

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

COUR D'ARBITRAGE

F. 2001 — 162

[C — 2000/21629]

Arrêt n° 136/2000 du 21 décembre 2000

Numéros du rôle : 1737, 1748, 1752 et 1753

En cause : les recours en annulation des articles 121 et 122, alinéa 2, de la loi du 25 janvier 1999 portant des dispositions sociales, introduits par l'a.s.b.l. Fédération belge des chambres syndicales de médecins et autres.

La Cour d'arbitrage,

composée des présidents M. Melchior et G. De Baets, et des juges P. Martens, A. Arts, R. Henneuse, M. Bossuyt et E. De Groot, assistée du greffier L. Potoms, présidée par le président M. Melchior,

après en avoir délibéré, rend l'arrêt suivant :

I. *Objet des recours*

Par requêtes adressées à la Cour par lettres recommandées à la poste les 26, 30 juillet et 4 août 1999 et parvenues au greffe les 27 juillet, 2 et 5 août 1999, un recours en annulation des articles 121 et 122, alinéa 2, de la loi du 25 janvier 1999 portant des dispositions sociales (publiée au *Moniteur belge* du 6 février 1999) a été introduit par l'a.s.b.l. Fédération belge des chambres syndicales de médecins, dont le siège social est établi à 1050 Bruxelles, chaussée de Boondael 6, boîte 4, (affaire n° 1737) F. Rodesch, demeurant à 1180 Bruxelles, avenue Groelstveld 23, L. Marcellis, demeurant à 1060 Bruxelles, avenue Docteur Cordier 23, C. Nemry, demeurant à 1190 Bruxelles, avenue Minerve 21, boîte 54, M. Dupont, demeurant à 1050 Bruxelles, avenue Louise 193, G. Andry, demeurant à 1380 Ohain, Chemin Fond Coron 13, A. Rauis, demeurant à 1180 Bruxelles, avenue Franklin Roosevelt 186, A. Unglik, demeurant à 1180 Bruxelles, avenue Maxime Van Praag 1, et J. Vanderick, demeurant à 1150 Bruxelles, avenue des Eglantines 21, (affaire n° 1748) l'a.s.b.l. Institut médical Edith Cavell – les cliniques Edith Cavell, de la Basilique et Lambermont, dont le siège social est établi à 1180 Bruxelles, rue Edith Cavell 32, M. Clemens, demeurant à 1170 Bruxelles, avenue de la Tenderie 34, et P. Sepulchre, demeurant à 3090 Overijse, Dreef 172 (affaire n° 1752) et le Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes, dont le siège est établi à 1050 Bruxelles, avenue de la Couronne 20, P. Rutten, demeurant à 6850 Offagne, rue Baron Poncelet 5, et J.-L. De Meere, demeurant à 1860 Meise, Sint-Elooiweg 60 (affaire n° 1753).

II. *La procédure*

Par ordonnances du 27 juillet 1999 et des 2 et 5 août 1999, le président en exercice a désigné les juges des sièges respectifs conformément aux articles 58 et 59 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour d'arbitrage.

Les juges-rapporteurs ont estimé n'y avoir lieu de faire application dans ces affaires des articles 71 ou 72 de la loi organique.

Par ordonnance du 22 septembre 1999, la Cour a joint les affaires.

Les recours ont été notifiés conformément à l'article 76 de la loi organique, par lettres recommandées à la poste le 15 octobre 1999.

L'avis prescrit par l'article 74 de la loi organique a été publié au *Moniteur belge* du 11 novembre 1999.

Le Conseil des ministres, rue de la Loi 16, 1000 Bruxelles, a introduit un mémoire, par lettre recommandée à la poste le 2 décembre 1999.

Ce mémoire a été notifié conformément à l'article 89 de la loi organique, par lettres recommandées à la poste le 10 décembre 1999.

Des mémoires en réponse ont été introduits par :

- la partie requérante dans l'affaire n° 1737, par lettre recommandée à la poste le 8 janvier 2000;
- les parties requérantes dans l'affaire n° 1748, par lettre recommandée à la poste le 12 janvier 2000;
- les parties requérantes dans les affaires n^{os} 1752 et 1753, par lettre recommandée à la poste le 12 janvier 2000.

Par ordonnances du 23 décembre 1999 et du 29 juin 2000, la Cour a prorogé respectivement jusqu'aux 26 juillet 2000 et 26 janvier 2001 le délai dans lequel l'arrêt doit être rendu.

Par ordonnance du 30 mai 2000, la Cour a déclaré les affaires en état et fixé l'audience au 21 juin 2000.

Cette ordonnance a été notifiée aux parties ainsi qu'à leurs avocats par lettres recommandées à la poste le 30 mai 2000.

Par ordonnance du 20 juin 2000, le président en exercice a constaté que le juge H. Coremans, légitimement empêché, est remplacé comme membre du siège par le juge M. Bossuyt.

A l'audience publique du 21 juin 2000 :

— ont comparu :

. Me M. Vanden Dorpe, avocat au barreau de Liège, *loco* Me E. Thiry, avocat au barreau de Bruxelles, pour la partie requérante dans l'affaire n° 1737;

. Me P. Thiel, qui plaide également *loco* Me E. Gillet, avocats au barreau de Bruxelles, pour les parties requérantes dans l'affaire n° 1748;

. Me B. Cambier et Me D. Renders, avocats au barreau de Bruxelles, pour les parties requérantes dans les affaires n^{os} 1752 et 1753;

. Me J. Vanden Eynde et Me J.-M. Wolter, avocats au barreau de Bruxelles, pour le Conseil des ministres;

— les juges-rapporteurs P. Martens et E. De Groot ont fait rapport;

— les avocats précités ont été entendus;

— les affaires ont été mises en délibéré.

Par ordonnance du 18 octobre 2000, la Cour a constaté que le juge E. Cerexhe, légitimement empêché, est remplacé comme membre du siège par le juge R. Henneuse, a rouvert les débats et a fixé l'audience au 16 novembre 2000.

Cette ordonnance a été notifiée aux parties ainsi qu'à leurs avocats par lettres recommandées à la poste le 20 octobre 2000.

A l'audience publique du 16 novembre 2000 :

— ont comparu :

. Me E. Thiry, avocat au barreau de Bruxelles, pour la partie requérante dans l'affaire n° 1737;

. Me E. Gillet, avocat au barreau de Bruxelles, pour les parties requérantes dans l'affaire n° 1748;

. Me B. Cambier, avocat au barreau de Bruxelles, pour les parties requérantes dans les affaires n^{os} 1752 et 1753;

. Me J.-M. Wolter, avocat au barreau de Bruxelles, pour le Conseil des ministres;

— les juges-rapporteurs P. Martens et E. De Groot ont fait rapport;

— les avocats précités ont été entendus;

— les affaires ont été mises en délibéré.

La procédure s'est déroulée conformément aux articles 62 et suivants de la loi organique, relatifs à l'emploi des langues devant la Cour.

III. *En droit*

— A —

Affaire n° 1737

Position de la partie requérante

A.1. L'a.s.b.l. Fédération belge des chambres syndicales de médecins, qui groupe en son sein des médecins hospitaliers et non hospitaliers, spécialistes et non spécialistes, conventionnés et non conventionnés, demande l'annulation des articles 121 et 122 de la loi du 25 janvier 1999 portant des dispositions sociales. L'article 121 a introduit un article 50*bis* dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (loi AMI). Cet article concerne le maximum d'honoraires que les médecins peuvent réclamer dans certaines hypothèses. L'article 122 fixe la date d'entrée en vigueur de l'article 121 au 1^{er} décembre 1998.

Quant au premier moyen

A.2. Le moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, en ce que, en prévoyant dans les situations qu'il précise, une fixation d'honoraires identiques pour les médecins conventionnés et non conventionnés, l'article 50*bis* précité enlève aux médecins non conventionnés la liberté de fixation de leurs honoraires, alors qu'ils ne reçoivent pas les avantages du statut social dont bénéficient les médecins conventionnés.

Quant au deuxième moyen

A.3. Le moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec « le principe général de sécurité juridique », en ce que la situation créée par l'article 50*bis* aboutit à ce que cinq régimes d'honoraires différents se sont succédé depuis le 1^{er} décembre 1998 jusqu'au 31 décembre 1999, un sixième régime étant applicable à partir du 1^{er} janvier 2000.

Quant au troisième moyen

A.4. Le moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec l'article 15, alinéa 2, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales. Il est reproché à l'article 50*bis* de méconnaître la liberté de fixation des honoraires médicaux, en dehors des hypothèses prévues par l'article 15, alinéa 2, précité, sans que la loi du 14 juillet 1994, qui est une loi d'assurance, puisse servir de fondement légal à une limitation des honoraires des médecins non conventionnés.

Quant au quatrième moyen

A.5. Le moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec les articles 138 et 140 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. Il est reproché à l'article 50*bis* de porter atteinte aux relations financières entre les médecins et les hôpitaux telles qu'elles sont organisées par les dispositions précitées. La suppression des suppléments d'honoraires médicaux aurait pour effet de porter atteinte à l'équilibre budgétaire des établissements hospitaliers, avec comme conséquence immédiate, une réduction injustifiée des honoraires revenant en fin de compte aux médecins.

Position du Conseil des ministres

Quant au premier moyen

A.6. Le Conseil des ministres répond que la possibilité que le législateur s'est réservée d'intervenir dans la fixation des honoraires médicaux ne résulte pas des dispositions en cause mais de l'article 15 de l'arrêté royal n° 78. Le législateur a usé de cette prérogative aux articles 138 et suivants de la loi sur les hôpitaux. Ce système n'est pas modifié par les dispositions attaquées sauf en ce qui concerne les hypothèses qui y sont visées et jusqu'au 31 décembre 1999 seulement.

Le médecin spécialiste travaillant essentiellement ou exclusivement en milieu hospitalier reste libre, notamment en tenant compte des avantages particuliers du statut social offert, en cas d'adhésion, par les articles 54 et suivants de la loi AMI, d'accepter ou non cette adhésion.

Sont seuls concernés, les médecins hospitaliers ayant opté pour une rémunération à l'acte, les dispositions en cause n'ayant pas d'incidence sur la rémunération de celui qui est rémunéré forfaitairement ou n'ayant que peu d'incidence sur celle du médecin rémunéré par combinaison des différents systèmes offerts.

A.7. Le Conseil des ministres en conclut qu'il n'y a aucune discrimination dès lors que le système des honoraires maximums résulte exclusivement du choix du médecin d'adhérer ou non à la convention médico-mutualiste. Il ajoute que le traitement différencié, outre qu'il ne résulte que très partiellement des dispositions entreprises, est totalement justifié en raison des caractéristiques particulières de l'activité des médecins hospitaliers et notamment de ce qu'elles s'insèrent dans une politique de santé visant à garantir à chacun l'accès aux meilleurs soins, dans des conditions financières acceptables et clairement acceptées.

Quant au deuxième moyen

A.8. Citant le rapport établi par l'auditeur-rapporteur dans le recours introduit au Conseil d'Etat contre l'arrêté d'application du 5 mai 1999, le Conseil des ministres rappelle que, compte tenu de la mutabilité des actes administratifs, on ne peut reprocher à l'administration de modifier, fût-ce à plusieurs reprises, sa réglementation. Il estime que l'article 50*bis* vise à garantir la sécurité tarifaire, de manière telle que le patient hospitalisé puisse connaître le taux des honoraires qui lui seront demandés, le législateur poursuivant un objectif de transparence qu'il recherche depuis plusieurs années, d'autant que l'information du patient est souvent imparfaite en la matière, ainsi que l'ont relevé des enquêtes.

