

WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS

COUR CONSTITUTIONNELLE

[2018/200398]

Extrait de l'arrêt n° 6/2018 du 18 janvier 2018

Numéros du rôle : 6727, 6732 et 6735

En cause : les recours en annulation totale ou partielle de l'article 56ter, § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il a été remplacé par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, introduits par l'ASBL « Association Hospitalière de Bruxelles et de Schaerbeek - Centre Hospitalier Universitaire Brugmann » et autres, par la SCRL « Centre Hospitalier Bois de l'Abbaye » et l'ASBL « Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne » et par la SCRL « Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique de Mons-Borinage » et l'association de pouvoirs publics « CHR Sambre et Meuse ».

La Cour constitutionnelle,

composée des présidents J. Spreutels et E. De Groot, et des juges L. Lavrysen, A. Alen, J.-P. Moerman, F. Daoût et T. Gief, assistée du greffier P.-Y. Dutilleux, présidée par le président J. Spreutels,

après en avoir délibéré, rend l'arrêt suivant :

I. *Objet des recours et procédure*

a. Par requête adressée à la Cour par lettre recommandée à la poste le 15 septembre 2017 et parvenue au greffe le 19 septembre 2017, un recours en annulation totale ou partielle de l'article 56ter, § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il a été remplacé par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, a été introduit, à la suite de l'arrêt de la Cour n° 15/2017 du 9 février 2017 (publié au *Moniteur belge* du 29 mars 2017), par l'ASBL « Association Hospitalière de Bruxelles et de Schaerbeek - Centre Hospitalier Universitaire Brugmann », l'ASBL « Association Hospitalière de Bruxelles - Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre » et l'ASBL « Association Hospitalière d'Anderlecht, Saint-Gilles, Etterbeek et Ixelles - Hôpitaux Iris Sud », assistées et représentées par Me B. Cambier et Me L. Demez, avocats au barreau de Bruxelles.

b. Par requête adressée à la Cour par lettre recommandée à la poste le 29 septembre 2017 et parvenue au greffe le 2 octobre 2017, un recours en annulation de la disposition légale précitée, à la suite du même arrêt de la Cour, a été introduit par la SCRL « Centre Hospitalier Bois de l'Abbaye » et l'ASBL « Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne », assistées et représentées par Me M. Vastmans et Me C. Dony, avocats au barreau de Bruxelles.

c. Par requête adressée à la Cour par lettre recommandée à la poste le 28 septembre 2017 et parvenue au greffe le 3 octobre 2017, un recours en annulation de la même disposition légale, à la suite du même arrêt de la Cour, a été introduit par la SCRL « Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique de Mons-Borinage » et l'association de pouvoirs publics « CHR Sambre et Meuse », assistées et représentées par Me P. Levert, avocat au barreau de Bruxelles.

Ces affaires, inscrites sous les numéros 6727, 6732 et 6735 du rôle de la Cour, ont été jointes.

Le 4 octobre 2017, en application de l'article 72, alinéa 1^{er}, de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, les juges-rapporteurs J.-P. Moerman et A. Alen ont informé la Cour qu'ils pourraient être amenés à proposer de mettre fin à l'examen des affaires par un arrêt rendu sur procédure préliminaire.

(...)

II. *En droit*

(...)

B.1. Les parties requérantes demandent l'annulation de l'article 56ter, § 5, ou à tout le moins de l'article 56ter, § 5, 1^o, b), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il a été remplacé par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, publiée au *Moniteur belge* du 31 décembre 2008.

Les trois recours en annulation sont introduits sur la base de l'article 4, alinéa 2, de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, qui prévoit qu'un nouveau délai de six mois est ouvert pour l'introduction par, entre autres, toute personne physique ou morale justifiant d'un intérêt, d'un recours en annulation d'une loi, d'un décret ou d'une ordonnance lorsque la Cour, statuant sur une question préjudicielle, a déclaré que cette loi, ce décret ou cette ordonnance viole, notamment, une des règles visées à l'article 1^{er}.

Par son arrêt n° 15/2017 du 9 février 2017, la Cour a dit pour droit :

«1. L'article 56ter, § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il a été remplacé par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, viole, pour les admissions qui prennent fin avant le 1^{er} janvier 2009, l'article 16 de la Constitution, combiné avec l'article 1^{er} du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme, en ce qu'il prévoit que les montants effectifs à rembourser sont égaux à la différence entre les dépenses réelles des hôpitaux sélectionnés et la dépense nationale médiane, lorsque cette dernière est égale à zéro.

2. Pour le surplus, la même disposition ne viole pas les articles 10, 11 et 16 de la Constitution, combinés ou non avec l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme, avec l'article 1^{er} du Premier Protocole additionnel à cette Convention, avec le principe de non-rétroactivité des lois, avec le principe de la sécurité juridique, avec le principe de proportionnalité et avec le principe *non bis in idem*.

[...]».

B.2. Les trois parties requérantes dans l'affaire n° 6727 et les deux parties requérantes dans l'affaire n° 6732 sont des associations hospitalières privées. Les deux parties requérantes dans l'affaire n° 6735 sont des associations hospitalières publiques. Elles soutiennent qu'elles sont directement concernées par le système des montants de référence et plus spécifiquement par l'article 56ter de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités précitée. En effet, des sanctions financières calculées en application de l'article 56ter, § 5, 1^o, b), de cette loi leur ont été infligées, dont les montants dépendent des dépenses médianes, notamment lorsque celles-ci sont égales à zéro.

Les parties requérantes dans l'affaire n° 6735 se réfèrent en outre à l'article 18 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle qui organise un recours en rétractation notamment des décisions des juridictions fondées sur une disposition législative annulée par la Cour.

Il résulte de ceci que l'exception d'irrecevabilité soulevée par l'INAMI et le Conseil des ministres n'est pas fondée.

B.3. L'article 56ter de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 dispose :

«[...]»

§ 5. 1°. La sélection des hôpitaux qui entrent en ligne de compte pour la réclamation effective des montants à rembourser et le calcul des montants effectifs à rembourser à l'Institut par les hôpitaux sélectionnés, à charge des honoraires portés en compte à l'assurance, sont déterminés par le mode de calcul suivant, scindé en deux parties :

a. Sélection des hôpitaux qui entrent en ligne de compte pour la réclamation effective des montants à rembourser :

- calcul par hôpital des différences entre, d'une part, les dépenses réelles afférentes aux admissions visées au paragraphe 1^{er}, en tenant compte des limitations visées au paragraphe 2, et, d'autre part, les dépenses de référence calculées selon les modalités telles que mentionnées aux paragraphes 2, 3 et 4;

- totalisation par hôpital des résultats positifs et négatifs de ces calculs; seuls les hôpitaux pour lesquels le résultat de cette totalisation est positif entrent en ligne de compte pour le remboursement.

b. Calcul des montants effectifs à rembourser pour les hôpitaux sélectionnés sous a :

- calcul par hôpital des différences entre, d'une part, les dépenses réelles afférentes aux admissions visées au paragraphe 1^{er}, en tenant compte des limitations visées au paragraphe 2, et, d'autre part, la dépense nationale médiane correspondante, par APR-DRG, par degré de gravité clinique 1 ou 2 et par groupe de prestations;

- toutes les différences positives des calculs effectués ci-dessus par hôpital constituent les montants effectifs à rembourser pour les hôpitaux sélectionnés sous a., pour autant que la somme de ces différences positives soit supérieure à 1000 euros.

2° Les montants à rembourser par l'hôpital sont partagés entre le gestionnaire de l'hôpital et les médecins hospitaliers, conformément au règlement visé à l'article 135, 1^o, alinéa 2, ou à l'article 136, alinéa 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

[...]».

B.4. Les parties requérantes prennent un moyen unique d'annulation de la violation, par la disposition attaquée, des articles 10 et 11 de la Constitution combinés avec le principe de proportionnalité, avec l'article 16 de la Constitution et avec l'article 1^{er} du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme.

Elles font valoir que la disposition attaquée prévoit que les montants effectifs à rembourser sont égaux à la différence entre les dépenses réelles des hôpitaux sélectionnés et les dépenses nationales médianes correspondantes, même lorsque ces dernières sont égales à zéro et que l'obligation imposée aux hôpitaux de rembourser la totalité des dépenses occasionnées par des prestations qu'ils pratiquent et pour lesquelles la dépense nationale médiane est égale à zéro conduit à les priver de la totalité des allocations correspondant au remboursement des dépenses effectuées au profit de leurs patients pour ces prestations.

Elles soutiennent que les articles visés au moyen offrent une protection contre toute ingérence dans le droit au respect des biens et toute mesure dont les effets seraient disproportionnés au regard du but poursuivi par le législateur et que la Cour a admis, dans son arrêt n° 15/2017, qu'exiger que les hôpitaux remboursent la différence entre les dépenses réelles et la dépense médiane, lorsque cette dernière est fixée à zéro, n'est pas compatible avec l'article 16 de la Constitution, combiné avec l'article 1 du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme.

