

RAAD VAN STATE, AFDELING BESTUURSRECHTSPRAAK

VII KAMER

A R R E S T

**nr. 251.687 van 30 september 2021
in de zaak A. 227.424/VII-40.491**

In zake :

1. de BELGISCHE BEROEPSVERENIGING VAN ARTSEN-SPECIALISTEN IN ANESTHESIE EN REANIMATIE
2. de VZW BELGISCHE GENOOTSCHAP VOOR VAATHEELKUNDE
3. de BELGISCHE BEROEPSVERENIGING VAN GENEESHEREN-SPECIALISTEN IN DE INTENSIEVE ZORG
4. de BEROEPSVERENIGING DER BELGISCHE SPECIALISTEN VOOR HARTZIEKTEN
5. Stefaan CARLIER
6. Herman SCHROË
7. Margot VANDER LAENEN
8. Mathias VROLIX
9. de BEROEPSVERENIGING DER BELGISCHE CHIRURGEN
10. Baudouin MANSVELT

bijgestaan en vertegenwoordigd door
advocaat An Vijverman
kantoor houdend te 3000 Leuven
Mechelsestraat 107-109
bij wie woonplaats wordt gekozen

tegen :

de BELGISCHE STAAT, vertegenwoordigd door
de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
bijgestaan en vertegenwoordigd door
advocaten Emmanuel Jacobowitz en Anthony Poppe
kantoor houdend te 1160 Brussel
Tedescolaan 7
bij wie woonplaats wordt gekozen

I. Voorwerp van het beroep

1. Het beroep, ingesteld op 15 februari 2019, strekt tot de nietigverklaring van het koninklijk besluit van 2 december 2018 tot uitvoering van

de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg (inclusief bijlagen 1 tot en met 2).

II. Verloop van de rechtspleging

2. De verwerende partij heeft een memorie van antwoord en de verzoekende partijen hebben een memorie van wederantwoord ingediend.

Eerste auditeur Ines Martens heeft een verslag opgesteld.

Zes verzoekende partijen hebben een verzoek tot voortzetting van het geding en een laatste memorie ingediend. De verwerende partij heeft een laatste memorie ingediend.

De partijen zijn opgeroepen voor de terechtzitting, die heeft plaatsgevonden op 2 september 2021.

Kamervoorzitter Eric Brewaeys heeft verslag uitgebracht.

Advocaat Filip Van Der Mauten, die *loco* advocaat An Vijverman verschijnt voor de verzoekende partijen, en advocaat Anthony Poppe, die verschijnt voor de verwerende partij, zijn gehoord.

Eerste auditeur Ines Martens heeft een met dit arrest eensluidend advies gegeven.

Er is toepassing gemaakt van de bepalingen op het gebruik der talen, vervat in titel VI, hoofdstuk II, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973.

III. Feiten en juridisch kader

3.1. In het regeerakkoord van 9 oktober 2014 werd een grondige herziening van de ziekenhuisfinanciering in het vooruitzicht gesteld. Het nieuwe financieringssysteem moet de werkingskosten van de ziekenhuizen dekken, en correct mee evolueren met de zich wijzigende behoeften. Het moet minder structuurgebonden en prestatiegedreven zijn, en de instellingen en zorgverleners stimuleren tot kwaliteitsvol en resultaatgericht handelen op alle relevante domeinen. De voorkeur van de regering gaat daarbij uit naar een gemengd financieringssysteem met zowel een prospectieve financiering voor standaardiseerbare zorg als het behoud van het principe van een honorarium per medische prestatie. Daartoe wordt onder meer de patiëntenpopulatie die ziekenhuiszorg krijgt, opgesplitst in clusters die qua financiering op een homogene manier kunnen benaderd worden. Het gaat om drie clusters, namelijk:

- de laagvariabele zorg die standaardiseerbare routinezorg inhoudt en dus goed voorspelbaar is;
- de middelvariabele zorg die vrij standaardiseerbaar is, maar minder voorspelbaar dan de laagvariabele zorg;
- de hoogvariabele zorg die weinig - tot geen - standaardiseerbare zorg inhoudt en dus niet voorspelbaar is.

3.2. De hervorming wordt stapsgewijs ingevoerd. Er wordt begonnen met een regeling voor de laagvariabele zorg. De hervorming van de ziekenhuisfinanciering voor de laagvariabele zorg vertrekt vanuit een gebundelde financiering in plaats van verschillende financieringswijzen zoals oorspronkelijk het geval was. Dit houdt in dat één globaal prospectief bedrag per opname (hierna: GPBO) de vergoedingen bevat voor honoraria, geneesmiddelen, de dagforfaits, het deel van het budget van financiële middelen, de implantaten, enzovoort.

Voor wat betreft de bundeling van de honoraria komt het nieuwe systeem neer op een omzetting van het bestaande systeem van referentiebedragen naar een prospectief systeem. Voor een 30-tal pathologiegroepen is er in België immers reeds sinds 2009 een systeem van referentiebedragen voor een gedeelte

van de honoraria van toepassing. Voor deze pathologiegroepen werden de artsen betaald voor de geleverde medische prestaties, maar achteraf (drie jaar na datum) gebeurt er een afrekening: indien de honoraria per ziekenhuisopname per pathologiegroep méér dan 10% hoger zijn dan de nationaal gemiddelde honoraria voor die pathologiegroep, wordt het verschil teruggevorderd via het ziekenhuis.

In een eerste fase van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering worden de referentiebedragen dan ook opgenomen in het nieuwe systeem van het GPBO door middel van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg (hierna: wet van 19 juli 2018). De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft in de parlementaire werkzaamheden bij de wet van 19 juli 2018 de doelstelling die ze met de hervorming van de financiering wil bereiken als volgt geschetst:

“De bestaande verschillen op het vlak van de medische praktijk leiden ertoe dat er ook verschillen bestaan in het optreden van de openbare instanties. Op geen enkele manier kan de minister het blijven rechtvaardigen dat de ziekteverzekering verschillende financiële tegemoetkomingen toekent aan patiënten die identieke zorg behoeven.

Bij uitvoering van het voorontwerp van wet zal de overheid in de financiering geen rekening meer houden met de feitelijk uitgevoerde prestaties. Door de ziekenhuisverblijven van patiënten die een goed te standaardiseren traject kunnen volgen te vergoeden met een vooraf afgesproken bedrag, neemt de overheid de financiële prikkel weg om onnodige prestaties uit te voeren. De minister gaat ervan uit dat de nieuwe financiering ervoor zal zorgen dat de zorgverleners de zorg die ze verlenen kritisch zullen bekijken, vergelijken met de gangbare praktijk in België, beter op elkaar zullen afstemmen, en meer dan vroeger multidisciplinair zullen bespreken. Alle prestaties zullen immers samen worden vergoed, door middel van het globaal prospectief bedrag.

De minister zal de verschillen niet alleen ontmoedigen door te voorzien in een zelfde financiering voor elke patiëntengroep, maar de financiering ook transparanter maken: ‘gelijke prijs voor gelijke prestatie’”.

3.3. Op 1 januari 2019 is de wet van 19 juli 2018 in werking getreden. De laagvariabele zorg die erin geregeld wordt, heeft betrekking op een ziekenhuisverblijf tijdens hetwelke standaardiseerbare, weinig complexe zorg wordt verleend. De toegediende zorg kenmerkt zich doordat ze goed voorspelbaar

is en weinig verschilt tussen patiënten onderling. Dit wordt in de parlementaire voorbereidingen als volgt verduidelijkt:

“De financiering met een vast bedrag heeft louter betrekking op de patiëntengroep die laagvariabele zorg behoeven. Het betreft hier de traditionele ziekenhuisopnames en voor sommige patiëntengroepen ook de dagziekenhuisverblijven. Zodra ernstige en objectiveerbare factoren worden vastgesteld die het zorgtraject minder voorspelbaar maken, zal de patiënt echter niet worden opgenomen in de patiëntengroep die laagvariabele zorg behoeft. De patiënten met een hoge ernstgraad, dat wil zeggen de patiënt met ernstgraad 3 en 4, vallen immers niet binnen de financiering van de laagvariabele zorg omdat de zorg waar zij nood aan hebben, minder voorspelbaar is. Voor die patiënten blijft de financiering middels individuele facturatie van de prestaties van toepassing”.

Het GPBO omvat de tegemoetkoming van de geneeskundige verstrekkingen zoals bedoeld in artikel 34 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (hierna: ZIV-wet), de bedragen die zijn vastgesteld in de overeenkomsten met de verplegingsinrichting zoals bedoeld in artikel 46 van deze wet alsook het “Budget van Financiële Middelen” zoals bedoeld in artikel 95 ervan. Voor de financiering van de behandelingen van patiënten die laagvariabele zorg behoeven, wordt de prijs vooraf vastgelegd en is deze onafhankelijk van het reële zorgproces voor de individuele patiënt. Het bedrag varieert afhankelijk van de redenen voor de opname (pathologie) en van de aard van de behandeling, maar is in elk ziekenhuis dezelfde.

3.4. Het systeem van het GPBO wordt stapsgewijs ingevoerd in verschillende fasen:

- de eerste en tweede fase betreffen de bundeling van de honoraria waarvan de toepassing is ingevoerd bij de wet van 19 juli 2018;
- de derde fase heeft betrekking op andere financieringsstromen (geneesmiddelen, budget van financiële middelen, ...);
- de vierde fase heeft betrekking op de identificatie praktijkkosten honoraria;
- de laatste fase heeft betrekking op de integratie van zorg buiten het ziekenhuis.

Dit wordt als volgt ook bevestigd in de parlementaire voorbereidingen van de wet van 19 juli 2018:

“[...] Dit prospectief systeem zal echter stapsgewijs worden ingevoerd. In een eerste fase beperkt dit prospectief systeem zich tot de honoraria: de zorgverstrekkers worden voor hun prestaties niet meer afzonderlijk per prestatie betaald, maar ze krijgen een bedrag van het geheel van de prestaties voor een bepaalde aandoening, onafhankelijk van de reële verleende zorg. Het globaal prospectief bedrag per opname kan niet worden gecumuleerd met de honoraria voor de bedoelde verstrekkingen en dekt alle kosten die rechtstreeks of onrechtstreeks verbonden zijn aan de uitvoering van de bedoelde verstrekkingen, behoudens uitzonderingen voorzien door of krachtens de wet. In de volgende fases zullen ook de tegemoetkomingen voor andere geneeskundige verstrekkingen, de bedragen die zijn voorzien in de Nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen en het budget financiële middelen worden opgenomen in het globaal prospectief bedrag. Het deel van het globaal prospectief bedrag dat de honoraria vertegenwoordigt, blijft eigendom van de zorgverstrekkers en wordt verder verdeeld volgens de vergoedingsstelsels die van toepassing zijn in het ziekenhuis”.

3.5. Het koninklijk besluit van 2 december 2018 “tot uitvoering van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg” stelt onder andere de lijst van patiëntengroepen vast waarvoor het GPBO wordt toegepast en de wijze van berekening ervan.

Zo bepaalt artikel 6 van de wet van 19 juli 2018 dat de lijst van patiëntengroepen waarvoor het GPBO wordt toegepast, zal worden vastgesteld door de Koning. Op die manier kan er sneller rekening worden gehouden met evoluties in de medische praktijkvoering.

Dit besluit vormt bijgevolg de eerste stap van de uitwerking van de wet van 19 juli 2018.

3.6. Het ontwerpbesluit wordt besproken tijdens de vergadering van de Commissie voor begrotingscontrole binnen het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (hierna: RIZIV) van 11 april 2018.

Op 11 april 2018 wordt een nota opgesteld over het ontwerp van koninklijk besluit betreffende de gebundelde financiering van de ziekenhuisactiviteiten door het Verzekeringscomité binnen de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

Het ontwerp van koninklijk besluit wordt besproken op de vergadering van het Verzekeringscomité van 16 april 2018.

Op 10 september 2018 wordt een nieuwe nota opgesteld met betrekking tot het aangepast ontwerp van koninklijk besluit betreffende de gebundelde financiering van de ziekenhuisactiviteiten door het Verzekeringscomité.

Het gewijzigde ontwerp wordt besproken op de vergadering van het Verzekeringscomité van 10 september 2018.

Het Interfederaal Korps van de Inspectie van Financiën heeft op 11 oktober 2018 een advies uitgebracht over het ontwerp van koninklijk besluit.

De regelgevingsimpactanalyse over het ontwerp van koninklijk besluit wordt afgesloten op 18 oktober 2018.

3.7. Het ontwerp wordt op 12 november 2018 voor advies voorgelegd aan de afdeling wetgeving van de Raad van State.

Met een bericht van 19 november 2018 heeft de bevoegde Kamervoorzitter aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid meegedeeld dat het niet mogelijk was om binnen de dertig kalenderdagen een advies af te leveren. De adviesaanvraag zou bij het verstrijken van de termijn van 30 dagen van de rol afgevoerd worden, hetgeen gebeurde op 12 december 2018.

3.8. Het koninklijk besluit tot uitvoering van de wet van 19 juli 2018 wordt aangenomen op 2 december 2018 en is verschenen in het Belgisch Staatsblad van 18 december 2018.

Dit is het bestreden besluit.

3.9. Op 31 december 2018 maakt het RIZIV in het Belgisch Staatsblad het GPBO in een ziekenhuis voor het jaar 2019 bekend voor elke patiëntengroep. In de loop van januari 2019 publiceert het RIZIV op zijn website de verdeling van het GPBO per patiëntengroep tussen de verschillende geneeskundige verstrekkingen. Daarnaast maakt het ook een informatieve tabel bekend met een gedetailleerde verdeling voor elke patiëntengroep van het bedrag per geneeskundige verstrekking tussen de N-groepen. Nadien wordt nog een aangepaste informatieve tabel bekendgemaakt op de website van het RIZIV met een gedetailleerde verdeling voor elke patiëntengroep van het bedrag per geneeskundige verstrekking tussen de verschillende geneesheer-specialisten.

Bij e-mailbericht van 14 februari 2019 deelt het RIZIV aan de leden van de Commissie Informatieverwerking mee:

“Er wordt formeel bevestigd dat, zowel volgens de wetgeving als volgens de RIZIV omzendbrief ZH 2018-10 van 17 december 2018, het eveneens is toegestaan om de uitgevoerde prestaties van een opname aan de uitvoerende, behandelende artsen te verdelen volgens de waarde van de nomenclatuur alsof deze zou gefactureerd worden op de tot eind 2018 gebruikelijke wijze. Eventuele verschillen met het globaal prospectief bedrag kunnen dan verdeeld worden volgens vast te leggen spelregels door de instantie die de centrale inning organiseert, rekening houdend met het inningsreglement en de algemene regeling.

Dit geldt voor de volgende 2 situaties:

- Prestatie gedekt door globaal prospectief bedrag en ook effectief uitgevoerd tijdens het verblijf ‘laagvariabele zorg’
- Prestatie gedekt door globaal prospectief bedrag en niet uitgevoerd tijdens het verblijf ‘laagvariabele zorg’, maar er zijn verstrekkers binnen het ziekenhuis die de prestatie hadden kunnen verrichten

De zeldzame prestaties die gedekt zijn door het globaal prospectief bedrag en niet uitgevoerd zijn tijdens het verblijf ‘laagvariabele zorg’ en waarvoor er binnen het ziekenhuis geen aanwijsbare verstrekkers zijn die ze hadden kunnen verrichten (situatie 3), worden verdeeld op een manier die door de medische raad wordt afgesproken”.

Tegen deze vier mededelingen door het RIZIV worden beroepen tot nietigverklaring ingediend bij de Raad van State door, onder meer, dezelfde verzoekende partijen als in het voorliggend beroep. Deze zaken zijn bij de Raad gekend onder de nummers G/A. 227.529/VII-40.502, G/A. 227.530/VII-40.503 en G/A. 227.532/VII-40.504.

Het in het huidige beroep bestreden besluit wordt eveneens aangevochten in de zaken G/A. 227.427/VII-40.492 en G/A. 227.465-40.494.

IV. Rechtspleging

4. In het auditorsverslag wordt de verwerping van het beroep voorgesteld.

Naar luid van artikel 21, zevende lid, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State geldt ten aanzien van de verzoekende partij een vermoeden van afstand van geding wanneer zij, na de kennisneming van het verslag van de auditeur waarin de verwerping of de onontvankelijkheid van het beroep wordt voorgesteld, geen verzoek tot voortzetting van de procedure indient binnen een termijn van dertig dagen die ingaat met de betekening van het verslag.

De tweede, zesde, negende en tiende verzoekende partij hebben geen verzoek tot voortzetting van de procedure ingediend.

5. Het vermoeden van afstand van geding in hoofde van de tweede, zesde, negende en tiende verzoekende partij is te dezen van toepassing.

V. Onderzoek van de middelen

A. Eerste middel

Standpunten van de partijen

6. In het eerste middel roepen de verzoekende partijen de schending in van de artikelen 31, 32 en 100, samengelezen met artikel 102,2°, a) tot en met e) van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen (hierna: ziekenhuiswet) en van het zorgvuldigheidsbeginsel.