Quant au troisième moyen

A.9. Le Conseil des ministres n'aperçoit pas quelle condition de forme le législateur se serait imposée pour fixer le taux des honoraires médicaux, ainsi que l'y autorise l'article 15, alinéa 2, de l'arrêté royal n° 78. Si la loi AMI a pour objet principal de créer un régime d'assurance, il ne s'ensuit pas que le législateur ne pourrait y insérer des dispositions en rapport avec la fixation des honoraires médicaux.

Quant au quatrième moyen

A.10. Après avoir cité l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, qui impose depuis longtemps de garantir aux patients admis en salle commune ou en chambre à deux lits les prestations médicales au tarif AMI, que le prestataire soit ou non conventionné, le Conseil des ministres rappelle l'article 139bis de la même loi ainsi que le contenu de l'arrêt n° 62/99 de la Cour. Il en déduit que le produit des honoraires ne peut être attribué exclusivement aux médecins à titre de rémunération mais doit également couvrir les autres facteurs de dépense liés à l'activité médicale hospitalière. Il cite l'article 140, qui détaille les retenues qui sont faites pour la couverture des frais. Il ajoute que les retenues sont fixées de commun accord, de manière telle que ne peut être constatée, dans tous les cas, de réduction automatique des honoraires revenant aux médecins.

A.11. Le Conseil des ministres admet que les médecins hospitaliers, non conventionnés, rémunérés essentiellement ou exclusivement à l'acte, verront effectivement, à travail identique, dans les hypothèses mentionnées dans les dispositions entreprises, leur rémunération réduite. Mais il ajoute que le moyen, sur ce point, se confond avec le premier moyen et appelle la même réponse, le législateur ayant usé, de manière mesurée, dans un but légitime de transparence et de sécurité tarifaire, de la compétence qui est la sienne.

*Réponse de la partie requérante**Quant au premier moyen*

A.12. La partie requérante rappelle que l'article 138, § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux ne concerne que les médecins conventionnés. Elle ajoute que si l'article 138, § 3, fait obligation au conseil médical de garantir que les patients hospitalisés dans une chambre commune ou à deux lits puissent être soignés au tarif prévu par les accords, cela n'implique pas une obligation systématique du médecin non conventionné de respecter les tarifs de la convention. Elle estime que les dispositions attaquées vont au-delà de ce que prévoit l'article 138, § 3.

A.13. Quant aux considérations relatives aux différents modes de rémunération des médecins, la partie requérante les juge sans pertinence en ce qu'elles perdent de vue les règles de la déontologie médicale qui interdisent que la rétribution forfaitaire du médecin soit inférieure aux revenus correspondants s'il exerçait à la vacation pour une activité équivalente (article 82 du Code de déontologie médicale).

A.14. Elle répète qu'il convient de tenir compte de ce que le statut social dont bénéficie le médecin conventionné constitue un avantage appréciable et que le médecin non conventionné est discriminé par la mesure critiquée puisque, alors qu'il ne bénéficie pas de cet avantage, il doit aligner ses honoraires sur ceux du médecin conventionné.

Quant au deuxième moyen

A.15. La partie requérante estime que la succession de cinq régimes d'honoraires différents sur treize mois crée un climat d'insécurité qui n'est pas justifiable.

Quant au troisième moyen

A.16. La partie requérante répond que, dès que l'on sort du régime conventionnel, on ne peut admettre que l'intervention législative, dans le cadre de la loi du 14 juillet 1994, se situe dans le champ de son objet défini à l'article 1^{er}, c'est-à-dire l'institution d'un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Le montant des honoraires demandés au patient n'est pas concerné par l'assurance obligatoire, qui ne se préoccupe que du montant qu'elle couvre.

Quant au quatrième moyen

A.17. La partie requérante estime qu'aucune des dispositions invoquées par le Conseil des ministres ne justifie les dispositions attaquées et qu'en admettant qu'il y aura une réduction des honoraires pour les médecins non conventionnés, celui-ci reconnaît qu'une atteinte est portée aux relations financières entre les médecins et les hôpitaux.

*Affaire n° 1748**Position des requérants*

A.18. Les huit requérants sont des médecins pratiquant en milieu hospitalier qui poursuivent l'annulation des mêmes articles 121 et 122 de la loi du 25 janvier 1999. Ils demandent également de rouvrir les débats dans l'affaire n° 1406 et de les y recevoir parties intervenantes dans les limites précisées au B.3.3 de l'arrêt n° 71/99. Subsidièrement, ils invitent la Cour à poser une question préjudicielle à la Cour de justice des Communautés européennes.

Ils développent deux moyens. Le premier est pris de la méconnaissance des règles de compétence, le second, divisé en dix branches, de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, seuls ou combinés avec diverses dispositions conventionnelles, constitutionnelles ou législatives.

Quant au premier moyen

A.19. Le moyen est pris de la violation de l'article 128 de la Constitution et de l'article 5 de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles,

« en ce que la loi du 22 janvier 1999 a été adoptée par le législateur fédéral en raison de sa compétence en matière d'assurance maladie-invalidité,

alors que la détermination du montant des honoraires qui peuvent être pratiqués par les médecins entre dans la politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soin, qu'elle est du ressort des Communautés, et non de l'Etat fédéral ».

Les requérants soutiennent que, en vertu de l'article 5, § 1^{er}, I, 1^o, de la loi spéciale du 8 août 1980, les communautés sont compétentes

« en matière de politique de dispensation des soins, dans et en dehors des établissements de soins; que les dispositions attaquées règlent un des aspects de la politique de la dispensation des soins puisqu'elles poursuivraient l'objectif de rendre les soins financièrement plus accessibles aux catégories les plus faibles de la population ».

Ils contestent que le législateur fédéral puisse se prévaloir de l'exception prévue par le point c) de l'article 5 précité en matière d'assurance maladie-invalidité, les honoraires n'entrant dans le champ d'application de celle-ci que pour la partie remboursable. Ils font valoir qu'en l'espèce, les honoraires sont précisément ceux qui ne sont pas à charge de l'assurance-maladie.

Quant au second moyen

A.20. Le moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, seuls ou combinés le cas échéant avec l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme, l'article 3, *g*), combiné avec les articles 4 (ancien article 3 A), 10 (ancien article 5) et 81 (ancien article 85) du Traité instituant la Communauté européenne, l'article 23, 1° et 5°, de la Constitution, l'article 50 de la loi du 14 juillet 1994 et l'article 15 de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice de l'art de guérir.

A.21. Dans une première branche, les requérants soutiennent que les dispositions précitées sont violées,

« en ce que les dispositions attaquées prévoient l'application des tarifs servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance maladie invalidité si les soins sont dispensés dans le cadre d'un service de garde organisé ou dans le cadre d'un service de soins intensifs, qu'il y ait ou non un accord tel que visé à l'article 50 de la loi du 14 juillet 1994;

alors que si ces dispositions doivent être interprétées en ce sens que le passage du patient dans l'un de ces deux services au cours de son hospitalisation entraîne l'application des tarifs susmentionnés pour toutes les prestations médicales effectuées au cours de l'hospitalisation, la mesure apparaît déraisonnable ou disproportionnée,

[...]

et alors que si ces dispositions doivent être interprétées en ce sens que seuls les honoraires générés par les prestations médicales effectuées dans ces deux services sont plafonnées, au contraire des autres prestations effectuées au cours de la même hospitalisation, le critère de distinction est disproportionné ou déraisonnable ».

A.22. Dans une deuxième branche, les requérants affirment que les dispositions mentionnées au moyen sont violées,

« en ce que les dispositions attaquées prévoient que le tarif servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance est appliqué par le médecin dans un certain nombre de cas,

alors que seuls les médecins sont concernés par ces limitations de tarif, à l'inverse des autres prestataires de soins en milieu hospitalier;

qu'ainsi les paramédicaux, qui exercent dans des établissements hospitaliers, ne voient pas le montant de leurs honoraires plafonnés;

que cette distinction ne repose sur aucun critère raisonnable ou proportionnel à l'objectif poursuivi ».

A.23. Dans une troisième branche, les requérants estiment que les dispositions mentionnées au moyen sont méconnues

« en ce que les dispositions attaquées prévoient l'application du tarif servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation d'un enfant avec un parent accompagnateur;

alors que ce critère n'est ni raisonnable, ni proportionnel à l'objectif poursuivi; qu'ainsi, un enfant hospitalisé sans parent accompagnateur peut se voir appliquer des tarifs différents que ceux précités, alors même que les parents ont un empêchement légitime qui ne leur permet pas d'accompagner leur enfant, qu'il en est ainsi des parents qui travaillent et ne savent pas se libérer de leurs obligations professionnelles, qu'il en est ainsi des parents qui assument seuls la charge de leur ménage et qui doivent, par exemple, s'occuper des autres enfants de la famille pendant l'hospitalisation de l'un d'entre eux ».

A.24. Par la quatrième branche, il est allégué que les dispositions invoquées au moyen sont violées

« en ce que les dispositions attaquées prévoient l'application du tarif servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance dans plusieurs hypothèses qui sont toutes relatives à des patients hospitalisés, à l'exclusion des patients ambulatoires;

alors que plusieurs actes médicaux accomplis dans le cadre d'une hospitalisation peuvent en fait et en droit, être accomplis dans le cadre de la médecine ambulatoire, que le tarif des honoraires n'est cependant pas plafonné de manière aussi rigoureuse lorsque les actes sont accomplis dans le cadre d'une médecine ambulatoire et qu'ils peuvent donc donner lieu à des honoraires différents du tarif précité ».

A.25. Dans la cinquième branche, il est prétendu que les dispositions mentionnées au moyen sont méconnues

« en ce que l'article 50*bis*, § 3, de la loi du 14 juillet 1994, tel que modifié par la disposition attaquée, habilite le Roi à déterminer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les honoraires maximums et les suppléments d'honoraires maximums pouvant être réclamés par les médecins engagés ou non si les soins sont dispensés à des patients qui sont admis en chambre particulière à leur demande expresse et sans que leur traitement l'exige;

alors que le droit à des négociations collectives est expressément reconnu par les dispositions visées au moyen, plus particulièrement l'article 23 de la Constitution, que cependant la détermination des honoraires se fait de manière unilatérale par le Roi lorsqu'il s'agit de la détermination des honoraires demandés si l'hospitalisation a lieu en chambre seule, à la demande expresse du patient et sans que son traitement ne l'exige, qu'au contraire cette détermination se fait au terme d'une procédure d'avis lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation en chambre commune ou à deux lits, ou en chambre seule pour des raisons médicales, que cette différence de traitement dans la manière dont sont déterminés les honoraires ne repose pas sur un critère raisonnable ou proportionnel à l'objectif poursuivi; que cette discrimination est d'autant plus forte que le droit à des négociations collectives est expressément reconnu par la Constitution ».

A.26. La sixième branche critique l'absence de proportionnalité entre les objectifs poursuivis et le critère retenu,

« en ce que les dispositions attaquées disposent que ' le Roi peut fixer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les honoraires maximums et les suppléments d'honoraires maximums pouvant être réclamés par les médecins engagés ou non si les soins sont dispensés à des patients qui sont admis en chambre particulière à leur demande expresse et sans que leur traitement l'exige ';

alors qu'en réglant de la sorte les honoraires médicaux, les catégories de la population les plus vulnérables ne paient pas moins qu'avant les réformes de 1998 et 1999, que le système de la ' convention ' leur garantissait déjà l'accès aux soins en milieu hospitalier selon les tarifs déterminés; que les dispositions entreprises aboutissent à un résultat autre que celui recherché;

que ce sont en fait les catégories de la population les plus aisées qui payeront dorénavant moins; que s'il s'agit d'une égalité de traitement, celle-ci n'est pas pour autant constitutionnelle; que les catégories comparées — les plus riches et les plus pauvres — sont essentiellement différentes au regard de l'objet et du but des dispositions entreprises puisque celles-ci fixent ou plafonnent les honoraires; que les mesures en cause cherchent à rendre les soins de santé plus accessibles mais aboutissent *de facto* à rendre l'hôtellerie en chambre seule plus accessible; que l'accès aux soins de santé ne s'en trouve donc pas amélioré ».