B.5. Par son arrêt n° 15/2017 précité, la Cour a jugé :

«B.3.1. L'article 56ter a été introduit dans la loi AMI par l'article 11 de la loi du 22 août 2002 portant des mesures en matière de soins de santé en vue de 'supprimer les différences de pratiques dans les procédures standard appliquées dans les hôpitaux' (*Doc. parl.*, Chambre, 2001-2002, DOC 50-1905/001, p. 8).

En vertu de l'article 60 de la loi du 22 août 2002, les montants de référence devaient être calculés pour la première fois pour l'année 2003, sur la base des données concernant les admissions ayant pris fin après le 1^{er} octobre 2002 et avant le 31 décembre 2003.

B.3.2. Le système des montants de référence prévu par l'article 56ter a ensuite été profondément modifié par la loi du 27 décembre 2005, qui a notamment prévu un mode de calcul du montant à récupérer en deux temps (une sélection des hôpitaux concernés, puis un calcul du montant effectif à rembourser par ces hôpitaux), le Roi devant toutefois déterminer les délais et modalités de calcul des montants concernés, ainsi que la façon dont ils sont remboursés par l'hôpital à l'assurance soins de santé. Au cours des travaux préparatoires de cette loi, il a été constaté que 'les montants de référence n'ont pas encore été appliqués et le seront pour la première fois en 2006 sur base des admissions qui prennent fin avant le 1^{er} janvier 2004' (*Doc. parl.*, Chambre, 2005-2006, DOC 51-2098/028, p. 17).

B.3.3. En l'absence d'arrêtés d'application, le système des montants de référence instauré en 2002 n'a cependant jamais été appliqué concrètement (*Doc. parl.*, Chambre, 2008-2009, DOC 52-1491/006, p. 9), avant l'insertion du nouvel article 56ter, en cause dans les présentes questions préjudicielles, par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé.

B.4.1. Par son arrêt n° 60/2010 du 27 mai 2010, la Cour a jugé irrecevable le recours en annulation introduit contre l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008, étant donné que les parties requérantes, qui étaient, d'une part, trois associations de défense des intérêts des médecins et, d'autre part, des médecins hospitaliers, ne justifiaient pas de l'intérêt requis. La Cour a jugé que le système des montants de référence n'avait pour destinataires directs que les institutions hospitalières et non les médecins prestataires en milieu hospitalier et que la situation des parties requérantes, en ce qui concernait leur pratique professionnelle, n'était pas affectée par la disposition attaquée.

B.4.2. Par son arrêt n° 33/2014 du 27 février 2014, rendu sur question préjudicielle, la Cour a jugé que l'article 56ter de la loi AMI, avant son remplacement par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 précitée, ne violait pas les articles 10 et 11 de la Constitution.

B.5.1. Le système des montants de référence, inscrit dans l'article 56ter de la loi AMI, tend à responsabiliser les acteurs des soins de santé, afin de réduire les dépenses de sécurité sociale. Pour atteindre cet objectif, il vise à 'supprimer les différences de pratiques injustifiées pour des prestations médicales et chirurgicales standards dans le secteur hospitalier' (*Doc. parl.*, Chambre, 2008-2009, DOC 52-1491/006, pp. 8-9) en instituant une méthodologie permettant de comparer les dépenses des hôpitaux pour la prise en charge d'un certain nombre de pathologies courantes.

B.5.2. L'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 qui remplace l'article 56^{ter} de la loi AMI tend à répondre à l'engagement du Gouvernement ' de réduire les différences de pratiques médicales à pathologie égale et de revoir, pour mieux atteindre cet objectif, le système des montants de référence actuellement existant ' (*Doc. parl.*, Chambre, 2008-2009, DOC 52-1491/001 et DOC 52-1492/001, p. 34); ' l'objectif initial est répété et maintenu mais les mécanismes d'application doivent être revus pour une plus grande efficacité ou pour limiter ou éviter certains biais attribués à la méthodologie initiale ou corrigée ' (*ibid.*).

B.5.3. Dans un premier temps, la moyenne des dépenses de tous les hôpitaux, par groupes de prestations, par pathologies et par degré de gravité, est établie pour chaque année. Ces moyennes, majorées de 10 % , constituent les montants de référence. Les hôpitaux dont les dépenses totalisées dépassent les montants de référence pour l'ensemble des pathologies envisagées sont sélectionnés comme entrant en ligne de compte pour un remboursement. Dans un second temps, les hôpitaux sélectionnés sont tenus de rembourser à l'INAMI les montants que celui-ci a déboursés pour les patients hospitalisés dans ces établissements, par groupe de pathologies, à degré de gravité égal et par groupe de prestation, en sus par rapport aux montants déboursés pour les patients hospitalisés dans l'établissement dont les dépenses correspondent à la médiane des dépenses de tous les hôpitaux.

[...]

B.17.1. Par la quatrième question préjudicielle, la Cour est invitée à examiner la compatibilité du paragraphe 5 de la disposition en cause avec l'article 16 de la Constitution, combiné avec l'article 1^{er} du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme ainsi qu'avec les articles 10 et 11 de la Constitution. La question porte sur la méthode de calcul des montants à rembourser par les hôpitaux sélectionnés, qui entraînerait une disproportion manifeste entre les dépassements constatés par rapport à la moyenne nationale au stade de la sélection des hôpitaux et les montants devant effectivement être remboursés.

B.17.2. L'article 1 du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme a une portée analogue à celle de l'article 16 de la Constitution, avec pour effet que les garanties qu'il contient forment un ensemble indissociable avec celles qui sont inscrites dans cette disposition constitutionnelle, de sorte que la Cour tient compte de cette disposition conventionnelle lors de son contrôle des dispositions attaquées.

B.17.3. L'article 1 du Premier Protocole additionnel offre une protection non seulement contre une expropriation ou une privation de propriété (premier alinéa, deuxième phrase) mais également contre toute ingérence dans le droit au respect des biens (premier alinéa, première phrase) et contre toute réglementation de l'usage des biens (deuxième alinéa). La disposition en cause, qui a pour but et pour effet de priver les hôpitaux sélectionnés d'une partie des allocations correspondant au remboursement des dépenses effectuées au profit de leurs patients, constitue une ingérence dans leur droit au respect des biens.

Aux termes de l'article 1 du Premier Protocole additionnel, la protection du droit de propriété 'ne [porte] pas atteinte au droit que possèdent les Etats de mettre en vigueur les lois qu'ils jugent nécessaires pour réglementer l'usage des biens conformément à l'intérêt général ou pour assurer le paiement des impôts ou d'autres contributions ou des amendes '.

B.18. Ainsi qu'il est exposé en B.5, la disposition en cause a pour objectif de contribuer à réduire les dépenses de la sécurité sociale en responsabilisant les acteurs du secteur des soins de santé dont les pratiques occasionnent des dépenses excessives par rapport à la moyenne nationale. Un tel objectif est légitime. La Cour doit toutefois examiner si les modalités du calcul des montants à rembourser n'entraînent pas d'effets disproportionnés pour les hôpitaux sélectionnés.

B.19.1. Le mode de calcul utilisé comporte deux phases : la première phase consiste à déterminer, sur la base des montants de référence augmentés d'une marge de dix pour cent, si un hôpital a dépensé au total plus que les dépenses de référence préconisées; la seconde phase consiste à déterminer le montant qui doit effectivement être remboursé et il n'est pas tenu compte pour cela des dépenses de référence moyennes, majorées de dix pour cent, mais des dépenses médianes.

B.19.2. En principe, ni le critère de la moyenne ni celui de la médiane ne peuvent être considérés comme disproportionnés au but que le législateur poursuit par la mesure en cause. Il s'agit de deux méthodes permettant de mesurer l'écart entre les dépenses effectuées par un hôpital considéré pour le traitement d'une pathologie déterminée et les dépenses que l'on peut raisonnablement estimer nécessaires pour traiter la même pathologie, en fonction de la pratique observée dans les autres hôpitaux du pays.

B.19.3. Toutefois, l'application du critère de la médiane pour le calcul du montant qui doit être effectivement remboursé conduit à un résultat disproportionné dans le cas particulier dans lequel la médiane est fixée à zéro. Cette hypothèse peut notamment se produire lorsqu'un groupe de prestations n'est pratiqué que par une minorité d'hôpitaux pour une pathologie déterminée, par exemple parce que seule cette minorité d'hôpitaux dispose du service adéquat, de sorte que l'hôpital se situant à la médiane présente des dépenses nulles pour ce groupe de prestations. Dans ce cas, les hôpitaux pratiquant les prestations considérées sont amenés à devoir rembourser la totalité des dépenses occasionnées, ce qui pourrait conduire, à terme, à la suppression des services ou de ces prestations.

