception centrale des honoraires d'un hôpital est institué pour percevoir les sommes destinées à rémunérer les médecins hospitaliers pour les soins qu'ils ont dispensés aux « patients hospitalisés » (articles 147, 149 et 150 de la loi du 10 juillet 2008).

Un tel service n'est en principe pas tenu de percevoir les honoraires qui sont destinés à rémunérer ces médecins pour les soins qu'ils ont dispensés aux « patients ambulatoires » (Rapport au Roi précédant l'arrêté royal n° 407 du 18 avril 1986 « modifiant et complétant la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux », *Moniteur belge* du 6 mai 1986, p. 6491).

Le gestionnaire et le conseil médical de l'hôpital sont cependant libres de prévoir, dans le « règlement relatif au service de perception », que ce service sera aussi chargé de percevoir les honoraires relatifs aux soins dispensés aux « patients ambulatoires ».

B.10. Lorsque le service de perception centrale des honoraires avait été chargé de percevoir également ces honoraires-là, les « montants à rembourser par l'hôpital » en application de l'article 56ter, § 5, 1°, b, de la loi du 14 juillet 1994 qui se rapportent à cette catégorie d'honoraires devaient en principe être partagés entre le gestionnaire de l'hôpital et les médecins hospitaliers, selon les règles inscrites dans le « règlement relatif au fonctionnement du service de perception », qui avait été établi d'un commun accord entre le gestionnaire de l'hôpital et le conseil médical (article 56ter, § 5, 2°, de la loi du 14 juillet 1994; articles 149, 1°, et 150, alinéa 1er, de la loi du 10 juillet 2008).

Tant que ce règlement ne contenait pas de règles visant à imputer aux médecins ces « montants à rembourser », cette imputation devait être conforme aux règles énoncées aux alinéas 3 à 5 de l'article 151 de la loi du 10 juillet 2008.

B.11. Un service de perception centrale des honoraires n'a pour tâche ni de contrôler des prestations médicales ni de contrôler le montant des honoraires que les médecins hospitaliers peuvent encore librement déterminer en application de l'article 15, alinéa 2, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 « relatif à l'exercice des professions des soins de santé ».

En outre, les règles de partage ou d'imputation des montants à rembourser inscrites dans un « règlement relatif au fonctionnement du service de perception » ou énoncées à l'article 151 de la loi du 10 juillet 2008 n'avaient pour but ni de contrôler des prestations médicales ni de limiter les montants des honoraires demandés par les médecins hospitaliers concernés.

B.12. En revanche, tant le gestionnaire de l'hôpital dont le service de perception centrale des honoraires des médecins hospitaliers percevait les honoraires relatifs aux « prestations ambulatoires » que le gestionnaire de l'hôpital dont ledit service ne percevait pas ce type d'honoraires restaient libres d'insérer, dans la « réglementation générale » prévue à

l'article 144 de la loi du 10 juillet 2008, des règles tendant à limiter le montant de ce type d'honoraires, conformément à l'article 15, alinéa 2, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967.

B.13. Il résulte de ce qui précède qu'il n'est pas établi que les deux catégories d'hôpitaux définies en B.6 se trouvent dans des situations qui, au regard de la mesure critiquée, sont essentiellement différentes.

B.14. Dans la mesure où la Cour est invitée à examiner la constitutionnalité de l'identité de traitement entre ces hôpitaux prévue à l'article 56ter, § 11, 2°, de la loi du 14 juillet 1994, la question préjudicielle appelle une réponse négative.

#### *Quant à la seconde identité de traitement*

B.15. Par la question préjudicielle, la Cour est aussi invitée à statuer sur la compatibilité de l'article 56ter, § 11, 2°, de la loi du 14 juillet 1994 avec les articles 10 et 11 de la Constitution, en ce que cette disposition aurait pour effet de soumettre les « hôpitaux situés à la frontière du pays au sein desquels des patients seront admis après avoir effectué des prestations ambulatoires à l'étranger » au « même régime juridique » que les hôpitaux « qui ne bénéficient pas de cette patientèle étrangère régulière ».