Eerste onderdeel

7. In een eerste onderdeel voeren de verzoekende partijen aan dat de artikelen 31 en 32 van de ziekenhuiswet werden geschonden doordat het advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (hierna: FRZV) niet werd ingewonnen omtrent het ontwerp van het bestreden besluit. Volgens de verzoekende partijen is de regering er overeenkomstig de artikelen 31 en 32 van de ziekenhuiswet toe gehouden om, vooraleer koninklijke besluiten uit te vaardigen die betrekking hebben op de financiering van ziekenhuizen, het advies van de FRZV in te winnen. Artikel 32 van de ziekenhuiswet verwijst daarbij uitdrukkelijk naar artikel 100. Met het te dezen bestreden besluit wordt uitvoering gegeven aan de wet van 19 juli 2018. Deze wet wijkt volgens haar artikel 3 af van hoofdstuk VI van Titel III, van de ziekenhuiswet, dat betrekking heeft op de financiering van de ziekenhuizen en waarvan voormeld artikel 100 deel uitmaakt. Het bestreden besluit heeft volgens de verzoekende partijen dan ook evenzeer betrekking op de financiering van de ziekenhuizen. Artikel 3 van de wet van 19 juli 2018 bepaalt dat zowel de tegemoetkomingen voor geneeskundige verstrekkingen als het budget van financiële middelen zijn opgenomen in het GPBO en dat het GPBO alle kosten dekt die rechtstreeks of onrechtstreeks verbonden zijn aan de opname in een ziekenhuis en de uitvoering van geneeskundige verstrekkingen. Het bestreden besluit dat onder meer bepaalt voor welke patiëntengroepen het GPBO geldt en de

omvang van het bedrag determineert door te bepalen welke verstrekkingen uitgesloten zijn van het prospectief bedrag en hoe het wordt berekend, heeft bijgevolg eveneens betrekking op de financiering van de ziekenhuizen. Volgens de verzoekende partijen heeft het te dezen bestreden besluit ook betrekking op artikel 100 van de ziekenhuiswet en diende het ontwerp voor advies te worden voorgelegd aan de FRZV. Anderzijds bepaalt artikel 32 uitdrukkelijk dat de FRZV in het algemeen advies dient te verschaffen over alle problemen die zich in het kader van de ziekenhuiswet stellen met betrekking tot de financiering van de ziekenhuizen, en het bestreden besluit heeft volgens de verzoekende partijen in ieder geval betrekking op de financiering van de ziekenhuizen.

Daarnaast vormen de artsenhonoraria via de daarop toegepaste afhoudingen eveneens een belangrijke financieringsbron voor de ziekenhuizen. Middels het GPBO worden voor die patiëntengroepen waarop het van toepassing is de artsenhonoraria bepaald die aangerekend kunnen worden. Aangezien op die artsenhonoraria afhoudingen worden toegepast voor de financiering van de ziekenhuizen, beïnvloedt de bestreden beslissing ook op dat vlak deze financiering.

Tot slot wijzen de verzoekende partijen erop dat de verwerende partij met betrekking tot het ter beschikking stellen van een ondersteuningsbudget voor de ziekenhuizen in het kader van de financiering van laagvariabele zorg wel advies heeft gevraagd aan de FRZV. Hieruit leiden zij af dat de verwerende partij aldus erkend heeft dat de materie van de laagvariabele zorg tot de adviesbevoegdheid van de FRZV behoort. In haar advies heeft de FRZV ook vermeld dat het systeem van laagvariabele zorg zowel de financiering als de organisatie van de ziekenhuizen complex maakt. Hieruit leiden de verzoekende partijen opnieuw af dat ook de FRZV van oordeel is dat het systeem van forfaits in de laagvariabele zorg betrekking heeft op de financiering van ziekenhuizen.

Tweede onderdeel

8. In een tweede onderdeel voeren de verzoekende partijen aan dat het advies van de Nationale Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen (hierna: NPC) niet werd ingewonnen.

Zij verwijzen hiervoor naar artikel 100 van de ziekenhuiswet dat bepaalt dat het budget van financiële middelen ook kosten kan dekken die verband houden met de in artikel 102, 2°, a) tot e) van dezelfde wet bedoelde verstrekkingen. Dergelijke kosten die werden gedekt door het budget van financiële middelen zullen nu gedekt worden door het GPBO. Om dezelfde kosten verbonden aan verstrekkingen die door het budget van financiële middelen werden gedekt, op te nemen in het GPBO, had volgens de verzoekende partijen overeenkomstig artikel 100 van de ziekenhuiswet dan ook het advies moeten worden gevraagd van de Nationale Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen.

Derde onderdeel

9. De verzoekende partijen verwijzen opnieuw naar het advies van de FRZV van 20 juni 2018 waarin deze had aangegeven dat het systeem van forfaits laagvariabele zorg zowel de financiering als de organisatie zelf van alle ziekenhuizenodeloos complex maakt. Aangezien volgens de verzoekende partijen hieruit blijkt dat het systeem van laagvariabele zorg betrekking heeft op de financiering van de ziekenhuizen, had de verwerende partij de bestreden beslissing voor advies moeten voorleggen aan de FRZV en het NPC geneesheren-ziekenhuizen om voldoende geïnformeerd te zijn. Door dit niet te doen zou de verwerende partij niet alle relevante elementen hebben verzameld om met kennis van zaken een beslissing te kunnen nemen, zodat zij het zorgvuldigheidsbeginsel zou hebben geschonden.

10. In hun memorie van wederantwoord voegen de verzoekende partijen nog toe dat de artikelen 100 en 102 van de ziekenhuiswet de

adviesverplichting niet enkel opleggen wanneer het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen zou worden gewijzigd maar veel algemener wanneer een besluit betrekking heeft op kosten die al door het budget worden voorzien. Aangezien het GPBO alle kosten dekt die rechtstreeks of onrechtstreeks verbonden zijn met de opname in een ziekenhuis zullen kosten verbonden aan de verstrekkingen die door het budget van financiële middelen worden gedekt, nu opgenomen worden in het GPBO. Overeenkomstig artikel 100 had dan ook een advies moeten worden gevraagd aan de NPC - zoals ook aangegeven bij het tweede onderdeel.

In replik op de memorie van antwoord voegen de verzoekende partijen wat het derde onderdeel betreft nog toe dat het bestaan van een verslag van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en een overleg met de stakeholders niet inhoudt dat de verwerende partij zorgvuldig handelde.

Beoordeling

11. Hoewel het GPBO op termijn zowel de tegemoetkomingen voor de geneeskundige verstrekkingen, als de bedragen die zijn vastgesteld in de Nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen als het budget van financiële middelen zal omvatten, is het in een eerste fase beperkt tot een bundeling van de honoraria voor geneeskundige verstrekkingen als bedoeld in artikel 34 ZIV-wet (met uitzondering van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 4°bis, 5°, b) tot e), 6° en 20°). Artikel 15 van de wet van 19 juli 2018 bepaalt in dit verband:

“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”.

Met het bestreden besluit wordt uitvoering gegeven aan deze eerste fase.

In uitvoering van artikel 5 van de wet van 19 juli 2018 dient de Koning bij een besluit nog de nadere regels vast te stellen volgens dewelke het budget financiële middelen wordt opgenomen in het GPBO. Dit is vooralsnog niet gebeurd. Het bestreden besluit heeft bijgevolg slechts betrekking op de bundeling van de honoraria voor geneeskundige verstrekkingen en niet op het budget van financiële middelen.

Eerste onderdeel

12. De artikelen 31 en 32 van de ziekenhuiswet betreffen de oprichting van de FRZV en omschrijven zijn opdracht.

Artikel 32, zoals van toepassing bij de totstandkoming van het bestreden besluit, luidt:

“De Raad heeft, benevens de adviezen voorzien in de artikelen 5, 6, 36, 38, 40, 41, 52, 53, 54, 57, 61, 63, 85, 96, 100, 105, 108, 109, 113 en 124 als opdracht advies uit te brengen over alle problemen inzake de programmatie van ziekenhuisvoorzieningen en inzake de toepassing van de programmatie met betrekking tot de ziekenhuizen waaromtrent de federale overheid beslissingsbevoegdheid heeft, alsook advies uit te brengen over alle problemen die zich in het kader van deze gecoördineerde wet stellen met betrekking tot de financiering van de ziekenhuizen. De Raad adviseert omtrent de kostprijs-elementen voor de zorgprogramma's”.

De adviesverplichtingen die voortvloeien uit het voormelde artikel 32 van de ziekenhuiswet zijn van toepassing met betrekking tot besluitvorming die haar grondslag vindt in de voormelde ziekenhuiswet. Het bestreden besluit vindt luidens de aanhef rechtsgrond in de wet van 19 juli 2018. Het geeft uitvoering aan de artikelen 4, 6, 7 en 8 van deze wet. Het besluit vindt geen rechtsgrond in de ziekenhuiswet en is bijgevolg ook niet onderworpen aan de adviesverplichtingen die uit die wet voortvloeien. De verzoekende partijen duiden ook niet aan welke bepaling uit de ziekenhuiswet de vermeende materiële

rechtsgrond zou vormen voor het bestreden besluit, laat staan dat er een specifieke adviesverplichting voor de FRZV zou zijn voorzien in die materiële rechtsgrond.

Waar de verzoekende partijen in hun verzoekschrift verwijzen naar artikel 100 van de ziekenhuiswet, dat handelt over de kosten die worden gedekt door het budget van financiële middelen, moet worden opgemerkt dat het bestreden besluit, geen betrekking heeft op dat budget. Hoe de ziekenhuizen middels de integratie van het budget van financiële middelen in het GPBO zullen worden gefinancierd voor de opnames die vallen onder de laagvariabele ziekenhuiszorg, zal het voorwerp uitmaken van toekomstige regelgeving. Het bestreden besluit heeft geen betrekking op Hoofdstuk VI van de ziekenhuiswet. De uiteenzetting van de verzoekende partijen over artikel 100 van de ziekenhuiswet is te dezen dan ook niet relevant.

De verzoekende partijen kunnen niet worden gevolgd in hun argumentatie dat artikel 32 van de ziekenhuiswet in een algemene adviesverplichting voor de FRZV voorziet omtrent alle problemen inzake programmatie en financiering van ziekenhuizen, ongeacht of het betrokken besluit rechtsgrond vindt in de ziekenhuiswet en ongeacht of er in de bijzondere rechtsgrond van het betrokken besluit in een adviesverplichting is voorzien. Zij gaan er immers aan voorbij dat voormeld artikel 32 de adviesbevoegdheid van de FRZV voor wat betreft problemen die zich stellen inzake financiering van de ziekenhuizen in ieder geval beperkt tot de problemen die zich stellen “in het kader van deze gecoördineerde wet”, namelijk de ziekenhuiswet. De verzoekende partijen kunnen ter ondersteuning van hun stelling niet dienstig verwijzen naar de door hen vermelde arresten van de Raad van State. In die arresten heeft de Raad van State weliswaar telkens een middel gegrond bevonden dat betrekking had op een gebrek aan adviesvraag aan de FRZV, maar in beide zaken gaat het om een bestreden koninklijk besluit inzake de vaststelling van normen voor erkenning dat telkens zijn rechtsgrond vindt in de ziekenhuiswet zelf, dit in tegenstelling tot het te dezen bestreden besluit. Bovendien is er in de bijzondere rechtsgrond-bepalingen van de beide bestreden besluiten waarop de vermelde

arresten betrekking hebben uitdrukkelijk voorzien in een adviesverplichting voor de FRZV, wat te dezen niet het geval is.

Wat betreft de verwijzing door de verzoekende partijen naar de financiële schikkingen tussen artsen en ziekenhuizen inzake de artsenhonoraria om aan te tonen dat het bestreden besluit toch betrekking zou hebben op de financiering van de ziekenhuizen, stelt de Raad vast dat de mogelijke aanwending van een deel van de artsenhonoraria voor de dekking van bepaalde kosten veroorzaakt door medische prestaties in het ziekenhuis wordt geregeld in artikel 155 van de ziekenhuiswet. Artikel 155 van de ziekenhuiswet heeft echter evenmin betrekking op het budget van financiële middelen. De mogelijke afhoudingen op artsenhonoraria zijn niet te beschouwen als “Financiering van ziekenhuizen” zoals bedoeld in Titel III “Programmatie, financiering en erkenning van ziekenhuizen”, Hoofdstuk VI “Financiering van de werkingskosten” van de ziekenhuiswet. Deze mogelijkheid van afhoudingen op de honoraria vloeit niet voort uit de wet van 19 juli 2018, laat staan uit het bestreden besluit. De wet van 19 juli 2018 houdt ook geen enkele afwijking in ten aanzien van voormeld artikel 155 van de ziekenhuiswet. Of een bepaalde verstrekking opgenomen is in het GPBO of niet, brengt geen enkele wijziging mee in de eventuele regeling die in toepassing van artikel 155 van de ziekenhuiswet is uitgewerkt met betrekking tot de inhoudingen op erelonen. Zowel op de uitbetaling van de honoraria in het kader van het GPBO als op de honoraria die worden uitbetaald buiten het GPBO zal deze regeling onverkort van toepassing zijn.

Bijgevolg kunnen de verzoekende partijen niet worden gevolgd waar zij stellen dat het bestreden besluit om deze reden een deel van de financiering van de ziekenhuizen regelt en op die grond onderworpen diende te worden aan een adviesverplichting voor de FRZV.

Tot slot blijkt uit het advies van de FRZV van 20 juni 2018 met betrekking tot het toekennen van een ondersteuningsbudget aan de ziekenhuizen voor de implementatie van de nieuwe financiering van de laagvariabele zorg niet dat de FRZV van oordeel zou geweest zijn dat het te dezen bestreden besluit

betrekking heeft op de financiering van de ziekenhuizen in het kader van de ziekenhuiswet. Het ondersteuningsbudget zou worden toegekend om de kosten te dekken die de ziekenhuizen dienen te maken voor de implementatie van het nieuwe systeem van vergoeding van de laagvariabele zorg. Het gaat om een “suigeneris” financiering waaromtrent de FRZV uitdrukkelijk adviseert om deze in de toekomst op te nemen in het nog vast te stellen koninklijk besluit inzake het budget van financiële middelen als een structurele financiering. Deze mogelijke financiering wordt niet geregeld in het bestreden besluit.

Het bestreden koninklijk besluit is wel onderworpen aan de adviesverplichtingen die vermeld worden in de artikelen van de wet van 19 juli 2018 die tot rechtsgrond strekken voor het bestreden besluit. Artikel 6 van deze wet bepaalt dat de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van het Verzekeringscomité, de lijst vaststelt van de patiëntengroepen waarvoor het GPBO wordt toegepast. Artikel 7 van de voormelde wet bepaalt dat de Koning, na overleg in de Ministerraad en na advies van het Verzekeringscomité, de nadere regels vaststelt betreffende de berekening en de facturatie van het GPBO. Alvorens het bestreden koninklijk besluit uit te vaardigen, diende dan ook het advies van het Verzekeringscomité te worden gevraagd. Deze adviesverplichting vormt het voorwerp van de grief uiteengezet in het tweede onderdeel van het middel.

Het eerste onderdeel van het middel is niet gegrond.

Tweede onderdeel

13. Zoals de verwerende partij terecht stelt, voorziet artikel 100 van de ziekenhuiswet in een adviesverplichting voor de NPC wanneer een wijziging wordt aangebracht aan het budget van financiële middelen met betrekking tot de kosten die verband houden met de in artikel 102, 2°, a) tot en met e) van de ziekenhuiswet bedoelde verstrekkingen. Aangezien het te dezen bestreden besluit geen betrekking heeft op het budget van financiële middelen - dat nog niet geïntegreerd is in het GPBO - houdt het ook geen wijziging in van het budget van

financiële middelen met betrekking tot de kosten die verband houden met de in voormeld artikel 102 van de ziekenhuiswet bedoelde verstrekkingen. Bijgevolg bestond er evenmin een verplichting om advies te vragen aan de NPC omtrent het bestreden besluit.

Het tweede onderdeel is niet gegrond.

Derde onderdeel

14. De verzoekende partijen zijn van mening dat het niet vragen van de vermeend wettelijk verplichte adviezen meteen ook een schending inhoudt van de plicht om de bestreden beslissing op zorgvuldige wijze voor te bereiden. Uit de bespreking van het eerste en het tweede onderdeel is gebleken dat er geen wettelijke verplichting was die de verwerende partij ertoe noopte om het bestreden besluit voor advies voor te leggen aan de FRZV of de NPC. Bijgevolg wordt er op die grond geen schending van de zorgvuldigheidsplicht aangetoond.

Er valt niet in te zien hoe een zorgvuldige voorbereiding van de bestreden beslissing de verwerende partij ertoe zou verplichten om andere adviesorganen te consulteren dan diegene die de wetgever noodzakelijk heeft geacht. De wettelijk opgelegde adviesverplichting zorgt juist voor een zorgvuldige voorbereiding van een beslissing door het inwinnen van alle nodig geachte elementen. Door de wettelijk opgelegde adviezen in te winnen, kan dan ook geacht worden voldaan te zijn aan de zorgvuldigheidsplicht in zoverre deze de verplichting inhoudt om zich te laten adviseren bij de voorbereiding van een besluit.

Er wordt geen schending van de zorgvuldigheidsplicht aangetoond.

Het derde onderdeel is niet gegrond.

Het eerste middel is niet gegrond.

B. Tweede middel

Standpunten van de partijen

15. De verzoekende partijen voeren in het tweede middel de schending aan van de artikelen 6 en 7 van de wet van 19 juli 2018 en van het zorgvuldigheidsbeginsel.