B.19.4. Le législateur était du reste conscient de cet effet disproportionné puisqu'il a, dans le paragraphe 11 de la disposition en cause, prévu qu'à partir de 2009, les médianes égales à zéro seraient remplacées par les moyennes. L'exposé des motifs précise à ce sujet :

'La seconde correction, demandée par la multipartite, prévoit que pour le calcul de la pénalité (récupération), si la médiane est égale à zéro, on récupère ce qui dépasse la moyenne. Cela diminue un peu l'impact de la récupération pour ces cas limités. Dans le cas contraire on aurait dû récupérer l'ensemble des dépenses (puisque au-dessus de 0 qui est la médiane) ou, selon certains, ne rien récupérer du tout; ces deux propositions étant considérées comme exagérées, il est proposé de prendre la moyenne' (*Doc. parl.*, Chambre, 2008-2009, DOC 52-1491/001 et DOC 52-1492/001, pp. 42-43).

B.20. Pour les admissions qui prennent fin avant le 1^{er} janvier 2009, la disposition en cause n'est pas compatible avec l'article 16 de la Constitution, combiné avec l'article 1^{er} du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme, en ce qu'elle prévoit que les montants effectifs à rembourser sont égaux à la différence entre les dépenses réelles des hôpitaux sélectionnés et la dépense nationale médiane, lorsque cette dernière est égale à zéro.

Dans cette mesure, la question préjudicielle appelle une réponse positive».

B.6.1. L'article 56^{ter}, § 5, 1^o, b), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il a été remplacé par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, viole l'article 16 de la Constitution, combiné avec l'article 1 du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme, en ce qu'elle prévoit, pour les admissions qui prennent fin avant le 1^{er} janvier 2009, que les montants effectifs à rembourser sont égaux à la différence entre les dépenses réelles des hôpitaux sélectionnés et la dépense nationale médiane, lorsque cette dernière est égale à zéro.

B.6.2. Dans cette mesure, le moyen unique est fondé.

B.7. Il y a lieu d'annuler l'article 56ter, § 5, 1°, b), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il a été remplacé par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, en ce qu'il prévoit que les montants effectifs à rembourser pour les admissions qui prennent fin avant le 1^{er} janvier 2009 sont égaux à la différence entre les dépenses réelles des hôpitaux sélectionnés et la dépense nationale médiane, lorsque cette dernière est égale à zéro.

Par ces motifs,

la Cour

annule l'article 56ter, § 5, 1°, b), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il a été remplacé par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, en ce qu'il prévoit que les montants effectifs à rembourser pour les admissions qui prennent fin avant le 1^{er} janvier 2009 sont égaux à la différence entre les dépenses réelles des hôpitaux sélectionnés et la dépense nationale médiane, lorsque cette dernière est égale à zéro.

Ainsi rendu en langue française, en langue néerlandaise et en langue allemande, conformément à l'article 65 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, le 18 janvier 2018.

Le greffier,
P.-Y. Dutilleux

Le président,
J. Spreutels

GRONDWETTELIJK HOF

[2018/200398]

Uittreksel uit arrest nr. 6/2018 van 18 januari 2018

Rolnummers 6727, 6732 en 6735

In zake : de beroepen tot gehele of gedeeltelijke vernietiging van artikel 56ter, § 5, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zoals vervangen bij artikel 50 van de wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, ingesteld door de vzw «Ziekenhuisvereniging van Brussel en van Schaarbeek - Universitair Verplegingscentrum Brugmann» en anderen, de cvba «Centre Hospitalier Bois de l'Abbaye» en de vzw «Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne» en door de cvba «Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique de Mons-Borinage» en de vereniging van openbare besturen «CHR Sambre et Meuse».

Het Grondwettelijk Hof,

samengesteld uit de voorzitters J. Spreutels en E. De Groot, en de rechters L. Lavrysen, A. Alen, J.-P. Moerman, F. Daoût en T. Giet, bijgestaan door de griffier P.-Y. Dutilleux, onder voorzitterschap van voorzitter J. Spreutels,

wijst na beraad het volgende arrest :

I. Onderwerp van de beroepen en rechtspleging

a. Bij verzoekschrift dat aan het Hof is toegezonden bij op 15 september 2017 ter post aangetekende brief en ter griffie is ingekomen op 19 september 2017, is, ingevolge het arrest van het Hof nr. 15/2017 van 9 februari 2017 (bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* van 29 maart 2017), beroep tot gehele of gedeeltelijke vernietiging ingesteld van artikel 56ter, § 5, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zoals vervangen bij artikel 50 van de wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, door de vzw «Ziekenhuisvereniging van Brussel en van Schaarbeek - Universitair Verplegingscentrum Brugmann», de vzw «Ziekenhuisvereniging van Brussel - Universitair Verplegingscentrum Sint-Pieter» en de vzw «Ziekenhuisvereniging van Anderlecht, Sint-Gillis, Etterbeek en Elsene - Iris Ziekenhuizen Zuid», bijgestaan en vertegenwoordigd door Mr. B. Cambier en Mr. L. Demez, advocaten bij de balie te Brussel.

b. Bij verzoekschrift dat aan het Hof is toegezonden bij op 29 september 2017 ter post aangetekende brief en ter griffie is ingekomen op 2 oktober 2017, is, ingevolge hetzelfde arrest van het Hof, beroep tot vernietiging ingesteld van voormelde wetsbepaling, door de cvba «Centre Hospitalier Bois de l'Abbaye» en de vzw «Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne», bijgestaan en vertegenwoordigd door Mr. M. Vastmans en Mr. C. Dony, advocaten bij de balie te Brussel.

c. Bij verzoekschrift dat aan het Hof is toegezonden bij op 28 september 2017 ter post aangetekende brief en ter griffie is ingekomen op 3 oktober 2017, is, ingevolge hetzelfde arrest van het Hof, beroep tot vernietiging ingesteld van dezelfde wetsbepaling, door de cvba «Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique de Mons-Borinage» en de vereniging van openbaar besturen «CHR Sambre et Meuse», bijgestaan en vertegenwoordigd door Mr. P. Levert, advocaat bij de balie te Brussel.

Die zaken, ingeschreven onder de nummers 6727, 6732 en 6735 van de rol van het Hof, werden samengevoegd.

Op 4 oktober 2017 hebben de rechters-verslaggevers J.-P. Moerman en A. Alen, met toepassing van artikel 72, eerste lid, van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof, het Hof ervan in kennis gesteld dat zij ertoe zouden kunnen worden gebracht voor te stellen het onderzoek van de zaken af te doen met een arrest gewezen op voorafgaande rechtspleging.

(...)

II. In rechte

(...)

B.1. De verzoekende partijen vorderen de vernietiging van artikel 56ter, § 5, of minstens van artikel 56ter, § 5, 1°, b), van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zoals vervangen bij artikel 50 van de wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* van 31 december 2008.

De drie beroepen tot vernietiging worden ingesteld op grond van artikel 4, tweede lid, van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof, dat bepaalt dat voor onder meer iedere natuurlijke persoon of rechtspersoon die doet blijken van een belang, een nieuwe termijn van zes maanden openstaat voor het instellen van een beroep tot vernietiging tegen een wet, een decreet of een ordonnantie wanneer het Hof, uitspraak doende op een prejudiciële vraag, heeft verklaard dat die wet, dat decreet of die ordonnantie met name een van de in artikel 1 bedoelde regels schendt.

Bij zijn arrest nr. 15/2017 van 9 februari 2017 heeft het Hof voor recht gezegd :

«1. Artikel 56ter, § 5, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zoals vervangen bij artikel 50 van de wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, zoals van toepassing op de opnames die worden beëindigd vóór 1 januari 2009, schendt artikel 16 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, in zoverre het erin voorziet dat de daadwerkelijk terug te betalen bedragen gelijk zijn aan het verschil tussen de werkelijke uitgaven van de geselecteerde ziekenhuizen en de nationale mediaanuitgave, wanneer die laatste gelijk is aan nul.

2. Voor het overige schendt diezelfde bepaling niet de artikelen 10, 11 en 16 van de Grondwet, al dan niet in samenhang gelezen met artikel 6 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij dat Verdrag, met het beginsel van niet-retroactiviteit van de wetten, met het beginsel van rechtszekerheid, met het evenredigheidsbeginsel en met het beginsel [...] *non bis [in] idem*.

[...]».

B.2. De drie verzoekende partijen in de zaak nr. 6727 en de twee verzoekende partijen in de zaak nr. 6732 zijn private ziekenhuisverenigingen. De twee verzoekende partijen in de zaak nr. 6735 zijn openbare ziekenhuisverenigingen. Zij voeren aan dat het systeem van de referentiebedragen, en specifiek artikel 56ter van de voormelde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, rechtstreeks op hen betrekking heeft. Financiële sancties die met toepassing van artikel 56ter, § 5, 1^o, b), van die wet zijn berekend, werden hun immers opgelegd, waarvan de bedragen afhangen van de mediaanuitgaven, met name wanneer die gelijk zijn aan nul.

De verzoekende partijen in de zaak nr. 6735 verwijzen bovendien naar artikel 18 van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof waarbij een beroep tot intrekking van onder meer de beslissingen van de rechtscolleges die op een door het Hof vernietigde wetsbepaling zijn gegrond, wordt geregeld.

Daaruit vloeit voort dat de door het RIZIV en de Ministerraad opgeworpen exceptie van niet-ontvankelijkheid ongegrond is.