A.27. Le moyen, en sa septième branche, invoque la méconnaissance du droit à une rémunération équitable

« en ce que les dispositions attaquées prévoient l'application systématique du tarif servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance dans trois types d'hypothèses (admission dans un service de garde, dans un service de soins intensifs et pour les enfants accompagnés), et à défaut de convention (ou d'une convention déterminant des tarifs d'honoraires) dans le cas d'une hospitalisation en chambre commune, à deux lits, ou en chambre seule pour des raisons médicales,

alors que le tarif servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance ne rémunère pas honorablement les prestations médicales concernées; que bon nombre de prestations médicales donnent lieu à un tarif de remboursement largement inférieur à une rémunération équitable; qu'en appliquant purement et simplement les tarifs précités, les médecins voient leurs revenus baisser de manière significative en méconnaissance des dispositions légales précitées ».

A.28. Le moyen, en sa huitième branche, dénonce une discrimination entre médecins selon qu'ils travaillent dans un hôpital public ou privé,

« en ce que les dispositions attaquées limitent et/ou interdisent la possibilité de demander des honoraires supplémentaires au tarif servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance, ou au tarif fixé par le Roi,

alors qu'en vertu, notamment, des articles 109 et suivants de la loi coordonnée sur les hôpitaux, le déficit des hôpitaux publics est pris en charge par les pouvoirs publics, selon les modalités plus amplement définies dans la loi coordonnée sur les hôpitaux et de ses arrêtés d'application;

que, dans un établissement privé, le déficit doit obligatoirement, sous peine de faillite ou d'une cessation d'activité, être pris en charge par les médecins, que les médecins travaillant dans les hôpitaux privés financent le déficit non couvert par le prix de journée en procédant à un prélèvement à due concurrence sur les honoraires qu'ils perçoivent;

que les dispositions attaquées portent donc un préjudice important aux médecins travaillant dans des hôpitaux privés dès lors que ces médecins voient disparaître une part essentielle de revenus grâce à laquelle ils financent l'activité hospitalière ».

A.29. La critique formulée à la neuvième branche consiste à dénoncer le fait

« que l'acte attaqué impose le respect des tarifs de l'accord national médico-mutualiste aux médecins qui ont décidé de ne pas les respecter; que l'accord médico-mutualiste conclu le 20 juin 1988, auquel renvoie l'article L 1 de l'accord du 15 décembre 1998, prévoit en son point H des conditions d'application des tarifs, parmi lesquelles des conditions de temps, de lieu, d'exigences particulières du patient ou de revenu;

alors que si l'acte attaqué doit être interprété en ce sens que les tarifs de l'accord s'appliquent, indépendamment des conditions prévues à l'article H de l'accord du 20 juin 1988, cette disposition est tout à fait disproportionnée par rapport aux objectifs poursuivis qui est d'assurer l'accès aux soins; qu'elle rompt totalement l'équilibre atteint par la convention de sorte que cette dernière en devient léonine par la disparition d'un pan entier, puisque les médecins n'ont plus aucune faculté de solliciter des honoraires d'un montant supérieur à celui servant de base au remboursement de l'assurance maladie invalidité; qu'à n'en pas douter, l'accord eut été fondamentalement différent si semblables dispositions n'eussent pas été introduites;

et alors que si l'acte attaqué doit être interprété en ce sens que les conditions d'application des tarifs prévus dans les accords médico-mutualistes incluent l'article H de l'accord précité du 20 juin 1988, les médecins qui n'ont pas adhéré à l'accord voient leurs honoraires plus largement limités que ceux des médecins qui ont adhéré à l'accord; qu'en effet ces derniers ont la faculté d'adhérer partiellement à l'accord et de stipuler expressément qu'en dehors de certaines heures ou lieux, ils ne sont pas astreints au respect d'un tarif particulier; que cette discrimination ne repose sur aucun critère raisonnable ou proportionnel à l'objectif poursuivi puisqu'elle a pour effet de limiter plus lourdement les honoraires des médecins qui ont refusé l'accord que ceux qui ne l'ont accepté que partiellement ».

A.30. Enfin, à la dixième branche, il est allégué que les dispositions mentionnées au moyen sont violées

« en ce que l'acte attaqué impose le respect de tarifs maximaux dans la pratique médicale hospitalière;

alors que, ce faisant, la législation belge favorise la pratique médicale belge en interdisant aux dispensateurs de soins pratiquant dans les hôpitaux du Pays d'autres tarifs que ceux imposés; que ceci est contraire aux dispositions du traité instituant la Communauté européenne, en ses dispositions visées au moyen, dès lors que ces prix maximaux faussent la concurrence entre les prestataires belges et les autres prestataires de soins pratiquant en milieu hospitalier installés et pratiquant dans les autres Etats de la Communauté ».

Il est également demandé qu'en vertu de l'article 234 (ancien article 177) du Traité instituant les Communautés européennes, la question suivante soit posée à la Cour de justice des Communautés européennes :

« L'article 3 g) combiné aux articles 4 (ex article 3A), 10 (ex article 5) et 81 (ex article 85) du Traité instituant la Communauté européenne, doivent-ils être interprétés en ce sens qu'ils interdisent qu'une disposition nationale, l'article 50bis de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire maladie invalidité, tel que modifié par l'article 121 de la loi du 25 janvier 1999 portant des dispositions sociales, impose des prix maximaux d'honoraires à respecter pour des actes médicaux posés en milieu hospitalier ? »

Position du Conseil des ministres

Quant au premier moyen

A.31. Le Conseil des ministres répond que l'article 5, § 1^{er}, I, 1^o, de la loi spéciale du 8 août 1980 attribue aux communautés la compétence en matière de politique de santé, sous réserve des exceptions qu'il détermine, qu'il ressort des travaux préparatoires que la réglementation de l'exercice de l'art de guérir et des professions médicales ne relève pas des matières concernant la politique de santé et que c'est au législateur fédéral qu'incombe le soin de fixer les objectifs en matière de sécurité sociale, ce qui implique celui de garantir la transparence et la sécurité des prix, en excluant dans les hypothèses où les facultés d'analyse et de compréhension du patient sont affaiblies tout supplément d'honoraires par rapport au tarif AMI. Il invoque aussi la compétence de l'Etat fédéral en matière de politique des prix (article 6, § 1^{er}, VI, de la loi spéciale du 8 août 1980), ainsi qu'en matière de politique de protection du consommateur (article 6, § 1^{er}, VI, alinéa 4, 2^o).

Quant au second moyen

A.32. Sur la première branche, le Conseil des ministres rappelle l'objectif de transparence et de sécurité tarifaire poursuivi par le législateur et souligne que les services concernés sont ceux où les prestations généralement les plus onéreuses sont accomplies et qu'ils supposent une urgence ou une diminution possible des capacités d'appréciation du patient qui n'exclut d'ailleurs pas l'urgence. Il fait état d'une enquête effectuée par un magazine de mutuelles qui a révélé que, sur 178 hôpitaux, 31 postulent des suppléments en cas d'hospitalisation en chambre commune, 50 en cas d'hospitalisation dans une chambre à deux lits et 172 en cas d'hospitalisation en chambre particulière. Dans cette dernière hypothèse, 116 hôpitaux réclament des suppléments équivalents à 100 p.c. du tarif AMI, 21, un supplément de 101 à 200 p.c., 18, un supplément de 201 à 300 p.c., 6 des suppléments de plus de 300 p.c.

Il estime que le législateur a pu lutter contre des situations d'endettement hospitalier de personnes mal ou non informées à qui des suppléments sont réclamés alors que, dans les conditions même de l'accord du 20 juin 1988, elles se verraient infliger ces suppléments dès lors qu'elles perçoivent plus de 1.040.000 francs brut ou, s'agissant d'un ménage, 1.560.000 francs brut, augmentés de 52.000 francs brut par personne à charge.

A.33. Sur la deuxième branche, le Conseil des ministres rappelle que le législateur, poursuivant son objectif de transparence et de sécurité tarifaire, tient compte de l'activité essentiellement médicale en milieu hospitalier et du fait que les suppléments postulés le sont à titre d'honoraires médicaux. Il souligne que l'article 44, § 5, de la loi AMI limite déjà les possibilités de supplément en cas d'hospitalisation aux seuls patients séjournant dans une chambre particulière.

A.34. Sur la troisième branche, le Conseil des ministres estime que le législateur a pu considérer que, dans toutes les hypothèses, qu'il y ait ou non convention, où un enfant est hospitalisé, le désir légitime d'un parent de l'accompagner ne peut être pleinement réalisé qu'en chambre particulière.

A.35. Sur la quatrième branche, le Conseil des ministres estime que les hypothèses où des prestations, exécutées à l'hôpital dans un service de garde ou de soins intensifs, peuvent l'être aussi en dehors de l'hôpital, sont statistiquement et financièrement marginales pour le budget des ménages, de telle sorte que la différence de traitement, indirectement établie, serait justifiée.

A.36. Sur la cinquième branche, le Conseil des ministres déclare ne pas apercevoir en quoi le droit de négociation collective serait violé et il cite d'autres dispositions qui mettent en œuvre des mécanismes de négociation et de décision réservés aux médecins.

A.37. Sur la sixième branche, le Conseil des ministres rappelle l'ensemble des objectifs poursuivis et il souligne que ceux-ci le sont non seulement à l'égard des plus démunis mais aussi des nombreuses familles qui, sans être nécessiteuses, ne disposent pas de revenus leur permettant de faire face aux suppléments d'honoraires demandés alors que l'information à leur sujet est déficiente.

A.38. Sur la septième branche, le Conseil des ministres constate l'absence de comparaison si ce n'est par rapport à l'ensemble de la population active. Il ajoute que l'article 23, alinéa 3, 1°, de la Constitution n'a pas envisagé la situation des médecins, lesquels restent libres de fixer leurs honoraires dans les autres cas que ceux visés par les dispositions attaquées. Il conteste l'affirmation selon laquelle bon nombre de prestations médicales donneraient lieu à un remboursement AMI inférieur à une rémunération équitable.

A.39. Sur la huitième branche, le Conseil des ministres fait valoir que la différence alléguée provient non des dispositions attaquées mais des articles 1, 114 et 139bis de la loi sur les hôpitaux.

A.40. Sur la neuvième branche, le Conseil des ministres rappelle que les accords médico-mutualistes conclus depuis 1988 interdisent des suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation en salle commune, en chambre à deux lits ou en chambre particulière lorsque le patient y est admis pour des raisons médicales. Il estime que l'article 50bis, § 2, ne pourrait être interprété comme permettant l'application de l'accord indépendamment des conditions prévues au point H de l'accord du 20 juin 1998.

Il ajoute que, compte tenu des mesures entreprises, les adhésions partielles seront sans doute moindres, leur intérêt n'apparaissant plus de manière évidente. L'objectif de transparence sera dès lors atteint.

A.41. Sur la dixième branche, le Conseil des ministres observe que, à supposer que les hôpitaux puissent être considérés comme des entreprises à caractère économique, au sens de l'article 81, anciennement 85, du Traité C.E., il conviendrait d'examiner en quoi la fixation d'un tarif maximal dans les hypothèses envisagées permettrait de les considérer comme des associations d'entreprises. Il ajoute, se fondant sur la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes, que lorsque les tarifs fixés pour une profession libérale le sont en vertu de la loi et en tenant compte de l'intérêt général, de celui des entreprises appartenant à d'autres secteurs et de celui des usagers, ces tarifs ne sont pas contraires à l'article 81. L'article 81 vise d'ailleurs le comportement des entreprises, non les mesures législatives, sauf si un Etat favorise la conclusion d'ententes contraires à l'article 81 ou dans d'autres hypothèses mais qui sont inexistantes en l'espèce, puisque ce n'est pas la présence d'un barème instauré par la loi qui est en cause mais la fixation d'un tarif maximum et non minimum applicable dans quelques cas.

