

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

3 juli 2018

WETSONTWERP

**betreffende de gebundelde financiering van de
laagvariabele ziekenhuiszorg**

TEKST AANGENOMEN

DOOR DE COMMISSIE
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU
EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING

Zie:

Doc 54 **3189/ (2017/2018):**

001: Wetsontwerp.

002: Verslag.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

3 juillet 2018

PROJET DE LOI

**relatif au financement groupé des soins
hospitaliers à basse variabilité**

TEXTE ADOPTÉ

PAR LA COMMISSION
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT
ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

Voir:

Doc 54 **3189/ (2017/2018):**

001: Projet de loi.

002: Rapport.

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GO!	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
DéFI	:	Démocrate Fédéraliste Indépendant
PP	:	Parti Populaire
Vuye&Wouters	:	Vuye&Wouters

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 54 0000/000:	Parlementair document van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV:	Beknopt Verslag
CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN:	Plenum
COM:	Commissievergadering
MOT:	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 54 0000/000:	Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA:	Questions et Réponses écrites
CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV:	Compte Rendu Analytique
CRIV:	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN:	Séance plénière
COM:	Réunion de commission
MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen:
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.dekamer.be
e-mail : publicaties@dekamer.be

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes:
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be
courriel : publications@lachambre.be

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

HOOFDSTUK 1**Algemene bepaling****Artikel 1**

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

HOOFDSTUK 2**Definities****Art. 2**

Voor de toepassing van deze wet en de uitvoeringsbesluiten ervan wordt verstaan onder:

1° de gecoördineerde wet van 14 juli 1994: de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

2° de gecoördineerde wet van 10 juli 2008: de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen;

3° het Instituut: het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

4° de Technische cel: de technische cel bedoeld in artikel 155 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen;

5° rechthebbende: iedere persoon die aanspraak kan maken op de in de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 vastgestelde prestaties;

6° MZG-AZV-gegevens: minimale ziekenhuis-gegevens en anonieme ziekenhuisverblijven, zoals die door de Technische cel aan elkaar zijn gekoppeld;

7° het Verzekeringscomité: het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, bedoeld in artikel 21 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994;

8° patiëntengroep: een groep van patiënten voor dewelke de kosten die vereist zijn voor de diagnostiek en de behandeling van eenzelfde pathologiegroep vergelijkbaar zijn;

9° budget van financiële middelen: het budget van financiële middelen bedoeld in artikel 95 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008.

CHAPITRE 1^{ER}**Disposition générale****Article 1^{er}**

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

CHAPITRE 2**Définitions****Art. 2**

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

1° la loi coordonnée du 14 juillet 1994: la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994;

2° la loi coordonnée du 10 juillet 2008: la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins;

3° l'Institut: l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

4° la Cellule technique: la cellule technique visée à l'article 155 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales;

5° bénéficiaire: toute personne qui peut faire appel aux prestations prévues par la loi coordonnée du 14 juillet 1994;

6° données RHM-SHA: les données du résumé hospitalier minimum et les données du séjour hospitalier anonyme telles qu'elles sont couplées par la Cellule technique;

7° le Comité de l'assurance: le Comité de l'assurance soins de santé visé à l'article 21 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;

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;

9° budget des moyens financiers: le budget des moyens financiers visé à l'article 95 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008.

HOOFDSTUK 3

Globaal prospectief bedrag per opname

Art. 3

In afwijking van artikel 37, §§ 1 tot 14^{quiquies} en §§ 20 en 21, van artikel 57 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en van Hoofdstuk VI van Titel III, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 wordt een globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis toegepast met betrekking tot de patiëntengroepen bedoeld in artikel 6 en waarvoor een verstrekking is verricht waarvoor op de datum van inwerkingtreding van deze wet krachtens artikel 53 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht is. In het globaal prospectief bedrag per opname zijn begrepen de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 4 en het budget van financiële middelen bedoeld in artikel 5, voor zover dat het betrekking heeft op de voornoemde patiëntengroepen. Het globaal prospectief bedrag per opname dekt alle kosten die rechtstreeks of onrechtstreeks verbonden zijn aan de opname in een ziekenhuis en de uitvoering van de in artikel 4 bedoelde geneeskundige verstrekkingen voor de bedoelde patiëntengroepen.

Het globaal prospectief bedrag per opname is niet van toepassing voor de opnames in een gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie (Sp). De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de toepassing van het globaal prospectief bedrag per opname uitbreiden tot de verstrekkingen die gerelateerd zijn aan de opname maar die worden verleend gedurende een door Hem te bepalen periode vóór en/of na de opname.

Art. 4

Het globaal prospectief bedrag per opname, bedoeld in artikel 3, dekt de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en de bedragen die zijn vastgesteld in de overeenkomsten bedoeld in artikel 46 van dezelfde wet. De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, bepalen dat bepaalde van de voormelde geneeskundige verstrekkingen en bedragen niet worden gedekt door het globaal prospectief bedrag per opname. De Koning kan specifieke forfaitaire honoraria voorzien voor bepaalde verstrekkingen. Hij kan ook bepalen dat de verstrekkingen waarop een specifiek forfaitair honorarium van toepassing is slechts voor een door Hem nader te bepalen gedeelte door het forfaitair honorarium worden vergoed.

