

**RAAD VAN STATE, AFDELING BESTUURSRECHTSPRAAK**

**VII KAMER**

**A R R E S T**

**nr. 251.688 van 30 september 2021  
in de zaak A. 227.427/VII-40.492**

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 :

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.

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 Brewaeyts heeft verslag uitgebracht.

Advocaat Filip Van Der Mauten, die *loco* advocaten An Vijverman en Christophe Lemmens 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

structuregebonden 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 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. 227.424/VII-40.491 en G/A. 227.465-40.494.



#### *IV. Onderzoek van de middelen*

##### *A. Eerste en tweede middel*

###### *Standpunten van de partijen*

4. In het eerste en het tweede middel wordt de schending ingeroepen van de artikelen 22bis en 23 van de Grondwet, al dan niet in samenhang gelezen met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet en met artikel 3, lid 1 en 2, en artikel 8, lid 1, van het Verdrag van 20 november 1989 inzake de rechten van het kind.

De verzoekende partijen wijzen er in hun tweede middel op dat artikel 23 van de Grondwet een *standstill*-verplichting bevat die de bevoegde wetgever verbiedt het beschermingsniveau ten aanzien van onder meer de gezondheid aanzienlijk te verminderen, zonder dat daartoe redenen van algemeen belang bestaan. Ingevolge de geschonden geachte bepalingen zoals aangevoerd in het eerste en tweede middel, waaronder artikel 22bis van de Grondwet, is het ook de taak van de Koning om de rechten van ieder kind maximaal te vrijwaren door een passende en specifieke rechtsbescherming te voorzien en te behouden en om zelfs een voorrangspositie aan het kind toe te kennen wanneer de belangen van het kind afgewogen moeten worden ten opzichte van andere belangen.

Zij voeren aan dat, doordat de zorgen voor het pasgeboren kind ingevolge het bestreden besluit niet langer per afzonderlijke prestatie worden aangerekend maar gedekt worden door het GPBO voorzien per bevalling, de situatie van het kind erop achteruit is gegaan. Hierdoor wordt ook het recht van ieder kind op een afzonderlijke en volwaardige identiteit gefnuikt en bestaat het risico dat aan het kind nog slechts minimale of strikt noodzakelijke zorg wordt verleend, dan wel veel te dure zorg of andere zorg.

Volgens de verzoekende partijen is het onbegrijpelijk en niet in overeenstemming met het beoogde doel van de wetgever dat bepaalde

laagvariabele prestaties die worden verstrekt aan het kind, buiten de financiering via het GPBO worden gehouden en dat andere meer variabele prestaties wel worden gedekt door het GPBO.

Het is eveneens onbegrijpelijk dat de zorg aan de moeder en die aan het kind door eenzelfde GPBO worden gedekt terwijl die zorg wordt verstrekt aan twee individuele patiënten en rechtssubjecten. De situatie van de moeder en die van het kind kunnen fundamenteel verschillend zijn, maar zij worden wat de nieuwe financieringsregeling betreft, gelet op de loutere afhankelijkheid van de gezondheidstoestand van de moeder, toch gelijk behandeld. Daarbij kunnen louter administratieve redenen, namelijk dat in het verleden de zorg voor de moeder en het kind ook steeds op één factuur werden opgenomen, of dat een specifieke APR-DRG classificatie voor pasgeborenen ontbreekt, het verschil in behandeling niet rechtvaardigen.

De verzoekende partijen betogen ook dat bij de toepassing van de laagvariabele zorg in het GPBO ten onrechte geen rekening wordt gehouden met de gezondheidstoestand van het kind bij de geboorte of kort erna, en dat er bij het vaststellen van de toepassing van het GPBO enkel rekening wordt gehouden met het verloop van de bevalling en de gezondheidstoestand van de moeder. Volgens hen is er aldus sprake van een discriminatie. Pasgeborenen worden ongeacht of zij zonder complicaties zijn geboren en ongeacht of zij weinig, veel of gespecialiseerde zorg behoeven, steeds opgenomen in het GPBO voor de zorg aan de moeder bij de bevalling. Arts-specialisten worden bij pasgeboren kinderen met een gezondheidsprobleem of complicaties geconfronteerd met veeleer hoogvariabele zorg waarvoor zij ingevolge de voormelde financieringsregeling niet bijkomend worden vergoed, hetgeen ertoe zou kunnen leiden dat die artsen slechts minimale of enkel de strikt noodzakelijke zorg zullen verlenen aan het kind.

Zo zullen de zorgen voor een pasgeboren kind met gezondheidsproblemen/complicaties bij een complicatieloze bevalling geïnccludeerd worden in het GPBO, zelfs wanneer het kind moet worden overgebracht naar een N\*-dienst (dienst voor niet-intensieve neonatale zorgen).

Aangezien de meeste zorg die op een N\*-dienst aan een pasgeborene wordt toegediend bij een complicatieloze bevalling onder de dekking van het GPBO valt, terwijl er nochtans een grote variatie bestaat tussen de zorg die daar verleend wordt, zal de financiering van de N\*-diensten niet volstaan om de verleende zorg te dekken. N\*-diensten die veel geïnvesteerd hebben in materiaal en mensen worden op die manier gepenaliseerd. Het risico bestaat volgens de verzoekende partijen dat beheerders van ziekenhuizen er zullen op aandringen om de activiteiten van N\* diensten af te bouwen en om pasgeborenen sneller te transfereren naar NIC-afdelingen (dienst voor intensieve neonatale zorgen) omdat de zorg dan niet meer onder het GPBO valt. Dergelijke opname op een NIC-afdeling zal een grotere indruk nalaten op de kinderen en de ouders en voor bijkomende stress zorgen en finaal voor hogere kosten voor de gezondheidszorg. Het risico bestaat daardoor ook dat er druk ontstaat om de moeder sneller te ontslaan uit het ziekenhuis omdat het kind op dat moment uit de laagvariabele zorg wordt gehaald. Het nieuwe financieringssysteem heeft dan ook nadelige consequenties voor ouders en kind.

Hierdoor leidt de in het bestreden besluit opgenomen aanwijzing van patiëntengroepen zowel tot een discriminatoire behandeling tussen de moeder (met de gezondheidstoestand van wie wel rekening wordt gehouden bij de financiering) en het pasgeboren kind (met de gezondheid waarvan geen rekening wordt gehouden voor de financiering) als tussen pasgeboren kinderen zonder complicaties en pasgeboren kinderen met complicaties die allebei dezelfde financiering krijgen. Door de zorg voor de moeder en het kind samen in een patiëntengroep op te nemen en door de indeling in de patiëntengroep bovendien te laten afhangen van de gezondheidstoestand van de moeder houdt de bestreden beslissing er geen rekening mee dat het kind en de moeder afzonderlijke en volwaardige rechtssubjecten zijn en dat het belang van het kind steeds de eerste afweging moet zijn.

De verzoekende partijen betogen dat die discriminaties hadden kunnen worden vermeden indien de wetgever had bepaald dat pasgeboren kinderen een afzonderlijke patiëntengroep vormen of dienen te vormen.

De minister heeft de aangevoerde problematiek bovendien uitdrukkelijk erkend in een brief aan de verzoekende partijen en gesteld dat het RIZIV en de FOD Volksgezondheid onderzoeken op welke wijze de verstrekkingen verricht voor pasgeborenen afzonderlijk kunnen beschouwd worden van de prestaties door de moeder.

5. De verwerende partij werpt in de eerste plaats een exceptie van gebrek aan belang bij het eerste en tweede middel op in hoofde van de verzoekende partijen. Zij wijst erop dat het eerste en tweede middel de rechten van het kind betreft en de vermeende discriminatie tussen moeders van kinderen met de gezondheidstoestand van wie al dan niet wordt rekening gehouden “en/of kinderen die al dan niet met complicaties worden geboren”.

De eerste vijf verzoekende partijen zijn echter verenigingen met als maatschappelijk doel de behartiging van de beroepsbelangen van hun leden, arts-specialisten in de pediatrie. De behartiging van de belangen van kinderartsen is niet hetzelfde als de behartiging van de belangen van het kind of de kinderrechten.

De zesde verzoekende partij is een arts-specialist in de pediatrie. Ook zij zou geen belang hebben bij dit middel aangezien zij zelf geen kind is en uit het verzoekschrift op geen enkele wijze kan worden afgeleid dat zij zwanger is of in de nabije toekomst moeder zal worden.

