



CONSEIL D'ÉTAT
section de législation

RAAD VAN STATE
afdeling Wetgeving

avis 68.064/2
du 14 octobre 2020

advies 68.064/2
van 14 oktober 2020

sur

over

un projet d'arrêté royal
'modifiant l'article 34 de
l'annexe à l'arrête royal du
14 septembre 1984 établissant
la nomenclature des prestations
de santé en matière d'assurance
obligatoire soins de santé et
indemnités'

een ontwerp van koninklijk
besluit 'tot wijziging van
artikel 34 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'

Le 22 septembre 2020, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration à communiquer un avis, dans un délai de trente jours, sur un projet d'arrêté royal 'modifiant l'article 34 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'.

Le projet a été examiné par la deuxième chambre le 14 octobre 2020. La chambre était composée de Pierre VANDERNOOT, président de chambre, Patrick RONVAUX et Christine HOREVOETS, conseillers d'État, Sébastien VAN DROOGHENBROECK et Jacques ENGLEBERT, assesseurs, et Esther CONTI, greffier assumé.

Le rapport a été présenté par Benoît JADOT, premier auditeur chef de section.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise a été vérifiée sous le contrôle de Pierre VANDERNOOT.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 14 octobre 2020.

*

Op 22 september 2020 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie verzocht binnen een termijn van dertig dagen een advies te verstrekken over een ontwerp van koninklijk besluit 'tot wijziging van artikel 34 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'.

Het ontwerp is door de tweede kamer onderzocht op 14 oktober 2020. De kamer was samengesteld uit Pierre VANDERNOOT, kamervoorzitter, Patrick RONVAUX en Christine HOREVOETS, staatsraden, Sébastien VAN DROOGHENBROECK en Jacques ENGLEBERT, assessoren, en Esther CONTI, toegevoegd griffier.

Het verslag is uitgebracht door Benoît JADOT, eerste auditeur-afdelingshoofd.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het advies is nagezien onder toezicht van Pierre VANDERNOOT.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 14 oktober 2020.

*

Comme la demande d'avis est introduite sur la base de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois 'sur le Conseil d'État', coordonnées le 12 janvier 1973, la section de législation limite son examen au fondement juridique du projet, à la compétence de l'auteur de l'acte ainsi qu'à l'accomplissement des formalités préalables, conformément à l'article 84, § 3, des lois coordonnées précitées.

Sur ces trois points, le projet appelle les observations suivantes.

1. Il ressort du dossier que les diverses formalités auxquelles la loi 'relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités', coordonnée le 14 juillet 1994, soumet l'adoption de l'arrêté en projet – à savoir la proposition du Conseil technique médical, l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, la décision de la Commission nationale médico-mutualiste de transmettre la proposition au Comité de l'assurance et à la Commission de contrôle budgétaire, l'avis de celle-ci et la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité de transmettre la proposition à la ministre – ont toutes été accomplies en 2018, la première d'entre elles le 20 février et la dernière le 23 juillet.

Il est rappelé que le délai qui s'écoule entre l'accomplissement de formalités précédant une décision et celle-ci même doit en principe être bref. Dans le cas contraire, l'autorité ne peut se fonder sur les formalités qui ont été accomplies que s'il est démontré que les circonstances de fait et de droit à prendre en compte n'ont pas évolué à un point tel que la procédure qui a été suivie devrait être considérée comme n'étant plus pertinente en l'espèce.

Il appartient à l'auteur du projet de vérifier si cette condition est remplie dans le cas présent.

2. L'une des règles auxquelles l'article 1^{er}, 1^o, du projet d'arrêté envisage de soumettre l'application de la prestation 588991-589002 est rédigée comme suit :

« La prestation 588991-589002 est remboursée uniquement si elle est effectuée dans un hôpital qui dispose d'un programme de soins spécialisé 'soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives' agréé conformément à l'arrêté royal du [19] avril 2014¹ fixant les normes auxquelles les programmes de soins 'soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC)' doivent répondre pour être agréés ou aux normes qui le modifient, le complètent ou le remplacent et à l'arrêté royal du 16 décembre 2018 fixant le nombre maximum de programmes de soins spécialisés 'soins de l'accident vasculaire cérébral aigu impliquant des procédures invasives' ».

Le projet d'arrêté n'a pas pour objet de déterminer les règles auxquelles un programme de soins spécialisé « soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives » doit satisfaire pour être agréé.

