

Rolnummer 7136
Arrest nr. 102/2021 van 8 juli 2021

A R R E S T

In zake : de prejudiciële vragen over artikel 56ter, § 5, 1°, *b*, en § 11, 2°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gesteld door de Raad van State.

Het Grondwettelijk Hof,

samengesteld uit de voorzitters F. Daoût en L. Lavrysen, en de rechters P. Nihoul, T. Giet, J. Moerman, Y. Kherbache en D. Pieters, bijgestaan door de griffier P.-Y. Dutilleux, onder voorzitterschap van voorzitter F. Daoût,

wijst na beraad het volgende arrest :

*

* *

I. *Onderwerp van de prejudiciële vragen en rechtspleging*

Bij arrest nr. 243.856 van 28 februari 2019, waarvan de expeditie ter griffie van het Hof is ingekomen op 7 maart 2019, heeft de Raad van State de volgende prejudiciële vragen gesteld :

« 1. Schendt artikel 56ter, § 11, 2°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, de artikelen 10 en 11 van de Grondwet in zoverre het tot gevolg heeft dat ziekenhuizen aan dezelfde juridische regeling worden onderworpen, wat betreft de berekening van de terug te betalen bedragen in het kader van het systeem van de referentiebedragen, zonder dat een onderscheid wordt gemaakt tussen :

- enerzijds, de ziekenhuizen waarvan de ambulante verstrekkingen die in aanmerking worden genomen gedurende de carenzperiode voor de berekening van de terug te betalen bedragen, worden uitgevoerd onder hun toezicht met een systeem van centrale inning van de erelonen,

- en, anderzijds, de ziekenhuizen waarvan de ambulante verstrekkingen die in aanmerking worden genomen gedurende de carenzperiode voor de berekening van de terug te betalen bedragen, worden uitgevoerd zonder centrale inning en waarop zij geen enkel toezicht hebben, en eveneens zonder een onderscheid te maken tussen, enerzijds, de ziekenhuizen die aan de grens van het land gelegen zijn en waarin patiënten worden opgenomen nadat ambulante verstrekkingen zijn uitgevoerd in het buitenland en, anderzijds, de ziekenhuizen zonder zulk een regelmatig buitenlands patiëntenbestand ?

2. Dient, indien bevestigend zou worden geantwoord op de eerste vraag, ervan te worden uitgegaan dat dit nog steeds het geval zou zijn rekening houdend met de invoering, bij artikel 56ter, § 5, 1°, b, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, van een corrigerend mechanisme dat, in voorkomend geval, het aan een ziekenhuis opgelegde bedrag van de terugbetaling kan beperken tot de ‘ werkelijke uitgaven voor de opnames ’ ? ».

Memories en memories van antwoord zijn ingediend door :

- de vzw « Centre Hospitalier de Wallonie Picarde » en de vzw « Clinique Saint-Pierre », bijgestaan en vertegenwoordigd door Mr. S. Callens, advocaat bij de balie te Brussel;

- de Ministerraad, bijgestaan en vertegenwoordigd door Mr. P. Slegers, Mr. S. Ben Messaoud en Mr. M. Kerkhofs, advocaten bij de balie te Brussel.

Bij beschikking van 5 mei 2021 heeft het Hof, na de rechters-verslaggevers T. Giet, ter vervanging van rechter J.-P. Moerman, wettig verhinderd, en J. Moerman te hebben gehoord, beslist dat de zaak in staat van wijzen is, dat geen terechtzitting zal worden gehouden, tenzij een partij binnen zeven dagen na ontvangst van de kennisgeving van die beschikking een verzoek heeft ingediend om te worden gehoord, en dat, behoudens zulk een verzoek, de debatten zullen worden gesloten op 19 mei 2021 en de zaak in beraad zal worden genomen.

Aangezien geen enkel verzoek tot terechtzitting werd ingediend, is de zaak op 19 mei 2021 in beraad genomen.

De bepalingen van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof met betrekking tot de rechtspleging en het gebruik van de talen werden toegepast.

II. *De feiten en de rechtspleging in het bodemgeschil*

Op 26 februari 2013 stellen de vereniging zonder winstoogmerk « Centre Hospitalier de Wallonie Picarde » en de vereniging zonder winstoogmerk « Clinique Saint-Pierre » bij de Raad van State een beroep in tot nietigverklaring van artikel 2 van het koninklijk besluit van 18 december 2012 « tot uitvoering van het artikel 56ter, § 1, en § 11, 2°, eerste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor wat de referentiebedragen per opname betreft ».

Die twee verenigingen voeren aan dat artikel 56ter, § 11, 2°, eerste lid, van de wet van 14 juli 1994, zoals het was geformuleerd na de wijziging ervan bij de wet van 19 maart 2013 « houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I) », discriminerend is voor elk ziekenhuis dat een groot aantal patiënten behandelt die medische prestaties hebben genoten tijdens de periode van dertig dagen die aan hun opname in het ziekenhuis is voorafgegaan.

De Raad van State beslist aan het Hof de door de verzoekende verenigingen voorgestelde prejudiciële vraag, die hiervoor is weergegeven, te stellen.

III. *In rechte*

- A -

A.1. Volgens de vereniging zonder winstoogmerk « Centre Hospitalier de Wallonie Picarde » en de vereniging zonder winstoogmerk « Clinique Saint-Pierre » dient de prejudiciële vraag bevestigend te worden beantwoord omdat artikel 56ter, § 11, 2°, eerste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna : de wet van 14 juli 1994), door alle ziekenhuizen op dezelfde manier te behandelen, een discriminerende behandeling voorbehoudt voor de ziekenhuizen die een groot aantal patiënten behandelen die medische prestaties hebben genoten die zijn verstrekt door personen van buiten dat ziekenhuis, tijdens de periode van dertig dagen die aan hun opname in het ziekenhuis is voorafgegaan.

