RAAD VAN STATE, AFDELING BESTUURSRECHTSPRAAK

VIIe KAMER

A R R E S T

nr. 251.691 van 30 september 2021
in de zaak A. 227.530/VII-40.503

In zake : 1. de BELGISCHE BEROEPSVERENIGING VAN KINDERARTSEN
2. de VZW BELGISCHE VERENIGING VOOR KINDERGENEESKUNDE
3. de VZW BELGISCHE ACADEMIE VOOR KINDERGENEESKUNDE
4. de VZW DE VLAAMSE VERENIGING TOT BEVORDERING VAN DE KINDERGENEESKUNDE
5. de VZW GROUPEMENT BELGE DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE
6. Julie LEURIS
bijgestaan en vertegenwoordigd door
advocaten Christophe Lemmens en An Vijverman
kantoor houdend te 3000 Leuven
Mechelsestraat 107-109
bij wie woonplaats wordt gekozen

tegen :

het RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING (RIZIV)
bijgestaan en vertegenwoordigd door
advocaten Pierre Slegers en Margaux Kerkhofs
kantoor houdend te 1050 Brussel
Louizalaan 523
bij wie woonplaats wordt gekozen

I. Voorwerp van het beroep

1. Het beroep, ingesteld op 28 februari 2019, strekt tot de nietigverklaring van:

> "- de bekendmaking van 21 december 2018 van het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis voor het jaar 2019, zoals door het RIZIV gebeurd in het Belgisch Staatsblad van 31 december 2018;
> - de eerste gedetailleerde verdeling tussen de verschillende geneeskundige verstrekkingen van het deel van het globaal prospectief bedrag per opname dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen

vertegenwoordigt, op een ongekende datum door het RIZIV meegedeeld aan de ziekenhuizen en gepubliceerd op de website van het RIZIV begin januari 2019;
- de tweede gedetailleerde verdeling tussen de verschillende geneeskundige verstrekkingen van het deel van het globaal prospectief bedrag per opname dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen vertegenwoordigt, op een ongekende datum door het RIZIV meegedeeld aan de ziekenhuizen en gepubliceerd op de website van het RIZIV rond eind januari 2019/begin februari 2019;
- de mededeling door het RIZIV gedaan op 14 februari 2019 over de wijze waarop tot verdeling van het globaal prospectief bedrag per opname kan worden overgegaan;"

II. Verloop van de rechtspleging

2. De verzoekende partijen hebben een toelichtende memorie ingediend.

Eerste auditeur Ines Martens heeft een verslag opgesteld.

De 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* advocaten An Vijverman en Christophe Lemmens verschijnt voor de verzoekende partijen, is 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, BFM, …);

- 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 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.

3.9. De te dezen bestreden “beslissingen” geven uitvoering aan de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg (hierna: wet van 19 juli 2018) en het koninklijk besluit van 2 december 2018 tot uitvoering van deze wet.

Artikel 7 van de wet van 19 juli 2018 bepaalt:

> “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.”

Artikel 3 van het voormelde koninklijk besluit van 2 december 2018 bepaalt:

"Het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis wordt berekend als volgt:
1° er wordt een koppeling gemaakt van de minimale ziekenhuis gegevens (MZG) en de gegevens klassieke hospitalisatie (AZV) en daghospitalisatie (ADH) voor het laatst beschikbare jaar;
2° de verblijven die voldoen aan de definities van de patiëntengroepen die in de bijlage 1 zijn vermeld, worden geselecteerd;
3° uit deze gekoppelde verblijven wordt per verblijf het totaalbedrag voor de verstrekkingen en ligdagen berekend door de bedragen van alle prestaties te sommeren. Enkel de verblijven die zowel voor de geneeskundige verstrekkingen als voor de ligdagen een positief totaalbedrag hebben, worden bewaard;
4° De verstrekkingen vermeld in artikel 2 worden uitgesloten;
5° voor alle geselecteerde verblijven wordt daarna, per verblijf, het totaalbedrag van honoraria berekend door de reële uitgaven van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en het wettelijk persoonlijk aandeel te sommeren;
6° per patiëntengroep wordt op basis van de honoraria per verblijf de mediaan van de honoraria berekend. Hiervoor wordt het verblijf geïdentificeerd dat het middelste element is wanneer de verblijven geordend zijn op honoraria. Bij een even aantal verblijven is er geen midden en wordt de mediaan van de honoraria berekend door het gemiddelde te nemen van de honoraria van de twee middelste verblijven;
7° de historische honorariamassa, d.i. de honoraria van de geselecteerde verblijven van het laatste beschikbare jaar, wordt vergeleken met de hypothetische honorariamassa. De hypothetische honorariamassa wordt berekend op basis van de mediaan per patiëntengroep : per patiëntengroep wordt het aantal verblijven vermenigvuldigd met de mediaan en deze bedragen worden over alle patiëntengroepen gesommeerd;