B.3. Artikel 56ter van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bepaalt :

«[...]

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

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

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

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

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

- berekening per ziekenhuis van de verschilbedragen tussen enerzijds werkelijke uitgaven voor de opnames zoals bedoeld in paragraaf 1, rekening houdend met de beperkingen bedoeld in paragraaf 2, en anderzijds de overeenkomstige nationale mediaanuitgave, per APR-DRG, per klasse 1 respectievelijk 2 van klinische ernst en per groep van verstrekkingen;

- alle positieve verschilbedragen van de hierboven uitgevoerde berekeningen per ziekenhuis vormen de effectieve terug te storten bedragen voor de onder a. geselecteerde ziekenhuizen, mits de som van deze positieve verschilbedragen groter is dan 1000 euro.

2^o De door het ziekenhuis terug te storten bedragen worden verdeeld tussen de ziekenhuisbeheerder en de ziekenhuisgeneesheren, conform het reglement zoals bedoeld in artikel 135, 1^o, tweede lid, of in artikel 136, eerste lid, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

[...]».

B.4. De verzoekende partijen leiden een enig middel tot vernietiging af uit de schending, door de bestreden bepaling, van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met het evenredigheidsbeginsel, met artikel 16 van de Grondwet en met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

Zij doen gelden dat de bestreden bepaling erin voorziet dat de daadwerkelijk terug te betalen bedragen gelijk zijn aan het verschil tussen de werkelijke uitgaven van de geselecteerde ziekenhuizen en de overeenkomstige nationale mediaanuitgaven, zelfs wanneer die laatste gelijk zijn aan nul, en dat de aan de ziekenhuizen opgelegde verplichting om de totaliteit terug te betalen van de uitgaven die zijn veroorzaakt door verstrekkingen die zij verrichten en waarvoor de nationale mediaanuitgave gelijk is aan nul, ertoe leidt dat hun de totaliteit van de uitkeringen wordt ontzegd die overeenstemt met de terugbetaling van de uitgaven die ten behoeve van hun patiënten voor die verstrekkingen zijn gedaan.

Zij voeren aan dat de in het middel bedoelde artikelen bescherming bieden tegen elke inmenging in het recht op het ongestoord genot van de eigendom en tegen elke maatregel waarvan de gevolgen onevenredig zouden zijn ten aanzien van het door de wetgever nagestreefde doel, en dat het Hof in zijn arrest nr. 15/2017 heeft aanvaard dat eisen dat de ziekenhuizen het verschil moeten terugbetalen tussen de werkelijke uitgaven en de mediaanuitgave, wanneer die laatste op nul wordt vastgesteld, niet bestaanbaar is met artikel 16 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

B.5. Bij zijn voormelde arrest nr. 15/2017 heeft het Hof geoordeeld :

«B.3.1. Artikel 56ter is in de ZIV-Wet ingevoegd bij artikel 11 van de wet van 22 augustus 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg teneinde 'praktijkverschillen bij standaardprocedures die in het ziekenhuis worden uitgevoerd weg te werken' (*Parl. St., Kamer, 2001-2002, DOC 50-1905/001, p. 8*).

Krachtens artikel 60 van de wet van 22 augustus 2002 moesten de referentiebedragen voor de eerste maal worden berekend voor het jaar 2003 op basis van de gegevens met betrekking tot de opnames die eindigden na 1 oktober 2002 en vóór 31 december 2003.

B.3.2. Het systeem van de referentiebedragen waarin artikel 56ter voorziet, is vervolgens grondig gewijzigd bij de wet van 27 december 2005, die met name een berekeningswijze voor het terug te vorderen bedrag in twee fasen heeft vastgelegd (een selectie van de betrokken ziekenhuizen, en vervolgens een berekening van het bedrag dat die ziekenhuizen werkelijk moeten terugstorten), waarbij de Koning evenwel de termijnen en voorwaarden inzake de berekening van de bedragen in kwestie moest vaststellen, alsook de wijze waarop het ziekenhuis die terugstort aan de verzekering voor geneeskundige verzorging. Tijdens de parlementaire voorbereiding van die wet is aldus vastgesteld dat 'de referentiebedragen [...] nog niet [zijn] toegepast. Dat zal voor het eerst in 2006 gebeuren, op grond van de opnamen die vóór 1 januari 2004 eindigen' (*Parl. St.*, Kamer, 2005-2006, DOC 51-2098/028, p. 17).

B.3.3. Bij ontstentenis van toepassingsbesluiten is het in 2002 ingevoerde systeem van de referentiebedragen echter nooit concreet toegepast (*Parl. St.*, Kamer, 2008-2009, DOC 52-1491/006, p. 9) vóór de invoering van het nieuwe artikel 56ter, dat in de onderhavige prejudiciële vragen in het geding is, bij artikel 50 van de wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg.

B.4.1. Bij zijn arrest nr. 60/2010 van 27 mei 2010 heeft het Hof het beroep tot vernietiging onontvankelijk verklaard dat is ingesteld tegen artikel 50 van de wet van 19 december 2008, daar de verzoekende partijen, die, enerzijds, drie verenigingen waren die de belangen van de artsen verdedigden en, anderzijds, ziekenhuisartsen waren, niet deden blijken van het vereiste belang. Het Hof heeft geoordeeld dat het systeem van de referentiebedragen alleen rechtstreeks bestemd was voor de ziekenhuisinstellingen en niet voor de artsen die werkzaam zijn in een ziekenhuismilieu, en dat de situatie van de verzoekende partijen, ten aanzien van hun beroepspraktijk, niet werd aangetast door de bestreden bepaling.

B.4.2. Bij zijn arrest nr. 33/2014 van 27 februari 2014, gewezen op prejudiciële vraag, heeft het Hof geoordeeld dat artikel 56ter van de ZIV-Wet, vóór de vervanging ervan bij artikel 50 van de voormelde wet van 19 december 2008, de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet schondt.

B.5.1. Het systeem van de referentiebedragen, opgenomen in artikel 56ter van de ZIV-Wet, strekt ertoe de zorgverleners verantwoordelijk te maken, teneinde de socialezekerheidsuitgaven te beperken. Om dat doel te bereiken, beoogt het 'de wegwerking [...] van de ongerechtvaardigde praktijkverschillen voor gestandaardiseerde medische en chirurgische prestaties in de ziekenhuissector' (*Parl. St.*, Kamer, 2008-2009, DOC 52-1491/006, pp. 8-9) door een methode in te voeren waarmee de uitgaven van de ziekenhuizen voor de tenlasteneming van een bepaald aantal vaak voorkomende pathologieën kunnen worden vergeleken.

B.5.2. Artikel 50 van de wet van 19 december 2008, dat artikel 56ter van de ZIV-Wet vervangt, strekt ertoe te beantwoorden aan de verbintenis van de Regering 'om gelijke verstrekkingswijzen te vergoeden en daartoe, het bestaande systeem van referentiebedragen te herzien' (*Parl. St.*, Kamer, 2008-2009, DOC 52-1491/001 en DOC 52-1492/001, p. 34); 'de oorspronkelijke doelstelling wordt herhaald en behouden, maar de toepassingsmechanismen moeten worden herzien met het oog op een grotere doeltreffendheid en het beperken of vermijden van bepaalde kunstgrepen die bij de initiële of gecorrigeerde methode zijn aangewend' (*ibid.*).

B.5.3. In een eerste fase wordt het gemiddelde van de uitgaven van alle ziekenhuizen, per groep van verstrekkingswijzen, per pathologie en per graad van ernst, vastgesteld voor elk jaar. Die gemiddelden, vermeerderd met 10 pct., vormen de referentiebedragen. De ziekenhuizen waarvan de getotaliseerde uitgaven de referentiebedragen voor alle beoogde pathologieën overschrijden, worden geselecteerd als komende in aanmerking voor een terugbetaling. In een tweede fase zijn de geselecteerde ziekenhuizen ertoe gehouden aan het RIZIV de bedragen terug te betalen die dat laatste heeft uitgekeerd voor de in die instellingen gehospitaliseerde patiënten, per groep van pathologieën, met gelijke graad van ernst en per groep van verstrekkingswijzen, boven de bedragen die zijn uitgekeerd voor de patiënten die zijn gehospitaliseerd in de instelling waarvan de uitgaven overeenstemmen met de mediaan van de uitgaven van alle ziekenhuizen.

[...]

B.17.1. In de vierde prejudiciële vraag wordt het Hof verzocht de bestaanbaarheid na te gaan van paragraaf 5 van de in het geding zijnde bepaling met artikel 16 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, alsook met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet. De vraag heeft betrekking op de methode voor de berekening van de door de geselecteerde ziekenhuizen terug te betalen bedragen, die zou leiden tot een kennelijke onevenredigheid tussen de overschrijdingen die worden vastgesteld ten opzichte van het nationale gemiddelde in het stadium van de selectie van de ziekenhuizen, en de bedragen die werkelijk moeten worden terugbetaald.