6. Wat de grond van de middelen betreft is de verwerende partij van oordeel dat de verzoekende partijen zich voor de Raad van State niet rechtstreeks op de schending van artikel 22*bis* van de Grondwet noch van het kinderrechtenverdrag kunnen beroepen aangezien deze bepalingen geen rechtstreekse werking hebben. De Raad van State oordeelde reeds dat artikel 22*bis*, vierde lid, van de Grondwet een algemene bepaling betreft die verdere uitwerking en precisering vereist voordat de bepaling op zichzelf kan worden toegepast.

De verwerende partij verwijst naar een arrest van het Grondwettelijk Hof waarin het Hof oordeelde dat de rechten toegekend aan kinderen door artikel 22*bis* van de Grondwet zich niet uitstrekken tot het embryo en de foetus in de zin van de wet van 19 december 2008 inzake het verkrijgen en het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal met het oog op de geneeskundige toepassing op de mens of het wetenschappelijk onderzoek. Vóór en tijdens de bevalling zouden de rechten die voortvloeien uit artikel 22*bis* van de Grondwet dus in ieder geval niet van toepassing zijn. Zij verwijst ook naar een arrest van de Raad van State waarin geoordeeld werd dat de artikelen 3 en 8 van het Kinderrechtenverdrag geen rechtstreekse werking hebben.

De verwerende partij stelt dat de minister er reeds meermaals op gewezen heeft dat de nieuwe financieringsregeling aangaande de laagvariabele zorg op geen enkele wijze de kwaliteit van de zorg zal verminderen en er met deze regeling net naar gestreefd wordt om de kwaliteit van de gezondheidszorg te vergroten. Bovendien heeft de patiënt ten aanzien van de arts steeds recht op kwaliteitsvolle zorg volgens de toepasselijke standaarden zoals die voortvloeit uit de stand van de wetenschap op dat moment. Het is ook nooit de patiënt die het risico draagt van de financiering: het risico wordt verdeeld tussen de overheid en het ziekenhuis. De zorg dient dus verzekerd te worden waardoor het belang van het kind geëerbiedigd wordt.

De verwerende partij wijst er ook op dat het systeem van het GPBO in de eerste fase enkel betrekking heeft op ziekenhuisverblijven met laagvariabele zorg waarvoor het standaardzorgtraject weinig verschilt tussen patiënten en ziekenhuizen, zoals bij bevallingen. Maar niet iedere bevalling wordt beschouwd als laagvariabele zorg. De kwalificatie als laagvariabele zorg is afhankelijk van de te presteren verstrekkingen en de ernstgraad van de bevalling. Enkel bevallingen met een lage ernstgraad vallen binnen het toepassingsgebied. Ook de duur van de opname zou een rol spelen, waarbij opnames met minimum twee kalenderdagen tussen de opnamedatum en de prestatiedatum van de hoofdingreep uitgesloten zijn van de laagvariabele zorg.

De verwerende partij meent dat rekening moet worden gehouden met de unieke situatie van de bevalling waarbij er op het moment van de opname van de moeder nog geen sprake is van een geboren kind. Het is pas na de bevalling dat het kind ter wereld komt en als rechthebbende van de sociale zekerheid kan worden aanzien. Omdat het om een momentane gebeurtenis gaat, zou het niet onredelijk zijn om één GPBO bij de bevalling toe te kennen dat zowel de prestaties voor de moeder als voor het pasgeboren kind omvat. Daarbij zou op basis van het beschikbaar cijfermateriaal en na analyse door het RIZIV zijn vastgesteld dat de beroepsgroep van de kinderartsen geen nadeel zal ondervinden van de inclusie van de prestaties van de pediater bij bevallingen met een ernstgraad 1. Er werd immers bij de berekening van het GPBO voor een bevalling rekening gehouden met de prestaties die zowel aan de moeder als aan het kind worden toegediend. Voor de invoering van het GPBO werd er bij een bevalling ook maar één factuur opgesteld voor zowel de moeder als het pasgeboren kind.

Daarnaast benadrukt de verwerende partij dat indien de situatie zich voordoet waarbij de bevalling van de moeder zonder complicaties verloopt, maar dat de gezondheidstoestand van het pasgeboren kind veel of gespecialiseerde zorg behoeft, zodat het pasgeboren kind in het ziekenhuis moet blijven terwijl de moeder al naar huis gaat, het systeem van de laagvariabele zorg niet langer van toepassing is. Zij is ook van mening dat de opname van bevallingen in de lijst van patiëntengroepen waarop het GPBO van toepassing is, een beleidskeuze is van de Koning zodat de beoordeling ervan niet tot de bevoegdheid van de Raad van State behoort. Te dezen zou blijken dat de keuze niet kennelijk onredelijk is.

Met betrekking tot het aangevoerde verschil in behandeling tussen de moeder met de gezondheidstoestand van wie rekening werd gehouden bij het uitwerken van de nieuwe financieringsregeling en het kind met wiens gezondheidstoestand geen rekening zou zijn gehouden, wijst de verwerende partij er opnieuw op dat uit de parlementaire stukken van de wet van 19 juli 2018 voortvloeit dat er wel rekening werd gehouden met de gezondheidstoestand van de baby aangezien bij een pasgeboren kind dat als gevolg van complicaties na de bevalling in het ziekenhuis blijft terwijl de moeder al naar huis gaat, de situatie niet

onder laagvariabele zorg valt en de prestaties op naam van de baby worden aangerekend.

Met betrekking tot het aangevoerde verschil in behandeling tussen een kind dat zonder complicaties wordt geboren en waarvoor de zorgen opgenomen worden in het GPBO en een kind dat met complicaties wordt geboren en veel of gespecialiseerde zorg nodig heeft terwijl het ook in het GPBO wordt opgenomen, merkt de verwerende partij op dat de patiënt nooit nadeel mag ondervinden van het GPBO aangezien het risico niet door hem wordt gedragen. De aangehaalde vergelijking zou dan ook niet relevant zijn aangezien elk kind steeds een kwalitatieve zorgverstrekking dient te ontvangen.

7. In haar laatste memorie voegt de verwerende partij wat betreft het belang van de verzoekende partijen toe dat zelfs in de “uitzonderlijke situatie” waarin het gaat om bepaalde ingrepen/situaties die van het systeem van de laagvariabele zorg zijn uitgesloten, de kwaliteit van de zorgverlening op geen enkele manier in het gedrang komt.

8. Ten gronde stelt zij dat voor wat betreft de patiëntengroepen die ten deze worden geïsoleerd bij de berekening van het GPBO, rekening wordt gehouden met de kosten voor de zorg verstrekt aan alle patiënten waaraan zorg werd verleend in het referentiejaar, dus ook de baby's waaraan meer complexe zorg werd toegekend tijdens de periode waarop de laagvariabele zorg na de bevalling van toepassing is. De stelling “dat geen rekening gehouden wordt met de geïsoleerde categorie van patiënt”, faalt volgens de verwerende partij dan ook in de feiten.

Wat betreft het vermeend ongerechtvaardigde onderscheid in behandeling tussen pasgeborenen met een ernstgraad 3 of 4 die samen met hun moeder ingedeeld worden in de betrokken patiëntengroepen tijdens de eerste dagen na de bevalling en ander(e) patiënten met een ernstgraad 3 en 4 waarvan de zorgen niet gefinancierd worden via de laagvariabele zorg, voegt de verwerende partij toe dat het onderscheid in behandeling steunt op een objectief criterium van

onderscheid, namelijk het feit dat het gaat om een al dan niet pasgeboren baby, dat het criterium pertinent is aangezien baby's voor de geboorte nog niet bestaan in de sociale zekerheid en dat het onderscheid in behandeling geen kennelijk onevenredige gevolgen heeft aangezien het GPBO berekend wordt op grond van de historische gegevens van de kosten van de zorgen aan de patiëntengroep en er dus rekening wordt gehouden met de zorgen toegekend aan baby's die, ondanks een complicatieloze bevalling, zorgen nodig hebben van een ernstgraad 3 of 4.

### *Beoordeling*

#### *Ontvankelijkheid*

9. In essentie uiten de verzoekende partijen in het eerste en het tweede middel kritiek op het feit dat bij de aanwijzing van de betrokken patiëntengroepen van de bevallingen die onder de toepassing van het GPBO vallen de pasgeborenen mee opgenomen worden in de patiëntengroep van de moeder en er geen onderscheid wordt gemaakt naargelang de pasgeborene al dan niet met complicaties wordt geboren en dus al dan niet gespecialiseerde zorg nodig heeft. Dit leidt volgens hen onder meer tot een discriminatie tussen pasgeborenen zonder complicaties die voor de financiering van de verleende zorg opgenomen worden in de laagvariabele zorg en pasgeborenen met complicaties die eveneens opgenomen worden in de laagvariabele zorg en tot een discriminatie tussen de moeders, met wiens gezondheidstoestand rekening wordt gehouden bij de opname in de laagvariabele zorg en de pasgeborenen met wiens gezondheidstoestand geen rekening wordt gehouden. Deze discriminatie in de financiering leidt naar hun mening tot een schending van het belang van het kind en een vermindering van de bescherming van de gezondheid van het kind.