CHAPITRE 3

Montant global prospectif par admission

Art. 3

Par dérogation à l'article 37, §§ 1^{er} à 14^{quiquies} 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.

Art. 4

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.

Art. 5

De Koning stelt bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad de nadere regels vast volgens de welke het budget van financiële middelen wordt opgenomen in het globaal prospectief bedrag per opname, bedoeld in artikel 3.

Art. 6

De Koning stelt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van het Verzekeringscomité, de lijst vast van patiëntengroepen waarvoor het globaal prospectief bedrag per opname wordt toegepast. Een patiëntengroep kan worden ingeschreven op de lijst voor zover het gaat om opnames die een standaardproces van zorg vereisen dat weinig verschilt tussen patiënten en tussen ziekenhuizen.

Art. 7

Het Instituut berekent periodiek het globaal prospectief bedrag per opname voor elk van de in artikel 6 bedoelde patiëntengroepen op basis van de MZG-AZV-gegevens die worden bezorgd door de Technische cel en deelt dit mee aan de ziekenhuizen.

De Koning stelt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van het Verzekeringscomité, de nadere regels vast betreffende de berekening en de facturatie van het globaal prospectief bedrag per opname.

De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de nadere regels voor de indexering van het globaal prospectief bedrag per opname.

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 financiële middelen vertegenwoordigt. Het Instituut deelt aan de ziekenhuizen ook de gedetailleerde verdeling tussen de verschillende geneeskundige verstrekkingen mee van het deel van het globaal prospectief bedrag per opname dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen vertegenwoordigt. De honoraria begrepen in het globaal prospectief

Art. 5

Le Roi fixe par arrêté délibéré en Conseil des ministres les règles précises par lesquelles le budget des moyens financiers est repris dans le montant global prospectif par admission visé à l'article 3.

Art. 6

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.

Art. 7

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

bedrag worden aan de artsen en andere zorgverleners overgemaakt overeenkomstig de verdeling meegedeeld door het Instituut en onverminderd de toepassing van artikel 144 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008.

Het globaal prospectief bedrag per opname berekend voor het jaar T is van toepassing voor alle opnames die een aanvang nemen na 31 december van het jaar T-1 en vóór 1 januari van het jaar T+1 en wordt vóór 1 december van het jaar T-1 bekendgemaakt via een bericht in het *Belgisch Staatsblad* en door het Instituut meegedeeld aan de ziekenhuizen.

HOOFDSTUK 4

Wijzigingsbepalingen en slotbepaling

Art. 8

In artikel 37 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 wordt paragraaf 22, ingevoegd bij de wet van 27 december 2005 en opgeheven bij de wet van 19 december 2008, hersteld als volgt:

“§ 22. De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, een forfaitair persoonlijk aandeel vaststellen voor de verstrekkingen die worden vergoed via het globaal prospectief bedrag per opname, bedoeld in de wet van XXX betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg. Het persoonlijk aandeel bestaat in een vast bedrag per opname dat geldt voor alle of bepaalde patiëntengroepen bedoeld in artikel 6 van de voornoemde wet, of in een vast bedrag per opname per patiëntengroep.

Dit persoonlijk aandeel kan verschillend zijn naargelang de rechthebbenden al dan niet genieten van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming bedoeld in § 19.”

Art. 9

Artikel 56ter van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, ingevoegd bij de wet van 22 augustus 2002, vervangen bij de wet van 19 december 2008 en gewijzigd bij de wetten van 10 december 2009, 19 maart 2013, 10 april 2014 en 11 augustus 2017, wordt opgeheven.

Art. 10

In artikel 151 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, gewijzigd bij de wet van 18 december 2016, worden het tweede tot het vijfde lid opgeheven.

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 1^{er} janvier de l’année T+1 et est publié avant le 1^{er} décembre de l’année T-1 par communiqué dans le *Moniteur belge* et est communiqué par l’Institut aux hôpitaux.

CHAPITRE 4

Dispositions modificatives et finales

Art. 8

A l’article 37 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, le paragraphe 22, inséré par la loi du 27 décembre 2005 et abrogé par la loi du 19 décembre 2008 est rétabli comme suit:

“§ 22. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixer une intervention personnelle forfaitaire pour les prestations qui sont remboursées via le montant global prospectif par admission visé par la loi du XXX relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité. L’intervention personnelle consiste en un montant fixe par admission qui vaut pour tous ou certains groupes de patients visés à l’article 6 de la loi susvisée ou en un montant fixe par admission par groupe de patients.

Cette intervention personnelle peut être différente selon que le bénéficiaire bénéficie ou non de l’intervention majorée de l’assurance visée au § 19.”