Zij betogen dat op grond van de geschonden geachte bepalingen de verwerende partij het Verzekeringscomité om advies dient te vragen voor het vaststellen van de lijst van patiëntengroepen waarvoor het GPBO wordt toegepast en voor het vaststellen van de nadere regels betreffende de berekening en de facturatie ervan. Volgens de verzoekende partijen werd het ontwerp van besluit, hoewel het Verzekeringscomité tweemaal om advies werd gevraagd, nadien nog substantieel gewijzigd. Artikel 2 van het ontwerp werd immers nog uitgebreid met een aantal verstrekkingen die niet gedekt worden door het GPBO. De finale versie van de tekst had volgens de verzoekende partijen dan ook opnieuw voor advies moeten worden voorgelegd, temeer daar de verwerende partij een eerste belangrijke wijziging wel voor advies had voorgelegd. De verwerende partij zou zich onvoldoende geïnformeerd hebben om met kennis van zaken een beslissing te nemen.

16. De verwerende partij merkt vooreerst op dat de verzoekende partijen niet beschikken over het vereiste belang bij hun middel aangezien zij zich niet kunnen verzoenen met het invoeren van de gebundelde financiering van de laagvariabele zorg en de forfaitarisering van de geneeskundige verstrekkingen. De bepalingen die niet opnieuw voor advies werden voorgelegd aan het Verzekeringscomité zorgen precies voor een uitsluiting van een reeks geneeskundige verstrekkingen uit het systeem. Een eventuele nietigverklaring op grond van dit middel kan er dan ook enkel toe leiden dat de betrokken verstrekkingen niet langer zouden uitgesloten worden van de dekking door het GPBO.

Daarnaast merkt de verwerende partij op dat de ingeroepen bepalingen geen verplichting inhouden om het ontwerp van koninklijk besluit zelf voor te leggen aan het Verzekeringscomité. Dit comité moet enkel betrokken worden bij de totstandkoming van de koninklijke besluiten die worden genomen in uitvoering van de artikelen 6 en 7 van de wet van 19 juli 2018. Ter vergelijking verwijst de verwerende partij naar artikel 3 van de gecoördineerde wetten op de Raad van State van 12 januari 1973 dat bepaalt dat ontwerpen van reglementaire besluiten worden voorgelegd aan de afdeling wetgeving van de Raad van State. De verwijzing door de verzoekende partijen naar arrest nr. 132.004 van 3 juni 2004 zou niet relevant zijn aangezien de Raad bevestigt dat het advies van een adviesverlenende instantie slechts opnieuw ingewonnen moet worden wanneer er na het advies substantiële wijzingen worden aangebracht aan het voorgelegde ontwerp, wat hier niet het geval is. De loutere uitsluiting van tien geneeskundige verstrekkingen van de dekking van het GPBO op een totaal van 100 verstrekkingen in 57 patiëntengroepen, kan volgens de verwerende partij niet als een substantiële wijziging worden beschouwd. Bovendien komen de uitsluitingen inzake dialyseverstrekkingen tegemoet aan de opmerkingen die werden gemaakt door het Verzekeringscomité.

17. In repliek op de exceptie van onontvankelijkheid van het middel stellen de verzoekende partijen dat zij wel degelijk over het vereiste belang beschikken bij dit middel aangezien iedere wijziging aan het systeem, of dit nu een toevoeging in of een uitsluiting uit het systeem is, een invloed heeft op de berekening van het GPBO en dus op de situatie van de verzoekende partijen. Om dezelfde reden dient het ontwerp ook opnieuw voor advies aan het Verzekeringscomité te worden voorgelegd als een verstrekking wordt uitgesloten uit het GPBO. Voor een eerdere wijziging waarbij bijkomende verstrekkingen werden uitgesloten van het GPBO heeft de verwerende partij het trouwens wel noodzakelijk geacht om het ontwerp opnieuw voor advies voor te leggen aan het Verzekeringscomité.

Zij wijzen er ook op dat het besluit niet alleen betrekking heeft op het vaststellen van de lijst van patiëntengroepen waarvoor het GPBO wordt toegepast maar ook op de berekening en de facturatie van het GPBO.

Beoordeling

18. Aangezien, zoals hierna zal blijken, het middel niet gegrond wordt bevonden, hoeft de exceptie van belang niet te worden onderzocht.

Artikel 4 van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg luidt:

“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”.

Artikel 6 van de voormelde wet luidt:

“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”.

Artikel 7 van de voormelde wet luidt:

“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 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”.

Met de verzoekende partijen dient te worden vastgesteld dat op grond van de voormelde bepalingen advies diende te worden gevraagd aan het Verzekeringscomité alvorens het bestreden besluit te nemen waarbij de lijst van patiëntengroepen waarvoor het GPBO wordt toegepast, wordt vastgesteld en waarbij de nadere regels betreffende de berekening en de facturatie van het GPBO worden vastgesteld. Het Verzekeringscomité heeft een eerste ontwerp besproken in zijn vergadering van 16 april 2018 waarbij het een gunstig advies gaf ten aanzien van het koninklijk besluit, en heeft een aangepast ontwerp besproken in zijn vergadering van 10 september 2018, waarbij het opnieuw een gunstig advies gaf.

Uit de geschonden geachte wetsbepalingen volgt niet dat het ontwerp van het bestreden besluit voor advies diende te worden voorgelegd aan het Verzekeringscomité. Het is voldoende dat de adviesaanvraag de hoofdopties en de voorziene maatregelen bevat. De opmerking in de laatste memorie van de verzoekende partijen dat zij het niet eens zijn met deze stelling wordt door hen niet onderbouwd. Het volstaat in dat verband niet om erop te wijzen dat de ontwerptekst wel tweemaal voor advies werd voorgelegd.

Daarnaast heeft de vermeend belangrijke wijziging aan het ontwerp van koninklijk besluit, die volgens de verzoekende partijen aanleiding had moeten geven tot een nieuwe adviesvraag aan het Verzekeringscomité, betrekking op de uitbreiding van artikel 2 van het ontwerp. Dit artikel duidt de geneeskundige verstrekkingen aan die niet gedekt worden door het GPBO. De voormelde wet van 19 juli 2018 legt slechts een adviesverplichting van het Verzekeringscomité op wanneer de Koning de lijst van patiëntengroepen waarvoor het GPBO wordt toegepast en de nadere regels betreffende de berekening en de facturatie van het GPBO, vaststelt (artikelen 6 en 7 van de wet van 19 juli 2018). Artikel 4 van de wet van 19 juli 2018, dat de rechtsgrond vormt voor het bestreden besluit voor zover daarin de geneeskundige verstrekkingen worden bepaald die niet worden gedekt door het GPBO, voorziet niet in een adviesverplichting voor het Verzekeringscomité. Het besluit waarbij de Koning de geneeskundige verstrekkingen bepaalt die niet door het GPBO worden gedekt, wordt slechts onderworpen aan het vormvoorschrift van het overleg in Ministerraad. Bijgevolg valt ook niet in te zien waarom een wijziging aan de lijst met geneeskundige verstrekkingen die niet worden gedekt door het GPBO aanleiding diende te geven tot een nieuwe adviesaanvraag. De redenering van de verzoekende partijen dat de uitsluiting van een verstrekking uit het GPBO invloed heeft op de omvang van het GPBO en dus op de berekening van het GPBO, zodat elke wijziging aan de lijst van uitgesloten verstrekkingen toch voor advies zou moeten worden voorgelegd aan het Verzekeringscomité, gaat in tegen de duidelijke bewoordingen van artikel 4 van de voormelde wet. Mocht de wetgever van oordeel geweest zijn dat het Verzekeringscomité advies diende te geven omtrent de geneeskundige verstrekkingen die niet onder het GPBO zouden vallen omdat dit ook zijn invloed heeft op de berekening van het GPBO, dan zou een dergelijke adviesverplichting uitdrukkelijk in de wet moeten zijn voorgeschreven.

Het tweede middel is niet gegrond.

C. Derde middel

Standpunten van de partijen

19. De verzoekende partijen voeren in het derde middel de schending aan van de artikelen 35 en 38 van de wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen (hierna: wet van 10 mei 2015) en van het zorgvuldigheids- en het redelijkheidsbeginsel.

Zij zijn van oordeel dat artikel 3 van het bestreden besluit de basis legt voor een verkeerde verdeling van de GPBO's tussen de verschillende arts-specialisten. Overeenkomstig de in artikel 3 van het bestreden besluit opgenomen berekeningsmethode deelt het RIZIV aan de ziekenhuizen het deel van het GPBO mee dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van de ZIV-wet 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 van financiële middelen vertegenwoordigt. Het RIZIV deelt ook de verdeling mee tussen de verschillende geneeskundige verstrekkingen van het deel van het GPBO dat de tegemoetkoming voor geneeskundige verstrekkingen vertegenwoordigt. De verzoekende partijen wijzen erop dat het RIZIV de verdeelsleutel voor de honoraria berekent aan de hand van de berekeningsmethode die werd vastgelegd in artikel 3 van het bestreden besluit. Aan de hand van een voorbeeld omtrent een opname voor "carpal tunnel syndrome" zetten de verzoekende partijen uiteen dat de verdeling die door het RIZIV werd bekend gemaakt en die werd opgesteld op basis van de specialisatie van de prestatieverstrekker ertoe leidt dat arts-specialisten in bepaalde gevallen maar gedeeltelijk worden vergoed voor de door hen verrichte prestaties, dan wel niet vergoed worden of hun honoraria moeten delen met collegae die geen prestaties hebben verricht. Bovendien zouden bepaalde prestaties onmogelijk toegewezen kunnen worden aan een bepaalde arts-specialist zodat opnieuw artsen die geen prestatie hebben verricht, vergoed worden en artsen die wel een prestatie hebben verricht daarvoor niet vergoed worden. Dit is in strijd met artikel 35 van de wet van 10 mei 2015 dat bepaalt dat een arts recht heeft op honoraria of forfaitaire

bezoldigingen voor de door hem geleverde prestaties, en met artikel 38 van dezelfde wet dat bepaalt dat het voor beoefenaars van een zelfde tak van de geneeskunst verboden is om hun honoraria te verdelen, onder gelijk welke vorm, met uitzondering van de groepsgeneeskunde.

Het zou voor de verzoekende partijen pas met de bestreden beslissing duidelijk geworden zijn welke patiëntengroepen ressorteren onder de laagvariabele zorg, welke verstrekkingen worden uitgesloten en op welke wijze het GPBO wordt berekend. Hun kritiek zou dan ook enkel betrekking hebben op de concrete uitvoeringswijze van het systeem van de laagvariabele zorg en niet op de wet van 19 juli 2018 zelf. De verplichte toepassing van de gedetailleerde verdeling van de honoraria tussen de arts-specialisten, die een loutere toepassing is van de in het bestreden besluit opgenomen berekeningsmethode, noemen zij een flagrante schending van de artikelen 35 en 38 van de wet van 10 mei 2015. Het feit dat bepaalde artsen die prestaties verrichten, niet vergoed worden en bepaalde artsen die geen prestaties verrichten wel, zou dan ook volgen uit artikel 3 van het bestreden besluit en niet uit de berekeningswijze toegepast door het RIZIV. Het feit dat een arts geen zekerheid heeft of hij vergoed zal worden voor een prestatie zou ook blijken uit het feit dat het RIZIV de berekeningswijze al een paar keer heeft aangepast.

Ook wijzen de verzoekende partijen erop dat op basis van de verdeling die het RIZIV opstelde conform artikel 3 van het bestreden besluit, sommige nomenclatuurnummers niet kunnen worden toegewezen aan de arts-specialist die de verstrekking heeft uitgevoerd. Het gaat over prestaties van monitoring en beademing die door verschillende arts-specialisten kunnen aangerekend worden om het even waar in het ziekenhuis. Ook hier zullen artsen die geen prestatie verricht hebben misschien wel een honorarium ontvangen en artsen die wel een prestatie verricht hebben, niet.

Dat de bestreden beslissing en de daarin opgenomen berekeningsmethode van het GPBO ertoe leidt dat honoraria zullen worden

toegekend zonder dat prestaties werden verricht, wordt ook uitdrukkelijk bevestigd in de Omzendbrief van 17 december 2018.

De berekeningsmethode en de daarop gebaseerde verdeling gebeurt niet op basis van de reële verstrekker maar op basis van alle mogelijke specialiteiten en sub-specialiteiten die de verstrekkingen zouden uitvoeren. Het is die berekeningsmethode die er voor zorgt dat arts-specialisten prestaties zullen uitvoeren waarvoor ze niet vergoed worden of hun honoraria zullen moeten delen met andere arts-specialisten die geen prestaties hebben verleend, of waardoor arts-specialisten wel een honorarium ontvangen voor prestaties die ze niet hebben verricht. Dit getuigt niet van een zorgvuldige voorbereiding van de bestreden beslissing. Een zorgvuldige overheid zou een berekeningsmethode uitwerken die rekening houdt met de reële uitvoerder van de prestatie. De overheid heeft dan ook een onjuist gebruik gemaakt van haar beleidsvrijheid en schendt zodoende ook het redelijkheidsbeginsel.

20. De verwerende partij is van oordeel dat de kritiek die de verzoekende partijen aanvoeren in wezen gericht is tegen de wet van 19 juli 2018 en niet tegen het bestreden besluit. De wet van 19 juli 2018 is bovendien recenter en meer specifiek dan de wet van 10 mei 2015 zodat op grond van het beginsel “*lex specialis derogat lex generalis*” en het beginsel “*lex posterior derogat legi priori*” bij voorrang toepassing moet worden gemaakt van de wet van 19 juli 2018.

Zij stelt dat de vrijheid van de arts om zijn honorarium te bepalen reeds beperkt wordt door artikel 152 van de ziekenhuiswet waarin wordt vastgelegd hoe de honoraria moeten worden aangerekend voor gehospitaliseerde patiënten. Daarnaast meent de verwerende partij dat het honorarium van de arts op individueel niveau nog steeds vrij bepaald wordt.

De verwerende partij werpt eveneens tegen dat de sector van de verzoekende partijen wel degelijk op de hoogte was van de inhoud van het koninklijk besluit voorafgaand aan de publicatie in het Belgisch Staatsblad aangezien de verschillende stakeholders betrokken werden bij de totstandkoming

en de artsen via hun representatieve beroepsorganisatie vertegenwoordigd zijn binnen het Verzekeringscomité.

De kritiek met betrekking tot de vermeend laattijdige publicatie van de bedragen van het GPBO kan volgens haar niet worden betrokken op het bestreden besluit aangezien de berekening van de bedragen door de wet niet werd opgedragen aan de Koning maar aan het RIZIV. Hetzelfde geldt voor de kritiek met betrekking tot de verdeling van het GPBO tussen de verschillende groepen arts-specialisten die een ingreep kunnen uitvoeren.

Ook maken de verzoekende partijen volgens de verwerende partij abstractie van het systeem van forfaitarisering dat werd ingevoerd door de wet van 19 juli 2018. De samenstelling van het forfaitair bedrag houdt er rekening mee dat een ingreep door verschillende arts-specialisten wordt uitgevoerd. Het aandeel van elke soort verstrekkers van de ingreep werd opgenomen in het GPBO. Bijgevolg zal de verstrekker van de behandeling door het facturerende ziekenhuis worden vergoed voor de behandeling die werd uitgevoerd. Bepaalde ziekenhuizen die vaststelden dat de ingrepen maar door één specialist werden uitgevoerd, hebben een systeem van “pooling” georganiseerd om de honoraria toe te wijzen aan de verstrekker van de behandeling.

De verwerende partij is ook van mening dat de nieuwe regelgeving zorgvuldig werd voorbereid. Het Federaal Kenniscentrum heeft eerst een rapport opgesteld, er werd overleg gepleegd met de stakeholders en de adviezen van de verschillende adviesverlenende organen werd gevraagd. De regeling is ook niet onredelijk. Hoewel door het gebruik van het GPBO de betaling niet alleen gedaan wordt aan de reële verstrekker maar ook aan de specialisten die eveneens de verstrekkingen uitvoeren, steunt de evenredige verdeling van het bedrag op een berekening die rekening houdt met actuele gegevens en zorgt dit ervoor dat elke verstrekker over een periode van een jaar wel degelijk betaald wordt voor de verstrekkingen die hij heeft uitgevoerd.

21. In hun memorie van wederantwoord benadrukken de verzoekende partijen nog dat de berekening en de verdeling van het GPBO door het RIZIV slechts kon worden opgesteld nadat de berekeningsmethode was vastgelegd in het bestreden besluit. De berekening en de verdeling zijn maar een loutere toepassing van de berekeningsmethode vastgelegd in het bestreden besluit. Het feit dat de honoraria worden verdeeld waarbij artsen die prestaties verrichten niet vergoed worden en artsen die geen prestaties verrichten wel, is dan ook een gevolg van de berekeningsmethode die werd vastgelegd in het bestreden besluit en niet van de berekeningswijze door het RIZIV.

Zij betwisten ook dat zij reeds vóór de bekendmaking van de bestreden beslissing op de hoogte waren van de inhoud van de bestreden beslissing. Niet alle beroepsverenigingen of beroepsorganisaties van artsen werden immers betrokken bij de totstandkoming van het bestreden besluit, laat staan dat zij allemaal vertegenwoordigd zouden zijn in het Verzekeringscomité.

Voorts verduidelijken zij dat hun kritiek geen betrekking heeft op de vrije bepaling van het honorarium door de artsen. Zij stellen enkel dat de verplichte toepassing van de gedetailleerde verdeling tot een flagrante schending van de artikelen 35 en 38 van de wet van 10 mei 2015 leiden.