De rechtssubjecten ten aanzien van wie een discriminerende behandeling door het bestreden besluit wordt aangevoerd zijn pasgeboren kinderen die de eerste dagen na de bevalling in het ziekenhuis verblijven. Zij kunnen niet zelf optreden voor de Raad van State.



De tweede verzoekende partij heeft volgens artikel 3 van haar statuten onder meer tot doel “de vertegenwoordiging van de belangen betreffende de gezondheid van het kind en de adolescent”. De derde verzoekende partij heeft volgens haar statuten als doel de vertegenwoordiging en behartiging van de belangen van het kind en de kinderarts. Ter verwezenlijking van dit doel kan zij alle middelen aanwenden. Deze beide verzoekende partijen hebben aldus als statutair doel onder meer de behartiging van de belangen van (de gezondheid van) het kind. De middelen hebben betrekking op het belang en de gezondheidstoestand van het pasgeboren kind en de vermeende discriminatie van een pasgeboren kind met betrekking tot de financiering van de ziekenhuiszorg verleend aan het kind vlak na de bevalling. De verzoekende partijen voeren in deze middelen aan dat de discriminatie inzake de financiering gevolgen heeft voor de aan het kind verleende zorg. Een dergelijk middel dat gericht is op de vrijwaring van het belang van het kind met betrekking tot zijn gezondheidstoestand en de verstrekking van geneeskundige verzorging aan het kind kan in het statutair doel van de verzoekende partijen worden ingepast. Te dezen kan het belang van de zesde verzoekende partij als arts gespecialiseerd in de pediatrie en diensthoofd eveneens worden aanvaard.

*Ten gronde*

10. De artikelen 10 en 11 van de Grondwet bepalen:

“Art. 10. [...]

De Belgen zijn gelijk voor de wet; zij alleen zijn tot de burgerlijke en militaire bedieningen benoembaar, behoudens de uitzonderingen die voor bijzondere gevallen door een wet kunnen worden gesteld.

[...]

Art. 11. Het genot van de rechten en vrijheden aan de Belgen toegekend moet zonder discriminatie verzekerd worden. [...]”.

De artikelen 22*bis* en 23 van de Grondwet bepalen:

“Art. 22*bis*. Elk kind heeft recht op eerbiediging van zijn morele, lichamelijke, geestelijke en seksuele integriteit.

Elk kind heeft het recht zijn mening te uiten in alle aangelegenheden die het aangaan; met die mening wordt rekening gehouden in overeenstemming met zijn leeftijd en zijn onderscheidingsvermogen.

Elk kind heeft recht op maatregelen en diensten die zijn ontwikkeling bevorderen.

Het belang van het kind is de eerste overweging bij elke beslissing die het kind aangaat.

De wet, het decreet of de in artikel 134 bedoelde regel waarborgen deze rechten van het kind.

“Art. 23. Ieder heeft het recht een menswaardig leven te leiden.

Daartoe waarborgen de wet, het decreet of de in artikel 134 bedoelde regel, rekening houdend met de overeenkomstige plichten, de economische, sociale en culturele rechten, waarvan ze de voorwaarden voor de uitoefening bepalen. Die rechten omvatten inzonderheid:

[...]

2° het recht op sociale zekerheid, bescherming van de gezondheid en sociale, geneeskundige en juridische bijstand;

[...]”.

11. Hoewel een rechtssubject uit artikel 22bis van de Grondwet geen rechtstreekse rechten kan putten moet de Koning bij het uitvaardigen van een reglementair besluit deze bepaling respecteren.

Artikel 23 van de Grondwet houdt een *standstill*-verplichting in voor de overheden. Deze *standstill*-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 en daarbij alle betrokken belangen zorgvuldig worden afgewogen.

12. In uitvoering van artikel 6 van de wet van 19 juli 2018 stelt de Koning met het bestreden besluit de lijst vast van de patiëntengroepen waarvoor het GPBO wordt toegepast. Artikel 6 van deze wet bepaalt dat 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.

Er werd bij de voorbereiding van de wet toegelicht dat van zodra ernstige en objectiveerbare factoren worden vastgesteld die het zorgtraject minder voorspelbaar maken, de patiënt niet wordt opgenomen in de patiëntengroep die laagvariabele zorg behoeft. In dat opzicht kan worden vastgesteld dat alle patiëntengroepen die door de Koning op de lijst worden opgenomen die als bijlage bij het bestreden besluit is gevoegd, in beginsel beperkt worden tot patiënten met een pathologie ernstgraad 1 of 2.

Op deze lijst worden echter ook drie patiëntengroepen opgenomen waarvan zowel moeders als pasgeboren kinderen deel uitmaken, namelijk:

560 grp1: groep patiëntes met bevalling via vaginale weg zonder aanrekening van anesthesie, in klassieke hospitalisatie, met ernstgraad 1

560 grp2: groep patiëntes met bevalling via vaginale weg met aanrekening van anesthesie, in klassieke hospitalisatie, met ernstgraad 1

540 grp1: groep patiëntes met een bevalling via keizersnede, in klassieke hospitalisatie, met ernstgraad 1.

Met betrekking tot de pasgeboren kinderen die in de voormelde patiëntengroepen worden opgenomen, blijkt er echter geen rekening te zijn gehouden met de ernstgraad van hun pathologie tijdens de opname. De verwerende partij voert wel aan dat voor pasgeborenen die ingevolge complicaties langer in het ziekenhuis blijven terwijl de moeder reeds naar huis gaat, er prestaties op naam van de baby worden aangerekend waarbij deze pasgeborenen dan uit de laagvariabele zorg vallen.

Vooralsnog blijkt echter uit geen enkel gegeven dat pasgeborenen met een hogere ernstgraad (ernstgraad 3 of 4) die wel samen met de moeder het ziekenhuis verlaten, maar die tijdens hun verblijf toch complexere zorg behoeven, uit de laagvariabele zorg zouden worden uitgesloten. Het is nochtans niet ondenkbeeldig dat er gevallen kunnen zijn waarbij een kind dat complexere zorg nodig heeft omwille van een ernstgraad 3 of 4 toch samen met de moeder het ziekenhuis verlaat. Dit lijkt zeker zo te kunnen zijn voor de patiëntengroep 540

grp 1, bevallingen via keizersnede, die ook zijn opgenomen in de laagvariabele zorg. Bij een dergelijke bevalling verblijft de moeder en dus ook het kind immers doorgaans gedurende meer dan drie dagen in het ziekenhuis.

Daarnaast is het op grond van de informatie verstrekt door de verwerende partij evenmin uitgesloten dat ook bij een pasgeborene die wegens complicaties langer in het ziekenhuis verblijft, de zorgen die gedurende de eerste dagen na de bevalling worden verleend onder de laagvariabele zorg en dus de toepassing van het GPBO vallen voor de periode dat de moeder nog in het ziekenhuis verblijft. De verzoekende partijen merken in dit verband op dat de belangrijkste zorgen die verleend worden aan de pasgeborene precies dienen te gebeuren gedurende die eerste levensdagen wanneer de zorgen wel nog onder de toepassing van het GPBO vallen.

Waar de verzoekende partijen in hun middel aanvoeren dat het loutere feit dat pasgeborenen samen met de moeders in een patiëntengroep worden opgenomen een schending zou inhouden van de artikelen 22*bis* en 23 van de Grondwet, merkt de Raad op dat de verzoekende partijen niet aantonen dat hierdoor het beschermingsniveau inzake de gezondheid van deze kinderen zou verminderen. Evenmin tonen zij aan dat het loutere feit dat de verstrekkingen die verleend worden ten aanzien van pasgeboren kinderen met een ernstgraad 1 of 2 niet meer per prestatie worden vergoed maar middels een forfaitair bedrag, op zich leidt tot de vaststelling dat de zorgen verleend aan deze pasgeboren kinderen in het gedrang zouden komen.

In dat verband kan er vooreerst in het algemeen op worden gewezen dat het bestreden besluit en de kaderwet waarvan het de uitvoering vormt, tot doel hebben de ziekenhuisfinanciering veilig te stellen en correct mee te laten evolueren met de veranderende 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 is er dan ook in

beginsel op gericht om de waarborg vervat in artikel 23, derde lid, 2° van de Grondwet precies te behouden en niet te verminderen.