B.16. Le principe d'égalité et de non-discrimination qui se déduit des articles 10 et 11 de la Constitution s'oppose à ce que soient traitées de la même manière, sans qu'apparaisse une justification raisonnable, des catégories de personnes se trouvant dans des situations qui, au regard de la mesure critiquée, sont essentiellement différentes.

L'examen de la compatibilité d'une disposition législative avec ce principe suppose notamment l'identification précise de deux catégories de personnes qui font l'objet d'un traitement identique.

Le libellé de la question préjudicielle par laquelle la Cour est invitée à procéder à un tel examen doit donc contenir les éléments nécessaires à cette identification. Il n'appartient pas à la Cour d'examiner la constitutionnalité d'une identité de traitement entre deux catégories de

personnes dont elle devrait elle-même définir les contours, à défaut pour la question préjudicielle de les définir à suffisance.

B.17.1. La question préjudicielle vise les « hôpitaux situés à la frontière du pays ».

Aucun hôpital au sens de la loi du 14 juillet 1994 n'est, à proprement parler, situé sur la frontière de l'État ou en bordure de celle-ci. La Cour ne peut donc que supposer que les mots « hôpital situé à la frontière du pays » qui sont utilisés dans la question préjudicielle doivent être compris comme désignant un hôpital situé à proximité d'une frontière de l'État.

Or, la proximité est une notion qui, en tant que telle, renvoie à une appréciation subjective, de sorte qu'elle n'est pas suffisamment précise pour identifier deux catégories de personnes dont les situations doivent être prises en compte dans le cadre de l'examen de la constitutionnalité d'une identité de traitement entre de telles catégories.

B.17.2. Les termes employés dans la question préjudicielle invitent en outre la Cour à distinguer les « hôpitaux qui ne bénéficient pas [d'une] patientèle étrangère régulière » des hôpitaux qui bénéficient d'une telle patientèle. Il ressort aussi de cette question que cette « patientèle étrangère régulière » se compose de patients - belges ou étrangers - qui ont été admis à l'hôpital après avoir reçu des « prestations ambulatoires à l'étranger ».

La notion de patientèle « régulière » n'est pas, en tant que telle, suffisamment précise pour permettre l'identification suffisante de deux catégories de personnes dans le cadre de l'examen de la constitutionnalité d'une identité de traitement entre de telles catégories.

B.17.3. Au surplus, le libellé de la question préjudicielle laisse entendre que tous les « hôpitaux situés à la frontière du pays » admettent régulièrement des patients qui ont antérieurement reçu des soins dans un établissement situé sur le territoire d'un autre État, et que les hôpitaux qui sont situés ailleurs sur le territoire belge n'admettent pas régulièrement de tels patients.

Il n'apparaît cependant pas que tous les hôpitaux qui sont situés à proximité d'une frontière admettent régulièrement de tels patients, ni que ces patients ne sont pas aussi régulièrement admis dans des hôpitaux situés plus loin des frontières de l'État.

B.17.4. Il résulte de ce qui précède que la question préjudicielle, telle qu'elle est libellée, ne contient pas les éléments nécessaires pour permettre à la Cour d'identifier de manière suffisamment précise les deux catégories de personnes qui feraient l'objet d'une identité de traitement.

B.18. Dans la mesure où elle vise les « hôpitaux situés à la frontière du pays » qui bénéficient d'une « patientèle étrangère régulière », la question préjudicielle est irrecevable.



Par ces motifs,

la Cour

dit pour droit :

- En ce qu'il traite de la même manière les hôpitaux dont le service de perception centrale des honoraires des médecins hospitaliers perçoit les honoraires relatifs aux « prestations ambulatoires » et les hôpitaux dont ledit service ne perçoit pas ce type d'honoraires, l'article 56<sup>ter</sup>, § 11, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution.

- En ce qu'elle vise une prétendue identité de traitement entre des hôpitaux « situés à la frontière du pays », qui bénéficient d'une « patientèle étrangère régulière », et des hôpitaux situés ailleurs, qui ne bénéficient pas de cette patientèle, la question préjudicielle est irrecevable.

Ainsi rendu en langue française et en langue néerlandaise, conformément à l'article 65 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, le 8 juillet 2021.

Le greffier,

Le président,

P.-Y. Dutilleux

F. Daoût