$$M_{hyp} = \sum_{p=1}^{j} (N_p * m_p)$$

Mhyp= hypothetische honorariamassa van alle geselecteerde verblijven van het laatst beschikbare jaar
Np= aantal geselecteerde verblijven per patiëntengroep
mp= mediaan van de honoraria per patiëntengroep
j= aantal patiëntengroepen
Indien de hypothetische honorariamassa groter dan of gelijk aan de historische honorariamassa is, komt, voor alle patiëntengroepen, de mediaan van de honoraria van de patiëntengroep overeen met het globaal prospectief bedrag.

Indien de hypothetische honorariamassa kleiner is dan de historische honorariamassa wordt, voor de patiëntengroepen waarbij de mediaan van de honoraria lager is dan het gemiddelde honoraria, de mediaan opgehoogd met een correctiefactor uitgedrukt in percentage om het globaal prospectief bedrag te bekomen. Voor de overige patiëntengroepen komt het globaal prospectief bedrag overeen met de mediaan.
De correctiefactor wordt bekomen door het restbedrag, d.i. het verschil tussen historische honorariamassa en hypothetische honorariamassa, gebaseerd op alle patiëntengroepen, te delen door de hypothetische honorariamassa van de patiëntengroepen waarbij de mediaan van de honoraria kleiner is dan het gemiddelde honoraria.

$$C = \frac{M_{hist} - M_{hyp}}{\sum_{p=1}^{k}(N_p * m_p)}$$

C= correctiefactor
Mhist= honorariamassa van alle geselecteerde verblijven van het laatst beschikbare jaar
Mhyp= hypothetische honorariamassa van alle geselecteerde verblijven van het laatst beschikbare jaar
Np= aantal geselecteerde verblijven per patiëntengroep
mp= mediaan van de honoraria per patiëntengroep
k= aantal patiëntengroepen waarbij mp kleiner is dan het gemiddelde honoraria van de patiëntengroep;
8° Voor elke nomenclatuurcode in de geselecteerde verblijven van een patiëntengroep wordt het aantal gevallen vermenigvuldigd met het honorarium op 1 januari van het laatst beschikbare jaar van de gekoppelde gegevens en het honorarium op 1 januari van het jaar van toepassing. Deze bedragen worden gesommeerd per patiëntengroep en per jaar. Daarna wordt per patiëntengroep de gemiddelde evolutie tussen het laatst beschikbare jaar van de gekoppelde gegevens en het jaar van toepassing berekend door het totale honorarium van het jaar van toepassing te delen door het totale honorarium van het laatste beschikbaar jaar van de gekoppelde gegevens. Die evolutie uitgedrukt in percentage wordt toegepast op de globale bedragen berekend op basis van artikel 3, 7°."

Artikel 4 van het voormelde koninklijk besluit bepaalt:

"Het instituut berekent elk jaar de globale prospectief bedragen van elke patiëntengroep op basis van de meest recente beschikbare gekoppelde gegevens."

3.10. Op 31 december 2018 wordt in het Belgisch Staatsblad het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis voor het jaar 2019 bekendgemaakt:

> "Bekendmaking van het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis voor het jaar 2019
> Overeenkomstig artikel 7 van de Wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg wordt het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis berekend voor het jaar T bekendgemaakt via een bericht in het Belgisch Staatsblad en door het RIZIV meegedeeld aan de ziekenhuizen.
> De volgende tabel geeft per patiëntengroep een overzicht van het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis voor het jaar 2019. Deze bedragen zijn van toepassing voor alle opnames die een aanvang nemen na 31 december 2018 en vóór 1 januari 2020."