Daarnaast wordt het GPBO berekend aan de hand van de reëel gepresteerde verstrekkingen binnen de patiëntengroep in het jaar waarvan de gegevens werden verzameld. Bij deze berekening wordt eveneens rekening gehouden met de verstrekkingen die worden verleend ten aanzien van de pasgeboren kinderen in het referentiejaar aangezien alle verstrekkingen die worden vermeld op de facturen voor de bevalling, waaronder de verstrekkingen voor de pasgeborenen, worden meegeteld voor de berekening van het mediaanbedrag. De verstrekkingen verleend door de kinderartsen zijn dus in beginsel opgenomen in het GPBO en de kinderartsen zullen hiervoor door de verdeling van het GPBO een vergoeding ontvangen in functie van het aandeel van deze verstrekkingen in het totale GPBO.

De verzoekende partijen tonen aldus niet aan dat het louter opnemen van de pasgeboren kinderen in de patiëntengroep van de bevallingen samen met de moeders, leidt tot een vermindering van het beschermingsniveau van hun gezondheid of dat hierdoor het belang van het kind in het gedrang komt.

13. Met de verzoekende partijen kan echter worden aangenomen dat dit anders is voor pasgeborenen met een ernstgraad 3 of 4 die eveneens opgenomen zijn in de patiëntengroepen van de bevallingen voor de periode dat de moeder mee in het ziekenhuis verblijft.

Voor alle andere patiënten die opgenomen worden in de laagvariabele zorg geldt dat zij slechts in dit systeem opgenomen worden in de mate dat hun pathologie een ernstgraad 1 of 2 vertoont. Patiënten met een ernstgraad 3 of 4 worden dus in alle andere patiëntengroepen uitgesloten van de financiering middels een forfaitair voorafgaandelijk vastgesteld bedrag. Ook voor de te dezen betrokken patiëntengroepen worden de moeders met een ernstgraad 3 of 4 niet opgenomen in de patiëntengroep.

Artikel 6 van de wet van 19 juli 2018 bepaalt dat 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. Er werd bij de voorbereiding van de wet toegelicht dat van zodra ernstige en objectiveerbare factoren worden vastgesteld die het zorgtraject minder voorspelbaar maken, de patiënt niet wordt 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 volgens de wetgever niet binnen de financiering van de laagvariabele zorg omdat de zorg waar zij nood aan hebben, minder voorspelbaar is. Voor die patiënten blijft volgens de wetgever de financiering middels individuele facturatie van de prestaties van toepassing. Gelet hierop kan de verwerende partij in huidige procedure niet voorhouden dat de toepassing van de financiering van het GPBO op pasgeborenen met een ernstgraad 3 of 4 geen enkel risico inhoudt voor de kwaliteit van de aan de patiënt verleende zorg en dus voor een vermindering van het beschermingsniveau van de gezondheid. Er kan worden aangenomen dat de zorg verleend aan deze pasgeborenen complexer, minder gestandaardiseerd, en minder voorspelbaar zal zijn. De verzoekende partijen verwijzen in dit verband onder meer naar de verstrekkingen uitgevoerd op een dienst neonatologie (N\*-dienst) zoals het plaatsen van een navelkatheter, een ncpap en de monitoring op een N\*-dienst. De verwerende partij betwist in haar memorie van antwoord niet dat deze zorg als meer complexe zorg kan worden gekwalificeerd.

Dat de toepassing van het GPBO op de zorg verleend aan pasgeborenen met een ernstgraad 3 of 4 zich zal voordoen, wordt door de bevoegde minister ook erkend, aangezien zij in een brief gericht aan de Belgische beroepsvereniging van Kinderartsen stelt:

“U voert terecht als argument aan dat een ongecompliceerde bevalling niet per definitie betekent dat dit ook het geval is voor de pasgeborene. De beide betrokken administraties, RIZIV en FOD, onderzoeken momenteel op welke wijze de verstrekkingen verricht voor de pasgeborene afzonderlijk kunnen beschouwd worden van de prestaties voor de moeder. Er wordt nagegaan vanaf wanneer de noodzakelijke gegevens beschikbaar komen die zullen toelaten een afzonderlijk 'globaal prospectief bedrag' te berekenen voor de moeder enerzijds en de pasgeborene anderzijds.

Wij houden u de komende maanden op de hoogte van de vorderingen gemaakt om tot twee gescheiden patiëntengroepen te komen”.

Het gegeven dat het GPBO enkel van toepassing is op bevallingen met een lage ernstgraad sluit dit bijgevolg niet uit. Hoewel de verwerende partij in haar memorie van antwoord stelt dat het systeem inzake het GPBO in de eerste fase enkel betrekking heeft op ziekenhuisverblijven met laagvariabele zorg waarvoor het standaardzorgtraject weinig verschilt tussen patiënten en ziekenhuizen, zal dit door de uitvoering die met het bestreden besluit aan dit nieuwe systeem wordt gegeven, namelijk door de opname van pasgeboren kinderen met een ernstgraad 3 of 4 in de patiëntengroep van de bevallingen, niet altijd het geval zijn. Bij de bespreking van de bestreden beslissing in het Verzekeringscomité van 10 september 2018 kwam dit eveneens aan bod.

14. Het gelijkheidsbeginsel vervat in de artikelen 10 en 11 van de Grondwet verzet er zich tegen dat personen die zich in dezelfde toestand bevinden op verschillende wijze behandeld worden, tenzij dat verschil op een objectief criterium berust en het redelijk verantwoord is. Dezelfde regels verzetten er zich overigens tegen dat categorieën van personen, die zich ten aanzien van de aangevochten maatregel in wezenlijk verschillende situaties bevinden, op identieke wijze worden behandeld, zonder dat daarvoor een redelijke verantwoording bestaat. Het bestaan van een dergelijke verantwoording moet worden beoordeeld rekening houdend met het doel en de gevolgen van de betwiste maatregel en met de aard van de ter zake geldende beginselen; het gelijkheidsbeginsel is geschonden wanneer vaststaat dat geen redelijk verband van evenredigheid bestaat tussen de aangewende middelen en het beoogde doel.

De wetgever heeft weliswaar aan de Koning de bevoegdheid gegeven om de patiëntengroepen vast te stellen waarvoor het GPBO wordt toegepast en de Koning beschikt hierbij over een zekere beleidsruimte. Wanneer de wetgever aan de Koning een regelingsbevoegdheid toewijst, houdt zulks echter geen machtiging in om maatregelen te nemen die met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet onbestaanbaar zijn. Het staat aan de Raad van State om te beoordelen of

de Koning, bij de aanwending van de Hem toevertrouwde bevoegdheid, de artikelen 10 en 11 van de Grondwet in acht neemt.

Te dezen blijkt dat pasgeborenen met ernstgraad 3 of 4 gedurende de periode dat de moeder nog in het ziekenhuis verblijft aan eenzelfde financieringssysteem onderworpen worden voor de aan hen verstrekte zorg als pasgeborenen met een ernstgraad 1. Ook moet worden vastgesteld dat pasgeborenen met een ernstgraad 3 of 4 gedurende de periode dat de moeder nog in het ziekenhuis verblijft aan een forfaitair financieringssysteem voor laagvariabele zorg worden onderworpen terwijl alle andere patiënten met een ernstgraad 3 of 4 werden uitgesloten van de toepassing van de financiering middels een globaal forfaitair bedrag.

De verwerende partij toont niet aan dat de situatie van de pasgeborene met een ernstgraad 3 of 4 niet voldoende vergelijkbaar zou zijn met de situatie van andere patiënten met een pathologie met ernstgraad 3 of 4 in het licht van de genomen maatregel. Dat de bevalling een unieke situatie is waarbij er op het moment van de opname van de moeder in het ziekenhuis nog geen sprake zou zijn van het kind, neemt niet weg dat vanaf de geboorte het kind als een individuele patiënt kan worden beschouwd en, zoals de verwerende partij zelf stelt, als een rechthebbende van de sociale zekerheid wordt aanzien. De verwerende partij toont niet aan waarin de situatie van het pasgeboren kind, vanaf zijn geboorte, verschillend zou zijn van andere patiënten die opgenomen zijn in het ziekenhuis in het licht van de financiering van de verstrekte zorg. Zij toont evenmin aan dat de situatie van een pasgeborene met een ernstgraad 3 of 4 voldoende vergelijkbaar is met de situatie van een pasgeborene met een ernstgraad 1.