De verzoekende verenigingen voor de Raad van State zijn van mening dat de regels betreffende het « systeem van de referentiebedragen » dat is beschreven in artikel 56ter van de wet van 14 juli 1994, verschillend hadden moeten zijn voor elk ziekenhuis, naar gelang van zijn vestigingsplaats, de samenstelling van zijn patiëntenbestand en zijn interne organisatie.

A.2. De vereniging zonder winstoogmerk « Centre Hospitalier de Wallonie Picarde » en de vereniging zonder winstoogmerk « Clinique Saint-Pierre » preciseren dat artikel 56ter, § 11, 2°, eerste lid, van de wet van 14 juli 1994 de ziekenhuizen die aan de grens van het Rijk gelegen zijn, begunstigt omdat zij niet de waarde van de medische prestaties op zich moeten nemen die in het buitenland bij hun patiënten zijn verricht tijdens de periode van dertig dagen voorafgaand aan hun hospitalisatie. De verzoekende verenigingen merken ook op dat die ziekenhuizen de reeds in het buitenland verrichte onderzoeken opnieuw kunnen uitvoeren zonder zich bloot te stellen aan de sanctie van terugstorting waarin artikel 56ter, § 5, 1°, van de wet van 14 juli 1994 voorziet.

A.3. De voormelde verenigingen zetten daarnaast uiteen dat artikel 56ter, § 11, 2°, eerste lid, van de wet van 14 juli 1994 de mogelijkheid biedt om een ziekenhuis dat aan zijn gehospitaliseerde patiënten te dure gezondheidszorg heeft verstrekt gedurende de dertig dagen voorafgaand aan hun hospitalisatie te bestraffen, zelfs indien dat ziekenhuis niet in staat was om die zorg te controleren of te verhinderen, terwijl de in het geding zijnde bepaling tot doel heeft de ziekenhuizen ertoe aan te zetten de praktijkvoering van zorgverleners die als abnormaal wordt beschouwd, te wijzigen.

Zij preciseren dat een ziekenhuis niet noodzakelijk in kennis wordt gesteld van de medische prestaties die bij zijn patiënten, vóór hun hospitalisatie, zijn verricht door zorgverleners die in een ander ziekenhuis of buiten enige ziekenhuisinstelling werken. Zij merken op dat de patiënten zelf niet steeds op de hoogte zijn van die prestaties. Zij voegen eraan toe dat een ziekenhuis dat niet beschikt over een instrument om de activiteit van die externe zorgverleners te controleren, hen niet kan aanzetten om hun gedrag te wijzigen wanneer dat tot abnormale hoge kosten leidt.

De verzoekende verenigingen voor de Raad State zijn van mening dat de situatie van een ziekenhuis dat beschikt over een polikliniek en een dienst voor centrale inning van de honoraria die worden verantwoord door de er verrichte prestaties verschillend is, niet alleen omdat dat ziekenhuis in kennis kan worden gesteld van het bestaan van die prestaties wanneer zij bij een gehospitaliseerde patiënt worden verricht gedurende de dertig dagen voorafgaand aan zijn hospitalisatie, maar ook omdat dat ziekenhuis, in voorkomend geval, het gedrag van de zorgverleners van die polikliniek kan beïnvloeden. Zij merken op dat de dienst voor centrale inning van de honoraria van een ziekenhuis niet in alle instellingen wordt belast met de inning van de honoraria voor die « ambulante verstrekkingen », omdat krachtens artikel 147 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008 (hierna : de wet van 10 juli 2008), alleen de honoraria die verschuldigd zijn voor prestaties die zijn verricht bij gehospitaliseerde patiënten verplicht door die dienst moeten worden geïnd.

A.4. De vzw's « Centre Hospitalier de Wallonie Picarde » en « Clinique Saint-Pierre » erkennen ten slotte dat de regels vermeld in artikel 56ter, § 5, 1°, b, en § 11, 9°, van de wet van 14 juli 1994 het bedrag van de terugbetalingen die van een ziekenhuis kunnen worden gevorderd met toepassing van het « systeem van de referentiebedragen » verminderen, ter waarde van het percentage van de werkelijke uitgaven voor de opnames, die in het ziekenhuis zijn gedaan tijdens die opnames. Zij zijn niettemin van oordeel dat die regels niet toelaten te vermijden dat een ziekenhuis geldbedragen moet terugstorten wegens te dure zorg die bij zijn patiënten is verstrekt vóór hun hospitalisatie en die het niet kon controleren. Zij merken in dat verband op dat de voormelde regels enkel van toepassing zijn in het stadium van de berekening van de bedragen die een ziekenhuis daadwerkelijk moet terugstorten, en niet bij de voorafgaande selectie van de ziekenhuizen die tot terugbetalingen zullen worden verplicht, die is beschreven in artikel 56ter, § 5, 1°, a, van de wet van 14 juli 1994.

A.5. Volgens de Ministerraad dient de « eerste » prejudiciële vraag ontkennend te worden beantwoord, zodat de « tweede » prejudiciële vraag geen antwoord behoeft.

A.6.1. De Ministerraad benadrukt in de eerste plaats dat het « toezicht » dat wordt beoogd in de « eerste » prejudiciële vraag, het toezicht is dat wordt uitgeoefend door het ziekenhuis op de onderzoeken die moeten worden verricht vóór de hospitalisatie van een patiënt en die zijn voorgeschreven door een arts die niet verbonden is aan het ziekenhuis waarin die patiënt is opgenomen.