22. In hun laatste memorie verwijzen de verzoekende partijen naar arrest 15/2020 van het Grondwettelijk Hof met betrekking tot het annulatieberoep tegen de wet van 19 juli 2018, waarin het Hof onder meer heeft geoordeeld:

“B.3. Ter uitvoering van de bestreden wet bepaalt het koninklijk besluit van 2 december 2018 ‘tot uitvoering van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg’ (hierna : het koninklijk besluit van 2 december 2018) het toepassingsgebied van het GPBO (artikel 1, in samenhang gelezen met bijlage 1), de van het GPBO uitgesloten prestaties (artikel 2) en de berekening van het GPBO (artikelen 3 en 4).

[...]

B.6. [...]

Aangezien het toepassingsgebied van de financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg en derhalve de aanrekening van ziekenhuiszorgprestaties via het GPBO krachtens artikel 6 van de bestreden wet zijn beperkt tot de

patiëntengroepen die de Koning definieert en aanwijst, en aangezien, zoals in B.3 is vermeld, het koninklijk besluit van 2 december 2018 die patiëntengroepen heeft bepaald, dient de kritiek van de verzoekende partijen in wezen te worden beschouwd als een kritiek op het voormelde koninklijk besluit, waarvan het Hof de bestaanbaarheid met de Grondwet niet vermagna te gaan”.

Het feit dat het Grondwettelijk Hof expliciet bevestigd heeft dat de kritieken die ook hier door de verzoekende partijen worden opgeworpen niet vooral de wet van 19 juli 2018, maar wel vooral het thans bestreden uitvoeringsbesluit viseren, bevestigt volgens hen op zich duidelijk dat zij hun kritieken en middelen thans terecht tegen het bestreden besluit hebben geformuleerd en dat deze middelen wel degelijk tot de nietigverklaring van het bestreden besluit kunnen leiden. Het standpunt dat de kritieken van de verzoekende partijen gericht zouden zijn op de wet van 19 juli 2018, gaat volgens hen lijnrecht in tegen het standpunt van het Grondwettelijk Hof.

Dat de in het bestreden besluit opgenomen berekeningsmethode niet inhoudt dat artsen niet zouden worden vergoed voor de prestaties die zij leveren in het kader van de betreffende ziekenhuisopnames, is volgens de verzoekende partijen helemaal niet correct.

Dat de niet-vergoeding van artsen zich niet frequent zal voordoen is volgens hen niet ter zake dienend. Dat een arts al dan niet vergoed wordt en de frequentie waartegen de niet-vergoeding zich voordoet, doet niets af aan de schending van artikel 35 van de wet van 10 mei 2015. Van zodra er een bepaald financieringssysteem wordt toegelaten waaruit blijkt dat artsen niet steeds zullen vergoed worden voor prestaties die zij hebben verricht, staat een schending van artikel 35 van de wet van 10 mei 2015 vast.

Het is volgens de verzoekende partijen helemaal niet correct dat de gedetailleerde verdelingen meegedeeld door het RIZIV enkel ter informatie worden meegedeeld, als een mogelijke verdeling in de praktijk. Dit standpunt is volgens hen volledig in strijd met artikel 7 van de wet van 19 juli 2018.

Beoordeling

23. Het geschonden geachte artikel 35 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen luidt:

“Onverminderd de bepalingen van artikel 38, § 2, hebben de beoefenaars bedoeld in de artikelen 3, § 1, 4, 6, 63, 68/1 en 68/2, mits eerbiediging van de regelen van de plichtenleer, recht op honoraria of forfaitaire bezoldigingen voor de door hen geleverde prestaties.

Onverminderd de toepassing van bedragen welke eventueel zijn vastgesteld door of krachtens de wet of voorzien bij statuten of overeenkomsten waartoe de beoefenaars zijn toegetreden, bepalen deze vrij het bedrag van hun honoraria, onder voorbehoud van de bevoegdheid, in geval van betwisting, van de Orde waaronder zij ressorteren of van de rechtbanken.

Indien algemene criteria terzake zijn vastgesteld door de bevoegde nationale paritaire commissie, voorzien bij het koninklijk besluit nr. 47 van 24 oktober 1967, tot instelling van een nationale paritaire commissie geneesheren-ziekenhuizen en tot vaststelling van het statuut van de Nationale Paritaire Commissies voor andere beoefenaars van de geneeskunst of voor andere categorieën van inrichtingen, alsmede van de gewestelijke paritaire commissies, en algemeen bindend verklaard door de Koning, op grond van artikel 8 van dat besluit, moeten hogergenoemde statuten en overeenkomsten daarmee conform zijn”.

Het geschonden geachte artikel 38, §1, van dezelfde wet luidt:

“Is verboden onder beoefenaars van een zelfde tak van de geneeskunst, elke verdeling van honoraria onder gelijk welke vorm, behalve zo deze verdeling geschiedt in het kader van de organisatie van de groepsgeneeskunde of in geval er meerdere apothekers-titularissen verantwoordelijk zijn voor een apotheek of in het kader van een apotheek uitgebraat door een rechtspersoon”.

Artikel 3 van de wet van 19 juli 2018 bepaalt dat in afwijking van artikel 37, §§1 tot 14quinquies en §§20 en 21, en artikel 57 van de ZIV-wet een GPBO in een ziekenhuis wordt toegepast met betrekking tot de patiëntengroepen bedoeld in artikel 6 van de wet van 19 juli 2018. In hetzelfde artikel wordt bepaald dat het GPBO voor de bedoelde patiëntengroepen de uitvoering dekt van de in artikel 4 van dezelfde wet bedoelde geneeskundige verstrekkingen, zijnde de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Dat er aldus één voorafgaandelijk vastgesteld globaal forfaitair bedrag wordt toegekend ter vergoeding van de geneeskundige verstrekkingen voor een opname die onder dekking van het GPBO valt, onafhankelijk van de reëel verleende zorg, dat nadien moet worden verdeeld tussen de verschillende zorgverleners, volgt uit de wet van 19 juli 2018 zelf en niet uit het bestreden koninklijk besluit. Dat daarbij eventueel niet alle mogelijke prestaties die de zorgverleners stellen bij een ziekenhuisopname individueel per opname worden vergoed, of dat per opname prestaties vergoed worden die niet altijd worden gesteld, volgt eveneens uit de wet aangezien wordt gekozen voor één forfaitair bedrag dat identiek is voor alle laagvariabele ziekenhuisopnames binnen een zelfde patiëntengroep, ongeacht in welk ziekenhuis deze opname plaatsvindt en ongeacht welke prestaties worden uitgevoerd. In de memorie van toelichting bij artikel 3 en 4 van de voormelde wet wordt hieromtrent toegelicht:

“Voor de financiering van deze patiëntengroepen wordt de prijs vooraf vastgelegd en deze is onafhankelijk van het reële zorgproces voor de individuele patiënt”

en

“In een eerste fase beperkt dit prospectief systeem zich tot de honoraria: de zorgverstrekkers worden voor hun prestaties niet meer afzonderlijk per prestatie betaald, maar ze krijgen een bedrag voor het geheel van de prestaties voor een bepaalde aandoening, onafhankelijk van de reëel verleende zorg”.

Voor zover de vergoeding van de artsen voor de prestaties verricht in het kader van de betrokken ziekenhuisopnames middels een gebundeld forfaitair bedrag zou moeten worden beschouwd als een afwijking van voormeld artikel 35 van de wet van 10 mei 2015, volgt deze afwijking uit de voormelde wet van 19 juli 2018. De kritiek kan dan ook niet worden betrokken op het bestreden besluit en is om die reden niet ontvankelijk.

De beoordeling van het Grondwettelijk Hof in arrest nr. 15/2020, waarnaar in de laatste memorie wordt verwezen, berust op de volgende vaststelling:

“Uit de uiteenzetting van de door de verzoekende partijen aangevoerde middelen blijkt dat hun kritiek gericht is tegen het feit dat in het systeem van

een gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg, op de lijst van patiëntengroepen waarvoor het GPBO wordt toegepast, pasgeboren kinderen niet als een afzonderlijke patiëntengroep, in voorkomend geval rekening houdend met hun gezondheidstoestand, worden gedefinieerd”.

De gevolgtrekking die de verzoekende partijen uit de door hen geciteerde overweging afleiden faalt dan ook naar recht.

24. De in het bestreden besluit opgenomen berekeningsmethode, waarbij uitvoering wordt gegeven aan de wet van 19 juli 2018, houdt voorts niet in dat artsen niet worden vergoed voor de prestaties die ze leveren in het kader van de betreffende ziekenhuisopnames. Voor elke ziekenhuisopname in de betreffende patiëntengroep wordt immers in een totaal vergoedingsbedrag voorzien voor de prestaties die de artsen stellen. Dit vergoedingsbedrag werd berekend aan de hand van alle mogelijke verstrekkingen die in het refertejaar binnen de betrokken patiëntengroep werkelijk werden gesteld (met uitzondering van de uitgesloten verstrekkingen). Als GPBO werd een naar boven toe gecorrigeerd mediaanbedrag genomen. Dit vergoedingsbedrag wordt vervolgens bekendgemaakt, met aanduiding van het aandeel van elke geneeskundige verstrekking die door het GPBO wordt gedekt. Het bedrag werd dan ook berekend aan de hand van de werkelijke frequentie waarmee de verstrekkingen binnen een bepaalde patiëntengroep voorkwamen in het refertejaar. Het GPBO wordt vervolgens opnieuw evenredig verdeeld tussen de verschillende verstrekkingen aan de hand van de frequentie waarmee de verstrekkingen werkelijk werden gesteld in het refertejaar binnen een bepaalde patiëntengroep. Aangezien het mediaanbedrag werd genomen, zal voor sommige opnames een bedrag worden uitgekeerd dat soms hoger en soms lager ligt dan de werkelijk uitgevoerde prestaties. Door deze berekeningsmethode zullen in beginsel op jaarbasis gezien, alle prestaties werkelijk vergoed worden. De stelling van de verzoekende partijen dat artsen niet zullen worden vergoed voor prestaties die ze stellen, kan dan ook niet worden gevolgd, minstens zal dit zich niet frequent voordoen gelet op het gegeven dat het GPBO slechts wordt toegepast voor laagvariabele zorg in patiëntengroepen waarvoor de kosten die vereist zijn voor diagnostiek en behandeling van eenzelfde pathologiegroep vergelijkbaar zijn.

Het gaat om een prospectief bedrag. Dat wil zeggen dat het bedrag van de financiering vooraf per patiëntengroep is bepaald. In de parlementaire voorbereiding bij het wetsontwerp dat leidde tot de wet van 19 juli 2018 werd hieromtrent aangegeven dat dit systeem meer zekerheid biedt aan de ziekenhuizen en zorgverleners, die vooraf zullen weten waar ze aan toe zijn:

“Dankzij de nieuwe globale prospectieve financieringsregeling zullen de artsen altijd vooraf weten welk honorariumbedrag zij per patiënt zullen ontvangen. Dit zal het veel makkelijker maken om hun handelswijze af te stemmen op het nationale gemiddelde of de nationale mediaan”.

In tegenstelling tot wat de verzoekende partijen aanvoeren strijdt de gewraakte regeling dan ook niet met het verbod op het verdelen van het honorarium tussen beoefenaars van eenzelfde tak van de geneeskunst. Op jaarbasis gezien is het in beginsel niet zo dat artsen een honorarium krijgen voor verstrekkingen die ze niet hebben gesteld dan wel geen honorarium krijgen voor verstrekkingen die ze wel hebben gesteld. Bij de verdeling van het GPBO gaat het om het toewijzen van het aandeel van een bepaalde verstrekking binnen het GPBO aan de juiste verstrekker. Deze toewijzing gebeurt echter volgens de evenredige verdeling op jaarbasis van het GPBO in functie van de frequentie van voorkomen van de betreffende verstrekking in de patiëntengroep in het refertejaar. Er wordt dan ook geen schending van artikel 38 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen aangetoond.

Daarnaast blijkt uit het voorbeeld dat de verzoekende partijen uiteenzetten in hun verzoekschrift dat hun kritiek, naast een kritiek op het beginsel van de forfaitarisering, in essentie ook is gericht tegen de gedetailleerde verdeling van het honorarium per geneeskundige verstrekking tussen de verschillende arts-specialisten. Zij voeren geen kritiek aan tegen de berekeningsmethode op zich van het bedrag van het GPBO, noch tegen de verdeling van het GPBO tussen de geneeskundige verstrekkingen. Hun kritiek is immers dat de verdeling van het GPBO niet gebeurt op basis van de reële verstrekker maar op basis van alle mogelijke specialiteiten en sub-specialiteiten die de verstrekking zouden kunnen uitvoeren en dat hieruit volgt dat artsen niet vergoed worden voor de prestaties die

ze stellen, dan wel vergoed worden voor prestaties die ze niet hebben gesteld. Zij geven geen enkel voorbeeld van een geneeskundige verstrekking die ten onrechte niet zou worden vergoed, maar enkel van geneeskundige verstrekkingen die niet of niet volledig aan de reële uitvoerder zouden worden vergoed op basis van de door het RIZIV zuiver ter informatie meegedeelde gedetailleerde tabel.

Artikel 7, vierde lid, van de wet van 19 juli 2018 bepaalt dat het RIZIV aan de ziekenhuizen het deel van het GPBO meedeelt dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen, bedoeld in artikel 34 van de ZIV-wet, vertegenwoordigt en hen ook de gedetailleerde verdeling meedeelt tussen de verschillende geneeskundige verstrekkingen van het deel van het GPBO dat de tegemoetkoming voor geneeskundige verstrekkingen vertegenwoordigt. Deze verdeling van het GPBO tussen de verschillende geneeskundige verstrekkingen volgt uit de berekeningsmethode die wordt vastgelegd in artikel 3 van het bestreden besluit. Daarnaast heeft het RIZIV zuiver ter informatie een tabel meegedeeld waarbij de geneeskundige verstrekkingen opgenomen in het GPBO werden gekoppeld aan een N-groep. Bovendien werd deze tabel nadien aangepast en werd een verdere verdeling opgesteld tussen verschillende kwalificaties van zorgverleners.

Deze gedetailleerde verdeling werd echter enkel ter informatie meegedeeld als een mogelijke verdere verdeling in de praktijk, en de ziekenhuizen zijn niet verplicht de bedragen voor de geneeskundige verstrekkingen binnen het GPBO verder te verdelen tussen de zorgverleners zoals meegedeeld door het RIZIV in deze gedetailleerde indicatieve tabel. Zo kunnen de ziekenhuizen het bedrag van 208,62 euro voor het vrijmaken van het handwortelkanaal uit het voorbeeld van de verzoekende partijen (nomenclatuurcode 287836) verder verdelen tussen de arts-specialist in de orthopedische heelkunde (137,30 euro) en de arts-specialist in de neurochirurgie (41,65 euro) en de overige artsen, zoals vermeld in het informatief document, zodat alle mogelijk betrokken artsen op jaarbasis gezien een vergoeding verkrijgen die in theorie ongeveer overeenkomt met het aantal keren dat zij de verstrekking ook werkelijk zullen hebben verricht. Maar de ziekenhuizen kunnen er ook voor opteren om het volledige bedrag van

208,62 euro voor de verstrekking telkens per ziekenhuisopname toe te bedelen aan de arts die de betreffende verstrekking uitvoerde bij die bepaalde ziekenhuisopname. Zo kunnen de ziekenhuizen de prestaties die door verschillende artsen kunnen worden uitgevoerd, dus ook toewijzen aan de arts die de prestatie werkelijk verrichtte.

Dat er in de verdeling van het GPBO voor een individuele ziekenhuisopname eventueel ook bedragen vervat zijn voor prestaties die niet werden uitgevoerd, volgt uit de forfaitarisering van de vergoeding voor een bepaalde ziekenhuisopname ongeacht de reëel verleende zorg, wat niet volgt uit de bestreden beslissing maar wel uit de wet waaraan met de bestreden beslissing uitvoering wordt gegeven. De berekeningsmethode zoals opgenomen in het bestreden besluit staat er bijgevolg niet aan in de weg dat elke geneeskundige verstrekking die in het GPBO is opgenomen wordt vergoed aan de zorgverlener die de prestatie werkelijk heeft verricht.

Dat de verzoekende partijen slechts bij de bekendmaking van het bestreden besluit kennis kregen van de patiëntengroepen die ressorteren onder de laagvariabele zorg is niet relevant aangezien dit er niet aan in de weg staat dat hun kritiek niet kan worden betrokken op het bestreden besluit, maar gericht is tegen de wet van 19 juli 2018 betreffende de laagvariabele zorg dan wel de informatieve mededeling door het RIZIV van een mogelijke gedetailleerde verdeling van de vergoeding per geneeskundige prestatie tussen de verschillende artsen. Bij de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van 26 juli 2018 van de wet van 19 juli 2018, bleek trouwens reeds duidelijk uit de parlementaire documenten hoe het systeem in de praktijk zou worden uitgewerkt.

Het derde middel is niet gegrond.

D. Vierde middel

Standpunten van de partijen

25. In het vierde middel roepen de verzoekende partijen de schending in van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet en van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, met name het gelijkheidsbeginsel, het evenredigheidsbeginsel en het redelijkheidsbeginsel.