Dit betreft het eerste onderdeel van de bestreden beslissing.

3.11. Volgens de gegevens opgenomen in het verzoekschrift, werd begin januari 2019 op de website van het RIZIV eveneens de tabel met een overzicht per patiëntengroep van de prospectieve bedragen per opname in een ziekenhuis bekendgemaakt alsook een tabel met een gedetailleerde verdeling van het GPBO over de verschillende geneeskundige verstrekkingen. Deze tabel zou ook rechtstreeks aan de ziekenhuizen zijn meegedeeld. Op de website van het RIZIV werd hieromtrent vermeld:

> "De verdeling van het gedeelte honorarium van het globaal bedrag moet, zoals wettelijk vastgelegd, gebeurt aan de hand van een verdeelsleutel berekend door het RIZIV. Voor 2019 kan men deze verdeling hier terugvinden.
> Uitsluitend ter informatie, leveren wij een identiek bestand door toevoeging van de kwalificatie van de zorgverlener."

Dit betreft het tweede onderdeel van de bestreden beslissing.

3.12. Volgens de gegevens opgenomen in het verzoekschrift werd er eind januari 2019 - begin februari 2019 een tweede gedetailleerde verdeling bekendgemaakt op de website van het RIZIV. Het betreft een aanpassing van het

bestand met de toevoeging van de kwalificatie van de zorgverlener dat volgens de vermelding op de website opnieuw uitsluitend ter informatie wordt meegedeeld.

Dit maakt het derde onderdeel uit van de bestreden beslissing.

3.13. Met een 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."

Dit is het vierde onderdeel van de bestreden beslissing.

3.14. Tegen deze vier mededelingen door het RIZIV worden eveneens twee andere beroepen tot nietigverklaring ingediend bij de Raad van State. Deze zaken zijn bij de Raad gekend onder de nummers G/A. 227.529/VII-40.502 en G/A. 227.532/VII-40.504.

IV. Ontvankelijkheid

4. Een beroep tot nietigverklaring dient krachtens artikel 14 van de gecoördineerde wetten op de Raad van State onder meer een akte of een reglement

van een administratieve overheid tot voorwerp te hebben. Onder akte of reglement in de zin van de voormelde bepaling dient te worden verstaan een individuele of verordenende handeling die ertoe strekt rechtsgevolgen in het leven te roepen of te beletten dat ze tot stand komen, en die onmiddellijk en rechtstreeks nadeel berokkent aan de verzoeker.

5. Het eerste onderdeel van de bestreden beslissing betreft de bekendmaking door het RIZIV van het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis voor het jaar 2019 in het Belgisch Staatsblad van 31 december 2018.

De berekening van het GPBO door het RIZIV betreft een louter materiële handeling waarbij uitvoering wordt gegeven aan de opdracht vervat in het hoger geciteerde artikel 4 van het koninklijk besluit van 2 december 2018. Het RIZIV blijft hierbij volledig binnen de grenzen van de berekeningsmethode die werd bepaald in voormeld artikel 3 van dat koninklijk besluit. Het RIZIV beperkt zich ertoe de nodige gegevens te verzamelen en de berekening uit te voeren zoals bepaald in het voormelde koninklijk besluit, zonder dat nieuwe regels worden toegevoegd. Tegen dergelijke uitvoeringsbeslissing kan geen afzonderlijk annulatieberoep ingesteld worden, zelfs niet indien de uitvoering onvolkomen zou zijn verlopen, laat staan dat de loutere bekendmaking van het resultaat van deze berekening aanvechtbaar zou zijn. De bekendmaking van het GPBO brengt geen rechtsgevolgen teweeg voor de verzoekende partijen. De rechtsgevolgen dat de verzoekende partijen voor de verstrekkingen uitgevoerd binnen de laagvariabele zorg vergoed worden middels de toekenning van het GPBO en de omvang van deze vergoeding, volgen uit de toepassing van de wet van 19 juli 2018 en het koninklijk besluit van 2 december 2018 die beide in werking zijn getreden op 1 januari 2019, ongeacht de bekendmaking van het GPBO.