En outre, il n'est ni nécessaire ni utile de rappeler dans l'arrêté en projet à quelles règles un tel programme doit satisfaire pour être agréé.

¹ Et non pas « 18 avril 2014 », comme l'indique erronément le projet d'arrêté.

Un rappel de ces règles présente, de surcroît, l'inconvénient d'être susceptible d'induire en erreur sur la source juridique exacte des règles en question.

Aussi, la règle d'application à l'examen sera rédigée comme suit :

« La prestation 588991-589002 est remboursée uniquement si elle est effectuée dans un hôpital qui dispose d'un programme de soins spécialisé 'soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives' dûment agréé ».

*

Aangezien de adviesaanvraag ingediend is op basis van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten ‘op de Raad van State’, gecoördineerd op 12 januari 1973, beperkt de afdeling Wetgeving overeenkomstig artikel 84, § 3, van de voornoemde gecoördineerde wetten haar onderzoek tot de rechtsgrond van het ontwerp, de bevoegdheid van de steller van de handeling en de te vervullen voorafgaande vormvereisten.

Wat die drie punten betreft, geeft het ontwerp aanleiding tot de volgende opmerkingen.

1. Uit het dossier blijkt dat alle verschillende vormvereisten waaraan krachtens de wet ‘betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen’, gecoördineerd op 14 juli 1994, moet zijn voldaan opdat het ontworpen besluit kan worden vastgesteld – namelijk het voorstel van de Technische geneeskundige raad, het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, de beslissing van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen om het voorstel van de Technische raad over te zenden aan het Verzekeringscomité en aan de Commissie voor begrotingscontrole, het advies van die laatstgenoemde commissie en de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering om het voorstel aan de minister over te zenden – zijn vervuld in 2018, het eerste op 20 februari en het laatste op 23 juli.

Er wordt aan herinnerd dat de tijd die verstrijkt tussen het vervullen van vormvoorschriften alvorens een beslissing wordt genomen en de beslissing zelf in beginsel kort moet zijn. Indien zulks niet het geval is, mag een overheid alleen op de vervulde vormvoorschriften steunen als is aangetoond dat de feitelijke en de juridische omstandigheden die in aanmerking moeten worden genomen, niet zodanig zijn gewijzigd dat de gevolgde procedure als niet meer ter zake dienend moet worden aangemerkt.

De steller van het ontwerp dient na te gaan of *in casu* aan die voorwaarde voldaan is.

2. Eén van de regels waaraan artikel 1, 1°, van het ontwerpbesluit de toepassing van de verstrekking 588991-589002 onderwerpt, luidt als volgt:

“De verstrekking 588991-589002 kan enkel worden vergoed indien ze verricht wordt in een gespecialiseerd zorgprogramma ‘acute beroertezorg met invasieve procedures’ erkend overeenkomstig het koninklijk besluit van [19] april 2014¹ houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma’s ‘beroertezorg’ moeten voldoen om erkend te worden of aan de normen die dit koninklijk besluit wijzigen, vervolledigen of vervangen en het koninklijk besluit van 16 december 2018 houdende vaststelling van het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma’s ‘acute beroertezorg met invasieve procedures’.”

¹ En niet “18 april 2014”, zoals verkeerdelijk is vermeld in het ontwerpbesluit.

Het ontwerpbesluit strekt er niet toe te bepalen aan welke regels een gespecialiseerd zorgprogramma “acute beroertezorg met invasieve procedures” moet beantwoorden om te worden erkend.

Bovendien is het noch nodig noch dienstig om in het ontwerpbesluit te herhalen aan welke regels een dergelijk programma moet voldoen om te worden erkend.

Het in herinnering brengen van die regels heeft bovendien het nadeel dat het verwarring kan doen ontstaan over de exacte rechtsbron van de regels in kwestie.

De voorliggende toepassingsregel moet dan ook als volgt worden gesteld:

“De verstrekking 588991-589002 kan enkel worden vergoed indien ze verricht wordt in een ziekenhuis dat beschikt over een gespecialiseerd zorgprogramma ‘acute beroertezorg met invasieve procedures’ dat behoorlijk erkend is.”

LE GREFFIER – DE GRIFFIER

LE PRÉSIDENT – DE VOORZITTER

Esther CONTI

Pierre VANDERNOOT