Il fait observer que les exceptions prévues à l'ancien article 36 du Traité doivent pouvoir être appliquées par analogie à l'ancien article 85. Il invoque également les articles 129 et 129, paragraphe 1^{er}, anciens du Traité.

Il conclut qu'il n'y a pas lieu d'interroger la Cour de justice des Communautés européennes.

*Réponse des requérants**Quant au premier moyen*

A.42. Les requérants répondent que les mesures critiquées concernent les honoraires qui sont à charge du patient ou de son assureur privé et que le législateur fédéral ne peut donc se fonder sur sa compétence en matière de sécurité sociale pour les régler, d'autant que cette compétence ne lui est laissée que par voie d'exception et qu'il convient de l'interpréter strictement.

Ils contestent que les dispositions en cause aient été prises dans le cadre des compétences fédérales qui font l'objet de l'arrêté royal n° 78, qu'elles n'ont d'ailleurs ni modifié ni complété. Ils contestent également que puissent être invoquées les compétences fédérales en matière de politique des prix et de protection des consommateurs et rappellent l'arrêt n° 22/93 de la Cour qui a admis que les accords médico-mutualistes relèvent de la compétence des communautés en matière de politique de santé.

Quant au second moyen

A.43. Sur la première branche, les requérants contestent que le régime critiqué existât déjà en vertu de l'article 138, § 3, de la loi sur les hôpitaux, qui a une portée différente puisqu'elle suppose l'existence d'un accord médico-mutualiste, alors que la disposition attaquée s'applique en l'absence de convention.

Ils contestent que l'objectif de transparence et de sécurité tarifaire puisse tout justifier et soulignent la disproportion manifeste entre les mesures adoptées et cet objectif.

A.44. Sur la deuxième branche, les requérants font valoir que la référence qui est faite par le Conseil des ministres à l'article 44, § 5, de la loi du 14 juillet 1994 est irrelevante, cet article étant étranger à la critique selon laquelle, en milieu hospitalier, les médecins sont traités différemment des autres prestataires de soins.

A.45. Sur la troisième branche, les requérants contestent que les enfants ne soient pas hospitalisés en chambre seule pour des raisons de sécurité. Ils donnent des exemples qui démontreraient le contraire.

A.46. Sur la quatrième branche, les requérants prennent acte de ce que le législateur a oublié les prestations effectuées en milieu ambulatoire et ils contestent que ces prestations aient un caractère statistiquement marginal, invoquant l'article 78quinquies de la loi sur les hôpitaux.

A.47. Sur la cinquième branche, les requérants estiment que ne repose sur aucun critère raisonnable et objectif la différence entre les procédures de détermination des honoraires selon qu'ils sont demandés pour une hospitalisation en chambre seule, à la demande du patient et sans que son traitement l'exige, ou pour une hospitalisation en chambre commune ou à deux lits, ou en chambre seule pour raisons médicales. La différence ne peut être justifiée par la circonstance que, dans le premier cas, l'arrêté royal doit être délibéré en Conseil des ministres.

A.48. Sur la sixième branche, les requérants maintiennent que les dispositions attaquées rendent l'accès aux soins de santé moins onéreux pour les personnes à revenus aisés, sans que ces mesures n'assurent un meilleur accès aux soins de santé pour les personnes à revenus faibles. Ils soulignent un effet pervers des nouvelles mesures qui confirme leur argument.

A.49. Sur la septième branche, les requérants donnent de nombreux exemples dont ils déduisent que la nomenclature des prestations de santé ne fixe pas une valeur correspondant à une rémunération équitable des prestations fournies. Ils en concluent qu'en assimilant les honoraires pouvant être demandés pour une prestation médicale à la base de remboursement prise en compte pour l'intervention AMI, le législateur méconnaît les dispositions visées au moyen.

Ils estiment que rien ne peut justifier que les médecins soient exclus du champ d'application de l'article 23 de la Constitution et considèrent qu'ils peuvent être comparés à toute autre personne qui travaille et qui a droit à une rémunération équitable.

A.50. Sur la huitième branche, les requérants confirment que, selon eux, la discrimination qu'ils dénoncent provient des dispositions attaquées et n'existait pas auparavant.

A.51. Sur la neuvième branche, les requérants maintiennent que les dispositions attaquées rompent unilatéralement l'équilibre atteint par l'accord du 15 décembre 1998, qui renvoie lui-même à celui du 20 juin 1988. Ils ajoutent que les médecins qui avaient refusé de souscrire à l'accord se voient imposer le respect de celui-ci, alors que ceux qui n'ont opté que pour un conventionnement partiel bénéficient en partie d'une liberté de fixation de leurs honoraires, cette différence de traitement n'étant en rien justifiée. Quant à l'objectif de transparence, ils estiment qu'il est atteint dans la mesure où les montants remboursés par l'assurance maladie-invalidité sont établis par l'autorité et connus de tous. Ils ajoutent que les suppléments d'honoraires ne sont pas de nature à brouiller cette transparence puisqu'ils sont discutés entre le médecin et le patient, sans que cela n'intervienne dans la tarification des remboursements AMI.

A.52. Sur la dixième branche, les requérants répondent que les mesures en cause entrent dans le champ d'application de l'article 81 du Traité, même s'il s'agit d'une mesure législative ou réglementaire, dès lors qu'elle reprend à son compte les éléments d'accords intervenus entre opérateurs économiques et qu'elle en rend le respect obligatoire pour tous, ce qui est le cas en l'espèce.

Ils estiment indifférent que les dispositions critiquées fixent des tarifs maxima et non minima, une atteinte à la liberté de prix étant, en principe, restrictive de concurrence.

Ils contestent la pertinence de l'argument tiré de l'intérêt général, à la lumière de la jurisprudence de la Cour de justice, qu'ils analysent.

Enfin, ils ajoutent que l'ancien article 36 du Traité n'est applicable qu'aux anciens articles 30 à 34. La jurisprudence citée par le Conseil des ministres serait relative à la problématique de la libre circulation, non à celle de la concurrence, le seul régime dérogatoire étant celui prévu par l'article 81, paragraphe 3, ou par des règlements d'exemption par catégorie.

Affaires n^{os} 1752 et 1759

Position des parties requérantes

Quant au premier moyen

A.53. Le moyen est pris de la violation des articles 1^{er}, 2, 33 et 129 de la Constitution, 1^{er} et 5 de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles et du principe général de proportionnalité dans l'exercice des compétences, en ce que les dispositions attaquées ont pour objet de réglementer les honoraires médicaux en milieu hospitalier, en vue de favoriser la sécurité tarifaire, la qualité des soins de santé et leur accessibilité, en particulier pour les catégories de la population les plus vulnérables, alors qu'une telle réglementation ressortit à la compétence des communautés.

Les développements du moyen rejoignent ceux qui sont exposés en A.19.

Quant au deuxième moyen

A.54. Le deuxième moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec ses articles 16 et 23, avec l'article 1^{er} du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme, avec les articles 15 à 18 de l'arrêté royal n^o 78, avec l'article 23 de la loi coordonnée du 7 août 1987 sur les hôpitaux, avec l'article 50 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, avec les principes généraux de proportionnalité et de sécurité juridique,

en ce que l'article 121 attaqué prévoit, dans certains cas, un plafonnement des honoraires médicaux dans l'hypothèse où aucun accord médico-mutualiste n'est conclu, en ce qu'il prévoit également un plafonnement dans l'hypothèse où un tel accord est conclu, en ce qu'il permet au Roi de fixer les honoraires maximums et suppléments d'honoraires maximums pouvant être réclamés aux patients admis en chambre particulière à leur demande expresse et sans que leur traitement l'exige et en ce que l'article 122 fixe au 1^{er} décembre 1998 la date d'entrée en vigueur de l'article 121, ces dispositions créant des discriminations en se fondant sur un critère qui n'est pas objectif et raisonnable (alinéa 1^{er}) ou qui est disproportionné par rapport aux objectifs poursuivis (alinéa 2).

A.55. La première branche décrit les discriminations dont seraient victimes les médecins exerçant leurs activités dans les hôpitaux, les spécialistes par rapport aux généralistes, les médecins hospitaliers par rapport aux professions paramédicales rémunérées au moyen d'honoraires et travaillant dans le même type d'établissement, les médecins travaillant dans des hôpitaux privés par rapport à ceux qui travaillent dans des hôpitaux publics et, enfin, les médecins hospitaliers par rapport aux autres professions libérales.

A.56. La deuxième branche dénonce une discrimination au détriment des hôpitaux privés par rapport aux hôpitaux publics.

A.57. La troisième branche fait état d'une discrimination au détriment des patients soignés à l'extérieur des établissements hospitaliers, au bénéfice des patients admis dans les services d'urgence ou de soins intensifs, au détriment des enfants non accompagnés, qui peuvent être plus vulnérables que ceux qui sont accompagnés d'un parent, et enfin au détriment de patients accompagnés, autres que des enfants, tels que les personnes âgées ou les conjoints.

A.58. Le moyen, en sa quatrième branche, reproche aux dispositions attaquées d'être disproportionnées par rapport à l'objectif poursuivi, en ce que cet objectif est largement atteint depuis 1995 tant à l'égard des VIPO (veuves, invalides, pensionnés et orphelins) que des autres catégories moins aisées de la population, en ce que ces dispositions aboutissent à ce que ces dernières catégories ne paient pas moins, le système de la convention leur garantissant déjà l'accès aux soins en milieu hospitalier aux tarifs AMI, en ce que leur seul effet sera de rendre plus accessible l'hôtellerie, non les soins de santé eux-mêmes, en ce que le budget des hôpitaux et donc la qualité des soins vont diminuer puisque les patients les plus riches paieront moins et, enfin, en ce qu'elles portent atteinte au principe selon lequel chaque médecin est libre de s'engager à respecter ou non la convention médico-mutualiste, vidant ainsi le système de l'essentiel de son contenu.

Quant au troisième moyen

A.59. Le moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec ses articles 16 et 23, l'article 1^{er} du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme, les articles 6 et 8 de la loi du 10 décembre 1997 visant la réorganisation des soins de santé, l'article 2 de la loi du 16 avril 1998 portant modification de l'arrêté royal n° 78, ainsi que les principes généraux de proportionnalité et de sécurité juridique.

A.60. Les requérants reprochent aux dispositions attaquées d'avoir été prises sans concertation préalable avec les médecins, alors que la question devait être négociée au sein des comités de concertation créés sur la base de l'article 8 de la loi du 10 décembre 1997, portant une atteinte discriminatoire au droit des médecins à la rémunération, ainsi qu'à leur droit de propriété.

Quant au quatrième moyen

A.61. Le moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution combinés avec les articles 3, g), (ancien article 5) et 81 (ancien article 85) du Traité instituant la Communauté européenne, en ce que les dispositions entreprises portent une atteinte discriminatoire aux règles européennes de la concurrence contenues dans les articles précités.

Quant au cinquième moyen

A.62. Le moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution combinés avec les articles 3, 6, 10, 49, 50, 51, 52, 53, 54 et 55 du Traité instituant les Communautés européennes en ce que les dispositions attaquées plafonnent les honoraires des médecins en milieu hospitalier, empêchant ainsi le médecin de l'Union européenne qui n'est pas installé en Belgique de trouver un quelconque bénéfice économique à dispenser des soins dans un hôpital belge puisque, tout en pratiquant le prix de la convention, il devra amortir tous les frais qui sont notamment liés à son déplacement.