B.17.2. Artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens heeft een draagwijdte die analoog is met die van artikel 16 van de Grondwet, waardoor de erin vervatte waarborgen een onlosmakelijk geheel vormen met die welke zijn ingeschreven in die grondwetsbepaling, zodat het Hof, bij zijn toetsing van de bestreden bepalingen, rekening houdt met die verdragsbepaling.

B.17.3. Artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol biedt niet alleen bescherming tegen een onteigening of een eigendomsberoving (eerste alinea, tweede zin), maar ook tegen elke verstoring van het genot van de eigendom (eerste alinea, eerste zin) en elke regeling van het gebruik van de eigendom (tweede alinea). De in het geding zijnde bepaling, die tot doel en gevolg heeft de geselecteerde ziekenhuizen een deel van de uitkeringen te ontzeggen dat overeenstemt met de terugbetaling van de uitgaven ten behoeve van hun patiënten, vormt een inmenging in hun recht op het genot van eigendom.

Artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol vermeldt dat de bescherming van het eigendomsrecht 'op geen enkele wijze het recht [aantast] dat een Staat heeft om die wetten toe te passen welke hij noodzakelijk oordeelt om toezicht uit te oefenen op het gebruik van eigendom in overeenstemming met het algemeen belang of om de betaling van belastingen of andere heffingen en boeten te verzekeren'.

B.18. Zoals is uiteengezet in B.5, heeft de in het geding zijnde bepaling tot doel bij te dragen tot de beperking van de uitgaven van de sociale zekerheid door de zorgverleners wier praktijken overdreven uitgaven met zich meebrengen ten opzichte van het nationale gemiddelde, verantwoordelijk te maken. Een dergelijke doelstelling is legitiem. Het Hof moet evenwel nagaan of de nadere regels voor de berekening van de terug te betalen bedragen geen onevenredige gevolgen hebben voor de geselecteerde ziekenhuizen.

B.19.1. De gebruikte berekeningswijze omvat twee fasen: de eerste fase bestaat erin, op basis van de referentiebedragen verhoogd met een marge van 10 pct., na te gaan of een ziekenhuis in totaal meer heeft uitgegeven dan de voorgestane referentie-uitgaven; de tweede fase bestaat erin het bedrag te bepalen dat daadwerkelijk moet worden terugbetaald en daarvoor wordt geen rekening gehouden met de gemiddelde referentie-uitgaven, vermeerderd met 10 pct., maar met de mediaanuitgaven.

B.19.2. In beginsel kunnen noch het criterium van het gemiddelde noch dat van de mediaan worden beschouwd als onevenredig met het doel dat de wetgever met de in het geding zijnde maatregel nastreeft. Het gaat om twee methodes die het mogelijk maken het verschil te meten tussen de uitgaven van een gegeven ziekenhuis voor de behandeling van een bepaalde pathologie en de uitgaven die redelijkerwijs noodzakelijk kunnen worden geacht om dezelfde pathologie te behandelen, volgens de praktijk die in de andere ziekenhuizen van het land wordt waargenomen.

B.19.3. De toepassing van het criterium van de mediaan voor de berekening van het bedrag dat daadwerkelijk moet worden terugbetaald, leidt evenwel tot een onevenredig resultaat in het bijzondere geval waarin een mediaan op nul wordt vastgesteld. Die hypothese kan zich met name voordoen wanneer een groep van verstrekkingen slechts door een minderheid van ziekenhuizen voor een bepaalde pathologie wordt verricht, bijvoorbeeld omdat alleen die minderheid van ziekenhuizen over de gepaste dienst beschikt, zodat het ziekenhuis dat zich in de mediaan bevindt, voor die groep van verstrekkingen geen uitgaven vertoont. In dat geval worden de ziekenhuizen die deze verstrekkingen verrichten, ertoe gebracht de totaliteit van de gedane uitgaven terug te betalen, hetgeen op termijn zou kunnen leiden tot het schrappen van de desbetreffende diensten of verstrekkingen.

B.19.4. De wetgever was zich overigens bewust van dat onevenredige effect, aangezien hij in paragraaf 11 van de in het geding zijnde bepaling erin heeft voorzien dat, vanaf 2009, de medianen gelijk aan nul zouden worden vervangen door de gemiddelden. In de memorie van toelichting wordt hieromtrent gepreciseerd :

‘De tweede correctie die door de Multipartite-structuur is gevraagd, bepaalt dat voor de berekening van de boete (terugvordering), indien de mediaanwaarde gelijk is aan nul, men de bedragen [terugvordert] die het gemiddelde overschrijden. Dit zorgt voor een geringere impact van de terugvordering voor die beperkte gevallen. In het andere geval had men alle uitgaven moeten terugvorderen (want onder de nulmediaan) of, volgens anderen, helemaal niets terugvorderen; aangezien men deze voorstellen nogal overdreven vindt, wordt er voorgesteld om het gemiddelde te nemen’ (*Parl. St.*, Kamer, 2008-2009, DOC 52-1491/001 en DOC 52-1492/001, pp. 42-43).

B.20. Voor de opnames die worden beëindigd vóór 1 januari 2009 is de in het geding zijnde bepaling niet bestaansbaar met artikel 16 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, in zoverre zij erin voorziet dat de daadwerkelijk terug te betalen bedragen gelijk zijn aan het verschil tussen de werkelijke uitgaven van de geselecteerde ziekenhuizen en de nationale mediaanuitgave, wanneer die laatste gelijk is aan nul.

De prejudiciële vraag dient in die mate bevestigend te worden beantwoord».

B.6.1. Artikel 56ter, § 5, 1^o, b), van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zoals vervangen bij artikel 50 van de wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, schendt artikel 16 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, in zoverre het erin voorziet, voor de opnames die worden beëindigd vóór 1 januari 2009, dat de daadwerkelijk terug te betalen bedragen gelijk zijn aan het verschil tussen de werkelijke uitgaven van de geselecteerde ziekenhuizen en de nationale mediaanuitgave, wanneer die laatste gelijk is aan nul.

B.6.2. In die mate is het enige middel gegrond.

B.7. Artikel 56ter, § 5, 1^o, b), van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zoals vervangen bij artikel 50 van de wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, dient te worden vernietigd in zoverre het erin voorziet dat de daadwerkelijk terug te betalen bedragen voor de opnames die worden beëindigd vóór 1 januari 2009, gelijk zijn aan het verschil tussen de werkelijke uitgaven van de geselecteerde ziekenhuizen en de nationale mediaanuitgave, wanneer die laatste gelijk is aan nul.

Om die redenen,
het Hof

vernietigt artikel 56ter, § 5, 1^o, b), van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zoals vervangen bij artikel 50 van de wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, in zoverre het erin voorziet dat de daadwerkelijk terug te betalen bedragen voor de opnames die worden beëindigd vóór 1 januari 2009, gelijk zijn aan het verschil tussen de werkelijke uitgaven van de geselecteerde ziekenhuizen en de nationale mediaanuitgave, wanneer die laatste gelijk is aan nul.

Aldus gewezen in het Frans, het Nederlands en het Duits, overeenkomstig artikel 65 van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof, op 18 januari 2018.

De griffier,
P.-Y. Dutilleux

De voorzitter,
J. Spreutels

VERFASSUNGSGERICHTSHOF

[2018/200398]

Auszug aus dem Entscheid Nr. 6/2018 vom 18. Januar 2018

Geschäftsverzeichnisnummern 6727, 6732 und 6735

In Sachen: Klagen auf völlige oder teilweise Nichtigerklärung von Artikel 56ter § 5 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, ersetzt durch Artikel 50 des Gesetzes vom 19. Dezember 2008 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheitspflege, erhoben von der VoG «Association Hospitalière de Bruxelles et de Schaerbeek - Centre Hospitalier Universitaire Brugmann» und anderen, von der «Centre Hospitalier Bois de l'Abbaye» Gen.mB und der VoG «Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne» und von der «Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique de Mons-Borinage» Gen.mB und der Vereinigung öffentlicher Verwaltungen «CHR Sambre et Meuse».