26. In een eerste onderdeel voeren zij aan dat de bestreden beslissing een ongeoorloofde discriminatie creëert tussen enerzijds arts-specialisten die een patiënt opnemen na een doorverwijzing door de huisarts en/of buiten een consultatie op spoed en anderzijds arts-specialisten die een patiënt opnemen via een consultatie op spoed. Deze discriminatie zou het gevolg zijn van het feit dat een aantal prestaties die verstrekt worden aan de patiëntengroepen bedoeld in artikel 1 van het bestreden besluit middels artikel 2 van het besluit worden uitgesloten van het GPBO, waardoor deze kunnen aangerekend worden volgens de gebruikelijke regels, terwijl andere prestaties niet worden uitgesloten en dus niet afzonderlijk vergoed kunnen worden maar onder toepassing van het GPBO vallen. Zo worden de verstrekkingen voor een consultatie onder artikel 2 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 (hierna: nomenclatuur) uitgesloten van de dekking door het GPBO terwijl een consultatie die een arts op spoed zou aanrekenen onder artikel 25, § 3, van de nomenclatuur niet werd uitgesloten van de dekking door het GPBO. De verzoekende partijen verwijzen hiervoor naar de nummers 590870, 590892, 590914, 590973 en 590995 van de nomenclatuur. Hierdoor zouden artsen die bij laagvariabele zorg een consultatie kunnen aanrekenen die buiten het GPBO valt (artikel 2 van de nomenclatuur) een vergoeding kunnen aanrekenen terwijl artsen die bij een laagvariabele ziekenhuisopname een consultatie uitvoeren op spoed, niet vergoed zouden worden voor deze verstrekking.

27. In een tweede onderdeel voeren de verzoekende partijen aan dat de bestreden beslissing een ongeoorloofde discriminatie creëert tussen enerzijds arts-specialisten die binnen de laagvariabele zorg verstrekkingen aanrekenen op een dienst intensieve zorgen en/of verstrekkingen bij patiënten die via de spoedgevallendienst binnenkomen, en anderzijds de andere arts-specialisten die binnen de laagvariabele zorg verstrekkingen aanrekenen in het kader van andere verblijven. De honoraria voor de verstrekkingen van beide categorieën artsen/verstrekkingen worden op dezelfde manier aangerekend: zij worden namelijk alle gedekt door het GPBO, terwijl het om verschillende categorieën van artsen/verstrekkingen gaat. De bestreden beslissing zou deze beide categorieën van arts-specialisten ten onrechte op dezelfde wijze behandelen omdat er volgens de verwerende partij geen medische verklaring zou zijn voor het feit dat patiënten binnen de laagvariabele zorg soms op een spoeddienst of intensieve dienst worden behandeld en soms niet.

De verzoekende partijen zijn van oordeel dat er echter wel degelijk een objectieve en redelijke verklaring is voor de variabiliteit tussen de ziekenhuizen op dit vlak. Zo is er een sterke variabiliteit tussen ziekenhuizen omdat de verdeling van de kanalen waarlangs een patiënt het ziekenhuis binnenkomt (via spoed, via doorverwijzing door huisarts, ...) kunnen verschillen per ziekenhuis. Bovendien voorziet artikel 25, § 3, van de nomenclatuur in talrijke combinaties van verschillende types artsen met verschillende types van patiënten en met verschillende types van trajecten die ze hebben gevolgd. Dit leidt tot een mogelijk substantieel verschil in kostprijs voor het RIZIV. Eenzelfde redenering zou gelden voor verblijven op intensieve zorgen.

Het is bovendien voor de verzoekende partijen onbegrijpelijk dat de verwerende partij een verblijf op intensieve zorgen beschouwt als ressorterend onder de laagvariabele ziekenhuiszorg. De reanimatieprestaties op de functie intensieve zorgen zouden niet beantwoorden aan de definitie van laagvariabele zorg. De zorg op een functie intensieve zorgen onderscheidt zich precies door haar hoge intensiteit van andere ziekenhuisdiensten. De verstrekkingen die binnen de laagvariabele zorg worden uitgevoerd door arts-specialisten naar aanleiding van

verblijven op intensieve zorgen en/of verblijven die via spoedgevallen binnenkomen, zouden niet vergeleken kunnen worden met de verstrekkingen die binnen de laagvariabele zorg worden gesteld naar aanleiding van andere verblijven.

28. In een derde onderdeel oefenen de verzoekende partijen kritiek uit op het feit dat het GPBO geen onderscheid zou maken naargelang de kwalificatie van de spoedgevallenarts. Nochtans bestaat er tussen een arts met een brevet acute geneeskunde, een acutist en een urgentiearts, een belangrijk onderscheid op het vlak van kennis en kunde. Het verschil in opleiding wordt ook gehonoreerd in de verschillende nomenclatuurcodes die door deze artsen kunnen worden aangerekend.

29. De verwerende partij stelt wat betreft het eerste onderdeel dat de verzoekende partijen uitgaan van een verkeerde redenering omdat het de essentie is van het systeem dat geen vergelijking wordt gemaakt tussen één concreet geval waarin een patiënt al dan niet na doorverwijzing door een huisarts of een arts-specialist dan wel via een opname op de spoeddienst behandeld wordt.

In de berekening van de prospectieve bedragen wordt er rekening mee gehouden dat er in sommige gevallen een consultatie op spoed plaatsvindt die de behandeling inleidt en de patiënt in andere gevallen wordt doorverwezen na een niet-dringende consultatie bij de huisarts of specialist. De vergoeding van de artsen door het GPBO houdt op evenredige wijze rekening met het feit dat de behandeling ingeleid wordt door een consultatie op spoed.

Bovendien zijn de forfaitaire honoraria voor intramuraal aanwezige medische permanentie in een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg en intensieve zorg niet vervat in het GPBO. Deze nomenclatuurcodes die eenmaal kunnen aangerekend worden per opname via spoed, kunnen nog steeds worden aangerekend. Er is volgens de verwerende partij dan ook geen sprake van een vermeend ongerechtvaardigde gelijkheid in behandeling van verschillende categorieën van personen. Bovendien zou de gelijke

behandeling in ieder geval een wettig doel nastreven en in het licht van het doel pertinent zijn en geen kennelijk onevenredige gevolgen veroorzaken. Het uitgangspunt van de hervorming van de financiering is dat de behoeften en de noden van de patiënten blijven groeien maar dat de publieke budgetten voor gezondheidszorg die groei niet ongelimiteerd kunnen volgen. Daarom moet er worden op ingezet om de middelen slimmer te gebruiken en meer waarde te creëren met de beschikbare budgetten. Door de financiële prikkel weg te nemen om onnodige prestaties uit te voeren, zal de financiering ervoor zorgen dat de zorgverleners de zorg die ze verlenen kritisch zullen bekijken en vergelijken met de gangbare praktijk in België en beter op elkaar afstemmen en multidisciplinair bespreken. Het bestreden besluit veroorzaakt ook geen kennelijk onevenredige gevolgen aangezien de uitzonderlijke gevallen dat een honorarium wordt verleend zonder prestatie en een gebrek aan honorarium voor een verleende prestatie elkaar zullen uitwissen over een jaar beschouwd. Het RIZIV en de verwerende partij zullen ook rekening houden met de gegevens vergaard voor de periode in kwestie om indien nodig de patiëntengroepen, het systeem en de berekeningen voor de toekomst aan te passen.

30. De verwerende partij repliceert met betrekking tot het tweede onderdeel dat de GPBO's die berekend worden rekening houden met de patiënten die verblijven op de dienst intensieve zorgen of de spoeddienst naar aanleiding van de behandeling die ze ondergaan. De betrokken artsen leiden hier dan ook geen nadeel door. Daarnaast zullen patiënten die via de spoeddienst of op intensieve zorgen behandeld worden vaker behoren tot een klasse van personen die een hogere ernstgraad zal hebben dan de ernstgraden 1 of 2 waartoe de patiëntengroepen van de laagvariabele zorg behoren. De behandelingen met een ernstgraad 3 of 4 worden uitgesloten van laagvariabele zorg. Ook behandelingen met een ernstgraad 2 worden voor een groot deel uitgesloten van de laagvariabele zorg. Binnen de behandelingen met een lage ernstgraad werd er geen variabiliteit vastgesteld die te rechtvaardigen valt naargelang de betrokken patiënt al dan niet verbleven had op een spoeddienst of een dienst intensieve zorgen.

De verwerende partij meent dat de verklaringen voor de variabiliteit die door de verzoekende partijen naar voor worden geschoven niet kunnen worden aanvaard. Zo bestaat er geen oorzaak die ervoor zorgt dat men in sommige ziekenhuizen meer via de spoeddienst wordt opgenomen dan in andere. Hetzelfde geldt voor het feit dat bepaalde verstrekkingen door verschillende types artsen kunnen uitgevoerd worden.

31. Wat betreft het derde onderdeel stelt de verwerende partij dat ook deze gelijke behandeling een wettig doel dient, namelijk de wens om de bestaande middelen op een slimmere manier te besteden. In dat opzicht is het volgens de verwerende partij redelijk verantwoord dat de verstrekkingen die in laagvariabele zorg mogen worden uitgevoerd door een arts met een brevet acute geneeskunde, een arts-specialist in de acute geneeskunde en een arts-specialist in de urgentiegeneskunde, op eenzelfde manier vergoed worden.

Bovendien zal er in de berekening van het GPBO rekening worden gehouden met de gegevens van het laatst beschikbare jaar om de historische honorariamassa te berekenen. Er zal dan ook rekening worden gehouden met de eventueel hogere honoraria die betaald werden aan geneesheren met een hogere kwalificatie in de berekening van het GPBO. Bijgevolg veroorzaakt de gelijke behandeling van verschillende categorieën artsen ook geen kennelijk onredelijke gevolgen.

32. In hun memorie van wederantwoord voegen de verzoekende partijen met betrekking tot het eerste onderdeel nog toe dat het feit dat de verstrekkingen van artikel 25, § 3, van de nomenclatuur die niet werden uitgesloten van de dekking door het GPBO meegerekend worden in het GPBO, geen afbreuk doet aan de aangevoerde discriminatie. Ofwel vallen alle consultaties binnen de laagvariabele zorg ofwel geen enkele.

33. De verzoekende partijen betwisten met betrekking tot het tweede onderdeel dat patiënten die via een spoeddienst in het ziekenhuis worden opgenomen of op intensieve zorgen terechtkomen vooral behandelingen

ondergaan met een ernstgraad 3 of 4. Zij verwijzen naar het voorbeeld van een ongecompliceerde pneumo-lobectomie. De ingreep hoeft niet altijd via intensieve zorgen te gebeuren maar indien de ingreep technisch moeilijk verloopt dan zal deze wel via intensieve zorgen gaan hoewel dit geen invloed heeft op de ernstgraad van de behandeling. De redenen die door de verwerende partij naar voor worden geschoven, voor een gelijke behandeling van wat de verzoekende partijen wezenlijk verschillende situaties noemen, vormen volgens de verzoekende partijen niet alleen geen redelijke verantwoording, maar zijn bovendien niet correct.

34. In de laatste memorie voegen de verzoekende partijen met betrekking tot het tweede onderdeel nog toe dat zij niet inzien dat van hen wordt verwacht dat zij precieze verstrekkingen aanduiden die ten onrechte niet zouden zijn uitgesloten. Zij noemen de verklaring die zij geven voor een verschillende behandeling tussen enerzijds het aanrekenen van honoraria voor patiënten die via de spoedgevallendienst binnenkomen en/of patiënten die in een dienst voor intensieve zorg zijn opgenomen en anderzijds het aanrekenen van honoraria voor andere patiënten misschien niet medisch, maar wel redelijk en objectief.

Beoordeling

Eerste onderdeel

35. Op grond van artikel 3 van de wet van 19 juli 2018 dekt het GPBO alle kosten die rechtstreeks of onrechtstreeks verbonden zijn aan de opname in een ziekenhuis. Uit deze bepaling blijkt dat in beginsel enkel de kosten die verbonden zijn aan de opname zelf gedekt worden door het GPBO. Het gaat om de vergoeding van de honoraria van het ziekenhuisverblijf. Zo kan een raadpleging bij een huisarts in beginsel niet worden beschouwd als een honorarium dat verbonden is aan een ziekenhuisverblijf. Een raadpleging bij een arts-specialist, los van enige ziekenhuisopname, evenmin. Maar er wordt aan de Koning de bevoegdheid gegeven om desgevallend verstrekkingen die vóór en/of na de opname hebben plaatsgevonden maar gerelateerd zijn aan de opname, toch op te nemen in het GPBO. Bij de parlementaire bespreking van het wetsontwerp gaf de bevoegde

minister hierbij aan dat bijkomend onderzoek moet worden gevoerd naar het zorgtraject van de patiënten vóór en na een verblijf in het ziekenhuis en dat de Koning gemachtigd wordt om het regelgevend raamwerk aan te vullen, mocht uit de onderzoeken blijken dat zulks noodzakelijk is. Vooralsnog heeft de Koning het GPBO niet in die zin uitgebreid.

Artikel 2 van het bestreden besluit stelt de verstrekkingen vast die niet worden gedekt door het GPBO en die dus vergoedbaar zijn buiten het forfait. In de parlementaire voorbereiding bij de wet werd hieromtrent aangegeven:

“In verband met de medische beeldvorming herinnert de minister eraan dat een forfaitair honorarium van toepassing is. Beslist werd om de forfaitaire honoraria niet in het systeem op te nemen omdat zij gebonden zijn aan kenmerken van het ziekenhuis en niet van de individuele patiënt. Zo is het forfait voor de laboratoriumanalyses hoger als het laboratorium uitgebreidere openingsuren heeft. [...]

De minister preciseert bovendien dat zij ervoor heeft gekozen bepaalde zeldzame prestaties op landelijk niveau (zoals erfelijkheidsonderzoeken) en consultaties die tijdens een ziekenhuisopname worden gehouden doch geen verband hebben met de hoofdreden van de ziekenhuisopname, uit het systeem te halen. Die prestaties zullen nog steeds afzonderlijk worden aangerekend om ze te kunnen blijven aanbieden. De minister voegt eraan toe dat die laatste prestaties meer bepaald worden beoogd door artikel 4 van het wetsontwerp”.

Het gaat dus onder meer om verstrekkingen die niet vaak voorkwamen in de patiëntengroepen of geen verband hebben met de hoofdreden van de ziekenhuisopname. Op grond van artikel 2, 1°, van het bestreden koninklijk besluit worden zo de verstrekkingen vermeld in artikel 2 van de nomenclatuur uitdrukkelijk uitgesloten van de dekking door het GPBO. Artikel 2 van de nomenclatuur betreft onder meer “raadplegingen, bezoeken en adviezen”.

Daarnaast worden op grond van artikel 2, 3°, van het bestreden besluit een aantal verstrekkingen vermeld onder artikel 25 van de nomenclatuur “Toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden” eveneens uitgesloten van het GPBO. Bij de bespreking van het bestreden besluit in het Verzekeringscomité werd hieromtrent gesteld dat de administratie het volledige artikel 25 van de nomenclatuur heeft gescreend om alle prestaties te identificeren

die verwant zijn aan een consultatie van een specialist aan het bed van een gehospitaliseerde patiënt, en die prestaties heeft toegevoegd aan artikel 2 van het bestreden besluit.

De verzoekende partijen maken in dit onderdeel een vergelijking tussen enerzijds een huisarts dan wel een arts-specialist die een consultatie houdt in zijn spreekkamer of het ziekenhuis, welke prestatie van de dekking door het GPBO wordt uitgesloten en anderzijds een arts die wordt bijgeroepen op de spoedgevallendienst door de arts die de permanentie waarneemt en die een patiënt onderzoekt die wordt opgenomen voor laagvariabele zorg. De verzoekende partijen verwijzen in hun verzoekschrift naar een prestatie die niet van de dekking door het GPBO wordt uitgesloten. De verzoekende partijen maken daarbij niet aannemelijk dat het om voldoende vergelijkbare categorieën van artsen/verstrekkingen gaat. Zoals zij zelf aangeven in de uiteenzetting van dit onderdeel, vallen de beide prestaties immers onder een ander hoofdstuk van de nomenclatuur. De eerste groep prestaties valt onder artikel 2 van de nomenclatuur, terwijl de tweede groep prestaties onder artikel 25, § 3, van de nomenclatuur vallen. In het eerste geval gaat het om een consultatie door een arts die in beginsel los staat van de ziekenhuisopname, terwijl het in het tweede geval gaat om een bijgeroepen arts bij een patiënt op de spoeddienst, naast de reeds aanwezige arts die de medische permanentie waarneemt en waarvoor reeds een forfaitaire verstrekking kan worden aangerekend. De verwerende partij heeft bij de voorbereiding van het bestreden besluit geoordeeld dat de door de verzoekende partijen vermelde verstrekkingen onvoldoende vergelijkbaar waren met de verstrekkingen bedoeld onder artikel 2 van de nomenclatuur aangezien zij alle verstrekkingen onder artikel 25 van de nomenclatuur die zij wel voldoende vergelijkbaar achtte met de verstrekkingen onder artikel 2, eveneens heeft uitgesloten van de dekking door het GPBO.

De verzoekende partijen zetten in hun middel niet uiteen waarom de verstrekkingen onder artikel 2 van de nomenclatuur in het licht van de financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg voldoende vergelijkbaar zijn met de verstrekkingen onder de nomenclatuurnummers 590870, 590892, 590914,

590973 en 590995. Zij maken niet aannemelijk dat het om artsen gaat die voldoende vergelijkbare prestaties stellen in het licht van de genomen maatregel (het forfaitair dekken van de kosten verbonden aan een ziekenhuisopname voor laagvariabele ziekenhuiszorg) en zij tonen niet aan dat afgezien van enig opportunitetsoordeel waarmee de Raad van State zich niet heeft in te laten, de verwerende partij buiten de grenzen van een redelijke beoordeling trad door te oordelen dat deze verstrekkingen onvoldoende vergelijkbaar waren, zodat de ene wel en de andere niet in het GPBO werden opgenomen.