De Ministerraad is van mening dat zulk een situatie hoogst onwaarschijnlijk is omdat het, in de regel en in de praktijk, de ziekenhuisarts is die instaat voor de opgenomen patiënt, die dat soort van onderzoeken voorschrijft. Hij merkt op dat, gelet op artikel 56ter, § 11, 2°, tweede lid, van de wet van 14 juli 1994, een dergelijke situatie zich zou kunnen voordoen wanneer, op minder dan een maand tijd, een patiënt die wordt opgenomen in twee verschillende ziekenhuizen en voor wie twee verschillende artsen de zorg op zich nemen is onderworpen, vóór de eerste van die twee hospitalisaties, aan de voorafgaande onderzoeken die door die twee artsen zijn voorgeschreven, maar hij onderstreept dat, in dat geval, geen van beide artsen op de hoogte is van de hospitalisatie waarbij hij niet betrokken is. De Ministerraad doet ook opmerken dat, ook al is het denkbaar dat een patiënt aan zijn huisarts vraagt om hem de aan zijn hospitalisatie voorafgaande onderzoeken voor te schrijven, het hoogst onwaarschijnlijk is dat diezelfde arts de resultaten van die onderzoeken niet bezorgt aan zijn collega die de genoemde hospitalisatie op zich neemt.

De Ministerraad is van oordeel dat die situaties zo zeldzaam zijn dat de kans dat zij zich voordoen voor alle ziekenhuizen dezelfde is. Hij is ook van mening dat, rekening houdend met de rol die de vrije keuze van de patiënten en het gedrag van de huisartsen spelen met betrekking tot het feit dat die onwaarschijnlijke situaties zich voordoen, die situaties noch voortvloeien uit de locatie van de ziekenhuizen, noch uit hun interne organisatie of het profiel van hun patiënten. De Ministerraad voegt eraan toe dat die situaties dermate onwaarschijnlijk zijn dat zij in ieder geval geen financiële weerslag zouden kunnen hebben op de financiën van de ziekenhuizen in het kader van de toepassing van artikel 56ter van de wet van 14 juli 1994.

De Ministerraad leidt uit het voorgaande af dat de elementen die vervat zijn in de prejudiciële vraag niet toelaten een categorie van ziekenhuizen te identificeren waarvan de situatie wezenlijk zou verschillen van die van de andere ziekenhuizen.

A.6.2. De Ministerraad onderstreept dat elk ziekenhuis over middelen beschikt om de aan een patiënt verstrekte medische zorgprestaties die zijn verricht vóór een opname die in aanmerking wordt genomen in het « systeem van de referentiebedragen », te controleren.

Hij merkt in dat verband op dat het de ziekenhuisarts is die de zorg voor de opgenomen patiënt op zich neemt, die aan die laatste moet vragen welke voorafgaande onderzoeken hij reeds zou hebben ondergaan, alvorens nieuwe onderzoeken voor te schrijven die mogelijk overbodig zijn.

De Ministerraad merkt ook op dat het, krachtens de artikelen 16 en 18 van de wet van 10 juli 2008, de beheerder van een ziekenhuis toekomt zijn verantwoordelijkheid op zich te nemen door de prestaties van de ziekenhuisartsen op doeltreffende wijze te controleren, in voorkomend geval via de hoofddarts en de door die beheerder aan te wijzen diensthoofden.

A.7. De Ministerraad voert ook aan dat de in het geding zijnde bepaling des te minder discriminerend is voor de ziekenhuizen daar de vergelijkingen waarin het « systeem van de referentiebedragen » voorziet enkel betrekking hebben, met toepassing van artikel 56ter, § 5, van de wet van 14 juli 1994, op de « werkelijke uitgaven voor de opnames » die door die ziekenhuizen zijn geregistreerd. Hij voegt eraan toe dat, met toepassing van artikel 56ter, § 11, 9°, van dezelfde wet, een ziekenhuis niet kan worden verplicht de kosten van medische zorgprestaties die het niet heeft verricht, of honoraria die het niet heeft geïnd, terug te storten.

Hij merkt op dat de wetgevende macht heeft gestreefd naar een evenwicht tussen de responsabilisering van het ziekenhuis en de economische realiteit, opdat de ziekenhuizen rechtvaardig zouden worden behandeld.

- B -

Ten aanzien van de in het geding zijnde bepaling en de context ervan

B.1. Artikel 56ter van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna : de wet van 14 juli 1994), zoals het werd vervangen bij artikel 50 van de wet van 19 december 2008 « houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg », en vervolgens gewijzigd bij de artikelen 31 en 44 van de wet van 10 december 2009 « houdende diverse bepalingen inzake gezondheid » en bij artikel 8, 1°, van de wet van 19 maart 2013 « houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I) », bepaalde :

« § 1. In afwijking van de bepalingen van deze wet en haar uitvoeringsbesluiten worden jaarlijks referentiebedragen per opname toegepast voor de verzekeringstegemoetkoming verleend aan rechthebbenden in een ziekenhuis met betrekking tot de groepen van verstrekkingen bedoeld in paragraaf 8 voor zover deze behoren tot de in paragraaf 9 bedoelde APR-DRG-groepen. Onder APR-DRG-groepen wordt verstaan : de classificatie van patiënten in diagnosegroepen zoals beschreven in het handboek ‘ All Patient Refined Diagnosis Related Groups, Definition manuel, version 15.0 ’. De Koning kan de toepassing van de referentiebedragen uitbreiden tot de verstrekkingen verleend tijdens een verblijf in het

ziekenhuis dat aanleiding geeft tot de betaling van een dagforfait zoals bedoeld in de geldende overeenkomst bij toepassing van artikel 46, of tijdens om het even welk verblijf dat aanleiding geeft tot de betaling van een verpleegdagprijs.