De verwerende partij brengt geen objectieve en redelijke verantwoording aan die het verschil in behandeling tussen pasgeborenen met een pathologie met een ernstgraad 3 of 4 en andere patiënten met een pathologie met ernstgraad 3 of 4 of de gelijke behandeling met pasgeborenen met een ernstgraad 1 kan rechtvaardigen in het licht van de genomen maatregel. Het bestaan van een dergelijke verantwoording moet worden beoordeeld met betrekking tot het doel en



de gevolgen van de ter beoordeling staande norm; het gelijkheidsbeginsel is geschonden wanneer vast staat dat de aangewende middelen redelijkerwijze niet evenredig zijn met het beoogde doel. Te dezen blijkt uit het administratief dossier niet op basis van welke objectieve en redelijke verantwoording een onderscheid wordt gemaakt tussen pasgeborenen met een ernstgraad 3 of 4 die niet worden uitgesloten van de laagvariabele zorg gedurende de eerste dagen van hun verzorging in het ziekenhuis en andere patiënten met een ernstgraad 3 of 4 die wel worden uitgesloten van de financiering van de laagvariabele zorg.

Dit blijkt uit de reeds geciteerde de parlementaire voorbereiding van de wet van 19 juli 2018 (randnummers 3.3. en 3.4.).

Er valt niet in te zien dat de zorg aan pasgeborenen met een ernstgraad 3 of 4 wel voldoende voorspelbaar zou zijn. Uit de wet van 19 juli 2018 kan ook niet de bedoeling worden afgeleid om de zorg verleend aan borelingen te standaardiseren, ongeacht de ernstgraad van de toestand van het kind. De enige reden voor het onderscheid blijkt dat de aan de baby verstrekte zorg altijd al op naam van de moeder werd gefactureerd zodat er geen afzonderlijke gegevens zouden bestaan over de pasgeborenen die toelaten een afzonderlijk GPBO te berekenen voor de moeder enerzijds en de pasgeborene anderzijds. Deze reden wordt echter onvoldoende uiteenzet en toegelicht door de verwerende partij. Er valt ook niet in te zien hoe dit vermeende administratieve probleem een pertinente verantwoording kan bieden in het licht van de doelstelling van de genomen maatregel. Met de verzoekende partijen kan worden vastgesteld dat de al dan niet aanwezigheid van de moeder in het ziekenhuis geen invloed lijkt te kunnen hebben op de graad van ernst van de toestand van de pasgeborene en de complexiteit of voorspelbaarheid van de zorgen waaraan deze behoefte heeft.

De verwerende partij is eveneens van mening dat de ongelijke behandeling in ieder geval geen onevenredige gevolgen zou hebben in het licht van het wettig doel van de maatregel omdat het nooit de patiënt is die het risico draagt van de financiering aangezien hij tegenover de arts steeds recht heeft op een kwaliteitsvolle dienstverlening. Opnieuw valt niet in te zien waarom er voor

andere patiënten met een ernstgraad 3 of 4 wel geopteerd werd om deze uit de laagvariabele zorg te houden. Bovendien heeft de formele wetgever bij de voorbereiding van de wet van 19 juli 2018 betreffende de laagvariabele ziekenhuiszorg inderdaad overwogen dat de artsen en het ziekenhuis het risico dragen dat de kosten voor een laagvariabele patiënt af en toe afwijken van het GPBO. Het aanvaardbaar risico werd echter wel beperkt tot de zorg voor de “laagvariabele” patiënt.

Ook het gegeven dat de extra zorgen die bepaalde pasgeborenen vereisen niet voorzienbaar zijn en daarom logischerwijze evenredig verdeeld zouden zijn over alle ziekenhuizen zodat dit geen impact zou hebben op de financiering, vormt evenmin een objectieve en redelijke verantwoording voor het onderscheid. Er is immers geen reden om aan te nemen, minstens toont de verwerende partij dit niet aan, dat dit dan niet evenzeer zou gelden voor de extra zorgen die andere patiënten met een ernstgraad 3 of 4 zouden vereisen.

Door pasgeboren kinderen op te nemen in de patiëntengroepen van de bevallingen voor de periode dat de moeder in het ziekenhuis verblijft en geen enkel uitsluitingscriterium te voorzien dat gekoppeld is aan de ernstgraad van de baby, wordt een ongelijke behandeling gecreëerd tussen pasgeboren baby's met een ernstgraad 3 of 4 die, weze het tijdelijk, in de laagvariabele zorg worden opgenomen en alle andere patiënten met een ernstgraad 3 of 4, waaronder ook de moeders die in het ziekenhuis opgenomen worden voor een bevalling, die niet worden opgenomen in de laagvariabele zorg. Tevens wordt een discriminerende behandeling gecreëerd tussen pasgeboren kinderen met een lage ernstgraad die geen complexe zorg behoeven en pasgeboren kinderen met een hoge ernstgraad die wel complexe zorg behoeven die allen op dezelfde wijze worden behandeld voor de periode dat de moeder in het ziekenhuis verblijft niettegenstaande zij zich in wezenlijk verschillende situaties bevinden.

Er kan eveneens worden aangenomen dat het beschermingsniveau van de gezondheid van deze pasgeborenen met een ernstgraad 3 of 4 verminderd wordt door deze ongelijke behandeling. De wetgever

oordeelde immers zelf dat de patiënten met een ernstgraad 3 en 4 niet binnen de financiering van de laagvariabele zorg vallen omdat de zorg waar zij nood aan hebben, minder voorspelbaar is. Voor die patiënten achtte de wetgever het nodig de financiering middels individuele facturatie van de prestaties van toepassing te laten. Niettemin wordt voor de pasgeborenen die samen met de moeder het ziekenhuis verlaten of voor de niet-intensieve neonatale zorg die pasgeborenen krijgen de eerste dagen na de geboorte wanneer de moeder nog in het ziekenhuis verblijft, geen vergoeding per prestatie meer toegekend aan de arts, maar een forfaitair bedrag dat mogelijk niet alle vereiste verstrekkingen dekt.

Bijgevolg kan met de verzoekende partijen worden aangenomen dat het opnemen van pasgeborenen met een ernstgraad 3 of 4 in de patiëntengroepen waarvoor de financiering van de laagvariabele zorg geldt voor de periode dat de moeder in het ziekenhuis verblijft, een mogelijke vermindering inhoudt van het bestaande beschermingsniveau van de gezondheid van de pasgeboren kinderen. Er worden geen redenen van algemeen belang aangetoond die deze vermindering kunnen verantwoorden.

Het eerste en tweede middel zijn in die mate gegrond.

### *B. Derde middel*

#### *Standpunten van de partijen*

15. In het derde middel voeren de verzoekende partijen de schending aan van artikel 6 van de wet van 19 juli 2018, dat bepaalt dat een patiëntengroep slechts betrekking kan hebben op één patiënt, en dat een patiëntengroep slechts kan worden ingeschreven op de lijst voor zover het gaat om opnames die een standaardproces van zorg vereisen dat weinig verschilt tussen patiënten en ziekenhuizen.

Te dezen werd bij de vaststelling van de patiëntengroep van de bevalling zowel de moeder als het kind in één patiëntengroep opgenomen waarbij

bovendien enkel rekening wordt gehouden met de gezondheidstoestand van de moeder om de opname te includeren in de patiëntengroep. Het is nochtans niet noodzakelijk zo dat het pasgeboren kind in die patiëntengroep een weinig verschillend standaardproces van zorg vereist in de zin van voormeld artikel 6. Toch zal het pasgeboren kind in geval van een complicatieloze bevalling voor de moeder altijd geïncludeerd worden in de patiëntengroep van de bevalling, ook al heeft het zelf hoogvariabele zorg nodig.

16. Volgens de verwerende partij tonen de verzoekende partijen niet aan uit welke bepaling van de wet van 19 juli 2018 zou blijken dat een patiëntengroep slechts betrekking kan hebben op één en niet op twee patiënten. Dit zou in ieder geval niet gelezen kunnen worden in artikel 6 van de voormelde wet. Ook uit artikel 2 van de voormelde wet waarin het begrip “patiëntengroep” wordt gedefinieerd, zou evenmin de vermeende onmogelijkheid volgen om twee patiënten onder één patiëntengroep onder te brengen.

De verwerende partij repliceert eveneens dat de patiëntengroep van de complicatieloze bevalling enkel de bevalling zelf betreft. Wanneer een kind na de bevalling complicaties vertoont, valt het niet meer binnen dezelfde patiëntengroep en dus niet meer binnen hetzelfde systeem van laagvariabele zorg. De verwerende partij verwijst hiervoor ook naar het verslag namens de commissie met betrekking tot het ontwerp van wet betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg waarin wordt toegelicht dat wanneer de baby als gevolg van complicaties in het ziekenhuis blijft terwijl de moeder al naar huis gaat, de prestaties op naam van de baby worden aangerekend en er niet langer sprake is van laagvariabele zorg, maar van per handeling aangerekende prestaties. De patiëntengroepen die werden opgenomen onder het systeem van de laagvariabele zorg, zouden wel degelijk opnames betreffen die een standaardproces van zorg vereisen in de zin van artikel 6 van de wet van 19 juli 2018.