Bovendien gaan de verzoekende partijen uit van een verkeerde premisse om een ongelijke behandeling aan te tonen in zoverre zij aanvoeren dat de eerste categorie van artsen, die prestaties stellen die uitgesloten zijn van de dekking door het GPBO, vergoed zouden worden voor hun prestaties, terwijl de tweede categorie van artsen die prestaties stellen die niet van de dekking van het GPBO werden uitgesloten, niet zouden worden vergoed. In tegenstelling tot wat de verzoekende partijen voorhouden, houdt het feit dat een verstrekking onder het GPBO valt, niet in dat de zorgverlener voor deze verstrekking niet zou worden vergoed. Hij of zij wordt immers vergoed binnen het GPBO. In de mate in het verleden de betreffende prestatie werd uitgevoerd met betrekking tot de betreffende patiëntengroep, zal deze ook opgenomen zijn in het totaalbedrag van de honoraria op grond waarvan het GPBO-bedrag werd berekend en zal deze in functie van haar relatief gewicht in het totaalbedrag en frequentie van voorkomen (gelet op de mediaan) ook opgenomen zijn in het GPBO-bedrag.

Het middelonderdeel is niet gegrond.

Tweede onderdeel

36. Het systeem van laagvariabele zorg waaraan het bestreden besluit uitvoering geeft, heeft in beginsel betrekking op patiënten die laagvariabele zorg behoeven met een lage ernstgraad. In de parlementaire voorbereiding bij de wet wordt hieromtrent gesteld:

“De financiering met een vast bedrag heeft louter betrekking op de patiëntengroep die laagvariabele zorg behoeven. Het betreft hier de traditionele ziekenhuisopnames en voor sommige patiëntengroepen ook de dagziekenhuisverblijven. Zodra ernstige en objectieveerbare factoren worden vastgesteld die het zorgtraject minder voorspelbaar maken, zal de patiënt echter niet worden opgenomen in de patiëntengroep die laagvariabele zorg behoeft.

[...]

De minister illustreert dit principe met een voorbeeld. Eén van de laagvariabele patiëntengroepen zijn patiënten die worden opgenomen voor het plaatsen van een heupprothese. Het zijn echter enkel de ongecompliceerde patiënten die worden opgenomen in de laagvariabele heupprothesengroep. Patiënten die een heupprothese krijgen naar aanleiding van een oncologische indicatie of na een trauma worden sowieso buiten beschouwing gelaten. Ook septische ingrepen blijven hoe dan ook buiten beschouwing” (*Parl.St. Kamer 2017-18, 3189/002, blz. 5-6*)

en

“De patiënten met comorbiditeit worden opgenomen in minstens klasse 3 en worden dus niet beoogd; het gaat onder meer om patiënten met zware comorbiditeiten of patiënten met complicaties.

[...]

Indien zich complicaties voordoen tijdens het verblijf in het ziekenhuis, is het systeem van de laagvariabele zorg niet langer van toepassing op die patiënt. Het alomvattend prospectief bedrag zal niet worden toegepast, wel een klassieke tarifiering per prestatie” (*Parl.St. Kamer 2017-18, 3189/002, 24-25*).

De laagvariabele zorg betreft statistisch vaak voorkomende en welgekende behandelingen. Zij beantwoorden aan dezelfde logica als deze die voordien gold voor de referentiebedragen waar effectief is gebleken dat eenvormigheid in globo daadwerkelijk kon worden vastgesteld. Er valt dan ook in het algemeen niet in te zien welke bijzondere verstrekkingen, bovenop de forfaitaire permanentievergoedingen, er door urgentieartsen of artsen op intensieve zorgen aan patiënten binnen dit zorgtraject zouden worden verstrekt, die onmogelijk binnen het GPBO kunnen vergoed worden, behalve verstrekkingen gekoppeld aan complicaties en verzwaring van de ernstgraad. Maar deze laatste leiden er in beginsel toe dat de financiering via het GPBO niet meer van toepassing zal zijn. De verzoekende partijen laten immers na aan te duiden welke precieze verstrekkingen inzake intensieve zorg of urgente zorg volgens de nomenclatuur ten onrechte door het bestreden besluit niet van het GPBO zouden zijn uitgesloten. In

de mate de verzoekende partijen erop wijzen dat een pneumo-lobectomie soms technisch moeilijk zou verlopen, ongeacht de ernstgraad van de patiënt, wat ertoe zou leiden dat deze ingreep op intensieve dient te gebeuren, duiden zij ook niet concreet aan welke verstrekkingen anders zouden moeten worden vergoed dan wanneer deze ingreep op een reguliere dienst wordt uitgevoerd. De verzoekende partijen voeren ook geen enkele concrete kritiek aan tegen de indeling van de patiëntengroepen op basis van hun klinische ernst volgens de APR-DRG-classificatie waarbij ook bepaalde codes uit de nomenclatuur of uit de ICD in aanmerking werden genomen. Zo bij een pneumo-lobectomie frequent een opname op een dienst intensieve zorgen gebeurt, ook bij lage ernstgraad, zullen deze verstrekkingen verhoudingsgewijs opgenomen zijn in de berekening van het GPBO en dus evenredig vergoed worden binnen het GPBO.

Hierbij dient ook rekening te worden gehouden met het feit dat, zoals uit de bespreking van het vorige onderdeel van het middel bleek, in de mate een patiënt in het kader van een opname voor laagvariabele zorg via spoed in het ziekenhuis wordt opgenomen, er bovenop het GPBO een forfaitair honorarium kan worden aangerekend voor de medische permanentie op een dienst spoedgevallen-zorg. Op dezelfde wijze kan er voor een patiënt die tijdens een ziekenhuisopname voor laagvariabele zorg op een dienst intensieve zorgen wordt opgenomen, een forfaitair honorarium worden aangerekend, bovenop het GPBO, voor de medische permanentie in een dienst intensieve zorgen.

Voorts overtuigt de argumentatie van de verzoekende partijen ook niet dat de verwerende partij ten onrechte zou hebben geoordeeld dat de variabiliteit tussen de ziekenhuizen met betrekking tot opname van patiënten voor laagvariabele zorg op spoeddiensten of diensten intensieve zorgen niet medisch kon worden verklaard voor deze patiëntengroepen met statistisch vaak voorkomende en welgekende behandelingen en bijgevolg geen aanleiding kon geven tot een gedifferentieerde vergoeding. Zij brengen immers in hun verzoekschrift evenmin medische argumenten aan voor de variabiliteit maar eerder logistieke argumenten zoals het feit dat het ene ziekenhuis meerdere kanalen heeft om in de laagvariabele zorg terecht te komen dan het andere ziekenhuis. Zij tonen

niet aan dat het voorhanden zijn van meerdere kanalen een specifieke meerwaarde heeft voor de behandeling van de laagvariabele pathologie die ten onrechte niet werd in rekening gebracht, rekening houdend met de *ratio legis* van de wet waaraan het bestreden besluit uitvoering geeft. Ook het gegeven dat er in de nomenclatuur talrijke combinaties zijn voorzien van verschillende types artsen met verschillende types van patiënten met verschillende types van trajecten, wat aanleiding geeft tot een substantieel verschil in kostprijs, biedt nog steeds geen medische verklaring voor het gegeven waarom verschillende gebrevetteerde spoedartsen zouden moeten tussenkomen bij de ene ziekenhuisopname voor laagvariabele zorg en bij de andere niet, terwijl er wordt van uitgegaan dat het telkens ziekenhuisopnames betreft voor pathologieën met een standaard behandelingsproces.

De verzoekende partijen tonen dan ook niet aan dat, afgezien van enig opportuniteitsoordeel waarmee de Raad van State zich niet heeft in te laten, de verwerende partij de grenzen van een redelijke beoordeling zou zijn te buiten gegaan door opnames waarbij patiënten via een spoeddienst werden opgenomen dan wel op een dienst voor intensieve zorg werden gehospitaliseerd niet *a priori* uit te sluiten van de toepassing van het GPBO maar op gelijke wijze te behandelen als opnames op reguliere diensten voor zover het gaat om behandelingen die als een ernstgraad 1 of 2 kunnen worden beschouwd. Hierbij dient ook rekening te worden gehouden met de bedoeling van het nieuwe financieringssysteem om de werkingskosten van de ziekenhuizen te dekken en mee te evolueren met de evoluerende behoeften, minder structuurgebonden en prestatiegedreven te zijn en de instellingen en zorgverleners te stimuleren tot kwaliteitsvol en resultaatgericht handelen en daarbij bestaande verschillen op vlak van medische praktijk die leiden tot verschillende financiële tegemoetkomingen voor patiënten die identieke zorgen behoeven, uit te vlakken.

Bovendien kan eraan worden herinnerd dat alle verstrekkingen die in het verleden werden gesteld met betrekking tot opnames van patiënten binnen de aangeduide patiëntengroepen mee in rekening werden genomen voor het bepalen van het GPBO, zodat zij geacht kunnen worden naar rato van hun relatieve

frequentie van voorkomen weerspiegeld te worden in het bedrag van het GPBO. De hervorming van de financiering heeft geen wijzigingen aangebracht aan de nomenclatuur zodat de betrokken verstrekkingen nog steeds aan de bestaande nomenclatuurbedragen werden meegerekend in het GPBO. Er kan worden van uitgegaan dat, als een pneumo-lobectomie soms technisch moeilijk verloopt en een opname op intensieve vereist, dit zich ook heeft voorgedaan in het laatst beschikbare jaar waarvan de gegevens worden gebruikt om het GPBO te berekenen zodat de mogelijke verstrekkingen die hiermee gepaard gaan en hun graad van incidentie en dus de vergoedingen die daar tegenover staan in principe weerspiegeld worden in het GPBO. In de mate verschillende soorten spoedartsen optreden bij de behandeling van een patiëntengroep en het verschil in opleiding tussen de verschillende soorten spoedartsen gehonoreerd wordt in de nomenclatuur, zullen ook deze verschillende bedragen mee in rekening genomen zijn bij de berekening van het GPBO.

Het tweede middelonderdeel is niet gegrond.

Derde onderdeel

37. Zoals de minister in de Commissie voor de volksgezondheid, het leefmilieu en de maatschappelijke hernieuwing toelichtte, gaat het nieuwe systeem van financiering van laagvariabele zorg via het GPBO er van uit dat het niet te rechtvaardigen valt dat de ziekteverzekering verschillende financiële tegemoetkomingen toekent aan patiënten die identieke zorg behoeven. Ook hier dient erop gewezen dat het systeem van laagvariabele zorg waaraan het bestreden besluit uitvoering geeft in beginsel betrekking heeft op patiënten die laagvariabele zorg behoeven met een lage ernstgraad. De verzoekende partijen tonen in de eerste plaats niet aan dat er in het kader van de laagvariabele zorg een relevant verschil bestaat tussen de verstrekkingen uitgevoerd door een arts met een brevet van acute geneeskunde, een acutist dan wel een arts-specialist in de urgentiegeneskunde. In die zin maken zij niet aannemelijk dat ongelijke situaties gelijk zouden worden behandeld door het bestreden besluit.

Daarnaast tonen de verzoekende partijen ook niet concreet aan welke verstrekkingen door de betreffende artsen in het kader van de laagvariabele zorg zijn opgenomen in het GPBO maar op een onderscheiden manier voor de verschillende artsen zouden moeten worden vergoed. Voor een opname die gebeurt via een spoeddienst, wordt er trouwens nog steeds een afzonderlijke vergoeding toegekend bovenop het GPBO aangezien de prestaties met nomenclatuurcode 590310 “Forfaitair honorarium voor de intramuraal aanwezige medische permanentie in een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg in een ziekenhuis, per dag die recht geeft op het maxiforfait of op een dagziekenhuisforfait voor één van onderstaande verstrekkingen uit de limitatieve lijst of op een bedrag voor chirurgisch dagziekenhuis van een algemeen ziekenhuis dat beschikt over een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg” en nomenclatuurcode 590181 “Forfaitair honorarium voor de intramuraal aanwezige medische permanentie in een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg in het ziekenhuis, per opname in een acute dienst A, C, D, E, G, H, (i), K, L, M of NIC van een algemeen ziekenhuis dat beschikt over een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg” werden uitgesloten van de dekking door het GPBO. Ook voor deze verstrekkingen wordt er trouwens in de nomenclatuurcode evenmin een onderscheid gemaakt naar gelang de opleiding van de arts die de permanentie verzekert.

Ten slotte merkt de Raad op dat, waar in het verleden bij de betrokken patiëntengroepen verschillende verstrekkingen werden uitgevoerd door een arts met een brevet van acute geneeskunde, een acutist dan wel een arts-specialist in de urgentiegeneskunde en dit aanleiding gaf tot verschillende honoraria, deze verstrekkingen waar een hoger honorarium tegenover staat ook weer opgenomen zijn in de berekening van het mediaanbedrag.

Opnieuw tonen de verzoekende partijen niet aan dat, afgezien van enig opportuniteitsoordeel waarmee de Raad van State zich niet heeft in te laten, de verwerende partij de grenzen van een redelijke beoordeling zou zijn te buiten gegaan door verstrekkingen uitgevoerd door een acutist of een urgentiearts niet uit te sluiten van het GPBO.

Het derde onderdeel is niet gegrond.

Het vierde middel is niet gegrond.

E. Vijfde middel

Standpunten van de partijen

38. In het vijfde middel roepen de verzoekende partijen de schending in van artikel 23 van de Grondwet en van artikel 5 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

Zij betogen dat de berekeningsmethode van het GPBO zoals opgenomen in artikel 3 van het bestreden besluit een schending inhoudt van artikel 23 van de Grondwet omdat deze berekeningsmethode uitgaat van de mediaan. Zij zou automatisch een vermindering inhouden van het beschermingsniveau van de gezondheid en dus van de kwaliteitsvolle dienstverlening waarop patiënten recht hebben. Er kan hierbij immers geen rekening worden gehouden met de behoefte van de patiënt want de zorg wordt gestandaardiseerd en er is geen ruimte meer voor risico's en complicaties.

Overschrijdingen van de mediaan hebben zowel te maken met de behoeften van de patiënt als met structurele elementen waarin de verzoekende partijen samen met de ziekenhuizen hebben geïnvesteerd, zoals de aanwezigheid van een sterk uitgebouwde dienst intensieve zorg. De verzoekende partijen zijn dan ook van oordeel dat het bestreden besluit in een aantal kwaliteitsvereisten had dienen te voorzien op basis waarvan een verblijf buiten de laagvariabele zorg zou kunnen worden geplaatst.

Zij hekelen voorts het feit dat met het bestreden besluit impliciet standaard zorgpaden worden uitgetekend waarbij geen rekening zou worden gehouden met de behoeften van de patiënt, de gespecialiseerde setting waarbinnen

een arts-specialist functioneert, de aanwezigheid van nieuwe technieken of innovatieve zorgpaden. De artsen zullen volgens hen worden gedwongen om zich aan deze standaardzorgpaden aan te passen en om minder kwaliteit te leveren. Een niet voorspelde behandeling zal niet langer vergoed worden zodat een voor de patiënt zo goedkoop mogelijke oplossing zal worden toegepast of waardoor de zorgen zullen worden uitgesteld. Op grond van de berekeningsmethode opgenomen in artikel 3 van het bestreden besluit moeten alle ingrepen immers worden opgenomen in de berekening van het GPBO wanneer de bijkomende ingrepen geen invloed hebben op de bepaling van de APR-DRG en de ernstgraad van de opname. De verzoekende partijen zetten hierbij een voorbeeld uiteen van een patiënt waarbij tijdens een coronarografie een occlusie van het beenbloedvat wordt vastgesteld die niet bedreigend is voor zijn huidige toestand. Deze occlusie zal niet tijdens de opname worden behandeld en artsen en ziekenhuizen zullen trachten de occlusie toch te financieren via een latere heropname en behandeling. De patiënt zal dan opnieuw onder narcose moeten met de risico's daaraan verbonden. Door het all-in forfait zal ook geen onderzoek gebeuren naar andere onvoorspelbaarheden. De verzoekende partijen ondersteunen hun stelling met betrekking tot de kwaliteitsvermindering van de geleverde zorg met artikelen uit de Artsenkrant en De Specialist.

Door de intensieve zorgen en de reanimatieprestaties niet uit te sluiten van het GPBO vormt het bestreden besluit ten slotte ook een ernstige bedreiging voor de kwaliteit van de zorg. Zo wordt de urgentievergoeding en de vergoeding voor de nachtpermanentie door een intensivist geschrapt in het kader van het GPBO. Intensieve zorg in de actuele stand van de wetenschap is nochtans gericht op complicatiepreventie en het voorkomen van orgaanfalen. “Earlywarningsigns” waarschuwen de verpleegkundigen voor levensbedreigende situaties zodat de patiënt snel naar de functie intensieve zorgen kan worden overgebracht wanneer zijn behandeling zich nog in een ernstgraad 1 of 2 bevindt. Zolang een patiënt zich in een ernstgraad 1 of 2 bevindt, blijft het GPBO echter van toepassing, maar van zodra de ernstgraad stijgt naar 3 of 4 vallen de prestaties van de intensivist buiten het GPBO en wordt deze op nomenclatueurbasis vergoed. Het systeem van laagvariabele zorg zou er volgens de verzoekende partijen op die

manier voor zorgen dat hoe zeker een arts de patiënt laat worden, hoe beter dit financieel voor de arts en het ziekenhuis wordt. Een arts-specialist die een patiënt echter volgens de standaarden van goede zorg bij de “earlywarningsigns” behandelt, wordt door het bestreden besluit benadeeld.