§ 2. Deze referentiebedragen worden berekend voor de in paragraaf 1 bedoelde APR-DRG-groepen voor de klassen 1 en 2 van klinische ernst, voor de groepen van verstrekkingen bedoeld in paragraaf 8 en na weglating van de ‘ outliers ’ type 2 bedoeld in de besluiten genomen in uitvoering van artikel 95 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

§ 3. De betrokken referentiebedragen zijn gelijk aan het gemiddelde van de jaarlijkse uitgaven per opname, vermeerderd met 10 pct. en steunen op de gegevens bedoeld in artikel 206, § 2, van deze wet en artikel 156, § 2, tweede lid, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen.

§ 4. De betrokken referentiebedragen worden jaarlijks berekend door de technische cel bedoeld in artikel 155 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, op basis van de in paragraaf 3 bedoelde gegevens met betrekking tot de in paragraaf 1 bedoelde verstrekkingen. De referentiebedragen worden jaarlijks in mei meegegeed aan de in artikel 153 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen bedoelde multipartitestructuur inzake ziekenhuisbeleid.

De jaarlijkse referentiebedragen per opname worden voor de eerste maal vastgesteld voor het jaar 2006. Ze worden jaarlijks berekend op basis van de in het eerste lid bedoelde gegevens met betrekking tot de opnames die worden beëindigd na 31 december van het voorgaande jaar en voor 1 januari van het volgende jaar.

§ 5. 1° De selectie van de ziekenhuizen die in aanmerking komen voor effectieve opvordering van de terug te storten bedragen en de berekening van de effectieve aan het Instituut terug te storten bedragen door de geselecteerde ziekenhuizen, ten laste van de aan de verzekering aangerekende honoraria, gebeurt volgens de volgende berekeningsmethode, die in twee onderdelen opgedeeld wordt :

a. Selectie van de ziekenhuizen die in aanmerking komen voor effectieve opvordering van de terug te storten bedragen :

- berekening per ziekenhuis van de verschilbedragen tussen enerzijds de werkelijke uitgaven voor de opnames zoals bedoeld in paragraaf 1, rekening houdend met de beperkingen bedoeld in paragraaf 2, en anderzijds de referentie-uitgaven berekend volgens de modaliteiten, zoals opgegeven in paragrafen 2, 3 en 4;

- totalisatie per ziekenhuis van de positieve en negatieve resultaten van deze berekeningen; enkel de ziekenhuizen voor wie het resultaat van deze totalisatie positief is, komen in aanmerking voor terugstorting.

b. Berekening van de effectieve terug te storten bedragen voor de in *a.* geselecteerde ziekenhuizen :

- berekening per ziekenhuis van de verschilbedragen tussen enerzijds werkelijke uitgaven voor de opnames zoals bedoeld in paragraaf 1, rekening houdend met de beperkingen bedoeld

in paragraaf 2, en anderzijds de overeenkomstige nationale mediaanuitgave, per APR-DRG, per klasse 1 respectievelijk 2 van klinische ernst en per groep van verstrekkingen;

- alle positieve verschilbedragen van de hierboven uitgevoerde berekeningen per ziekenhuis vormen de effectieve terug te storten bedragen voor de onder a. geselecteerde ziekenhuizen, mits de som van deze positieve verschilbedragen groter is dan 1.000 euro.

2° De door het ziekenhuis terug te storten bedragen worden verdeeld tussen de ziekenhuisbeheerder en de ziekenhuisgeneesheren, conform het reglement zoals bedoeld in artikel 149, 1°, tweede lid, of in artikel 150, eerste lid, van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008. Zolang geen regeling is opgenomen in het reglement, geldt de regeling bedoeld in artikel 151, derde tot vijfde lid, van de voornoemde wet.

§ 6. Het Instituut past de in paragraaf 5, 1°, beschreven berekeningsmethode toe op basis van de gegevens verstrekt door de technische cel en deelt het individueel resultaat van de berekening aan elk ziekenhuis mee. De mededeling van de resultaten, met inbegrip van de terug te storten bedragen, gebeurt jaarlijks in september.

[...]

§ 8. Volgende groepen van verstrekkingen worden in aanmerking genomen :

1° de verstrekkingen opgenomen in artikel 3, § 1, A, II, en C, I, artikel 18, § 2, B, e), en artikel 24, § 1, uitgezonderd de forfaitaire vergoedingen, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

2° de verstrekkingen opgenomen in artikels 17, § 1, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, *17bis*, *17ter* en *17quater*, uitgezonderd de forfaitaire vergoedingen, van de bijlage bij hogervermeld koninklijk besluit van 14 september 1984;

3° de verstrekkingen opgenomen in artikel 3, uitgezonderd de verstrekkingen inzake klinische biologie, artikel 7, artikel 11, artikel 20 en artikel 22 van de bijlage bij hogervermeld koninklijk besluit van 14 september 1984.

§ 9. De diagnosegroepen worden gevormd op grond van de ‘ All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ’ :

[...]

§ 10. De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, ten einde rekening te houden met evoluties in de medische praktijkvoering en in de medische praktijkverschillen na advies van de multipartite-structuur bedoeld in artikel 15 van hogervermelde wet van 29 april 1996, de verstrekkingen bedoeld in paragraaf 8 en de APR-DRG-groepen bedoeld in paragraaf 9 aanpassen.