Art. 9

L’article 56ter de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, inséré par la loi du 22 août 2002, remplacé par la loi du 19 décembre 2008 et modifié par les lois du 10 décembre 2009, 19 mars 2013, 10 avril 2014 et 11 août 2017, est abrogé.

Art. 10

Dans l’article 151 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008, modifié par la loi du 18 décembre 2016, les alinéas 2 à 5 sont abrogés.

Art. 11

In artikel 152 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 wordt paragraaf 6, opgeheven bij de wet van 7 februari 2014, hersteld als volgt:

“§ 6. De paragrafen 1 tot en met 5 zijn eveneens van toepassing voor de verstrekkingen die worden gedekt door het globaal prospectief bedrag per opname, bedoeld in de wet van XXX betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg. De berekeningsbasis voor de supplementen is samengesteld uit de honorariawaarde van de verstrekkingen die effectief werden verricht en waarvoor effectief supplementen worden gevraagd. Behoudens in de bijzondere situaties vastgesteld door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, kan de berekeningsbasis niet hoger liggen dan het honorariumgedeelte van het globaal prospectief bedrag per opname.”

Art. 12

In artikel 154*ter*, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, ingevoegd bij de wet van 22 augustus 2002 en gewijzigd bij de wet van 24 december 2002, wordt de bepaling onder 2° opgeheven.

Art. 13

Het koninklijk besluit van 18 december 2012 tot uitvoering van het artikel 56*ter*, § 1 en § 11, 2°, eerste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor wat de referentiebedragen per opneming betreft, wordt opgeheven.

Art. 14

Het koninklijk besluit van 14 september 2016 houdende uitvoering van artikel 156*bis*, eerste lid, eerste zin, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, met betrekking tot de wijze waarop de verzekeringsinstellingen aan de technische cel de noodzakelijke informatie meedelen voor de koppeling van de gegevens die dienen als grondslag voor de referentiebedragen en de ambulante verstrekkingen uitgevoerd tijdens de carensperiode, wordt opgeheven.

Art. 11

A l'article 152 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 le paragraphe 6, abrogé par la loi du 7 février 2014, est rétabli comme suit:

“§ 6. Les paragraphes 1 à 5 sont également d'application pour les prestations qui sont couvertes par le montant global prospectif par admission visé par la loi du XXX relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité. La base de calcul pour les suppléments est constituée de la valeur des honoraires des prestations qui ont été effectivement réalisées et pour lesquelles des suppléments sont effectivement demandés. Sauf dans des situations particulières fixées par le Roi par arrêté délibéré en Conseil des ministres, la base de calcul ne peut être supérieure à la partie honoraire du montant prospectif global par admission.”

Art. 12

Dans l'article 154*ter* de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, inséré par la loi du 22 août 2002 et modifié par la loi du 24 décembre 2002, le 2° est abrogé.

Art. 13

L'arrêté royal du 18 décembre 2012 portant exécution de l'article 56*ter*, § 1^{er}, et § 11, 2°, alinéa 1^{er}, 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, est abrogé.

Art. 14

L'arrêté royal du 14 septembre 2016 portant exécution de l'article 156*bis*, alinéa 1^{er}, première phrase, de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, en ce qui concerne les modalités selon lesquelles les organismes assureurs sont tenus de transmettre à la cellule technique les informations nécessaires au couplage des données qui servent de base pour les montants de référence et les prestations ambulatoires réalisées au cours de la période de carence, est abrogé.

Art. 15

Deze wet treedt in werking op 1 januari 2019.

De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de datum vanaf wanneer de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 4°*bis*, 5°, b) tot e), 6° en 20°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, de bedragen die zijn vastgesteld in de overeenkomsten bedoeld in artikel 46 van dezelfde wet en het budget van financiële middelen worden opgenomen in het globaal prospectief bedrag per opname.

Art. 16

De bepalingen die worden opgeheven door de artikelen 9, 10, 12, 13 en 14 blijven uitwerking hebben voor de opnames die worden beëindigd vóór 1 januari 2018.

Art. 17

In afwijking van artikel 152, § 6, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, kan de berekeningsbasis voor de supplementen tot 31 december 2019, behoudens in de bijzondere situaties vastgesteld door de Koning, niet hoger liggen dan 115 pct. van het honorariumgedeelte van het globaal prospectief bedrag per opname.

Art. 15

La présente loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Le Roi fixe par arrêté délibéré en Conseil des ministres la date à partir de laquelle les prestations de santé visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 4°*bis*, 5°, b) à e), 6° et 20°, les montants qui sont établis dans les conventions visées à l'article 46 de la même loi et le budget des moyens financiers sont repris dans le montant global prospectif par admission.

Art. 16

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 1^{er} janvier 2018.

Art. 17

Par dérogation à l'article 152, § 6, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008, la base de calcul des suppléments jusqu'au 31 décembre 2019 ne peut, à l'exception des cas particuliers déterminés par le Roi, pas dépasser 115 p.c. de la partie représentant les honoraires du montant prospectif global par admission.