Der Verfassungsgerichtshof,

zusammengesetzt aus den Präsidenten J. Spreutels und E. De Groot, und den Richtern L. Lavrysen, A. Alen, J.-P. Moerman, F. Daoût und T. Giet, unter Assistenz des Kanzlers P.-Y. Dutilleux, unter dem Vorsitz des Präsidenten J. Spreutels,

erlässt nach Beratung folgenden Entscheid:

I. *Gegenstand der Klagen und Verfahren*

a. Mit einer Klageschrift, die dem Gerichtshof mit am 15. September 2017 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 19. September 2017 in der Kanzlei eingegangen ist, erhoben infolge des Entscheids des Gerichtshofes Nr. 15/2017 vom 9. Februar 2017 (veröffentlicht im *Belgischen Staatsblatt* vom 29. März 2017) Klage auf völlige oder teilweise Nichtigerklärung von Artikel 56ter § 5 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, ersetzt durch Artikel 50 des Gesetzes vom 19. Dezember 2008 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheitspflege: die VoG

«Association Hospitalière de Bruxelles et de Schaerbeek - Centre Hospitalier Universitaire Brugmann», die VoG «Association Hospitalière de Bruxelles - Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre» und die VoG «Association Hospitalière d'Anderlecht, Saint-Gilles, Etterbeek et Ixelles - Hôpitaux Iris Sud», unterstützt und vertreten durch RA B. Cambier und RÄin L. Demez, in Brüssel zugelassen.

b. Mit einer Klageschrift, die dem Gerichtshof mit am 29. September 2017 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 2. Oktober 2017 in der Kanzlei eingegangen ist, erhoben infolge desselben Entscheids des Gerichtshofes Klage auf Nichtigklärung der vorerwähnten Gesetzesbestimmung: die «Centre Hospitalier Bois de l'Abbaye» Gen.mbH und die VoG «Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne», unterstützt und vertreten durch RÄin M. Vastmans und RÄin C. Dony, in Brüssel zugelassen.

c. Mit einer Klageschrift, die dem Gerichtshof mit am 28. September 2017 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 3. Oktober 2017 in der Kanzlei eingegangen ist, erhoben infolge desselben Entscheids des Gerichtshofes Klage auf Nichtigklärung der vorerwähnten Gesetzesbestimmung: die «Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique de Mons-Borinage» Gen.mbH und die Vereinigung öffentlicher Verwaltungen «CHR Sambre et Meuse», unterstützt und vertreten durch RA P. Levert, in Brüssel zugelassen.

Diese unter den Nummern 6727, 6732 und 6735 ins Geschäftsverzeichnis des Gerichtshofes eingetragenen Rechtssachen wurden verbunden.

Am 4. Oktober 2017 haben die referierenden Richter J.-P. Moerman und A. Alen, in Anwendung von Artikel 72 Absatz 1 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Verfassungsgerichtshof den Gerichtshof davon in Kenntnis gesetzt, dass sie dazu veranlasst werden könnten, vorzuschlagen, die Untersuchung der Rechtssachen durch einen Vorverfahrensentscheid zu erledigen.

(...)

II. Rechtliche Würdigung

(...)

B.1. Die klagenden Parteien beantragen die Nichtigklärung von Artikel 56ter § 5 - wenigstens von Artikel 56ter § 5 Nr. 1 Buchstabe *b*) - des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, ersetzt durch Artikel 50 des Gesetzes vom 19. Dezember 2008 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheitspflege, veröffentlicht im *Belgischen Staatsblatt* vom 31. Dezember 2008.

Erhoben werden die drei Nichtigkeitsklagen aufgrund von Artikel 4 Absatz 2 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Verfassungsgerichtshof, der bestimmt, dass eine neue Frist von sechs Monaten für die Einreichung einer Klage auf Nichtigklärung eines Gesetzes, eines Dekrets oder einer Ordonnanz unter anderem jeglicher natürlichen oder juristischen Person, die ein Interesse nachweist, gewährt wird, wenn der Gerichtshof auf eine Vorabentscheidungsfrage hin erklärt hat, dass dieses Gesetz, dieses Dekret oder diese Ordonnanz insbesondere gegen eine in Artikel 1 erwähnte Regel verstößt.

In seinem Entscheid Nr. 15/2017 vom 9. Februar 2017 hat der Gerichtshof für Recht erkannt:

«1. Artikel 56ter § 5 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, ersetzt durch Artikel 50 des Gesetzes vom 19. Dezember 2008 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheitspflege, verstößt für die vor dem 1. Januar 2009 endenden Aufnahmen gegen Artikel 16 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention, insofern er vorsieht, dass die tatsächlich zu erstattenden Beträge der Differenz zwischen den tatsächlichen Ausgaben der ausgewählten Krankenhäuser und der nationalen Medianausgabe entsprechen, wenn diese gleich null ist.

2. Im Übrigen verstößt dieselbe Bestimmung nicht gegen die Artikel 10, 11 und 16 der Verfassung, an sich oder in Verbindung mit Artikel 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention, mit Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zu dieser Konvention, mit dem Grundsatz der Nichtrückwirkung der Gesetze, mit dem Grundsatz der Rechtssicherheit, mit dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und mit dem Grundsatz *non bis in idem*.

[...]».

B.2. Die drei klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 6727 und die beiden klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 6732 sind private Krankenhausvereinigungen. Die beiden klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 6735 sind öffentliche Krankenhausvereinigungen. Sie führen an, dass sie direkt durch das System der Referenzbeträge und insbesondere durch Artikel 56ter des vorerwähnten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung betroffen seien. In Anwendung von Artikel 56ter § 5 Nr. 1 Buchstabe *b*) dieses Gesetzes seien ihnen nämlich finanzielle Sanktionen auferlegt worden, deren Beträge von den Medianausgaben abhingen, insbesondere wenn diese null betragen würden.

Die klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 6735 nehmen außerdem Bezug auf Artikel 18 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Verfassungsgerichtshof, in dem ein Antrag auf Zurückziehung geregelt ist, insbesondere für die Entscheidungen der Gerichte auf der Grundlage einer durch den Gerichtshof für nichtig erklärten Gesetzesbestimmung.

Daraus ergibt sich, dass die durch das LIKIV und den Ministerrat geltend gemachte Unzulässigkeitsinrede unbegründet ist.

B.3. Artikel 56ter des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung bestimmt:

«[...]»

§ 5. 1. Die Auswahl der Krankenhäuser, die für die tatsächliche Rückforderung der zu erstattenden Beträge in Frage kommen, und die Berechnung der Beträge, die die ausgewählten Krankenhäuser dem Institut effektiv erstatten müssen zu Lasten der Honorare, die der Versicherung angerechnet wurden, werden durch folgenden Berechnungsmodus, der in zwei Teile aufgeteilt ist, bestimmt:

a) Auswahl der Krankenhäuser, die für die tatsächliche Rückforderung der zu erstattenden Beträge in Frage kommen:

- Berechnung pro Krankenhaus der Differenzen zwischen einerseits den tatsächlichen Ausgaben für die in § 1 erwähnten Aufnahmen unter Berücksichtigung der in § 2 erwähnten Einschränkungen und andererseits den Referenzausgaben, die gemäß den in den Paragraphen 2, 3 und 4 erwähnten Modalitäten berechnet werden,

- Zusammenrechnung pro Krankenhaus der positiven und negativen Ergebnisse dieser Berechnungen; nur Krankenhäuser, für die das Ergebnis dieser Zusammenrechnung positiv ist, werden für die Erstattung berücksichtigt.

b) Berechnung der effektiv zu erstattenden Beträge für die in Buchstabe *a*) ausgewählten Krankenhäuser:

- Berechnung pro Krankenhaus der Differenzen zwischen einerseits den tatsächlichen Ausgaben für die in § 1 erwähnten Aufnahmen unter Berücksichtigung der in § 2 erwähnten Einschränkungen und andererseits der entsprechenden nationalen Medianausgabe pro APR-DRG, pro klinischen Schweregrad 1 beziehungsweise 2 und pro Leistungsgruppe,

- alle positiven Differenzbeträge der vorerwähnten Berechnungen pro Krankenhaus bilden die effektiv zu erstattenden Beträge für die in Buchstabe *a*) ausgewählten Krankenhäuser, insofern die Summe dieser positiven Differenzbeträge 1.000 EUR übersteigt.

2. Die vom Krankenhaus zu erstattenden Beträge werden zwischen dem Krankenhausverwalter und den Krankenhausärzten aufgeteilt gemäß der Regelung, die in Artikel 135 Nr. 1 Absatz 2 oder in Artikel 136 Absatz 1 des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser erwähnt ist.

[...]».

B.4. Die klagenden Parteien leiten einen einzigen Nichtigkeitsklagegrund aus einem Verstoß durch die angefochtene Bestimmung gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, mit Artikel 16 der Verfassung und mit Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention ab.

Sie führen an, dass in der angefochtenen Bestimmung vorgesehen sei, dass die tatsächlich zu erstattenden Beträge der Differenz zwischen den tatsächlichen Ausgaben der ausgewählten Krankenhäuser und den entsprechenden nationalen Medianausgaben entsprechen würden, selbst wenn Letztere null betragen würden, und dass die den Krankenhäusern auferlegte Verpflichtung zur Erstattung der Gesamtheit der Ausgaben, die durch von ihnen ausgeführten Leistungen verursacht würden und bei denen die nationale Medianausgabe null betrage, dazu führe, ihnen die Gesamtheit der Zulagen zu entziehen, die der Erstattung der Ausgaben zugunsten ihrer Patienten für diese Leistungen entsprechen würden.

Sie führen an, dass die im Klagegrund angeführten Artikel einen Schutz gegen jede Einmischung in das Recht auf Achtung des Eigentums und gegen jede Maßnahme mit unverhältnismäßigen Folgen hinsichtlich der Zielsetzung des Gesetzgebers bieten würden, und dass der Gerichtshof in seinem Entscheid Nr. 15/2017 angenommen habe, dass die Auflage, dass die Krankenhäuser die Differenz zwischen den tatsächlichen Ausgaben und der Medianausgabe erstatten müssten, wenn Letztere auf null festgesetzt sei, nicht vereinbar sei mit Artikel 16 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention.