§ 11. Voor de opnames die na 31 december 2008 worden beëindigd, worden de paragrafen 1 tot 10 toegepast volgens de volgende nadere regels :

1° In de groep van verstrekkingen bepaald in paragraaf 8, 3°, worden de verstrekkingen van artikel 22 (fysiotherapie) uitgesloten van de berekening van de referentiebedragen voor de volgende 5 diagnosegroepen : APR-DRG 45 - CVA met herseninfarct, APR-DRG 46 - Niet-gespecificeerd CVA en precerebrale occlusie zonder herseninfarct, APR-DRG 139 - Gewone pneumonie, APR-DRG 302 - Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 289085 - Arthroplastiek van de heup met totale prothese (acetabulum en femurkop) werd aangerekend en APR-DRG 302 Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 290286 - Femorotibitiale arthroplastiek met gelede prothese werd aangerekend;

2° De Koning kan, voor de diagnosegroep bepaald in paragraaf 9, 1°, de nadere regels en de datum van inwerkingtreding vastleggen om, bij de berekening van de referentiebedragen en de mediaanuitgave, eveneens rekening te houden met alle verstrekkingen uit de groepen van verstrekkingen bepaald in paragraaf 8, die zijn uitgevoerd tijdens de carensperiode van 30 dagen die voorafgaan aan een opname die voor de berekening van de referentiebedragen in aanmerking is genomen; de Koning kan bepalen hoe die gegevens worden verwerkt;

Indien tijdens de carensperiode een andere opname aan de voor de berekening van de referentiebedragen in aanmerking genomen opname voorafgaat, begint deze carensperiode de dag na het beëindigen van die opname;

3° Onafhankelijk van de toepassing van paragraaf 4, zullen de referentiebedragen, bepaald in paragraaf 3, op voorhand worden berekend op basis van de meest recente beschikbare jaarlijkse gegevens vóór het jaar van toepassing bedoeld in paragraaf 4, tweede lid. Ze zullen vóór 1 januari van het beschouwde jaar als indicatoren aan de ziekenhuizen worden meegedeeld;

4° Bij de toepassing van paragraaf 4 worden de overeenkomstig paragraaf 11, 3°, berekende referentiebedragen per APR-DRG, per graad van klinische ernst 1 of 2 en per groep van verstrekkingen bedoeld in paragraaf 8, vergeleken met de overeenkomstig paragraaf 4 berekende referentiebedragen.

Uit die vergelijking zal men per APR-DRG, per graad van klinische ernst 1 of 2 en per groep van verstrekkingen bedoeld in paragraaf 8, de overeenkomstig paragraaf 4 berekende referentiebedragen weerhouden, indien die bedragen, per APR-DRG, per graad van klinische ernst 1 of 2 en per groep van verstrekkingen bedoeld in paragraaf 8, hoger zijn dan de overeenkomstig paragraaf 11, 3°, berekende bedragen.

De Koning kan, voor de toepassing van het vorige lid, de nadere regels bepalen voor het invoeren of berekenen van een drempel, die de overeenkomstig paragraaf 4 berekende referentiebedragen moeten overschrijden, om te worden weerhouden.

5° De Koning kan, behalve voor het eerste toepassingsjaar van paragraaf 11, de nadere regels bepalen voor het invoeren of berekenen van een drempelwaarde waarmee de referentiebedragen, die na de in paragraaf 11, 4°, bepaalde vergelijking zijn weerhouden, niet lager mogen zijn dan de in het voorgaande jaar vastgestelde referentiebedragen.

6° De Koning kan de nadere regels bepalen voor het invoeren of berekenen van een drempelwaarde waarmee de referentiebedragen, die na de in paragraaf 11, 4°, bepaalde

vergelijking zijn weerhouden, niet lager mogen zijn dan de referentiebedragen die tijdens het eerste toepassingsjaar van paragraaf 11 zijn vastgesteld.

7° De referentiebedragen die zijn bepaald en uiteindelijk na toepassing van paragrafen 4 en 11, 3° tot 6°, zijn weerhouden, vertegenwoordigen de definitieve referentiebedragen die overeenkomstig paragraaf 4 worden meegedeeld en die als basis dienen voor de toepassing van paragraaf 5.

8° Wanneer de mediaanuitgave per APR-DRG, per graad van klinische ernst 1 of 2 en per groep van verstrekkingen voor de in paragraaf 5, 1°, b) bepaalde berekening van de bedragen die door de ziekenhuizen moeten worden terugbetaald, gelijk is aan nul, wordt die mediaan vervangen door de gemiddelde uitgave.

9° Met toepassing van paragraaf 11, 2° worden de in paragraaf 5, 1°, b), bepaalde terug te betalen bedragen per ziekenhuis verminderd ter waarde van het percentage van de werkelijke gedane uitgaven in de loop van de voor toepassing van artikel 56ter weerhouden opnames in het betrokken ziekenhuis voor de APR-DRG's en de groepen van verstrekkingen die voor de referentiebedragen in aanmerking komen.

[...] ».

B.2. Artikel 2 van het koninklijk besluit van 18 december 2012 « tot uitvoering van het artikel 56ter, § 1, en § 11, 2°, eerste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor wat de referentiebedragen per opname betreft » bepaalt :

« Overeenkomstig artikel 56ter, § 11, 2°, voor de diagnosegroep bepaald in paragraaf 9, 1°, wordt bij de berekening van de referentiebedragen en de mediaanuitgave, rekening gehouden met alle verstrekkingen uit de groepen van verstrekkingen bepaald in paragraaf 8, die zijn uitgevoerd tijdens de carenperiode van 30 dagen die voorafgaan aan een opname die voor de berekening van de referentiebedragen in aanmerking is genomen ».

B.3. Bij zijn arrest nr. 6/2018 van 18 januari 2018 heeft het Hof het voormelde artikel 56ter, § 5, 1°, b, van de wet van 14 juli 1994 vernietigd, in zoverre het erin voorziet dat de daadwerkelijk terug te betalen bedragen voor de opnames die worden beëindigd vóór 1 januari 2009, gelijk zijn aan het verschil tussen de werkelijke uitgaven van de geselecteerde ziekenhuizen en de nationale mediaanuitgave, wanneer die laatste gelijk is aan nul.