39. De verwerende partij stelt dat de kritiek van de verzoekende partijen in wezen gericht is op het systeem van prospectieve financiering dat echter zijn oorsprong vindt in de wet van 19 juli 2018 die niet kan worden aangevochten voor de Raad van State. Ook wijst de verwerende partij op de berekeningswijze van het GPBO op grond van de mediaan waardoor het GPBO hoger ligt dan de helft van de betaalde honoraria voor de behandeling in kwestie. Het GPBO zou daardoor in de meeste gevallen overeenstemmen met de werkelijke kost van de verstrekkingen. Over een jaar genomen zal het GPBO overeenstemmen met de werkelijke kosten van de toegekende verstrekkingen of de historische honorariamassa zodat het geen aanleiding geeft tot een minder kwaliteitsvolle gezondheidszorg.

De verwerende partij verbaast zich ook over de argumentatie van de verzoekende partijen die meedelen dat zij bereid zijn hun artseneed niet na te leven in de betrachting om een hogere vergoeding te verkrijgen dan voorzien door het GPBO. Elke arts moet er zich toe verbinden om zich naar zijn beste vermogen in te zetten voor een kwaliteitsvolle geneeskunde ten dienste van de medemens en samenleving. Hij zal het beroep van arts plichtsbewust en nauwgezet uitoefenen en boven alles voor zijn patiënten zorgen, hun gezondheid bevorderen en hun lijden verlichten. Het voorbeeld van de occlusie van het beenbloedvat dat niet zou worden behandeld, gaat lijnrecht in tegen de verplichtingen die op elke arts rusten. De verwijzing naar het uittreksel op de website van het RIZIV toont volgens de verwerende partij ook aan dat het vrij uitzonderlijk zal zijn dat verschillende ingrepen tijdens een zelfde laagvariabel zorgtraject zullen worden uitgevoerd. Het uitvoeren van meerdere ingrepen zal immers een invloed hebben op de bepaling van de APR-DRG en zal die buiten het nieuwe financieringssysteem laten vallen, ofwel zal het een invloed hebben op de ernstgraad van de behandeling, waardoor die eveneens buiten het

financieringssysteem valt. In het uitzonderlijke geval dat de behandeling toch onder de laagvariabele zorg valt, wordt ze gedekt doordat er rekening mee werd gehouden bij het bepalen van het globaal prospectief bedrag.

De uitspraken van de verzoekende partijen dat de zorg voor de patiënt niet standaardiseerbaar is, zijn volgens de verwerende partij naast de kwestie, aangezien de vraag is of de financiering van de laagvariabele zorg standaardiseerbaar is.

Ten aanzien van het uitsluiten van de intensieve zorg en reanimatieprocessen stelt de verwerende partij dat de GPBO's die berekend werden, rekening houden met de patiënten die verblijven op de dienst intensieve zorgen. Bovendien zullen deze patiënten vaker een pathologie hebben met een hogere ernstgraad dan de ernstgraad 1 of 2 waartoe de patiëntengroepen van de laagvariabele zorg behoren. Ook de behandelingen met een ernstgraad 2 worden voor een groot deel uitgesloten. De forfaitaire honoraria voor intramuraal aanwezige medische permanentie in een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg en intensieve zorgen zijn bovendien niet vervat in het GPBO en worden afzonderlijk vergoed. Het uitvoeren van reanimatieprocessen zal er normaal gezien ook voor zorgen dat de ernstgraad van de ingreep stijgt en niet langer mineur is of matig en daardoor niet langer onder de laagvariabele zorg valt. Bij de berekening van het GPBO wordt bovendien ook rekening gehouden met overnachtingen en verblijven in het weekend die in dat kader moeten worden uitgevoerd zodat deze niet wegvallen zoals de verzoekende partijen ten onrechte voorhouden. Het argument dat het systeem van de laagvariabele zorg ertoe leidt dat een arts en het ziekenhuis er financieel beter van worden om een patiënt zieker te laten worden zodat hij uit de laagvariabele zorg valt, noemt de verwerende partij stuitend en niet correct. Het GPBO wordt berekend rekening houdend met de behandelingen in intensieve zorgen voor patiënten met ernstgraad 1 of 2. Het komt aan de arts en het ziekenhuis toe de patiënt de best mogelijke zorg te verlenen zonder daarbij rekening te houden met de maximalisatie van hun inkomen.

40. De verzoekende partijen benadrukken in hun memorie van wederantwoord dat hun kritiek gericht is tegen het bestreden besluit en de daarin opgenomen berekeningsmethode van het GPBO. Het is pas met de publicatie van de bestreden beslissing dat zij kennis kregen over de verschillende patiëntengroepen die ressorteren onder de laagvariabele zorg, over de verstrekkingen die werden uitgesloten en de wijze waarop het globaal prospectief bedrag wordt berekend.

Beoordeling

41. Krachtens artikel 23 van de Grondwet heeft ieder het recht een menswaardig leven te leiden en waarborgen de wetgevers daartoe, rekening houdend met de overeenkomstige plichten, de economische, sociale en culturele rechten waarvan ze de voorwaarden voor de uitoefening bepalen. Het derde lid bevat een niet-limitatieve opsomming van die rechten. Zoals door het Grondwettelijk Hof is aangenomen, houdt artikel 23 van de Grondwet een standstillverplichting in voor de overheden. Deze verplichting verbiedt de wetgever het beschermingsniveau dat wordt geboden door de van toepassing zijnde wetgeving in aanzienlijke mate te verminderen zonder dat daartoe redenen zijn die met het algemeen belang verband houden. De overheid mag met andere woorden het regelgevend kader niet zo wijzigen dat het voorheen in dat kader voor die grondrechten verzekerde beschermingsniveau aanzienlijk wordt verminderd, behoudens indien dit kan worden gerechtvaardigd door redenen die verband houden met het algemeen belang.

Het bestreden besluit en de kaderwet waarvan het de uitvoering vormt, hebben tot doel de ziekenhuisfinanciering veilig te stellen en correct mee te laten evolueren met de evoluerende behoeften. De nieuwe financiering zou ertoe moeten leiden dat de zorgverleners de zorg die ze verlenen kritisch zullen bekijken, vergelijken met de gangbare praktijk in België, beter op elkaar afstemmen en meer dan vroeger multidisciplinair zullen bespreken. De hervorming heeft dan ook tot gevolg de waarborg vervat in artikel 23, derde lid, 2°, van de Grondwet precies te behouden en niet te verminderen.

Voorts gaan de verzoekende partijen er in het middel van uit dat het mediaanbedrag niet zou overeenstemmen met een kwaliteitsvolle zorg en vanzelf een vermindering van het beschermingsniveau van de gezondheid zou inhouden. Zij gaan in hun argumentatie voorbij aan het feit dat uit de berekeningsmethode opgenomen in artikel 3 van het bestreden besluit volgt dat het GPBO wordt vastgesteld op grond van een gecorrigeerd mediaanbedrag. In de mate de hypothetische honorariamassa immers lager ligt dan de historische honorariamassa, wordt voor de patiëntengroepen waarbij de mediaan lager ligt dan het gemiddelde honoraria de mediaan verhoogd met een correctiefactor om het GPBO te bepalen. Bovendien wordt bij de vaststelling van de mediaan rekening gehouden met de reële kosten van alle verblijven van het laatste beschikbare jaar binnen een bepaalde patiëntengroep, zodat daarbij zowel verblijven in rekening worden gebracht waarbij er minder als meer zorg diende te worden toegediend. Bijgevolg zal het toepassen van het GPBO voor elke opname binnen een patiëntengroep ertoe leiden dat het bedrag per opname de ene keer lager ligt dan de reël verstrekte zorg en de andere keer hoger, maar dat dit over een jaar genomen overeenstemt met de reël verleende zorg aan de betreffende patiëntengroep binnen een ziekenhuis. In dat verband werd er bij de parlementaire voorbereiding van de wet van 19 juli 2018 evenals bij de voorbereiding voor het voorliggende uitvoeringsbesluit ook op gewezen dat het nieuwe financieringssysteem budgetneutraal zou zijn aangezien de totale honorariamassa van het laatste beschikbare jaar (2014) voor de 57 patiëntengroepen opnieuw zou worden verdeeld. Zo wijzen de verzoekende partijen erop dat de reanimatienomenclatuur reeds sedert 2012 werd hervormd. Verstrekkingen voor reanimatie, zo die zich al regelmatig zouden voordoen in een patiëntengroep met een lage ernstgraad en die werd geselecteerd op grond van de weinig complexe zorg, zullen aldus deel uitmaken van de honorariamassa en bijgedragen hebben tot het bepalen van de mediaan en dus het GPBO. Aan het gegeven dat deze prestaties op intensieve zorgen zouden moeten worden voorbehouden aan intensivisten, brengt het GPBO en de wijze waarop dit wordt berekend in beginsel geen wijziging aan. Hetzelfde geldt voor een vastgestelde occlusie van een beenbloedvat bij een coronarografie die in het verleden onmiddellijk werd behandeld. Waar dit zich regelmatig

voordoet, zullen deze verstrekkingen mee de hoogte van het GPBO hebben bepaald en is er geen reden waarom deze niet meer zouden worden uitgevoerd onder toepassing van het GPBO.

Hierbij dient in beschouwing te worden genomen dat de financiering middels het GPBO berekend op basis van het mediaanbedrag beperkt is tot laagvariabele zorg, dit betekent tot patiëntengroepen met een lage ernstgraad waarvoor de zorg standaardiseerbaar en voorspelbaar is. Het voorziene bedrag zou de artsen in beginsel er dan ook niet mogen van weerhouden kwaliteitsvolle zorg te verlenen in functie van de behoefte van de patiënt. In de mate overschrijdingen van de mediaan te maken hebben met behoeften van de patiënt zou dit, over een jaar gespreid, gecompenseerd worden met vergoedingen voor opnames waarbij de behoefte van de patiënt minder verstrekkingen vereist. Dergelijke verschillen tussen behoeften van patiënten moeten immers geacht worden zich voor te doen bij alle ziekenhuizen. Voorts wees de bevoegde minister er in de Commissie voor de volksgezondheid, het leefmilieu en de maatschappelijke hernieuwing op dat het alomvattend prospectief bedrag jaarlijks zal worden herzien, teneinde zo dicht mogelijk bij de meest actuele medische praktijk aan te sluiten (*Parl. St. Kamer 2017-18, 3189/002*).

Wijzigingen in de aanpak van intensieve zorg met behulp van zogenaamde “earlywarningsigns” zullen dus reeds gereflecteerd worden in de berekening van het GPBO dan wel in de toekomst aanleiding kunnen geven tot bijstellingen. Daarnaast wordt ook de lijst met patiëntengroepen en de lijst van de uitgesloten verstrekkingen precies vastgelegd bij koninklijk besluit, zodat snel rekening kan worden gehouden met evoluties in de medische praktijk. Dit is aldus geen statisch gegeven (*Parl. St. Kamer 2017-18, 3189/001*).

In de mate de verzoekende partijen kritiek uiten op het feit dat de berekening van het GPBO door middel van de mediaan ertoe leidt dat de zorg aan de patiënt wordt gestandaardiseerd, weze opgemerkt dat dit precies het uitgangspunt vormt van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg waarbij ervoor gekozen wordt

om de laagvariabele zorg te standaardiseren. Om die reden komen de 57 geselecteerde patiëntengroepen met een lage ernstgraad, waarvoor men ervan uitgaat dat de zorg binnen de patiëntengroep zo goed als identiek is, in aanmerking voor deze gestandaardiseerde laagvariabele zorg.

Met het systeem van financiering via het GPBO wordt voorts niet geraakt aan de therapeutische vrijheid van de artsen. Minstens houdt de therapeutische vrijheid van de arts niet in dat op geen enkele wijze rekening dient te worden gehouden met budgettaire mogelijkheden. Het Grondwettelijk Hof oordeelde reeds, met betrekking tot het systeem van de referentiebedragen:

“Door een einde trachten te maken aan medische overconsumptie en daarbij te verwijzen naar een nationaal gemiddelde van uitgaven, bovendien vermeerderd met 10 pct., doet de bestreden bepaling geen afbreuk aan de morele en professionele verplichtingen van de geneesheren of aan de kwaliteit van de gezondheidszorg. Elke andere conclusie zou erop neerkomen te beschouwen dat de therapeutische vrijheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg op geen enkele wijze rekening zouden dienen te houden met budgettaire mogelijkheden” (arrest nr. 60/2010 van 27 mei 2010) en:

“Bovendien kan zowel het criterium van het gemiddelde als dat van de mediaan niet onevenredig worden geacht met het doel dat door de wetgever met de in het geding zijnde maatregel wordt nagestreefd, namelijk de medische overconsumptie voor bepaalde verstrekkingen te bestrijden” (arrest nr. 33/2014 van 27 februari 2014).

Met de bundeling van de artsenhonoraria in een GPBO wordt het voormelde systeem van referentiebedragen vervangen omdat dit een retrospectief systeem was. Artsen die meer honoraria hadden gegenereerd dan het nationale gemiddelde of de nationale mediaan, kregen twee tot drie jaar later de rekening gepresenteerd, wat te laat was om hun manier van werken te kunnen bijsturen. Met de nieuwe globale prospectieve financieringsregeling zullen de artsen vooraf weten welk honorariumbedrag ze per patiënt zullen ontvangen en kunnen ze gemakkelijker hun handelwijze afstemmen op de nationale mediaan.

Afspraken gemaakt in een akkoord geneesheren-ziekenfondsen waarbij het voorschrijfgedrag in zekere mate aan banden wordt gelegd met het oog op een zorgvuldig gebruik van de middelen van de ziekteverzekering om op die manier bij te dragen tot een duurzame en toegankelijke gezondheidszorg, schenden

niet de therapeutische vrijheid van de arts zoals gewaarborgd in artikel 11 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en in artikel 73, § 1, van de ZIV-wet.

De verzoekende partijen maken niet aannemelijk dat de forfaitarisering van de vergoeding voor laagvariabele ziekenhuiszorg als een aanzienlijke vermindering van het beschermingsniveau kan worden beschouwd, laat staan dat het zou gaan om een vermindering zonder dat daartoe redenen van algemeen belang kunnen worden aangetoond.

Het vijfde middel is niet gegrond.

F. Zesde middel

Standpunten van de partijen

42. In het zesde middel voeren de verzoekende partijen de schending aan van het zorgvuldigheids-, het redelijkheids-, het evenredigheids-, het rechtszekerheids- en het vertrouwensbeginsel, door de wijze waarop het systeem van de laagvariabele zorg concreet wordt uitgewerkt en de termijn waarbinnen dit is gebeurd.

Zij betogen dat de wet van 19 juli 2018 werd bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad op 26 juli 2018 en dat het bestreden besluit werd bekendgemaakt op 18 december 2018. Vervolgens werden op 31 december 2018 per patiëntengroep de GPBO's bekendgemaakt die van toepassing zijn voor alle opnames die een aanvang nemen na 31 december 2018 en vóór 1 januari 2020. Het nieuwe financieringssysteem trad in werking op 1 januari 2019. De verzoekende partijen kunnen op zo'n korte termijn een dermate belangrijke wijziging van het financieringssysteem in de praktijk niet implementeren. Het is slechts met de bekendmaking van het bestreden besluit en de globaal prospectieve bedragen door het RIZIV dat de verzoekende partijen duidelijkheid kregen wie onder het toepassingsgebied van de nieuwe wetgeving valt en wie wat zal ontvangen van

honoraria. De verwerende partij heeft hierbij volgens hen onredelijk gehandeld, te meer daar zij er zelf meer dan drie jaar over heeft gedaan om de wijziging uit te werken. Door in veel te korte termijnen te voorzien, konden de verzoekende partijen niet zorgvuldig worden geïnformeerd over het bestreden besluit en de manier waarop dat zou worden toegepast. Ook het RIZIV slaagt er niet in om tot een correcte verdeling van de bedragen te komen en heeft de oorspronkelijk opgestelde verdeling intussen reeds moeten aanpassen. Uit de omzendbrief van het RIZIV gericht aan de ziekenhuizen van 17 december 2018 blijkt dat er zich toen al in de praktijk heel veel vragen en problemen stelden omtrent de toepassing van het nieuwe financieringssysteem. Ook rond de datum van indiening van het verzoekschrift zou er nog sprake zijn van een nieuwe verduidelijkende omzendbrief die door het RIZIV zou zijn aangekondigd.