B.5. In seinem vorerwähnten Entscheid Nr. 15/2017 hat der Gerichtshof geurteilt:

«B.3.1. Artikel 56ter wurde in das KIV-Gesetz eingefügt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 22. August 2002 zur Festlegung von Maßnahmen in Bezug auf die Gesundheitspflege, um 'die Praxisunterschiede in den Standardverfahren, die in den Krankenhäusern angewandt werden, aufzuheben' (*Parl. Dok.*, Kammer, 2001-2002, DOC 50-1905/001, S. 8).

Aufgrund von Artikel 60 des Gesetzes vom 22. August 2002 mussten die Referenzbeträge zum ersten Mal für das Jahr 2003 berechnet werden auf der Grundlage der Daten in Bezug auf die Aufnahmen, die nach dem 1. Oktober 2002 und vor dem 31. Dezember 2003 endeten.

B.3.2. Das in Artikel 56ter vorgesehene System der Referenzbeträge wurde anschließend durch das Gesetz vom 27. Dezember 2005 gründlich abgeändert, indem insbesondere eine Berechnungsweise des zurückzufordernden Betrags in zwei Phasen vorgesehen wurde (eine Auswahl der betroffenen Krankenhäuser und anschließend eine Berechnung des durch diese Krankenhäuser tatsächlich zu erstattenden Betrags), wobei der König jedoch die Fristen und Modalitäten für die Berechnung der betreffenden Beträge sowie die Weise, auf die sie vom Krankenhaus an die Gesundheitspflegeversicherung erstattet werden, festlegen sollte. Während der Vorarbeiten zu diesem Gesetz wurde somit festgestellt, dass 'die Referenzbeträge noch nicht angewandt worden sind und zum ersten Mal 2006 auf der Grundlage der Aufnahmen, die vor dem 1. Januar 2004 enden, angewandt werden' (*Parl. Dok.*, Kammer, 2005-2006, DOC 51-2098/028, S. 17).

B.3.3. In Ermangelung von Ausführungserlassen ist das 2002 eingeführte System der Referenzbeträge jedoch nie konkret angewandt worden (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1491/006, S. 9), bevor der neue Artikel 56ter, um den es sich in den vorliegenden Vorabentscheidungsfragen handelt, durch Artikel 50 des Gesetzes vom 19. Dezember 2008 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheitspflege eingefügt wurde.

B.4.1. In seinem Entscheid Nr. 60/2010 vom 27. Mai 2010 hat der Gerichtshof die gegen Artikel 50 des Gesetzes vom 19. Dezember 2008 erhobene Nichtigkeitsklage für unzulässig erklärt, da die klagenden Parteien - drei die Interessen der Ärzte vertretende Vereinigungen einerseits und Krankenhausärzte andererseits - nicht das erforderliche Interesse nachwiesen. Der Gerichtshof hat geurteilt, dass das System der Referenzbeträge sich nur direkt an die Krankenhaus-einrichtungen richtete, und nicht an die innerhalb der Krankenhäuser tätigen Ärzte, und dass die Situation der klagenden Parteien hinsichtlich ihrer Berufspraxis nicht von der angefochtenen Bestimmung betroffen war.

B.4.2. In seinem auf eine Vorabentscheidungsfrage hin ergangenen Entscheid Nr. 33/2014 vom 27. Februar 2014 hat der Gerichtshof geurteilt, dass Artikel 56ter des KIV-Gesetzes vor seiner Ersetzung durch Artikel 50 des vorerwähnten Gesetzes vom 19. Dezember 2008 nicht gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung verstieß.

B.5.1. Das in Artikel 56ter des KIV-Gesetzes enthaltene System der Referenzbeträge soll die Pflegeerbringer zur Verantwortung ziehen, um die Kosten der sozialen Sicherheit zu verringern. Dazu bezweckt es, 'ungerechtfertigte Unterschiede in der Praxis für medizinische und chirurgische Standardleistungen im Krankenhaussektor zu beseitigen' (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1491/006, SS. 8-9), indem eine Methode eingeführt wird, die es ermöglicht, die Ausgaben der Krankenhäuser für die Übernahme der Kosten einer gewissen Anzahl häufig vorkommender Erkrankungen zu vergleichen.

B.5.2. Artikel 50 des Gesetzes vom 19. Dezember 2008, der Artikel 56ter des KIV-Gesetzes ersetzt, soll der Verpflichtung der Regierung entsprechen, 'die Unterschiede in der medizinischen Praxis bei gleichen Erkrankungen zu verringern und, um dieses Ziel besser zu erreichen, das derzeit bestehende System der Referenzbeträge anzupassen' (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1491/001 und DOC 52-1492/001, S. 34); 'das ursprüngliche Ziel wird wiederholt und beibehalten, doch die Anwendungsmechanismen sind anzupassen, um effizienter zu sein und gewisse Kunstgriffe, die auf die ursprüngliche oder korrigierte Methodik zurückzuführen sind, zu begrenzen oder zu vermeiden' (ebenda).

B.5.3. Zunächst wird für jedes Jahr der durchschnittliche Wert der Ausgaben aller Krankenhäuser nach Leistungsgruppen, nach Erkrankungen und nach Schweregrad ermittelt. Diese Durchschnittswerte, zuzüglich 10 Prozent, sind die Referenzbeträge. Die Krankenhäuser, deren Gesamtausgaben über den Referenzbetrag für sämtliche ins Auge gefassten Erkrankungen liegen, werden ausgewählt als diejenigen, die für eine Erstattung in Frage kommen. An zweiter Stelle sind die ausgewählten Krankenhäuser verpflichtet, dem LIKIV die Beträge zu erstatten, die dieses für die in diesen Einrichtungen hospitalisierten Patienten gezahlt hat, pro Gruppe von Erkrankungen, bei gleichem Schweregrad und pro Leistungsgruppe, zuzüglich zu den Beträgen, die für die Patienten gezahlt wurden, die in der Einrichtung hospitalisiert waren, deren Ausgaben dem Medianwert der Ausgaben aller Krankenhäuser entspricht.

[...]

B.17.1. In der vierten Vorabentscheidungsfrage wird der Gerichtshof gebeten, die Vereinbarkeit von Paragraph 5 der fraglichen Bestimmung mit Artikel 16 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention, sowie mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung zu prüfen. Die Frage betrifft die Methode zur Berechnung der durch die ausgewählten Krankenhäuser zu erstattenden Beträge, die zu einem offensichtlichen Missverhältnis zwischen den festgestellten Überschreitungen gegenüber dem nationalen Durchschnittswert im Stadium der Auswahl der Krankenhäuser und den Beträgen, die tatsächlich zurückgezahlt werden müssten, führe.

B.17.2. Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention hat eine Tragweite, die analog ist zu derjenigen von Artikel 16 der Verfassung, sodass die darin enthaltenen Garantien ein untrennbares Ganzes mit denjenigen bilden, die in dieser Verfassungsbestimmung festgelegt sind, weshalb der Gerichtshof bei der Prüfung der angefochtenen Bestimmungen diese Vertragsbestimmung berücksichtigt.

B.17.3. Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls bietet nicht nur einen Schutz gegen eine Enteignung oder eine Eigentumsentziehung (Absatz 1 Satz 2), sondern auch gegen jeden Eingriff in das Recht auf Achtung des Eigentums (Absatz 1 Satz 1) und gegen jede Regelung der Benutzung des Eigentums (Absatz 2). Die fragliche Bestimmung, die zum Zweck und zur Folge hat, den ausgewählten Krankenhäusern einen Teil der Leistungen zu versagen, der der Erstattung der für ihre Patienten getätigten Ausgaben entspricht, stellt eine Einmischung in ihr Recht auf Achtung des Eigentums dar.

In Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls wird erwähnt, dass der Schutz des Eigentumsrechts ' in keiner Weise das Recht des Staates [beeinträchtigt], diejenigen Gesetze anzuwenden, die er für die Regelung der Benutzung des Eigentums im Einklang mit dem Allgemeininteresse oder zur Sicherung der Zahlung der Steuern oder sonstigen Abgaben oder von Geldstrafen für erforderlich hält '.

B.18. Wie in B.5 dargelegt wurde, bezweckt die fragliche Bestimmung, zur Verringerung der Ausgaben für die soziale Sicherheit beizutragen, indem die Pflegebringer, deren Praktiken zu übermäßigen Ausgaben im Verhältnis zum nationalen Durchschnittswert führen, zur Verantwortung gezogen werden. Ein solches Ziel ist legitim. Der Gerichtshof muss jedoch prüfen, ob die Modalitäten der Berechnung der zu erstattenden Beträge keine unverhältnismäßigen Folgen für die ausgewählten Krankenhäuser haben.

B.19.1. Die angewandte Berechnungsweise umfasst zwei Phasen: In einer ersten Phase wird ermittelt, ob ein Krankenhaus insgesamt mehr ausgegeben hat als die vorgesehenen Referenzausgaben auf der Grundlage der Referenzbeträge, zuzüglich einer Spanne von zehn Prozent; in einer zweiten Phase wird der effektiv zu erstattende Betrag festgelegt, wobei nicht die durchschnittlichen Referenzausgaben, zuzüglich zehn Prozent, berücksichtigt werden, sondern die Medianausgaben.