B.4. Bij artikel 9 van de wet van 19 juli 2018 « betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg » (hierna : de wet van 19 juli 2018) wordt artikel 56ter van de wet van 14 juli 1994 opgeheven. Bij artikel 13 van de wet van 19 juli 2018 wordt het koninklijk besluit van 18 december 2012 opgeheven.

Artikel 16 van de wet van 19 juli 2018 bepaalt :

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

B.5.1. Artikel 147 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008 (hierna : de wet van 10 juli 2008), bepaalt :

« Ongeacht het vergoedingsstelsel dat in het ziekenhuis wordt toegepast, worden alle bedragen door de patiënten of door derden te betalen ter vergoeding van de prestaties van de ziekenhuisartsen met betrekking tot gehospitaliseerde patiënten, centraal geïnd ».

B.5.2. Artikel 149, 1°, van de wet van 10 juli 2008, bepaalt :

« Behalve indien de medische raad besluit zelf een dienst voor de centrale inning van de honoraria in te stellen, geschiedt de centrale inning door het ziekenhuis met inachtneming van de volgende voorwaarden :

1° het reglement betreffende de werking van de inningsdienst wordt vastgesteld in onderlinge overeenstemming tussen de beheerder en de medische raad.

Dit reglement bepaalt onder meer de termijn binnen welke de attesten van de verstrekte verzorging door de ziekenhuisarts moeten worden toegestuurd evenals de maatregelen die van toepassing zijn op de ziekenhuisarts die de attesten niet binnen de bepaalde termijn toestuurde. Het reglement bepaalt eveneens de termijn binnen welke enerzijds de facturen aan de debiteuren worden aangeboden en anderzijds de aan de ziekenhuisartsen verschuldigde bedragen worden uitbetaald. Behalve andersluidende regeling in het reglement loopt die termijn vanaf de inning en is, voor de bedragen die niet tijdig worden betaald, vanaf het verstrijken van de termijn wettelijke intrest verschuldigd zonder dat een inmorastelling door de betrokken ziekenhuisarts vereist is ».

B.5.3. Artikel 150, eerste lid, van dezelfde wet bepaalt :

« Indien de centrale inning geschiedt door een dienst die daartoe door de medische raad is ingesteld, moet in onderlinge overeenstemming met de beheerder een reglement worden vastgesteld betreffende de werking van de dienst; meer bepaald wordt vastgesteld op welke wijze en op welk tijdstip de door de ziekenhuisartsen aan het ziekenhuis verschuldigde bedragen worden overgedragen; bovendien moet worden bepaald dat de beheerder of zijn afgevaardigde over soortgelijke toezichtsmogelijkheden beschikken als die welke in artikel 49, 2°, zijn toegekend aan de medische raad, en in artikel 149, 3°, aan de ziekenhuisartsen. Behalve andersluidende regeling in het reglement loopt die termijn vanaf de inning en is voor de bedragen die niet tijdig zijn betaald, de wettelijke intrest verschuldigd vanaf het verstrijken van de termijn zonder dat een inmorastelling door de beheerder vereist is ».

B.5.4. Vóór de wijziging ervan bij artikel 10 van de wet van 19 juli 2018, bepaalde artikel 151 van de wet van 10 juli 2008 :

« De Koning kan nadere regels, met inbegrip van eenvormige boekhoudkundige regels, vaststellen ter uitvoering van de artikelen 147 tot 150.

Het reglement bedoeld in artikel 149, 1°, tweede lid, of in artikel 150, eerste lid, bepaalt onder meer op welke wijze het verschil tussen de werkelijke uitgaven en de referentieuitgaven dat in mindering wordt gebracht van de door de dienst voor centrale inning aan de verplichte verzekering geneeskundige verzorging aangerekende bedragen, zoals bedoeld in artikel 56ter van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ten aanzien van de individuele ziekenhuisartsen wordt verrekend.

Zolang de regeling, bedoeld in het vorige lid, niet in bedoeld reglement is opgenomen, geschiedt de verrekening ten aanzien van de ziekenhuisartsen volgens het relatief aandeel van elke ziekenhuisarts in de honorariamassa van de groep van verstrekkers waartoe hij behoort in de drie maanden voorafgaand aan de verrekening, waarbij het te verrekenen bedrag van de betrokken groep van ziekenhuisartsen wordt vastgesteld op basis van het relatief aandeel van deze groep in de vastgestelde overschrijding, hierbij rekening houdend met de aanwending van bedoelde honoraria met toepassing van artikel 155, met uitzondering van § 1, 2° en § 2.

In het geval voor de betrokken honoraria de toepassing van artikel 155, § 1, 1°, aanleiding geeft tot een ‘pool’ van vergoedingen per prestaties, wordt het aandeel hiervan ook proportioneel aangerekend ten aanzien van deze ‘pool’ en volgens de geldende regels verrekend ten aanzien van de individuele ziekenhuisartsen.

Voor de toepassing van het derde lid wordt er geen rekening gehouden met de aanwending bedoeld in artikel 155, § 1, 3°, en § 3, voor zover de dekking van de kosten wordt uitgedrukt op basis van bewezen en reële kosten in akkoord met de medische raad; in elk ander geval geschiedt bedoelde verrekening ten laste van de ziekenhuisarts ten belope van 75 pct. en van de ziekenhuisbeheerder ten belope van 25 pct ».