De verzoekende partijen en de ziekenhuizen waar zij werkzaam zijn ondervinden ook heel grote administratieve moeilijkheden om het systeem in te voeren en de juiste honoraria aan de juiste artsen toe te kennen en dit zou een gevolg zijn van het ondoordacht invoeren van het systeem onder meer middels het bestreden besluit. Zij verwijzen hiervoor opnieuw naar het voorbeeld dat zij gaven bij de uiteenzetting van hun derde middel met betrekking tot de verdeling van de honoraria voor de opname voor “carpal tunnel syndrome”. Volgens de verzoekende partijen weet het RIZIV niet hoe het artikel 3 van het bestreden besluit moet toepassen. Zo had het RIZIV oorspronkelijk een verdeling van de honoraria voor deze ingreep opgesteld op basis van N-groepen, terwijl het nadien een nieuwe gedetailleerde verdeling overmaakte aan de ziekenhuizen waarbij de verdeling werd opgesteld op basis van de specialisatie van de prestatieverstrekker. In deze laatste versie wordt een prestatie verder opgesplitst tussen verschillende specialisten die een bepaalde prestatie kunnen aanrekenen, ongeacht of ze de prestatie effectief hebben uitgevoerd. Als de gedetailleerde verdeling door het RIZIV continu wordt gewijzigd, is het voor de verzoekende partijen niet duidelijk op welk deel van het GPBO zij recht hebben zodat het rechtszekerheidsbeginsel wordt geschonden. Aangezien het verdelingsmechanisme gebaseerd is op de berekeningsmethode opgenomen in artikel 3 van het bestreden besluit, schendt ook dat het rechtszekerheidsbeginsel. Het nieuwe financieringssysteem zorgt ook voor

een zware administratie als gevolg van de patiëntengroepen, de uitgesloten verstrekkingen en de berekeningsmethode van de GPBO's. Dit alles zou wijzen op een onzorgvuldige voorbereiding en bekendmaking van het bestreden besluit.

Ook moeten de verzoekende partijen erop kunnen vertrouwen dat zij een vergoeding krijgen wanneer zij een bepaalde prestatie stellen. Door het bestreden besluit is dat niet het geval zodat het vertrouwensbeginsel wordt geschonden. De loodzware administratieve gevolgen van het nieuwe systeem zouden ook niet in verhouding staan tot de baten van het systeem zodat het evenredigheidsbeginsel is geschonden.

43. De verwerende partij werpt in haar memorie van antwoord een exceptie van gebrek aan belang bij het middel op. Zij meent dat de verzoekende partijen niet aantonen op welke wijze de vermeend laattijdige bekendmaking van het bestreden besluit en de korte termijn tussen bekendmaking en inwerkingtreding ervoor zorgen dat zij nadeel lijden. Eventuele administratieve en organisatorische moeilijkheden die sommige ziekenhuizen zouden ondervinden, kunnen worden opgelost zonder dat een onherroepelijk nadeel wordt berokkend aan de ziekenhuizen of de artsen.

Ook meent de verwerende partij dat de verzoekende partijen wel degelijk kennis hadden van de inhoud van het bestreden besluit voorafgaand aan de bekendmaking ervan in het Belgisch Staatsblad aangezien de verschillende stakeholders betrokken werden bij de totstandkoming van het besluit zodat de sector van de verzoekende partijen op de hoogte was. De artsen werden ook via hun representatieve organisaties vertegenwoordigd in het Verzekeringscomité.

De opmerkingen van de verzoekende partijen met betrekking tot de berekeningswijze door het RIZIV van het GPBO kan volgens de verwerende partij niet tot de onwettigheid van het bestreden besluit leiden. De verzoekende partijen zouden op dit punt ook geen nadeel aantonen aangezien de samenstelling van het GPBO er rekening mee houdt dat bepaalde verstrekkingen door

verschillende soorten specialisten kunnen worden uitgevoerd. Het aandeel van elke soort verstrekker werd opgenomen in het GPBO.

44. In repliek op de exceptie van gebrek aan belang bij het middel, stellen de verzoekende partijen dat zij door de zeer korte termijn waarbinnen het bestreden besluit van toepassing is geworden, voor een voldongen feit werden geplaatst, waarbij zij van de ene op de andere dag het nieuwe financieringssysteem moesten toepassen.

Zij voegen ten slotte nog toe dat niet alle betrokken beroepsverenigingen of beroepsorganisaties van artsen bij de totstandkoming van het bestreden besluit werden betrokken en dat niet alle representatieve beroepsorganisaties en beroepsverenigingen vertegenwoordigd zijn binnen het Verzekeringscomité. De verzoekende partijen hadden dan ook geen kennis van de inhoud van het bestreden besluit, laat staan van de wijze waarop het GPBO zou worden berekend.

45. In hun laatste memorie voegen de verzoekende partijen toe dat het ziekenhuis het GPBO maar kan factureren nadat de arts-specialisten de prestaties hebben uitgevoerd en aangerekend, zodat deze als eerste op de hoogte dienen te zijn van het nieuwe financieringssysteem, en het middel wel degelijk ontvankelijk is. Zij betwisten eveneens dat de aanpassing van de administratie van de ziekenhuizen op het vlak van facturatie en doorstorten van de erelonen al duidelijk was bij de invoering van de wet van 19 juli 2018.

Beoordeling

46. In de mate in het middel een schending wordt aangevoerd van het redelijkheids- en rechtszekerheidsbeginsel omdat de verwerende partij niet in redelijkheid van de verzoekende partijen zou kunnen verwachten dat zij zich op nog geen twee weken tijd kunnen organiseren om een dermate fundamentele wijziging van de financiering te implementeren, kan met de verwerende partij worden vastgesteld dat de verzoekende partijen onvoldoende aannemelijk maken

dat dit een nadeel is dat zij ondergaan. Het komt immers aan het ziekenhuis toe het GPBO te factureren en het ziekenhuis maakt de honoraria over aan de artsen overeenkomstig de verdeling meegedeeld door het RIZIV en onverminderd de toepassing van artikel 144 van de ziekenhuiswet. Het middel is op dit punt niet ontvankelijk en de opmerking in de laatste memorie van de verzoekende partijen dat de arts-specialisten als eerste op de hoogte moeten zijn van het nieuwe financieringssysteem doet daaraan niet af.

Het zelfde geldt voor de aangevoerde schending van het evenredigheidsbeginsel omdat de administratieve gevolgen van het nieuw ingevoerde systeem loodzwaar zouden zijn. Opnieuw tonen de verzoekende partijen niet aan hoe het bestreden besluit tot een onevenredig zware administratieve last zou zorgen in hoofde van de artsen. Bovendien volgt de noodzakelijke aanpassing van de administratie van de ziekenhuizen op het vlak van facturatie en doorstorten van erelonen reeds uit de wet van 19 juli 2018 die het principe van de bundeling van de erelonen voor de geneeskundige verstrekkingen tot een forfaitair bedrag invoert, op 26 juli 2018 werd bekendgemaakt, en in werking trad op 1 januari 2019.

Daarnaast volgt uit artikel 6 van de wet van 31 mei 1961 betreffende het gebruik der talen in wetgevingszaken, het opmaken, bekendmaken en inwerkingtreden van wetten en verordeningen, dat reglementaire besluiten in beginsel tien dagen na de bekendmaking ervan in het Belgisch Staatsblad in werking treden. Te dezen werd het bestreden besluit bekendgemaakt op 18 december 2018 en trad het luidens artikel 7 in werking op 1 januari 2019, dit is meer dan tien dagen na de bekendmaking. De verzoekende partijen maken niet aannemelijk dat het voor de artsen onmogelijk was zich binnen de voorziene termijn te conformeren aan het bestreden besluit. Zij tonen niet aan welke maatregelen de artsen persoonlijk zouden moeten nemen om zich in hun beroepsuitoefening in overeenstemming te kunnen stellen met het besluit, laat staan dat zij aantonen dat zij dit niet tijdig konden doen.

Het komt aan de ziekenhuizen toe de facturatie van de betrokken hospitalisaties te hervormen en de doorstorting van de honoraria aan de artsen te organiseren in functie van het nieuwe systeem. Dergelijke doorstorting van erelonen naar de artsen zal trouwens ook niet onmiddellijk op de dag van inwerkingtreding van de nieuwe regeling dienen te gebeuren. Er valt dan ook niet in te zien hoe het gegeven dat het bestreden besluit op 1 januari 2019 in werking trad het zorgvuldigheids- of het rechtszekerheidsbeginsel zou schenden ten aanzien van de verzoekende partijen.

Het rechtszekerheidsbeginsel is, wat de verordenende bevoegdheid betreft, in de eerste plaats bedoeld om aan de burger waarborgen te bieden bij de kenbaarheid van de nieuwe regelgeving. De regelgeving moet duidelijk worden geformuleerd en moet tijdig worden bekendgemaakt en houdt een principieel verbod van terugwerkende kracht in.

Het bestreden koninklijk besluit heeft enkel gevolgen voor de toekomst en is dus niet retroactief. Er kan dan ook niet worden aangenomen dat de verzoekende partijen zouden gefnuikt worden in hun legitieme verwachtingen dat als ze een prestatie stellen, ze hiervoor vergoed zullen worden. Meer dan tien dagen voor de inwerkingtreding van de nieuwe regeling weten zij immers voor welke patiëntengroepen het GPBO zal worden toegepast (volgens de verklaringen van de verzoekende partijen circuleerde de voorlopige RIZIV-lijst met patiëntengroepen trouwens al lang vóór de bekendmaking van het bestreden besluit), dat het bedrag van het GPBO zal overeenstemmen met het mediaan bedrag van alle opnames binnen een bepaalde patiëntengroep op basis van de minimale ziekenhuisgegevens en de gegevens klassieke hospitalisatie en daghospitalisatie voor het laatst beschikbare jaar en weten zij ook welke verstrekkingen niet onder de dekking van het GPBO vallen. Het precieze bedrag van het GPBO per patiëntengroep werd bovendien eveneens meegedeeld door het RIZIV vóór de inwerkingtreding van het bestreden koninklijk besluit. Bijgevolg kunnen de verzoekende partijen anticiperen op het nieuwe financieringssysteem en zijn ze er van op de hoogte op welke wijze hun prestaties zullen worden vergoed.

Dat het RIZIV tot slot de verdeling van het GPBO per patiëntengroep tussen de verschillende geneeskundige verstrekkingen per patiëntengroep slechts meedeelde in de eerste helft van januari 2019 is geen rechtstreeks gevolg van het bestreden besluit.

Voor zover de verzoekende partijen in dit verband ook kritiek uiten op het gegeven dat het RIZIV in januari 2019 een verdere gedetailleerde verdeling onder de verschillende N-groepen van het bedrag per geneeskundige verstrekking binnen een patiëntengroep meedeelde die nadien nog werd aangepast naar een verdeling onder de verschillende arts-specialisten en deze verdeling ertoe zou leiden dat een arts niet correct zou worden vergoed voor de prestaties die hij stelt, heeft dit geen betrekking op het te dezen bestreden besluit, zoals ook reeds bleek uit de bespreking van het derde middel. Voor zover hieruit een schending wordt afgeleid van het zorgvuldigheidsbeginsel en rechtszekerheidsbeginsel is het middel dan ook niet ontvankelijk.

Ten slotte kan in het algemeen worden opgemerkt dat bij een dergelijke grondige hervorming van een financieringssysteem het als onvermijdelijk voorkomt dat er nog praktische problemen ontstaan of vragen kunnen rijzen bij de concrete toepassing van het systeem. Hiermee wordt niet klaarblijkelijk aangetoond dat het bestreden besluit op onzorgvuldige wijze tot stand zou zijn gekomen.

Het zesde middel is niet gegrond.

G. Zevende middel

Standpunten van de partijen

47. De verzoekende partijen roepen in het zevende middel de schending in van artikel 7, laatste lid, van de wet van 19 juli 2018 en van het rechtszekerheidsbeginsel.

Volgens hen is het bestreden besluit te laat uitgevaardigd en bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad. In artikel 3 van het bestreden besluit worden immers de regels vastgelegd voor de berekening en de facturatie van het GPBO. Pas nadat deze regels zijn vastgelegd, kunnen GPBO's worden berekend en kunnen deze worden bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad overeenkomstig artikel 7 van de wet van 19 juli 2018. In toepassing van artikel 7, laatste lid, van deze wet moet de bekendmaking van het GPBO voor een bepaald jaar in het Belgisch Staatsblad en aan de ziekenhuizen echter gebeuren vóór 1 december van het jaar voorafgaand aan dat jaar. Het GPBO voor het jaar 2019 diende dan ook vóór 1 december 2018 bekendgemaakt te worden. Hieraan kon echter maar voldaan worden indien ook eerst de berekeningsmethode voor het GPBO gekend was. Het bestreden besluit had dus ook vóór 1 december 2018 moeten worden bekendgemaakt. Artikel 7, laatste lid, van de wet van 19 juli 2018 legde dan ook de impliciete verplichting op om de nadere regels betreffende de berekening en de facturatie van het GPBO vóór 1 december 2018 bekend te maken.

De verzoekende partijen voeren aan dat hierdoor ook het rechtszekerheidsbeginsel werd geschonden aangezien in veel te korte termijnen werd voorzien. De verzoekende partijen konden niet zorgvuldig worden geïnformeerd over de bestreden beslissing en zowel bij hen als bij de ziekenhuizen zijn er nog veel vragen over de toepassing van het financieringssysteem.

48. De verwerende partij wijst erop dat de kritiek van de verzoekende partijen verband houdt met de bekendmaking van de GPBO's door het RIZIV en dus niet betrokken kan worden op het bestreden besluit. Artikel 7, laatste lid van de wet van 19 juli 2018 heeft enkel betrekking op de bekendmaking van het GPBO. Het is niet omdat dit bedrag steunt op de berekeningswijze die wordt bepaald in artikel 3 van het bestreden besluit dat het toepassingsgebied van artikel 7, laatste lid, van de voormelde wet hiertoe kan worden uitgebreid. Bovendien wordt ook geen enkele sanctie voorzien in artikel 7 voor de bekendmaking van het GPBO.

Beoordeling

49. Het geschonden geachte artikel 7 van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg luidt:

“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 GPBO.

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 van 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 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”.

Dit artikel legt aan de Koning geen termijn op waarbinnen het bestreden besluit diende te worden genomen. Uit de bepaling dat het RIZIV het GPBO voor het jaar T bekend dient te maken in het Belgisch Staatsblad vóór 1 december van het jaar T-1 kan niet impliciet worden afgeleid dat de wetgever aan de Koning de verplichting zou hebben opgelegd om het bestreden besluit bekend te maken vóór 1 december 2018, laat staan dat de wetgever in een sanctie zou hebben voorzien. Het artikel voorziet trouwens evenmin in een sanctie wanneer het RIZIV het GPBO voor het jaar T niet bekendmaakt vóór 1 december van het jaar T-1, zodat deze termijn zich voordoet als een termijn van orde. Het feit dat het RIZIV

het GPBO voor het jaar 2019 laattijdig zou hebben bekendgemaakt, tast in ieder geval de wettigheid van het bestreden besluit niet aan.

Overigens had het bestreden besluit reeds op 2 december 2018 uitvoerende kracht in die zin dat reeds maatregelen konden worden genomen die in de toepassing ervan voorzien op voorwaarde evenwel dat geen verplichtingen aan de burgers worden opgelegd en geen afbreuk wordt gedaan aan hun rechten. Het RIZIV kon dan ook reeds tot berekening en vaststelling van het GPBO voor 2019 overgaan voorafgaand aan 18 december 2018.

Voor het overige is het middel niet gegrond om de redenen aangegeven bij de beoordeling van het zesde middel.

Het zevende middel is niet gegrond.

VI. Kosten

50. De kosten dienen ten laste van de verzoekende partijen te worden gelegd.

Deze kosten omvatten het rolrecht van 200 euro per verzoekende partij en een bijdrage van 20 euro per verzoekende partij, zoals bepaald bij artikel 66, 6°, van het algemeen procedurereglement.

Bij arrest nr. 22/2020 van 13 februari 2020 heeft het Grondwettelijk Hof evenwel in het kader van het beroep tot vernietiging van de wet van 19 maart 2017 ‘tot oprichting van een Begrotingsfonds voor de juridische tweedelijsbijstand’ en van de wet van 26 april 2017 ‘houdende de regeling van de oprichting van een Begrotingsfonds voor de juridische tweedelijsbijstand voor wat de Raad van State en de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen betreft’, de woorden “per verzoekende partij” vernietigd in artikel 4, § 4, eerste en derde lid, van de wet van 19 maart 2017, zoals het is ingevoegd bij artikel 2 van de wet van 26 april 2017.

Bijgevolg is er, op grond van de *erga omnes* en retroactieve werking van het voormelde arrest, aanleiding om de terugbetaling te bevelen van de onterecht betaalde bijdragen.

BESLISSING

1. De Raad van State spreekt de afstand van geding uit ten aanzien van de tweede, zesde, negende en tiende verzoekende partij.

2. De Raad van State verwerpt het beroep.

2.. De verzoekende partijen worden verwezen in de kosten van het beroep tot nietigverklaring, begroot op een rolrecht van 2.000 euro, elk voor een tiende, een bijdrage van 20 euro en een rechtsplegingsvergoeding van 700 euro, die verschuldigd is aan de verwerende partij.

De onterecht betaalde bijdrage van 180 euro dient aan de verzoekende partijen te worden terugbetaald.

Dit arrest is uitgesproken te Brussel, in openbare terechtzitting van dertig september tweeduizend eenentwintig, door de Raad van State, VIIe kamer, samengesteld uit:

Eric Brewaeys,	kamervoorzitter,
Pierre Lefranc,	staatsraad,
Peter Sourbron,	staatsraad,
bijgestaan door	
Bart Tettelin,	griffier.

De griffier

De voorzitter

Bart Tettelin

Eric Brewaeys