B.19.2. Grundsätzlich kann weder das Kriterium des Durchschnittswertes noch dasjenige des Medianwertes als unverhältnismäßig gegenüber dem vom Gesetzgeber mit der fraglichen Maßnahme verfolgten Ziel betrachtet werden. Es handelt sich um zwei Methoden, die es ermöglichen, den Unterschied zwischen den Ausgaben, die ein bestimmtes Krankenhaus für die Behandlung einer bestimmten Erkrankung tätigt, und den Ausgaben, die man vernünftigerweise als notwendig zur Behandlung derselben Erkrankung betrachten kann, entsprechend den in der anderen Krankenhäusern des Landes beobachteten Praktiken, zu erfassen.

B.19.3. Die Anwendung des Kriteriums des Medianwertes zur Berechnung des Betrags, der tatsächlich zurückgezahlt werden muss, führt jedoch zu einem unverhältnismäßigen Ergebnis in dem besonderen Fall, dass der Medianwert auf null festgesetzt wird. Dieser Fall kann insbesondere dann auftreten, wenn eine Leistungsgruppe nur durch eine Minderheit von Krankenhäusern für eine bestimmte Erkrankung ausgeführt wird, weil beispielsweise nur diese Minderheit von Krankenhäusern über die geeignete Abteilung verfügt, sodass ein Krankenhaus, das im Medianwert liegt, für diese Leistungsgruppe null Ausgaben aufweist. In diesem Fall sind die Krankenhäuser, die die betreffenden Leistungen ausführen, veranlasst, die Gesamtheit der entstehenden Ausgaben zu erstatten, was schließlich zur Abschaffung der Abteilungen oder Leistungen führen könnte.

B.19.4. Der Gesetzgeber war sich im Übrigen dieser unverhältnismäßigen Auswirkung bewusst, denn er hat in Paragraph 11 der fraglichen Bestimmung vorgesehen, dass ab 2009 die Medianwerte, die null betragen, durch die Durchschnittswerte ersetzt werden. In der Begründung heißt es diesbezüglich:

'In der zweiten, durch die Mehrparteienstruktur beantragten Korrektur ist vorgesehen, dass zur Berechnung der Geldbuße (Rückforderung), falls der Medianwert null beträgt, das zurückgefordert wird, was über dem Durchschnittswert liegt. Hierdurch werden die Auswirkungen der Rückforderung für diese Grenzfälle ein wenig abgemildert. Andernfalls hätte man die gesamten Ausgaben zurückfordern müssen (da sie über dem Nullmedian liegen) oder, nach Auffassung anderer, überhaupt nichts zurückfordern müssen; da diese beiden Vorschläge als übertrieben betrachtet werden, wird vorgeschlagen, den Durchschnittswert zu nehmen ' (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1491/001 und DOC 52-1492/001, SS. 42-43).

B.20. Für die Aufnahmen, die vor dem 1. Januar 2009 enden, ist die fragliche Bestimmung nicht vereinbar mit Artikel 16 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention, insofern darin vorgesehen ist, dass die tatsächlich zu erstattenden Beträge der Differenz zwischen den tatsächlichen Ausgaben der ausgewählten Krankenhäuser und der nationalen Medianausgabe entsprechen, wenn Letztere null beträgt.

Die Vorabentscheidungsfrage ist in diesem Maße bejahend zu beantworten».

B.6.1. Artikel 56ter § 5 Nr. 1 Buchstabe *b*) des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, ersetzt durch Artikel 50 des Gesetzes vom 19. Dezember 2008 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheitspflege, verstößt gegen Artikel 16 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention, insofern darin für die Aufnahmen, die vor dem 1. Januar 2009 enden, vorgesehen ist, dass die tatsächlich zu erstattenden Beträge der Differenz zwischen den tatsächlichen Ausgaben der ausgewählten Krankenhäuser und der nationalen Medianausgabe entsprechen, wenn diese gleich null ist.

B.6.2. In diese Maße ist der einzige Klagegrund begründet.

B.7. Artikel 56ter § 5 Nr. 1 Buchstabe *b*) des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, ersetzt durch Artikel 50 des Gesetzes vom 19. Dezember 2008 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheitspflege, ist für nichtig zu erklären, insofern er vorsieht, dass die tatsächlich zu erstattenden Beträge für die vor dem 1. Januar 2009 endenden Aufnahmen der Differenz zwischen den tatsächlichen Ausgaben der ausgewählten Krankenhäuser und der nationalen Medianausgabe entsprechen, wenn diese gleich null ist.

Aus diesen Gründen:

Der Gerichtshof

erklärt Artikel 56ter § 5 Nr. 1 Buchstabe *b*) des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, ersetzt durch Artikel 50 des Gesetzes vom 19. Dezember 2008 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheitspflege, für nichtig, insofern er vorsieht, dass die tatsächlich zu erstattenden Beträge für die vor dem 1. Januar 2009 endenden Aufnahmen der Differenz zwischen den tatsächlichen Ausgaben der ausgewählten Krankenhäuser und der nationalen Medianausgabe entsprechen, wenn diese gleich null ist.

Erlassen in französischer, niederländischer und deutscher Sprache, gemäß Artikel 65 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Verfassungsgerichtshof, am 18. Januar 2018.

Der Kanzler,
P.-Y. Dutilleux

Der Präsident,
J. Spreutels

FEDERALE OVERHEIDSDIENST JUSTITIE

[C – 2018/30515]

31 JULI 2017. — *Wet tot wijziging van het Burgerlijk Wetboek wat de erfnissen en de giften betreft en tot wijziging van diverse andere bepalingen ter zake.* — Erratum

In het *Belgisch Staatsblad* nr. 216 van 1 september 2017, bladzijde 81593, moet in het artikel 70, lid 3, volgende wijziging worden aangebracht:

In punt 4°, in de Nederlandse tekst, het woord “juillet” vervangen door het woord “juli”.

SERVICE PUBLIC FEDERAL JUSTICE

[C – 2018/30515]

31 JUILLET 2017. — *Loi modifiant le Code civil en ce qui concerne les successions et les libéralités et modifiant diverses autres dispositions en cette matière.* — Erratum

Au *Moniteur belge* n° 216 du 1^{er} septembre 2017, page 81593, dans l'article 70, alinéa 3, il y a lieu d'apporter la correction suivante :

Dans le 4°, dans le texte néerlandais remplacer le mot « juillet » par le mot « juli ».

FEDERALE OVERHEIDSDIENST WERKGELEGENHEID, ARBEID EN SOCIAAL OVERLEG

[2017/206651]

31 JANUARI 2018. — *Koninklijk besluit waarbij algemeen verbindend wordt verklaard de collectieve arbeidsovereenkomst van 13 juli 2017, gesloten in het Paritair Subcomité voor de betonindustrie, betreffende de verhoging van het quotum overuren (1)*

FILIP, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet van 5 december 1968 betreffende de collectieve arbeidsovereenkomsten en de paritaire comités, inzonderheid op artikel 28;

Gelet op het verzoek van het Paritair Subcomité voor de betonindustrie;

Op de voordracht van de Minister van Werk,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Algemeen verbindend wordt verklaard de als bijlage overgenomen collectieve arbeidsovereenkomst van 13 juli 2017, gesloten in het Paritair Subcomité voor de betonindustrie, betreffende de verhoging van het quotum overuren.

Art. 2. De minister bevoegd voor Werk is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 31 januari 2018.

FILIP

Van Koningswege :
De Minister van Werk,
K. PEETERS

Nota

(1) Verwijzing naar het *Belgisch Staatsblad* :
Wet van 5 december 1968, *Belgisch Staatsblad* van 15 januari 1969.

SERVICE PUBLIC FEDERAL EMPLOI, TRAVAIL ET CONCERTATION SOCIALE

[2017/206651]

31 JANVIER 2018. — *Arrêté royal rendant obligatoire la convention collective de travail du 13 juillet 2017, conclue au sein de la Sous-commission paritaire de l'industrie du béton, relative à l'augmentation du quota d'heures supplémentaires (1)*

PHILIPPE, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 5 décembre 1968 sur les conventions collectives de travail et les commissions paritaires, notamment l'article 28;

Vu la demande de la Sous-commission paritaire de l'industrie du béton;

Sur la proposition du Ministre de l'Emploi,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Est rendue obligatoire la convention collective de travail du 13 juillet 2017, reprise en annexe, conclue au sein de la Sous-commission paritaire de l'industrie du béton, relative à l'augmentation du quota d'heures supplémentaires.

Art. 2. Le ministre qui a l'Emploi dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 31 janvier 2018.

PHILIPPE

Par le Roi :
Le Ministre de l'Emploi,
K. PEETERS

Note

(1) Référence au *Moniteur belge* :
Loi du 5 décembre 1968, *Moniteur belge* du 15 janvier 1969.