Ten aanzien van de eerste identieke behandeling

B.6. Het Hof wordt in de prejudiciële vraag eerst verzocht zich uit spreken over de bestaanbaarheid van artikel 56ter, § 11, 2°, van de wet van 14 juli 1994 met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, doordat die bepaling twee categorieën van ziekenhuizen die verplicht zouden zijn geweest om de « ambulante verstrekkingen » uitgevoerd tijdens de door die bepaling gedefinieerde « carenperiode » terug te storten, op dezelfde manier behandelt : enerzijds, de ziekenhuizen waarvan de dienst voor de centrale inning van de honoraria van de

ziekenhuisartsen de honoraria met betrekking tot de « ambulante verstrekkingen » int en, anderzijds, de ziekenhuizen waarvan die dienst dat type van honoraria niet int.

B.7. Het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie dat kan worden afgeleid uit de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, verzet zich ertegen dat categorieën van personen die zich ten aanzien van de bekritiseerde maatregel in wezenlijk verschillende situaties bevinden, op dezelfde manier worden behandeld, zonder dat daarvoor een redelijke verantwoording bestaat.

B.8. De regel vermeld in artikel 56ter, § 11, 2°, van de wet van 14 juli 1994 maakt deel uit van een geheel van bepalingen die het « systeem van de referentiebedragen » vormden.

Dat systeem voorzag erin dat een ziekenhuis waarvan de uitgaven voor bepaalde types van medische prestaties een bepaald bedrag overschreden, « bij wijze van boete », kon worden verplicht om het gedeelte van de honoraria voor die prestaties dat dat bedrag overschreed terug te betalen aan het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, omdat dat gedeelte werd beschouwd als een « ongefundeerde », « ongerechtvaardigde » of « abnormaal dure praktijk ». Met die « boete » beoogde men dat ziekenhuis ertoe aan te zetten dat soort van « praktijken » te corrigeren en het problematische gedrag van de zorgverleners te wijzigen (*Parl. St.*, Kamer, 2008-2009, DOC 52-1491/001 en 52-1492/001, pp. 34-35 en 40-41, en DOC 52-1491/006, pp. 8-9; *Parl. St.*, Senaat, 2008-2009, 4-1010/2, pp. 8 en 24).

B.9. De dienst voor de centrale inning van de honoraria van een ziekenhuis wordt ingesteld om de bedragen te innen ter vergoeding van de ziekenhuisartsen voor de zorg die zij hebben verstrekt aan « gehospitaliseerde patiënten » (artikelen 147, 149 en 150 van de wet van 10 juli 2008).

Een dergelijke dienst is in principe niet verplicht om de honoraria te innen ter vergoeding van die artsen voor de zorg die zij hebben verstrekt aan « ambulante patiënten » (verslag aan de Koning dat voorafgaat aan het koninklijk besluit nr. 407 van 18 april 1986 « tot wijziging en aanvulling van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen », *Belgisch Staatsblad* van 6 mei 1986, p. 6491).

De beheerder en de medische raad van het ziekenhuis zijn evenwel vrij om in het « reglement betreffende de inningsdienst » te bepalen, dat die dienst ook zal worden belast met de inning van de honoraria met betrekking tot de zorg die is verstrekt aan « ambulante patiënten ».

B.10. Toen de dienst voor de centrale inning van de honoraria eveneens met de inning van die honoraria werd belast, moesten de met toepassing van artikel 56ter, § 5, 1^o, b, van de wet van 14 juli 1994 « door het ziekenhuis terug te storten bedragen » die betrekking hebben op die categorie van honoraria, in principe worden verdeeld tussen de ziekenhuisbeheerder en de ziekenhuisartsen, volgens de regels die waren opgenomen in het « reglement betreffende de werking van de inningsdienst », dat was vastgesteld in onderlinge overeenstemming tussen de ziekenhuisbeheerder en de medische raad (artikel 56ter, § 5, 2^o, van de wet van 14 juli 1994; artikelen 149, 1^o, en 150, eerste lid, van de wet van 10 juli 2008).

Zolang dat reglement geen regels bevatte voor het aanrekenen van die « terug te storten bedragen » aan de artsen, moest die aanrekening in overeenstemming zijn met de regels vermeld in het derde tot vijfde lid van artikel 151 van de wet van 10 juli 2008.

B.11. Een dienst voor centrale inning van de honoraria heeft niet de taak medische prestaties te controleren, noch het bedrag van de honoraria te controleren dat de ziekenhuisartsen nog steeds vrij kunnen bepalen met toepassing van artikel 15, tweede lid, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 « betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen ».

Bovendien hadden de regels voor de verdeling of aanrekening van de terug te storten bedragen, opgenomen in een « reglement betreffende de werking van de inningsdienst » of vermeld in artikel 151 van de wet van 10 juli 2008, niet tot doel medische prestaties te controleren, noch de bedragen van de door de betrokken ziekenhuisartsen gevraagde honoraria te beperken.

B.12. Zowel de beheerder van een ziekenhuis waarvan de dienst voor centrale inning van de honoraria van de ziekenhuisartsen de honoraria met betrekking tot de « ambulante verstrekkingen » inde als de beheerder van een ziekenhuis waarvan die dienst dat type van honoraria niet inde, bleven daarentegen vrij om, in de « algemene regeling » waarin artikel 144

van de wet van 10 juli 2008 voorziet, regels in te voegen die ertoe strekken het bedrag van de type van honoraria te beperken, overeenkomstig artikel 15, tweede lid, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967.

B.13. Uit het voorgaande volgt dat niet wordt aangetoond dat de twee in B.6 omschreven categorieën van ziekenhuizen zich in situaties bevinden die, in het licht van de bekritiseerde maatregel, wezenlijk verschillend zijn.