## *Beoordeling*

17. Artikel 2, 8° van de wet van 19 juli 2019 bepaalt:

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

[...]

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

Artikel 6 van dezelfde wet luidt als volgt:

“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”.

Op grond van voormelde bepaling werd aan de Koning de bevoegdheid verleend om de patiëntengroepen te bepalen waarvoor het GPBO wordt toegepast. Bij de uitoefening van deze bevoegdheid is de Koning gebonden door de definitie die in de voormelde wet aan het begrip “patiëntengroep” werd gegeven. De Koning kan bijgevolg op de lijst slechts patiëntengroepen opnemen die bestaan uit patiënten voor wie de kosten die vereist zijn voor de diagnostiek en de behandeling van eenzelfde pathologiegroep vergelijkbaar zijn. Het moet gaan om opnames die een standaardproces van zorg vereisen dat weinig verschilt tussen patiënten en tussen ziekenhuizen.

18. Met het bestreden besluit heeft de Koning onder meer de drie hierboven genoemde patiëntengroepen 560 grp1, 560 grp2 en 540 grp1, op de lijst opgenomen.

De partijen zijn het erover eens dat naast de moeders tevens de pasgeboren kinderen opgenomen zijn in deze patiëntengroepen voor de periode dat de moeder in het ziekenhuis verblijft en dat de prestaties die zorgverleners stellen ten aanzien van het kind op de dag van de bevalling en de eerste dagen erna

ingesloten zijn in het GPBO voor deze patiëntengroepen. Bijgevolg bestaan deze patiëntengroepen telkens uit twee groepen patiënten namelijk moeders aan de ene kant en pasgeboren kinderen aan de andere kant.

Hierbij kan de vraag worden gesteld of het op grond van artikel 6, samengelezen met artikel 2, 8°, van de voormelde wet van 19 juli 2018 mogelijk is om pasgeborenen samen met de moeders op te nemen in één patiëntengroep. Het gaat immers niet om een groep van patiënten voor wie de kosten die vereist zijn voor de diagnostiek en de behandeling van eenzelfde pathologiegroep vergelijkbaar zijn, aangezien de kosten voor de opname van het pasgeboren kind niet vergelijkbaar zullen zijn met de kosten voor de opname van de moeder. Evenmin omvat de opname van de moeder een standaardproces van zorg dat weinig verschilt van de zorg voor het pasgeboren kind.

Daarnaast blijken pasgeboren kinderen met een ernstgraad 3 of 4 niet uitdrukkelijk uitgesloten te worden van de patiëntengroep. Pasgeboren kinderen die de eerste dagen na de geboorte, wanneer de moeder nog in het ziekenhuis verblijft, meer of gecompliceerdere zorg nodig hebben, worden even goed in dezelfde patiëntengroepen opgenomen als pasgeboren kinderen die standaardzorg nodig hebben na de geboorte. In dit verband blijkt uit de notulen van de vergadering van het Verzekeringscomité van 10 september 2018 dat prestaties uitgevoerd op een dienst neonatologie (N\*-dienst) zoals het plaatsen van een navelkatheter, een ncpap en de monitoring op een N\*-dienst, wat de verzoekende partijen - daarin niet tegengesproken door de verwerende partij - omschrijven als meer complexe zorg, onder het GPBO voor de bevalling vallen. Dit strookt niet met de omschrijving van een patiëntengroep in de wet van 19 juli 2018 en gaat ook in tegen de *ratio legis* van de wet van 19 juli 2018, zoals reeds werd toegelicht bij de bespreking van de eerste twee middelen. In de parlementaire voorbereiding bij deze wet werd immers toegelicht dat de financiering met een vast bedrag louter betrekking heeft op patiëntengroepen die eenzelfde laagvariabele zorg behoeven en dat van zodra ernstige en objectiveerbare factoren worden vastgesteld die het zorgtraject minder voorspelbaar maken, de patiënt niet wordt opgenomen in de patiëntengroep die laagvariabele zorg behoeft.

Het gegeven dat een pasgeborene met een ernstgraad 3 of 4 die voor verdere verzorging in het ziekenhuis blijft terwijl de moeder al naar huis gaat uit de laagvariabele zorg valt, doet geen afbreuk aan de vaststelling, zoals reeds vermeld bij de bespreking van het eerste en tweede middel, dat niet blijkt dat pasgeborenen met een hogere ernstgraad die uiteindelijk wel samen met de moeder het ziekenhuis verlaten, maar tijdens hun gezamenlijk verblijf complexere zorg behoeven, uit de laagvariabele zorg worden uitgesloten.

Door aldus de zorgen verleend aan de pasgeboren kinderen met een ernstgraad 3 of 4 niet uit te sluiten van de hogervermelde drie patiëntengroepen, schendt het bestreden besluit artikel 6 van de wet van 19 juli 2018, gelezen in samenhang met artikel 2, 8°, van dezelfde wet.

Dat er voorafgaand aan de invoering van het GPBO bij een bevalling altijd al slechts één factuur werd opgemaakt op naam van de moeder voor zowel de zorgen verstrekt aan de moeder als aan het pasgeboren kind, waardoor het niet mogelijk zou zijn een afzonderlijk GPBO te berekenen bij bevallingen voor de moeders en voor de borelingen, doet geen afbreuk aan de voorgaande vaststellingen.

Het middel is in die mate gegrond.

### *C. Vierde middel*

#### *Standpunten van de partijen*

19. In het vierde middel roepen de verzoekende partijen de schending in van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, doordat het bestreden besluit een ongelijke behandeling inhoudt van de arts-specialisten in de pediatrie tegenover de arts-specialisten in de anesthesie. Bij de aanwijzing van de patiëntengroepen wordt er immers een onderscheid gemaakt tussen de groep APR-DRG 560 die bestaat uit patiëntes met bevalling via vaginale weg zonder aanrekening van anesthesie in klassieke hospitalisatie ernstgraad 1 enerzijds en de

groep APR-DRG 560 die bestaat uit patiëntes met bevalling langs vaginale weg met aanrekening van anesthesie in klassieke hospitalisatie ernstgraad 1. Bij de aanwijzing in het bestreden besluit van de bevalling als patiëntengroep wordt aldus rekening gehouden met het feit of er al dan niet anesthesie zal plaatsvinden zodat hieraan de nodige gevolgen worden gekoppeld inzake financiering. Er wordt echter geen onderscheid gemaakt naargelang er bij of naar aanleiding van de bevalling al dan niet een arts-specialist in de pediatrie verstrekkingen verleent, noch naargelang de aard van de tussenkomst van de pediater. Evenzo leidt dit tot een discriminatie tussen de moeder van het kind met wiens gezondheidstoestand of wensen rekening werd gehouden bij het uitwerken van de financieringsregeling en het bepalen van de patiëntengroepen enerzijds en het pasgeboren kind met wiens gezondheidstoestand geen rekening werd gehouden bij het uitwerken van de financieringsregeling en het bepalen van de patiëntengroepen anderzijds. Dit zou ook opnieuw leiden tot een discriminatie tussen pasgeboren kinderen zonder complicaties die geen of weinig zorgen behoeven en waarvoor het GPBO wordt toegepast, en pasgeboren kinderen die met complicaties worden geboren en veel of gespecialiseerde zorg nodig hebben waarvoor eveneens het GPBO wordt toegepast.

20. De verwerende partij werpt in haar memorie van antwoord vooreerst opnieuw een exceptie van gebrek aan belang bij het middel op voor zover het betrekking heeft op vermeende discriminaties tussen de moeders en de pasgeboren kinderen dan wel tussen categorieën van pasgeboren kinderen aangezien de opgeworpen discriminaties de moeders van pasgeboren kinderen betreffen dan wel de pasgeboren kinderen zelf, terwijl de eerste vijf verzoekende partijen verenigingen zijn met als maatschappelijk doel de behartiging van de beroepsbelangen van hun leden, arts-specialisten in de pediatrie, en de behartiging van de belangen van kinderartsen niet hetzelfde is als de behartiging van de belangen van het kind of de kinderrechten.

De zesde verzoekende partij is een arts-specialist in de pediatrie. Ook zij zou geen belang hebben bij dit middel aangezien zij zelf geen kind is en



uit het verzoekschrift op geen enkele wijze kan worden afgeleid dat zij zwanger is of in de nabije toekomst moeder zal worden.