Position du Conseil des ministres

Quant au premier moyen

A.63. Le Conseil des ministres s'en réfère aux arguments développés en réponse au premier moyen du recours n° 1748 (A.31).

Quant au deuxième moyen

A.64. Sur la première branche, le Conseil des ministres s'en remet aux arguments développés dans l'affaire n° 1748 en réponse à diverses branches du second moyen.

A.65. Il en est de même en ce qui concerne la deuxième branche. Le Conseil des ministres ajoute qu'aucun élément statistique ou mathématique ne démontre qu'en raison de la diminution des honoraires des médecins hospitaliers, les hôpitaux privés n'auraient aucune certitude de parvenir à l'équilibre budgétaire. Il observe que les médecins hospitaliers sont atteints de la même manière, dans les hôpitaux publics ou privés, les recettes y étant semblablement diminuées. A supposer qu'elle existe, une discrimination proviendrait des articles 109, 110, 139^{bis} et 140 de la loi sur les hôpitaux. Ces différences sont, en outre, justifiées par la nature et la mission des hôpitaux créés par les centres publics d'aide sociale.

A.66. Au sujet de la troisième branche, le Conseil des ministres se réfère aux arguments développés lors de l'examen du second moyen, première, deuxième et troisième branches, dans l'affaire n° 1748.

Il ajoute que les hypothèses de personnes âgées ou mariées, accompagnées d'un parent ou de leur conjoint à l'occasion de leur hospitalisation constituent des hypothèses rares et qu'il n'appartient pas à la Cour de se substituer au législateur pour décider que ces hypothèses devraient être également visées dans les dispositions entreprises.

A.67. Sur la quatrième branche, le Conseil des ministres rappelle que l'objectif poursuivi est celui de la transparence et de la sécurité tarifaire effective, l'accessibilité aux soins n'en étant que la conséquence. Il analyse l'accord national médico-mutualiste du 20 juin 1988 et en déduit qu'il est faux d'affirmer qu'en cas d'hospitalisation, seule celle réalisée en chambre commune par un bénéficiaire disposant de revenus inférieurs aux plafonds fixés permettrait de bénéficier des tarifs négociés. Il considère que si l'accès au tarif AMI pour les bénéficiaires VIPO est réalisé depuis 1995, le système critiqué renforce la protection à l'égard de l'ensemble des bénéficiaires à bas revenus, qui n'appartiennent pas tous à la catégorie des VIPO. Il rappelle la jurisprudence de la Cour dans la matière de la sécurité sociale et les limites de son contrôle de proportionnalité. Il conteste que les dispositions attaquées établissent une discrimination positive, la préoccupation étant de protéger l'ensemble des personnes à faibles revenus. Il répète que l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, combiné avec les dispositions de la convention médico-mutualiste, garantissait déjà la pratique d'honoraires au tarif AMI, en cas d'hospitalisation en salle commune ou en chambre à deux lits. Il rejette l'affirmation selon laquelle les médecins hospitaliers pratiqueraient moins bien leur art en raison des dispositions en cause et souligne que la liberté d'adhérer ou non n'a pas été modifiée.

Quant au troisième moyen

A.68. Le Conseil des ministres se réfère à l'argumentation développée en réponse au deuxième moyen, quatrième branche, dans l'affaire n° 1748 et rappelle le texte de l'article 8 de la loi du 10 décembre 1997 visant la réorganisation des soins de santé.

Quant au quatrième moyen

A.69. Le Conseil des ministres se réfère à la réponse qu'il a donnée au second moyen, dernière branche, dans le recours n° 1748 et souligne le caractère de pétition de principe de l'affirmation selon laquelle les honoraires médicaux pratiqués en Belgique seraient particulièrement bas par rapport aux autres pays membres de la Communauté.

Quant au cinquième moyen

A.70. Le Conseil des ministres répond que les dispositions entreprises n'imposent aucune condition pour l'exercice, en Belgique, de la pratique médicale, qu'elles ne portent pas atteinte à la libre circulation des personnes et des services et qu'il n'est pas fait état d'un ralentissement significatif de l'installation en Belgique de médecins hospitaliers de l'Union européenne ni d'un exode de médecins hospitaliers belges vers l'étranger.

*Réponse des parties requérantes**Quant au premier moyen*

A.71. Les parties requérantes répondent que les dispositions entreprises touchent à la rémunération des médecins et concernent les rapports entre le dispensateur de soins et son bénéficiaire et non l'assureur et le système d'assurance maladie-invalidité. Elles contestent que la législation relative à celle-ci ait régi ces rapports, la confusion entre les deux chefs de compétence provenant de ce qu'en 1963, avant l'existence des communautés, les médecins ont accepté qu'une partie d'entre eux fassent correspondre leurs tarifs avec les règles établies en matière de remboursement. Elles rappellent le caractère d'exception de la compétence fédérale en matière de politique de santé et citent l'arrêt n° 83/98 de la Cour, la tarification des actes n'entrant pas dans cette compétence, ce que confirme la loi du 29 avril 1999, dans laquelle le législateur s'est abstenu de régler la tarification des prestations.

Elles contestent que la transparence et la sécurité tarifaire constituent des objectifs de sécurité sociale et estiment que la tarification des honoraires ne relève ni de la politique des prix ni de la protection des consommateurs.

Quant au deuxième moyen

A.72. En ce qui concerne la discrimination alléguée entre médecins, les parties requérantes soulignent que le Conseil des ministres n'établit pas que la sécurité tarifaire et la transparence seraient mieux assurées dans la médecine ambulatoire, alors qu'aucune règle n'y existe, et elles critiquent la méthode qui consiste à se fonder sur des sondages effectués par des groupes de pression ou des organismes assureurs.

Elles reprochent au Conseil des ministres de ne pas démontrer la part respective des actes médicaux et paramédicaux en milieu hospitalier et estiment que si c'est celui-ci qui génère le « déficit informationnel », il n'est pas justifié d'atteindre, par les mesures critiquées, les médecins, à l'exclusion des professions paramédicales ou des pratiques médicales conventionnelles.

Pour le surplus, leur argumentation rejoint celle des parties requérantes dans l'affaire n° 1748.

A.73. En ce qui concerne la discrimination alléguée entre hôpitaux, les parties requérantes redisent que ce sont les dispositions attaquées qui les créent et non la loi sur les hôpitaux. Elles affirment que les hôpitaux privés ne peuvent attendre d'être mis en faillite pour dénoncer les effets des dispositions attaquées et soulignent qu'il n'est pas répondu à l'argument selon lequel, pour surmonter leurs difficultés financières, certains hôpitaux pourront faire appel aux pouvoirs publics, d'autres non. Elles estiment qu'à partir du moment où les hôpitaux privés, qui ne sont pas subventionnés par les pouvoirs publics, ne peuvent plus facturer des suppléments d'honoraires, c'est le financement et l'équilibre du système qui sont affectés. Elles estiment que la faculté laissée aux bénéficiaires de l'assurance de s'adresser à l'établissement de leur choix est annihilée puisque l'existence des hôpitaux privés est remise en cause.

A.74. En ce qui concerne la discrimination entre patients, les parties requérantes mettent en doute l'existence du « déficit informationnel » et surtout son imputation au milieu hospitalier; elles soulignent que 70 à 80 p.c. des cas qui se présentent aux urgences n'en sont pas et qu'il est indifférent qu'une partie de la discrimination existât déjà auparavant. Elles rappellent que des enfants sont hospitalisés en chambre particulière même lorsqu'ils ne sont pas accompagnés et maintiennent qu'il n'est pas moins fréquent que des adultes soient accompagnés.

A.75. En ce qui concerne les dispositions qu'elles dénoncent, les parties requérantes maintiennent leur argumentation et précisent que la diminution des moyens financiers limitera nécessairement la possibilité d'user de certaines techniques médicales, qui ne pourront plus être amorties ou payées. Elles soulignent l'inadéquation entre les mesures attaquées et l'objectif de sécurité et de transparence tarifaires.

Quant au troisième moyen

A.76. Les parties requérantes ajoutent à leur argumentation que l'absence de concertation est d'autant plus inadmissible que les dispositions entreprises ne prévoient elles-mêmes aucun mode de concertation qui inclurait les médecins.

Quant au quatrième moyen

A.77. Les parties requérantes maintiennent que le fait d'établir des tarifs maxima est restrictif de concurrence.

Quant au cinquième moyen

A.78. Les parties requérantes font observer que ce n'est pas à elles qu'il appartient de prouver les flux migratoires des médecins au sein de l'Union européenne alors que l'Etat belge dispose des instruments adéquats pour le faire.

— B —

Quant aux dispositions liées aux dispositions attaquées

B.1. En vertu de l'article 15 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, qui est relatif à l'exercice de l'art de guérir, les médecins ont droit, dans le respect des règles de la déontologie, à des honoraires ou des rémunérations forfaitaires, pour les prestations qu'ils ont fournies. L'alinéa 2 du même article consacre le principe de la libre fixation des honoraires des médecins, sous réserve de la compétence, en cas de contestation, de l'Ordre dont ils relèvent ou des tribunaux. Cette liberté s'exerce « sans préjudice de l'application des taux éventuellement fixés par ou en vertu de la loi ou prévus par des statuts ou des conventions auxquelles les praticiens ont adhéré ».

L'article 50, § 6, alinéa 2, *in fine*, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dénommée ci-après loi relative à l'assurance soins de santé, dispose que le médecin détermine librement ses honoraires pour les prestations qui ne seraient pas reprises dans la nomenclature.

B.2. L'article 35, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance soins de santé autorise le Roi à établir la nomenclature qui énumère les prestations de santé, qui en fixe la valeur relative et qui précise, notamment, ses règles d'application, ainsi que la qualification requise de la personne habilitée à effectuer chacune d'entre elles. Le paragraphe 2 détermine la procédure que le Roi doit observer lorsqu'il modifie la nomenclature.

B.3. L'article 50 de la même loi dispose que les rapports entre les organisations professionnelles représentatives du corps médical et les organismes assureurs sont régis par des accords (§ 1^{er}). Ces accords sont conclus au sein de la Commission nationale médico-mutualiste que la loi organise (§§ 2 à 5). Ils fixent notamment les honoraires qui doivent être respectés vis-à-vis des bénéficiaires de l'assurance par les médecins qui sont réputés avoir adhéré aux accords (§ 6).

B.4. L'article 35, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance soins de santé oblige les médecins, dans le cadre d'un service de garde organisé, même s'ils n'ont pas adhéré aux accords précités, à respecter les honoraires maximums à l'égard de certaines catégories de patients.

L'article 138, § 3, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 8 août 1987, tel qu'il était en vigueur lors de l'adoption des dispositions attaquées, obligeait le conseil médical de l'hôpital à garantir que les malades admis en salle commune ou en chambre à deux lits puissent être soignés aux tarifs prévus par les accords.

B.5. Enfin, l'article 139 de la loi sur les hôpitaux organise l'information des patients en obligeant le gestionnaire de l'hôpital à leur permettre de consulter la liste mentionnant les tarifs de l'engagement ainsi que les noms des médecins hospitaliers qui se sont engagés à les appliquer et de ceux qui ne s'y sont pas engagés. L'arrêté royal d'application du 3 octobre 1991 détermine les règles relatives à la communication aux patients des suppléments qui peuvent leur être demandés.

Quant à la genèse des dispositions attaquées

B.6. Par l'article 99 de la loi du 22 février 1998 portant des dispositions sociales, le législateur a introduit une première fois dans la loi relative à l'assurance soins de santé un article *50bis* selon lequel, dans quatre hypothèses qui sont les mêmes que celles inscrites au paragraphe 1^{er} du nouvel article *50bis* introduit par les dispositions attaquées, les tarifs servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance constituent les honoraires maximums pouvant être réclamés. Cette limitation était applicable « que le médecin adhère ou non à un accord visé à l'article 50 ».