B.14. In zoverre het Hof wordt verzocht de grondwettigheid te onderzoeken van de identieke behandeling van die ziekenhuizen waarin artikel 56ter, § 11, 2°, van de wet van 14 juli 1994 voorziet, dient de prejudiciële vraag ontkennend te worden beantwoord.

Ten aanzien van de tweede identieke behandeling

B.15. Het Hof wordt in de prejudiciële vraag ook verzocht zich uit te spreken over de bestaanbaarheid van artikel 56ter, § 11, 2°, van de wet van 14 juli 1994 met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, doordat die bepaling tot gevolg zou hebben de « ziekenhuizen die aan de grens van het land gelegen zijn en waarin patiënten worden opgenomen nadat ambulante verstrekkingen zijn uitgevoerd in het buitenland », te onderwerpen aan « dezelfde juridische regeling » als de ziekenhuizen « zonder zulk een regelmatig buitenlands patiëntenbestand ».

B.16. Het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie dat kan worden afgeleid uit de artikelen 10 en 11 van de Grondwet verzet zich ertegen dat categorieën van personen die zich ten aanzien van de bekritiseerde maatregel in wezenlijk verschillende situaties bevinden, op dezelfde manier worden behandeld, zonder dat daarvoor een redelijke verantwoording bestaat.

Het onderzoek van de bestaanbaarheid van een wetskrachtige bepaling met dat beginsel veronderstelt met name de nauwkeurige identificatie van twee categorieën van personen die het voorwerp uitmaken van een gelijke behandeling.

De bewoordingen van de prejudiciële vraag waarin het Hof wordt verzocht een dergelijk onderzoek te verrichten, moeten dus de elementen bevatten die voor die identificatie nodig zijn. Het staat niet aan het Hof de grondwettigheid te onderzoeken van een gelijke behandeling van

twee categorieën van personen waarvan het zelf de contouren zou moeten bepalen, aangezien die bepaling in de prejudiciële vraag niet voldoende wordt gedaan.

B.17.1. De prejudiciële vraag beoogt de « ziekenhuizen die aan de grens van het land gelegen zijn ».

Strikt gesproken, is er geen enkel ziekenhuis, in de zin van wet van 14 juli 1994, dat gelegen is op of aan de grens van de Staat. Het Hof kan dus enkel veronderstellen dat onder de woorden « ziekenhuis gelegen aan de grens van het land », die in de prejudiciële vraag worden gebruikt, een ziekenhuis in de nabijheid een grens van de Staat dient te worden verstaan.

Nabijheid is evenwel een begrip dat als zodanig verwijst naar een subjectief oordeel, zodat het onvoldoende nauwkeurig is om twee categorieën van personen te identificeren wier situaties in aanmerking moeten worden genomen bij de beoordeling van de grondwettigheid van een identieke behandeling van dergelijke categorieën.

B.17.2. Met de in de prejudiciële vraag gebruikte termen wordt het Hof bovendien verzocht een onderscheid te maken tussen de « ziekenhuizen zonder [...] een regelmatig buitenlands patiëntenbestand » en de ziekenhuizen die wel zulk een patiëntenbestand hebben. Uit die vraag blijkt ook dat dit « regelmatig buitenlands patiëntenbestand » uit – Belgische of buitenlandse – patiënten bestaat die in het ziekenhuis zijn opgenomen nadat zij « ambulante verstrekkingen [hebben gekregen] in het buitenland ».

Het begrip « regelmatig » patiëntenbestand is als zodanig onvoldoende nauwkeurig om twee categorieën van personen op voldoende wijze te identificeren bij de beoordeling van de grondwettigheid van een identieke behandeling van dergelijke categorieën.

B.17.3. Bovendien suggereren de bewoordingen van de prejudiciële vraag dat alle « ziekenhuizen die gelegen zijn aan de grens van het land » geregeld patiënten opnemen die voordien zorg hebben gekregen in een instelling die gelegen is op het grondgebied van een andere Staat, en dat de ziekenhuizen die elders op het Belgische grondgebied gelegen zijn niet geregeld zulke patiënten opnemen.

Het blijkt evenwel niet dat alle ziekenhuizen die in de nabijheid van een grens gelegen zijn geregeld zulke patiënten opnemen, noch dat die patiënten niet even geregeld worden opgenomen in ziekenhuizen die verder van de grenzen van de Staat gelegen zijn.

B.17.4. Uit het voorgaande volgt dat de prejudiciële vraag, zoals zij is geformuleerd, niet de nodige elementen bevat op grond waarvan het Hof de twee categorieën van personen die op identieke wijze zouden worden behandeld, voldoende nauwkeurig kan identificeren.

B.18. In zoverre zij betrekking heeft op de « ziekenhuizen die aan de grens van het land gelegen zijn » en die een « regelmatig buitenlands patiëntenbestand » hebben, is de prejudiciële vraag niet ontvankelijk.

Om die redenen,

het Hof

zegt voor recht :

- In zoverre het de ziekenhuizen waarvan de dienst voor centrale inning van de honoraria van de ziekenhuisartsen de honoraria met betrekking tot de « ambulante verstrekkingen » int en de ziekenhuizen waarvan die dienst dat type van honoraria niet int op dezelfde manier behandelt, schendt artikel 56ter, § 11, 2°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet.

- In zoverre zij betrekking heeft op een vermeende identieke behandeling van ziekenhuizen « die aan de grens van het land gelegen zijn », die een « regelmatig buitenlands patiëntenbestand » hebben, en ziekenhuizen die elders gelegen zijn, die niet zulk een patiëntenbestand hebben, is de prejudiciële vraag niet ontvankelijk.

Aldus gewezen in het Frans en het Nederlands, overeenkomstig artikel 65 van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof, op 8 juli 2021.

De griffier,

De voorzitter,

P.-Y. Dutilleux

F. Daoût