21. Wat de grond van het middel betreft stelt de verwerende partij dat de arts-specialist in de anesthesie met de tussenkomst en prestaties van wie rekening wordt gehouden bij de aanwijzing van de patiëntengroepen geen vergelijkbare categorie vormen ten opzichte van de arts-specialist in de pediatrie. Een anesthesist treedt namelijk op tijdens de bevalling om een verdoving toe te dienen aan de moeder terwijl de pediater optreedt na de bevalling om eventueel complicaties van de pasgeborene te behandelen. Zij treden op in een andere context, op een verschillend moment en voor verschillende patiënten. Twee soorten door de pediater uitgevoerde klinische onderzoeken voor een pasgeboren kind dat samen met de moeder nog op de kraamafdeling verblijft, zijn vervat in het GPBO. De andere behandelingen die worden uitgevoerd door de pediater ressorteren niet onder patiëntengroepen APR-DRG 560 of 540. Zij vallen dus niet meer onder het systeem van de laagvariabele zorg en worden per prestatie vergoed.

Het verschil in behandeling is volgens de verwerende partij ook redelijk en proportioneel gelet op het wettig doel dat wordt nagestreefd, namelijk om meer waarde te creëren (*valuebased care*) met de bestaande budgetten voor gezondheidszorg met het oog op de groeiende behoeften in de gezondheidszorg en grenzen aan de beschikbare budgetten. De wet van 19 juli 2018 en het bestreden besluit dragen hiertoe volgens de verwerende partij bij door de financiële prikkel weg te nemen om onnodige prestaties uit te voeren, wat de zorgverleners ertoe zal brengen de zorg die ze verlenen kritisch te bekijken.

Het criterium van onderscheid is een objectief criterium, namelijk de verstrekking die wordt uitgevoerd. Of een verstrekking onder de laagvariabele zorg diende te worden ondergebracht werd beoordeeld aan de hand van de vraag of de verstrekking in kwestie een standaardproces betreft in de zin van artikel 6 van de wet van 19 juli 2018. Verschillende verstrekkingen werden anders gecategoriseerd op basis van het moment waarop een tussenkomst vereist is, welke patiënt er behandeld wordt en wat de tussenkomst exact behelst.

Het onderscheid creëert volgens de verwerende partij ook geen onevenredige gevolgen in het licht van het beoogde doel aangezien op basis van het beschikbaar cijfermateriaal en na een analyse van het RIZIV bleek dat de kinderartsen geen nadeel ondervinden bij de opname van de prestaties pediatrie bij de bevallingen met ernstgraad 1. Met deze prestaties werd rekening gehouden bij de berekening van het GPBO waardoor de pediaters er dus via het GPBO voor vergoed zullen worden.

### *Beoordeling*

22. Voor zover een discriminatie wordt aangevoerd van pasgeboren kinderen valt dit middel samen met de eerste twee middelen en kan naar de beoordeling ervan worden verwezen, ook voor wat betreft de aangevoerde exceptie van gebrek aan belang.

23. Voor wat betreft de aangevoerde discriminatie tussen de pediaters en de anesthesisten werd bij de beoordeling van de vorige middelen reeds vastgesteld dat het bestreden besluit en meer bepaald de vaststelling van de patiëntengroepen van de bevallingen strijdt met de geschonden geachte bepalingen en beginselen, voor zover daarin pasgeboren kinderen worden opgenomen, minstens voor zover daarin pasgeboren kinderen met een ernstgraad 3 of 4 worden opgenomen.

In de mate in de vermelde patiëntengroepen enkel pasgeboren kinderen zouden worden opgenomen met een ernstgraad 1 of 2 tonen de verzoekende partijen niet aan dat de verstrekkingen die gesteld worden door een anesthesist, namelijk het aanbrengen en monitoren van de verdoving van de moeder, qua frequentie, complexiteit en omvang voldoende vergelijkbaar zijn met de mogelijke verstrekkingen die een pediater in dat geval zou verstrekken naar aanleiding van een bevalling. Er mag in dat geval immers van uit gegaan worden dat de pediater weinig verstrekkingen zal verlenen, die bovendien beperkt zijn qua omvang en dat hij/zij slechts hoogst uitzonderlijk hoogvariabele technische prestaties zal dienen te verstrekken zoals de door de verzoekende partijen vermelde

monitoring, CPAP, infuus, katheter bij een pasgeborene opgenomen op een N\*-dienst. De anesthesist daarentegen zal de meer complexe verstrekking van de verdoving bij elke opname in de patiëntengroep van de bevalling met keizersnede (540 gr 1) verlenen en dermate frequent bij de vaginale bevalling dat het gerechtvaardigd leek hiervoor een afzonderlijke patiëntengroep (560 gr 2) aan te duiden. Er wordt dan ook niet aangetoond dat het gaat om voldoende vergelijkbare categorieën van artsen.

Het middel is op dit punt niet gegrond. Het valt deels samen met de eerste twee middelen zodat het geen aanleiding geeft tot een ruimere vernietiging.

#### *D. Vijfde middel*

##### *Standpunten van de partijen*

24. In het vijfde 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*

25. 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 bepaalt 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*

26. 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 dat budget 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*

27. 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 ziekenhuizen nodeloos 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.

28. 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 repliek 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*

29. 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<sup>o</sup>bis, 5<sup>o</sup>, b) tot e), 6<sup>o</sup> en 20<sup>o</sup>). 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*

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

Artikel 32, zoals van toepassing op 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 kostprijselementen 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 rechtsgrondbepalingen 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*

31. 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*

32. 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 voorts 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 vijfde middel is niet gegrond.

*E. Zesde middel*

*Standpunten van de partijen*

33. De verzoekende partijen voeren in het zesde 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.

34. 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 dialyseverstrekingen tegemoet aan de opmerkingen die werden gemaakt door het Verzekeringscomité.

35. 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*

36. 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 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

voorzien 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 zesde middel is niet gegrond.

*F. Zevende middel*

*Standpunten van de partijen*

37. De verzoekende partijen voeren in het zevende 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. De verzoekende partijen zetten 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 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 artsen-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.

38. 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 van geneesheer-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 soorten 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.

39. 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.

40. In hun laatste memorie verwijzen de verzoekende partijen naar arrest 15/2020 van het Grondwettelijk Hof met betrekking tot het annulatieberoep van onder meer de eerste tot de vijfde verzoekende partij 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 vermag na 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*

41. 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 uitgebaat 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.

42. De in het bestreden besluit opgenomen berekeningsmethode, waarbij uitvoering wordt gegeven aan de wet van 19 juli 2018, houdt 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 (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 reël 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 zevende middel is niet gegrond.

## *G. Achtste middel*

### *Standpunten van de partijen*

43. In het achtste middel voeren de verzoekende partijen de schending aan van het zorgvuldigheids-, het redelijkheid-, 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. 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.

44. 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. De verwerende partij herneemt de bij het zevende middel gemaakte opmerking dat het aandeel van elke soort verstrekker werd opgenomen in het GPBO.

45. 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.

46. 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*

47. 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 zevende middel. Voor zover hieruit een schending wordt afgeleid van het zorgvuldigheids- 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 achtste middel is niet gegrond.

#### *H. Negende middel*

##### *Standpunten van de partijen*

48. De verzoekende partijen roepen in het negende 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.

49. 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*

50. Het geschonden geachte artikel 7 van de wet van 19 juli 2018 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 achtste middel.

Het negende middel is niet gegrond.

## *VI. Gedeeltelijke vernietiging*

51. In hun laatste memorie betwisten de verzoekende partijen dat de voorwaarden om over te gaan tot een gedeeltelijke vernietiging van het bestreden besluit vervuld zijn.

Zij betogen dat een gedeeltelijke vernietiging hen geen genoegdoening verschaft, aangezien zij van oordeel zijn dat pasgeborenen, ongeacht de ernstgraad waarin zij geboren worden, volledig moeten worden uitgesloten uit de laagvariabele zorg, en niet enkel de pasgeborenen die zich in een ernstgraad 3 of 4 bevinden. Bovendien blijkt niet dat de verwerende partij dezelfde beslissing zou genomen hebben, zonder het in het auditoraatsverslag voorgestelde afgesplitste gedeelte.

52. Een reglementair besluit is in beginsel één en ondeelbaar. Dit impliceert dat wanneer de Raad van State heeft vastgesteld dat in een ontvankelijk annulatieberoep een gegrond middel wordt aangevoerd, hij in beginsel het bestreden besluit in zijn geheel vernietigt. Om toch tot een gedeeltelijke vernietiging van het bestreden besluit over te gaan, moet aan twee voorwaarden worden voldaan. In de eerste plaats moet blijken dat de gedeeltelijke vernietiging aan de verzoeker volledige genoegdoening geeft in het licht van het door hem aangevoerde belang. Vervolgens moet komen vast te staan dat het vernietigde gedeelte kan worden afgesplitst van de rest van het bestreden besluit en dat de overheid ook afgezien van het afgesplitste gedeelte voor het overige dezelfde beslissing zou hebben genomen.