Het beroep is onontvankelijk voor zover het is gericht tegen het eerste onderdeel van de bestreden beslissing.

6. Het tweede en derde onderdeel van de bestreden beslissing betreffen de eerste en de tweede gedetailleerde verdeling tussen de verschillende geneeskundige verstrekkingen van het deel van het globaal prospectief bedrag per opname dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen vertegenwoordigt, zoals door het RIZIV meegedeeld aan de ziekenhuizen en gepubliceerd op de website van het RIZIV.

Zoals de verzoekende partijen in hun inleidende akte uiteenzetten, worden de artsen vergoed voor de prestaties die ze hebben verricht op basis van de gedetailleerde verdeling, opgesteld door het RIZIV.

In toepassing van het hoger geciteerde artikel 7, vierde lid, van de wet van 19 juli 2018, deelt de verwerende partij aan de ziekenhuizen ook de gedetailleerde verdeling tussen de verschillende geneeskundige verstrekkingen mee van het deel van het GPBO dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen vertegenwoordigt. De honoraria begrepen in het GPBO worden aan de artsen en andere zorgverleners overgemaakt overeenkomstig de verdeling meegedeeld door de verwerende partij en onverminderd de toepassing van artikel 144 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008.

Uit deze bepaling blijkt dat de verwerende partij slechts de verdeling van het GPBO tussen de verschillende geneeskundige verstrekkingen dient mee te delen aan de ziekenhuizen. De N-groepen die bij de eerste verdeling werden meegedeeld of de kwalificaties van de zorgverlener die bij de tweede verdeling werden meegedeeld, werden enkel en alleen ten informatieve titel overgemaakt. Uit genoemd artikel 7, vierde lid, blijkt weliswaar dat de ziekenhuizen bij de verdeling van het GPBO de verdeling tussen de geneeskundige verstrekkingen dienen te volgen zoals meegedeeld door de verwerende partij, maar zij zijn er niet toe verplicht de honoraria per verstrekking verder te verdelen tussen de verschillende zorgverleners overeenkomstig de informatief meegedeelde verdeling. Het is niet meer dan een praktische handleiding waarbij een mogelijke wijze wordt meegedeeld hoe de ziekenhuizen de honoraria aan de verschillende artsen zouden kunnen overmaken. Dit blijkt ook uit de bewoordingen van de

bekendmaking van deze gedetailleerde verdeling waar uitdrukkelijk wordt vermeld:

> "Uitsluitend ter informatie, leveren wij een identiek bestand door toevoeging van de kwalificatie van de zorgverlener."

Dit voorstel van meer gedetailleerde verdeling is niet bindend voor de ziekenhuizen, zodat dit ook geen rechtsgevolgen teweeg brengt voor de verzoekende partijen. In de mate aldus eind januari - begin februari 2019 een tweede gedetailleerde verdeling werd gepubliceerd op de website van de verwerende partij, waarbij geen wijziging werd aangebracht aan de verdeling van het GPBO tussen de verschillende geneeskundige verstrekkingen maar enkel een wijziging van de informatief meegedeelde verdeling van het bedrag per geneeskundige verstrekking tussen de verschillende specialismen, betreft dit geen administratieve rechtshandeling die rechtsgevolgen teweeg brengt in hoofde van de verzoekende partijen.

Het beroep is onontvankelijk voor zover het is gericht tegen het derde onderdeel van de bestreden beslissing.

7. De verdeling van het deel van het GPBO dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen vertegenwoordigt volgt uit de berekeningsmethode van het GPBO zoals die is vastgelegd in artikel 3 van het voormelde koninklijk besluit van 2 december 2018. In de wet wordt enkel voorzien dat de verwerende partij deze verdeling meedeelt, niet dat zij hieromtrent over enige beslissingsmacht beschikt. Uit de tabellen die werden bekendgemaakt op de website van de verwerende partij en zoals die door de verzoekende partijen in hun stukkenbundel werden neergelegd blijkt ook dat door de verwerende partij enkel geïdentificeerd werd wat het aandeel was van elke geneeskundige verstrekking (met uitzondering van de uitgesloten verstrekkingen - artikel 2 van het koninklijk besluit van 2 december 2018) binnen het totale honorarium voor een bepaalde patiëntengroep op grond waarvan het GPBO werd berekend. Vervolgens werd dat zelfde percentage toegepast op het GPBO om het aandeel van elke geneeskundige

verstrekking binnen het GPBO aan te duiden. Bij de parlementaire voorbereiding van de voormelde wet van 19 juli 2018 werd hieromtrent gesteld:

> "De uitsplitsing zal aan de artsen en ziekenhuizen worden bezorgd per artikel of subartikel van de nomenclatuur. De beroepsbeoefenaars zullen in de nationale cijfers dus kunnen zien welk deel van het mediaan bedrag naar elke zorgverstrekker gaat (chirurg, anesthesist enzovoort). Vervolgens is het de bedoeling dezelfde verdeling toe te passen binnen elk ziekenhuis. De verdere verdeling tussen artsen zal nog steeds gebeuren volgens de eigen overeenkomsten binnen elk ziekenhuis. Evenzo is het niet de taak van de minister om te beslissen over het respectieve gewicht van elk van de ziekenhuisdiensten."

Ook hier gaat het bijgevolg om een zuiver materiële uitvoerende handeling door de verwerende partij die niet kan worden beschouwd als een administratieve rechtshandeling die rechtsgevolgen zou teweeg brengen.

Het beroep is onontvankelijk voor zover het is gericht tegen het tweede onderdeel van de bestreden beslissing.

8. Het vierde onderdeel van de bestreden beslissing betreft een mededeling waarbij de verwerende partij slechts bevestigt - ten informatieve titel - dat zowel volgens de wetgeving als volgens zijn 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. Het gaat opnieuw louter om een toelichting bij de mogelijke praktische uitwerking van de verdeling van de honoraria voor opnames die onder de toepassing van de regeling inzake de gebundelde financiering van laagvariabele zorg vallen. In de omzendbrief waarnaar in de mededeling wordt verwezen, wordt reeds verduidelijkt dat de verwerende partij in de verdeling van het GPBO het aandeel van de verschillende nomenclatuurcodes identificeert. Er wordt echter ook op gewezen dat de wet van 19 juli 2018 geen wijzigingen heeft aangebracht in de bepalingen van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen noch een herallocatiemechanisme heeft ingevoerd. Bijgevolg kunnen de ziekenhuizen ook nog steeds de uitgevoerde prestaties verdelen volgens

de waarde van de nomenclatuur alsof deze zou gefactureerd worden op de tot eind 2018 gebruikelijke wijze. Er wordt in de mededeling meegegeven dat in dat geval eventuele verschillen met het GPBO verdeeld kunnen worden volgens vast te leggen spelregels door de instantie die de centrale inning organiseert. In de omzendbrief waarnaar wordt verwezen, werd in dat verband ook reeds meegedeeld dat op het vlak van centrale inning afspraken kunnen worden gemaakt over de periodiciteit van de betalingen aan de betrokken zorgverleners. Een dergelijke mededeling brengt geen wijziging mee in de rechtstoestand van de verzoekende partijen en herhaalt slechts, of licht toe, wat reeds volgt uit de wetgeving en de voormelde omzendbrief. Het is dan ook evenmin een voor vernietiging vatbare administratieve rechtshandeling.

Het beroep is niet ontvankelijk voor zover het is gericht tegen het vierde onderdeel van de bestreden beslissing.

9. De bestreden beslissing vormt in al haar onderdelen slechts een materiële uitvoerende handeling die niet voor annulatie vatbaar is.

Het betoog van de verzoekende partijen dat er wel degelijk rechtsgevolgen verbonden zijn aan de bestreden beslissingen, overtuigt niet.

Het beroep is in zijn geheel onontvankelijk.

V. Kosten

10. 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 tweedelijnsbijstand’ en van de wet van 26 april 2017 ‘houdende de regeling van de oprichting van een Begrotingsfonds voor de juridische tweedelijnsbijstand 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 verwerpt het beroep.

2. De verzoekende partijen worden verwezen in de kosten van het beroep tot nietigverklaring, begroot op een rolrecht van 1.200 euro, elk voor een zesde, en een bijdrage van 20 euro.
De onterecht betaalde bijdrage van 100 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**