B.7. Cette disposition a pour origine deux propositions de loi. L'une voulait lutter contre la fixation libre des suppléments pour les patients hospitalisés en chambre particulière, au motif que ces suppléments varient considérablement d'un hôpital à l'autre alors que des critères objectifs ne justifient pas toujours ces différences et alors que le patient est placé devant le fait accompli puisqu'en général, il ne choisit pas « librement » son hôpital. La proposition voulait assurer « la sécurité en matière de tarifs » (*Doc. parl.*, Chambre, 1996-1997, n° 977/1).

La seconde soulignait « l'objectif essentiel de garantir l'accès aux soins de santé, en particulier pour les groupes socialement fragiles » et celui « de garantir que les soins de santé de haute qualité soient financièrement abordables ». Elle estimait que « l'accessibilité des soins de santé reste menacée, parce qu'en cas d'hospitalisation, des suppléments de toutes sortes peuvent être demandés en plus du ticket modérateur ». Elle citait une étude selon laquelle, « pour un traitement identique, le patient peut être amené à débours 33 fois plus s'il est soigné dans tel hôpital plutôt que dans tel autre ». La même étude soulignait que « les suppléments facturés peuvent atteindre le décuple du tarif de l'engagement » (*Doc. parl.*, Chambre, 1996-1997, n° 982/1).

B.8. Des dispositions ayant le même objectif furent introduites dans le projet de loi portant des dispositions sociales. Au cours des débats parlementaires, la ministre compétente insista sur « l'importance de la sécurité tarifaire », soulignant que « la diminution autoritaire et arbitraire des prestations de 2 et de 3 p.c. à laquelle le Gouvernement a dû se résoudre en 1997 afin de limiter les dépenses a donné au corps médical l'occasion et le prétexte de dénoncer la rupture de contrat ». Elle ajoutait que, contre toute attente, les partenaires étaient parvenus à conclure un accord médico-mutualiste et que « la préoccupation du Gouvernement dans ce contexte inattendu est de ne donner à personne un quelconque prétexte de faire voler en éclats la sécurité tarifaire que l'on vient de retrouver, afin de pouvoir d'abord entamer ainsi la procédure d'adhésion à l'accord médico-mutualiste » (*Doc. parl.*, Chambre, 1996-1997, n° 1184/14, pp. 35 et 36).

B.9. Introduit dans la loi relative à l'assurance soins de santé par la loi du 22 février 1998 portant des dispositions sociales, l'article *50bis* fut remplacé par la disposition attaquée de la loi du 25 janvier 1999 portant des dispositions sociales, son entrée en vigueur étant fixée à la même date que l'ancien article *50bis* : le 1^{er} décembre 1998.

B.10. La nouvelle disposition de l'article *50bis* contient essentiellement trois sortes de mesures :

1. S'il n'y a pas d'accord médico-mutualiste, les honoraires ne peuvent dépasser l'intervention de l'assurance dans quatre hypothèses, à savoir si les soins sont dispensés :

- a) dans un service de garde organisé,
- b) dans un service de soins intensifs,
- c) en salle commune, ou à deux lits, ou en chambre particulière si le patient a demandé à y être admis pour des raisons médicales,
- d) à des enfants hospitalisés avec un parent accompagnateur.

2. S'il existe un accord, le même maximum est imposé à tous les médecins, conventionnés ou non, dans les hypothèses mentionnées en a), b) et d). Dans les hypothèses décrites en c), le Roi rend obligatoires les honoraires résultant de l'accord, et ce jusqu'au 31 décembre 1999, et, éventuellement, à partir du 1^{er} janvier 2000, après avis de la Commission nationale médico-mutualiste.

3. Le Roi peut fixer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les honoraires maximums et les suppléments qui peuvent être réclamés par des médecins, conventionnés ou non, à des patients admis en chambre particulière, à leur demande expresse et sans que leur traitement l'exige.

Le texte provient d'un amendement déposé par les auteurs des propositions de loi mentionnées en B.7 (*Doc. parl.*, Chambre, 1997-1998, n° 1722/11, p. 5). Il fut combattu notamment par un amendement soulignant que, désormais, le système des accords perdait tout son sens pour les médecins travaillant en milieu hospitalier. Il fut répété que le texte en projet risquait de provoquer des problèmes financiers dans le secteur hospitalier et il fut rappelé que les accords avaient toujours réservé les tarifs sociaux « aux personnes aux revenus faibles et moyens » (*Doc. parl.*, Chambre, 1997-1998, n° 1722/6, p. 4).

B.11. Il ressort de l'ensemble des documents préparatoires qui ont conduit à l'adoption des mesures attaquées que le législateur a voulu maintenir le système des accords entre les organisations professionnelles représentatives du corps médical et des dentistes, d'une part, et des organismes assureurs, d'autre part, tel que le règle l'article 50 de la loi relative à l'assurance soins de santé, et qu'il y a ajouté des dispositions qui visent à assurer la sécurité tarifaire à l'égard de tous les bénéficiaires et de tous les médecins, dans les quatre situations visées aux paragraphes 1^{er} et 2 et dans la situation visée au paragraphe 3 de l'article *50bis* attaqué.

Quant aux moyens pris de la violation des règles répartitrices de compétences

B.12. Aux termes de l'article 5, § 1^{er}, I, 1^o, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, les communautés sont compétentes, en ce qui concerne la politique de la santé, en matière de « politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins », à l'exception des matières énumérées de a) à g). Parmi ces exceptions figure l'assurance maladie-invalidité (c). Cette matière relève donc de la seule compétence des autorités fédérales.

B.13. Les dispositions attaquées traitent essentiellement du champ d'application des accords conclus entre les organisations professionnelles et les organismes d'assurance, tels qu'ils sont prévus et organisés par l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Elles relèvent donc de la matière de l'assurance maladie-invalidité.

B.14. Il est vrai que, en ce qu'elles limitent aux tarifs servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance les honoraires maximums qui peuvent être réclamés, les dispositions entreprises étendent le champ d'application des accords au-delà de ce qui concerne l'assurance maladie elle-même puisqu'elles touchent à la partie des honoraires qui est supportée par le patient lui-même. Il ne s'ensuit pas pour autant qu'elles empièteraient sur la matière de la dispensation de soins, attribuée aux communautés. Elles s'attachent à un aspect essentiel de la relation entre le médecin et le patient en veillant à garantir à celui-ci la « sécurité » des tarifs et leur transparence, indispensables à l'accès aux soins médicaux. Il peut être admis que, en l'espèce, de telles mesures se rattachent à l'exercice de l'art de guérir, qui est resté une compétence fédérale.

B.15. Les moyens pris de la violation des règles répartitrices de compétences ne sont pas fondés.

Sur l'ensemble des moyens qui dénoncent des discriminations incompatibles avec les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec des droits résultant de dispositions de droit interne et de droit international, à l'exception de l'article 23 de la Constitution

B.16. Il ressort des travaux préparatoires des dispositions entreprises que les règles qu'elles contiennent mettent en cause l'équilibre, dans l'organisation fédérale des soins de santé, entre deux objectifs touchant à la matière de l'art de guérir : d'une part, l'accès égal à des soins de santé de qualité et d'un prix abordable, auquel se rattachent la sécurité et la transparence des tarifs et, d'autre part, le souci d'assurer une rétribution équitable aux dispensateurs de soins, en garantissant le maintien de principe de la liberté d'honoraires. Le législateur a concrétisé ce double objectif en favorisant la conclusion de conventions entre les organisations professionnelles et les organismes assureurs. Il a incité les médecins à souscrire aux accords conclus, tout en maintenant, en dehors de ces accords, la liberté de fixation des honoraires.

B.17. Les dispositions attaquées manifestent à la fois la volonté d'accroître le champ d'application des accords en rendant ceux-ci obligatoires pour les médecins qui n'y ont pas adhéré dans des situations que le législateur estime dignes d'intérêt, et d'empêcher, lorsque le patient choisit une hospitalisation en chambre particulière, que la part résiduelle de liberté ne permette la facturation d'honoraires excessifs.

B.18. Il n'est pas douteux que les dispositions entreprises réduisent sensiblement la liberté de fixation des honoraires réclamés par les médecins hospitaliers et qu'elles peuvent aboutir à freiner les investissements des hôpitaux en matière d'équipement technologique. Les critiques émises à ce sujet par les parties requérantes se fondent sur une analyse pertinente des effets que ces dispositions peuvent avoir. Les mesures attaquées traduisent l'intention du législateur de faire prévaloir, dans des hypothèses déterminées, les intérêts des patients sur ceux des médecins.

B.19. La conciliation de pareils intérêts relève du pouvoir d'appréciation du législateur en ce qu'elle suppose des choix politiques qu'il n'appartient pas à la Cour de contrôler.

B.20. La Cour ne pourrait censurer les choix du législateur que s'ils révélaient une différence de traitement injustifiée ou une disproportion entre les moyens utilisés et les objectifs visés.

Quant à l'article 50bis, §§ 1^{er} et 2

B.21. En ce qu'elles réservent, pour une grande part, un traitement identique aux médecins qui ont adhéré aux accords et à ceux qui ont refusé de le faire, les dispositions traitent semblablement des catégories de personnes se trouvant dans des situations essentiellement différentes. De telles mesures sont, en règle, incompatibles avec le principe d'égalité. Elles paraissent d'autant moins justifiables que les médecins dits conventionnés jouissent d'avantages sociaux qui sont refusés aux médecins non conventionnés.

B.22. Toutefois, dès lors que la décision d'adhérer ou non aux conventions est laissée à l'appréciation des médecins et que chacun de ceux-ci peut mesurer librement l'intérêt qu'il a de le faire, les mesures critiquées ne peuvent être tenues, *a priori*, pour discriminatoires. Encore faudra-t-il que la pression que font peser ces mesures sur la liberté de choix des médecins, au point de réduire considérablement leur intérêt à refuser leur adhésion, puisse être raisonnablement justifiée.

B.23. En rendant les limitations critiquées applicables dans les hypothèses visées aux points a) et b) des premier et deuxième paragraphes de l'article 50bis, le législateur a pris une mesure qui est raisonnablement justifiée. Il peut être présumé que les personnes admises dans un service de garde ou de soins intensifs n'ont pas eu la possibilité d'apprécier et de discuter le tarif des soins qui leur sera appliqué.

Il en est de même de l'hypothèse prévue à l'article 50bis, § 1^{er}, c), et à l'article 50bis, § 2, alinéa 2 : il n'est pas déraisonnable de présumer que les patients qui ont demandé à être admis en salle commune ou en chambre à deux lits ne disposent pas des moyens leur permettant de payer des suppléments par rapport au tarif servant de base à l'intervention de l'assurance ou par rapport aux honoraires qui résultent de l'accord. Il n'est pas davantage injustifié d'étendre cette présomption à l'hypothèse où les patients ont demandé une chambre particulière pour des raisons médicales.

B.24. L'hypothèse visée au point d) de l'article 50bis, § 1^{er}, et au point c) de l'article 50, § 2, n'est pas davantage déraisonnable. Le désir, pour un parent, d'accompagner son enfant hospitalisé peut être considéré comme légitime et il est justifié de ne pas alourdir la charge qui pèse sur lui. Le préjudice que peut causer la mesure aux médecins non conventionnés n'est pas manifestement disproportionné.