De gegrond geachte middelen hebben enkel betrekking op het bestreden besluit voor zover in bijlage 1 ervan de patiëntengroepen

- 560 grp1: groep patiëntes met bevalling via vaginale weg zonder aanrekening van anesthesie, in klassieke hospitalisatie, met ernstgraad 1
- 560 grp2: groep patiëntes met bevalling via vaginale weg met aanrekening van anesthesie, in klassieke hospitalisatie, met ernstgraad 1

- 540 grp1: groep patiëntes met een bevalling via keizersnede , in klassieke hospitalisatie, met ernstgraad 1  
worden aangeduid als patiëntengroepen die vallen onder de toepassing van het GPBO, en voor zover daarbij de pasgeboren kinderen deel uitmaken van deze patiëntengroep en de aan de pasgeboren kinderen verleende verstrekkingen eveneens vallen onder hetzelfde GPBO zonder dat rekening wordt gehouden met de ernstgraad van de toestand van de pasgeboren kinderen of zonder dat wordt voorzien in een uitsluiting van prestaties die niet overeenkomen met een laagvariabele gestandaardiseerde zorg geleverd ten aanzien van de pasgeborene vanaf de dag van de geboorte.

De grond geachte middelen hebben geen betrekking op de overige bepalingen van het bestreden besluit.

De aanduiding van de voormelde patiëntengroepen in de bijlage 1 bij het besluit staat los van de overige uitvoeringsmaatregelen van de financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg die met het bestreden besluit worden genomen. Er is geen reden om aan te nemen dat de aanduiding van de voormelde patiëntengroepen verbonden is met de aanduiding van de overige patiëntengroepen, dan wel met de overige bepalingen van het besluit. Een gedeeltelijke vernietiging tast voor het overige de uitvoeringsmaatregelen met betrekking tot het nieuwe financieringssysteem niet aan voor zover ze betrekking hebben op de overige aangeduide patiëntengroepen. De aanduiding van de voormelde patiëntengroepen is dan ook afsplitsbaar van de rest van het bestreden besluit.

## *VII. Handhaving van de gevolgen*

### *Standpunten van de partijen*

53. De verwerende partij vraagt in haar memorie van antwoord de handhaving van de gevolgen van de vernietigde bepalingen. Zij wijst erop dat de vernietiging met terugwerkende kracht een grondige verstoring van de

rechtszekerheid tot gevolg heeft omdat er zou teruggevallen worden op de oude regelgeving die voorzag in de toepassing van referentiebedragen en de nadelige gevolgen belangrijk zijn voor de ziekenhuizen zelf en de verzekeringsinstellingen aangezien de bedragen reeds gefactureerd zullen zijn en geherfactureerd aan de verzekeringsinstellingen en patiënten. Bovendien hebben de ziekenhuizen deze bedragen reeds aangewend en verdeeld en zou een eventuele terugvordering verregaande gevolgen kunnen hebben voor de financiële situatie waarin zij verkeren. Zij vraagt om die reden de handhaving van de gevolgen voor de reeds toegekende honoraria.

Voorts vraagt zij dat de gevolgen van de vernietigde bepalingen gehandhaafd blijven voor de toekomst voor een periode van zes maanden na kennisgeving van het arrest van de Raad van State, zodat de verwerende partij toegelaten wordt om de eventuele onwettigheden te herstellen.

54. De verzoekende partijen stellen dat een vernietiging van het bestreden besluit niet tot gevolg heeft dat de referentiebedragen terug in werking treden. Het systeem van de referentiebedragen werd immers opgeheven met de wet van 19 juli 2018. Een vernietiging met terugwerkende kracht van het bestreden besluit doet hier geen afbreuk aan.

Voorts wijzen zij erop dat de verwerende partij zelf heeft aangegeven dat het invoeren van een nieuw financieringssysteem in een complexe sector gepaard gaat met rechtzettingen en bijsturingen maar dat de eventuele administratieve en organisatorische moeilijkheden die sommige ziekenhuizen zouden ondervinden, opgelost kunnen worden zonder onherroepelijk nadeel voor de ziekenhuizen of artsen. Bijgevolg is ook een vernietiging met terugwerkende kracht van het bestreden besluit niet onoverkomelijk. De rechtzettingen en bijsturingen die zullen moeten gebeuren, zijn niet van die aard dat hiervoor een aantasting van het legaliteitsbeginsel aan de orde is.



## *Beoordeling*

55. Artikel 14<sup>ter</sup> van de gecoördineerde wetten op de Raad van State luidt:

“Op verzoek van een verwerende of tussenkomende partij, en als de afdeling bestuursrechtspraak het nodig oordeelt, wijst ze die gevolgen van de vernietigde individuele akten of, bij wege van algemene beschikking, die gevolgen van de vernietigde reglementen aan, die als definitief moeten worden beschouwd of voorlopig gehandhaafd worden voor de termijn die ze vaststelt.

De in het eerste lid bedoelde maatregel kan enkel worden bevolen om uitzonderlijke redenen die een aantasting van het legaliteitsbeginsel rechtvaardigen, bij een met bijzondere redenen omklede beslissing en na een tegensprekelijk debat. Deze beslissing kan rekening houden met de belangen van derden”.

Gelet op het feit dat op grond van het bestreden besluit voor de betreffende patiëntengroepen reeds honoraria werden berekend en gefactureerd door de ziekenhuizen aan de patiënten en deze honoraria werden uitgekeerd aan de zorgverleners, leidt de vernietiging van de aanduiding van de vermelde patiëntengroepen tot complexe administratieve processen van terugvordering en herfacturering van verstrekkingen uitgevoerd tijdens de voorbije twee jaren.

Afhankelijk van de wijze waarop de verwerende partij voorts tegemoetkomt aan de vastgestelde onwettigheden, zal het bedrag van het GPBO voor de betreffende patiëntengroepen mogelijk moeten worden herberekend. De verwerende partij heeft echter aangegeven niet over de vereiste gegevens te beschikken om het GPBO te berekenen afzonderlijk voor de moeders en voor de pasgeborenen bij gebreke aan afzonderlijke MZG. Aangezien inmiddels het systeem van referentiebedragen werd opgeheven bij artikel 9 van de wet van 19 juli 2018 zou voor de financiering van de prestaties die worden geleverd bij bevallingen echter niet teruggevallen kunnen worden op dit systeem. Bijgevolg past het, met het oog op de rechtszekerheid, om in te gaan op de vraag van de verwerende partij om de gevolgen van het bestreden besluit te handhaven tot aan de kennisgeving van het vernietigingsarrest aan de verwerende partij en om haar

bovendien de gevraagde termijn te laten van zes maanden na die kennisgeving om de onwettigheden te herstellen.

### *VIII. Kosten*

56. De kosten dienen ten laste van de verwerende partij 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 vernietigt bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 2 december 2018 tot uitvoering van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg voor zover daarin de patiëntengroepen 560 grp1: groep patiëntes met bevalling via vaginale weg zonder aanrekening van anesthesie, in klassieke hospitalisatie,**

met ernstgraad 1; 560 grp2: groep patiëntes met bevalling via vaginale weg met aanrekening van anesthesie, in klassieke hospitalisatie, met ernstgraad 1 en 540 grp1: groep patiëntes met een bevalling via keizersnede, in klassieke hospitalisatie, met ernstgraad 1 worden aangeduid waarbij de pasgeborenen deel uitmaken van deze patiëntengroepen zonder onderscheid naar de ernstgraad van de toestand van de pasgeborenen.

**2. De Raad van State handhaaft de gevolgen van het bestreden besluit tot zes maanden na de kennisgeving van het vernietigingsarrest aan de verwerende partij om de onwettigheden te herstellen.**

**3. De verwerende partij wordt verwezen in de kosten van het beroep tot nietigverklaring, begroot op een rolrecht van 1.200 euro, een bijdrage van 20 euro en een rechtsplegingsvergoeding van 700 euro, die verschuldigd is aan de verzoekende partijen.**

**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 Brewaeyts,

kamervoorzitter,

Pierre Lefranc,

staatsraad,

Peter Sourbron,

staatsraad,

bijgestaan door

Bart Tettelin,

griffier.

**De griffier**

**De voorzitter**

**Bart Tettelin**

**Eric Brewaeyts**