B.25. Il est vrai également que les mesures en cause aboutissent à traiter différemment les médecins hospitaliers par rapport aux autres médecins, ces mêmes médecins par rapport à d'autres prestataires de soins en milieu hospitalier et certains spécialistes comparés à d'autres spécialistes ou aux médecins généralistes. Il se peut que ces mesures aient des conséquences différentes pour les médecins qui travaillent dans des hôpitaux privés comparés à ceux qui exercent leurs activités dans des hôpitaux publics. Il est évident que les médecins hospitaliers sont traités différemment des personnes qui exercent d'autres professions libérales.

B.26. Les dispositions attaquées ont pour effet de traiter différemment les patients hospitalisés par rapport à ceux qui font appel à la médecine ambulatoire et de traiter les patients admis en chambre particulière autrement que ceux qui le sont en chambre commune ou en chambre à deux lits.

B.27. Il est vraisemblable que les hôpitaux publics pourront plus aisément supporter les conséquences financières des mesures attaquées que les hôpitaux privés.

B.28. Enfin, il n'est pas exclu que les mesures critiquées se révèlent, à l'expérience, avoir des conséquences défavorables sur les revenus des médecins, sur les ressources des hôpitaux, sur la qualité des soins, sur l'équilibre des conventions, voire sur le système des conventions lui-même.

B.29. Toutefois, ni les différences de traitement, ni les effets préjudiciables allégués par les parties requérantes n'établissent dès à présent une erreur manifeste d'appréciation.

B.30.1. Dès lors que le législateur s'attache à garantir l'accès aux soins de santé en améliorant la sécurité et la transparence dans le secteur hospitalier et à éviter les abus qui s'y seraient produits, les mesures qu'il prend ont inévitablement des effets qui ne s'appliquent que dans ce secteur et qu'il serait déraisonnable d'étendre à des secteurs où la nécessité de mesures identiques ne se fait pas sentir de façon comparable.

B.30.2. Quant aux effets disproportionnés qu'auraient les mesures attaquées, les affirmations des requérants s'appuient sur des hypothèses qui ne sont pas dénuées de vraisemblance mais il n'est pas permis de dire avec certitude que ces effets seront d'une ampleur telle qu'ils rendraient les mesures discriminatoires. Il s'agit d'éléments qui doivent faire l'objet d'une évaluation concrète et qui pourront, le cas échéant, motiver des corrections et des suggestions dans le cadre des négociations qui se poursuivent au sein de la Commission nationale médico-mutualiste. La Cour s'immiscerait dans des évaluations budgétaires qui relèvent d'appréciations politiques et elle perturberait les équilibres des négociations paritaires si elle prenait parti sur les conséquences économiques que peuvent avoir les dispositions attaquées.

B.30.3. Enfin, les médecins exercent leur activité dans le secteur de la santé, organisé selon le principe de la mutualisation des risques, et dont le déficit est supporté finalement par la collectivité. De telles particularités ne permettent pas de comparer la détermination de leurs honoraires à ceux de l'ensemble des autres personnes exerçant une profession libérale.

B.31. Les moyens qui allèguent les discriminations et prédécrites ne sont pas fondés.

Quant à l'article 50bis, § 3

B.32. Le paragraphe 3 de l'article 50bis dispose :

« Le Roi peut fixer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les honoraires maximums et les suppléments d'honoraires maximums pouvant être réclamés par les médecins engagés ou non si les soins sont dispensés à des patients qui sont admis en chambre particulière à leur demande expresse et sans que leur traitement l'exige.

Il détermine de la même manière les informations que le médecin ou le gestionnaire de l'hôpital doit fournir aux patients ainsi que les modalités selon lesquelles lesdites informations peuvent être données. »

B.33. Il appartient au législateur, auquel l'article 23, alinéa 3, 2°, de la Constitution fait obligation de garantir le droit à la protection de la santé, de fixer des honoraires et des suppléments d'honoraires lorsque les procédures de négociation prévues par la loi n'ont pas permis de les déterminer. Le droit à des négociations collectives ne pourrait aller jusqu'à priver l'autorité de son pouvoir de décision lorsque les négociations ne débouchent pas sur un accord.

B.34. La disposition attaquée n'est pas davantage inconciliable avec les règles exprimées à l'article 15 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 qui est relatif à l'art de guérir. L'alinéa 2 de cet article consacre en effet le principe de la liberté de fixation des honoraires, sans préjudice, notamment, de l'application de taux éventuellement fixés « par ou en vertu de la loi ».

B.35. Tel qu'il est libellé, l'article 50bis, § 3, traite toutefois de manière égale des personnes qui se trouvent dans des situations essentiellement différentes. D'une part, il impose au Roi de traiter semblablement, sans justification perceptible, les médecins « engagés ou non », malgré les différences mentionnées en B.25. D'autre part, il donne au Roi un pouvoir identique, sans distinguer si des accords ont réglé la question des maximums d'honoraires et de suppléments d'honoraires, alors que, tout au long des travaux préparatoires, l'attachement du Parlement au respect des accords a été répété, de même qu'a été souligné le souhait du Gouvernement de voir les accords comporter des dispositions relatives aux suppléments d'honoraires.

B.36. Il s'ensuit que la disposition comporte deux traitements semblables de personnes différentes sans que le premier fasse l'objet d'une justification admissible et alors que le second est en contradiction avec un des objectifs du législateur.

B.37. L'article 50bis, § 3, doit être annulé.

Quant aux moyens pris de la violation des articles 10 et 11 combinés avec l'article 23 de la Constitution et avec d'autres droits résultant de dispositions de droit interne et de droit international

B.38. L'article 23 de la Constitution dispose :

« Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine.

A cette fin, la loi, le décret ou la règle visée à l'article 134 garantissent, en tenant compte des obligations correspondantes, les droits économiques, sociaux et culturels, et déterminent les conditions de leur exercice.

Ces droits comprennent notamment :

1° le droit au travail et au libre choix d'une activité professionnelle dans le cadre d'une politique générale de l'emploi visant entre autres à assurer un niveau d'emploi aussi stable et élevé que possible, le droit à des conditions de travail et à une rémunération équitables, ainsi que le droit d'information, de consultation et de négociation collective;

[...]. »

B.39. La Cour n'est pas compétente pour vérifier si une disposition législative viole l'article 23 de la Constitution, sauf si cette violation est invoquée en combinaison avec les articles 10 et 11 de la Constitution et s'il apparaît qu'une catégorie de personnes se voit refuser par un législateur, sans justification raisonnable, un des droits reconnus par cette disposition, alors que le même législateur garantirait ce droit à une autre catégorie de personnes qui lui serait comparable.

B.40. Les parties requérantes dans les recours n°s 1752 et 1753 reprochent au législateur d'avoir adopté les dispositions attaquées sans négociation préalable au sein des comités de concertation créés en application de la loi du 10 décembre 1997 visant à réorganiser les soins de santé. Elles ajoutent que cette omission a pour effet de porter une atteinte discriminatoire « aux droits à la rémunération ».

B.41. Le contrôle exercé par la Cour au regard des articles 10 et 11 de la Constitution porte sur la compatibilité avec ces articles du contenu d'une disposition législative et non sur le respect de formalités qui seraient imposées en ce qui concerne l'adoption d'une telle disposition.

Le moyen porte non sur le contenu de la loi attaquée mais sur son processus d'élaboration. Il est donc étranger à la compétence de la Cour.

B.42. Les parties requérantes dans l'affaire n° 1748 soutiennent, dans une première branche, que les dispositions attaquées porteraient une atteinte au droit à une rémunération équitable en ce que le tarif servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance ne rémunère pas honorablement les prestations médicales en cause. Elles estiment qu'il convient de comparer les médecins hospitaliers « à toute personne qui travaille et qui a droit à une rémunération équitable ». Elles donnent des exemples chiffrés qui établissent, selon elles, que certaines prestations seraient insuffisamment rémunérées.

B.43. La Cour ne peut apprécier si les honoraires médicaux — fixés dans des textes étrangers à sa compétence — correspondent à une rémunération équitable et elle ne peut être amenée à comparer ces honoraires aux rémunérations perçues par l'ensemble de la population.

Le moyen, en sa première branche, ne peut être accueilli.

B.44. Le moyen, en sa deuxième branche, est dirigé contre le troisième paragraphe de l'article 50bis. Il n'y a pas lieu de l'examiner, cette disposition devant être annulée ainsi qu'il est dit en B.37.

Quant au moyen pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution combinés avec le principe général de la sécurité juridique

B.45. Les parties requérantes dans l'affaire n° 1737 soutiennent qu'en instaurant cinq régimes d'honoraires différents pour la période du 1^{er} décembre 1998 au 31 décembre 1999, sous réserve du régime applicable à partir du 1^{er} janvier 2000, le législateur aurait nui à l'objectif de sécurité tarifaire et méconnu de manière discriminatoire le principe général de sécurité juridique.

B.46. Le rythme des modifications législatives critiqué par les parties requérantes s'explique par la nécessité dans laquelle s'est trouvé le législateur de faire face à la dénonciation de l'accord médico-mutualiste, par sa préoccupation de tenir compte du nouvel accord conclu et par sa volonté d'en élargir la portée. Ces modifications successives rendent certes difficile l'application des mesures successives mais elles n'établissent pas la discrimination alléguée au moyen.

Quant aux moyens pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution combinés avec les règles du droit européen de la concurrence

B.47. Dans l'affaire n° 1748, les parties requérantes soutiennent que les dispositions attaquées, en ce qu'elles imposent le respect de tarifs maximums dans la pratique hospitalière, favorisent de manière discriminatoire la pratique médicale belge en interdisant aux dispensateurs de soins pratiquant dans les hôpitaux du pays d'appliquer d'autres tarifs que ceux qui sont imposés, ce qui serait contraire à l'article 3, g), combiné avec les articles 4 (ancien article 3 A), 10 (ancien article 5) et 81 (ancien article 85) du Traité instituant la Communauté européenne.

Elles demandent aussi que soit posée à la Cour de justice des Communautés européennes la question préjudicielle reproduite en A.30.

B.48. Dans les affaires n°s 1752 et 1753, les parties requérantes soutiennent qu'en imposant le respect de tarifs maximums d'honoraires dans la pratique médicale hospitalière, les dispositions entreprises portent une atteinte discriminatoire aux règles européennes de la concurrence (quatrième moyen) et qu'elles empêchent le médecin de l'Union européenne qui n'est pas installé en Belgique de trouver un quelconque bénéfice économique au fait de dispenser des soins dans un hôpital belge puisque, tout en pratiquant les prix de la convention, il devra amortir tous les frais qui sont notamment liés à son déplacement (cinquième moyen).

B.49. Les règles de droit communautaire relatives au droit de la concurrence ne sont pas étrangères au principe d'égalité puisque plusieurs d'entre elles ont pour objectif d'éliminer les discriminations incompatibles avec l'exercice des libertés économiques.

Il ne suffit cependant pas d'invoquer une combinaison des principes généraux ou des dispositions particulières du droit communautaire avec les articles 10 et 11 de la Constitution pour amener la Cour d'arbitrage à garantir leur respect.

B.50. Ni l'article 142 de la Constitution ni la loi spéciale du 6 janvier 1989 n'ont conféré à la Cour le pouvoir d'annuler des règles législatives pour violation directe d'une convention internationale.

La Cour excéderait la compétence que le Constituant lui a attribuée si elle décidait que toute violation du droit communautaire implique une violation du principe d'égalité. Elle ne peut tenir compte de ce droit, dans l'exercice de son contrôle, qu'en ce qui concerne les dispositions qui garantissent des droits et libertés, lorsque leur méconnaissance est de nature à affecter une catégorie de personnes déterminée et s'il est précisé en quoi et par rapport à quelle autre catégorie de personnes elle est victime d'un traitement inégal injustifié.

B.51. Les parties requérantes dans l'affaire n° 1748 ainsi que les deuxième et troisième requérants dans l'affaire n° 1752, de même que les deuxième et troisième requérants dans l'affaire n° 1753, sont des médecins exerçant en Belgique dont aucun n'indique qu'il serait de nationalité étrangère. La première partie requérante dans l'affaire n° 1752 est un institut médical établi à Bruxelles. La première partie requérante dans l'affaire n° 1753 groupe les unions professionnelles de médecins spécialistes.

B.52. Aucune de ces parties requérantes n'indique en quoi les violations du droit de la concurrence qu'elles allèguent porteraient une atteinte discriminatoire aux droits et libertés de la catégorie de personnes à laquelle elles appartiennent et par rapport à quelle catégorie de personnes comparables elles seraient discriminées.

B.53. Il n'y a lieu ni d'examiner les moyens pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution combinés avec des dispositions du droit européen de la concurrence ni d'interroger la Cour de justice des Communautés européennes.

Par ces motifs,

la Cour

— annule le paragraphe 3 de l'article 50bis, introduit dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités par l'article 121 de la loi du 25 janvier 1999 portant des dispositions sociales;

— rejette les recours pour le surplus.

Ainsi prononcé 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 d'arbitrage, à l'audience publique du 21 décembre 2000.

Le greffier,

L. Potoms.

Le président,

M. Melchior.

ARBITRAGEHOF

N. 2001 — 162

[C — 2000/21629]

Arrest nr. 136/2000 van 21 december 2000

Rolnummers 1737, 1748, 1752 en 1753

In zake : de beroepen tot vernietiging van de artikelen 121 en 122, tweede lid, van de wet van 25 januari 1999 houdende sociale bepalingen, ingesteld door de v.z.w. Belgisch Verbond der Syndicale Artsenkamers en anderen.

Het Arbitragehof,

samengesteld uit de voorzitters M. Melchior en G. De Baets, en de rechters P. Martens, A. Arts, R. Henneuse, M. Bossuyt en E. De Groot, bijgestaan door de griffier L. Potoms, onder voorzitterschap van voorzitter M. Melchior, wijst na beraad het volgende arrest :

I. *Onderwerp van de beroepen*

Bij verzoekschriften die aan het Hof zijn toegezonden bij op 26, 30 juli en 4 augustus 1999 ter post aangetekende brieven en ter griffie zijn ingekomen op 27 juli, 2 en 5 augustus 1999, is beroep tot vernietiging ingesteld van de artikelen 121 en 122, tweede lid, van de wet van 25 januari 1999 houdende sociale bepalingen (bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* van 6 februari 1999), door de v.z.w. Belgisch Verbond der Syndicale Artsenkamers, met maatschappelijke zetel te 1050 Brussel, Boondaalsesteenweg 6, bus 4 (zaak nr. 1737), F. Rodesch, wonende te 1180 Brussel, Groelstveldlaan 23, L. Marcelis, wonende te 1060 Brussel, Dokter Cordierlaan 23, C. Nemry, wonende te 1190 Brussel, Minervalaan 21, bus 54, M. Dupont, wonende te 1050 Brussel, Louizalaan 193, G. Andry, wonende te 1380 Ohain, Chemin Fond Coron 13, A. Rausis, wonende te 1180 Brussel, Franklin Rooseveltlaan 186, A. Unglik, wonende te 1180 Brussel, Maxime Van Praaglaan 1, en J. Vanderick, wonende te 1150 Brussel, Egelantierenlaan 21 (zaak nr. 1748), de v.z.w. Institut médical Edith Cavell, - les cliniques Edith Cavell, de la Basilique et Lambermont, met maatschappelijke zetel te 1180 Brussel, Edith Cavellstraat 32, M. Clemens, wonende te 1170 Brussel, Vogelvangstlaan 34, en P. Sepulchre, wonende te 3090 Overijse, Dreef 172 (zaak nr. 1752), en het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-specialisten, met zetel te 1050 Brussel, Kroonlaan 20, P. Rutten, wonende te 6850 Offagne, rue Baron Poncelet 5, en J.-L. De Meere, wonende te 1860 Meise, Sint-Elooiweg 60 (zaak nr. 1753).

II. *De rechtspleging*

Bij beschikkingen van 27 juli 1999 en 2 en 5 augustus 1999 heeft de voorzitter in functie de rechters van de respectieve zetels aangewezen overeenkomstig de artikelen 58 en 59 van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Arbitragehof.

De rechters-verslaggevers hebben geoordeeld dat er geen aanleiding was om in die zaken artikel 71 of 72 van de organieke wet toe te passen.

Bij beschikking van 22 september 1999 heeft het Hof de zaken samengevoegd.

Van de beroepen is kennisgegeven overeenkomstig artikel 76 van de organieke wet bij op 15 oktober 1999 ter post aangetekende brieven.

Het bij artikel 74 van de organieke wet voorgeschreven bericht is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* van 11 november 1999.

De Ministerraad, Wetstraat 16, 1000 Brussel, heeft een memorie ingediend bij op 2 december 1999 ter post aangetekende brief.

Van die memorie is kennisgegeven overeenkomstig artikel 89 van de organieke wet bij op 10 december 1999 ter post aangetekende brieven.

Memories van antwoord zijn ingediend door :

- de verzoekende partij in de zaak nr. 1737, bij op 8 januari 2000 ter post aangetekende brief;
- de verzoekende partijen in de zaak nr. 1748, bij op 12 januari 2000 ter post aangetekende brief;
- de verzoekende partijen in de zaken nrs. 1752 en 1753, bij op 12 januari 2000 ter post aangetekende brief.

Bij beschikkingen van 23 december 1999 en 29 juni 2000 heeft het Hof de termijn waarbinnen het arrest moet worden gewezen, verlengd tot respectievelijk 26 juli 2000 en 26 januari 2001.

Bij beschikking van 30 mei 2000 heeft het Hof de zaken in gereedheid verklaard en de dag van de terechtzitting bepaald op 21 juni 2000.

Van die beschikking is kennisgegeven aan de partijen en hun advocaten bij op 30 mei 2000 ter post aangetekende brieven.

Bij beschikking van 20 juni 2000 heeft de voorzitter in functie vastgesteld dat rechter H. Coremans, wettig verhinderd, als lid van de zetel vervangen is door rechter M. Bossuyt.

Op de openbare terechtzitting van 21 juni 2000 :

— zijn verschenen :

. Mr. M. Vanden Dorpe, advocaat bij de balie te Luik, *loco* Mr. E. Thiry, advocaat bij de balie te Brussel, voor de verzoekende partij in de zaak nr. 1737;

. Mr. P. Thiel, tevens *loco* Mr. E. Gillet, advocaten bij de balie te Brussel, voor de verzoekende partijen in de zaak nr. 1748;

. Mr. B. Cambier en Mr. D. Renders, advocaten bij de balie te Brussel, voor de verzoekende partijen in de zaken nrs. 1752 en 1753;

. Mr. J. Vanden Eynde en Mr. J.-M. Wolter, advocaten bij de balie te Brussel, voor de Ministerraad;

— hebben de rechters-verslaggevers P. Martens en E. De Groot verslag uitgebracht;

— zijn de voornoemde advocaten gehoord;

— zijn de zaken in beraad genomen.

Bij beschikking van 18 oktober 2000 heeft het Hof vastgesteld dat rechter E. Cerexhe, wettig verhinderd, als lid van de zetel vervangen is door rechter R. Henneuse, de debatten heropend en de dag van de terechtzitting bepaald op 16 november 2000.

Van die beschikking is kennisgegeven aan de partijen en hun advocaten bij op 20 oktober 2000 ter post aangetekende brieven.

Op de openbare terechtzitting van 16 november 2000 :

— zijn verschenen :

. Mr. E. Thiry, advocaat bij de balie te Brussel, voor de verzoekende partij in de zaak nr. 1737;

. Mr. E. Gillet, advocaat bij de balie te Brussel, voor de verzoekende partijen in de zaak nr. 1748;

. Mr. B. Cambier, advocaat bij de balie te Brussel, voor de verzoekende partijen in de zaken nrs. 1752 en 1753;

. Mr. J.-M. Wolter, advocaat bij de balie te Brussel, voor de Ministerraad;

— hebben de rechters-verslaggevers P. Martens en E. De Groot verslag uitgebracht;

— zijn de voornoemde advocaten gehoord;

— zijn de zaken in beraad genomen.

De rechtspleging is gevoerd overeenkomstig de artikelen 62 en volgende van de organieke wet, die betrekking hebben op het gebruik van de talen voor het Hof.

III. *In rechte*

— A —

Zaak nr. 1737

Standpunt van de verzoekende partij

A.1. De v.z.w. Belgisch Verbond der Syndicale Artsenkamers, die in haar midden ziekenhuisartsen en niet-ziekenhuisartsen, specialisten en niet-specialisten, geneesheren met overeenkomst en zonder overeenkomst verenigt, vordert de vernietiging van de artikelen 121 en 122 van de wet van 25 januari 1999 houdende sociale bepalingen. Artikel 121 heeft een artikel *50bis* ingevoerd in de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (hierna : Z.I.V.-wet). Dat artikel betreft de maximum-honoraria die de geneesheren in een aantal gevallen kunnen eisen. Artikel 122 bepaalt de datum van inwerkingtreding van artikel 121 op 1 december 1998.

Wat het eerste middel betreft

A.2. Het middel is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet doordat voormeld artikel *50bis* in de situaties die het preciseerd identieke honoraria bepaalt voor de geneesheren met en zonder overeenkomst en zo de geneesheren zonder overeenkomst de vrijheid ontnemt tot het bepalen van hun honoraria, terwijl ze niet de voordelen verkrijgen van het sociale statuut dat de geneesheren met overeenkomst genieten.

Wat het tweede middel betreft

A.3. Het middel is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet in samenhang met « het algemene beginsel van de rechtszekerheid » doordat de situatie gecreëerd bij artikel *50bis* ertoe leidt dat vijf verschillende honorariumstelsels elkaar zijn opgevolgd van 1 december 1998 tot 31 december 1999, waarbij een zesde stelsel van toepassing is vanaf 1 januari 2000.

Wat het derde middel betreft

A.4. Het middel is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet in samenhang met artikel 15, tweede lid, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies. Artikel *50bis* wordt verweten de vrijheid van het bepalen van de medische honoraria niet te respecteren buiten de gevallen waarin is voorzien bij voormeld artikel 15, tweede lid, zonder dat de wet van 14 juli 1994, die een verzekeringswet is, als rechtsgrond kan dienen voor een beperking van de honoraria van de geneesheren zonder overeenkomst.

Wat het vierde middel betreft

A.5. Het middel is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet in samenhang met de artikelen 138 en 140 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987. Artikel *50bis* wordt verweten afbreuk te doen aan de financiële betrekkingen tussen de geneesheren en de ziekenhuizen zoals georganiseerd bij de voormelde bepalingen. De opheffing van de medische honorariumsupplementen zou tot gevolg hebben dat het budgettaire evenwicht van de ziekenhuisinstellingen schade wordt toegebracht met als direct gevolg een onverantwoorde vermindering van de honoraria die uiteindelijk aan de geneesheren toekomen.

Standpunt van de Ministerraad

Wat het eerste middel betreft

A.6. De Ministerraad antwoordt dat de mogelijkheid die de wetgever zich heeft voorbehouden op te treden in het bepalen van de medische honoraria niet blijkt uit de in het geding zijnde bepalingen maar uit artikel 15 van het koninklijk besluit nr. 78. De wetgever heeft dat prerogatief op de artikelen 138 en volgende van de wet op de ziekenhuizen toegepast. Dat systeem is niet gewijzigd door de bestreden bepalingen behalve wat de erin beoogde gevallen betreft en enkel tot 31 december 1999.

De geneesheer-specialist die hoofdzakelijk of uitsluitend in een ziekenhuisomgeving werkt blijft vrij, met name rekening houdend met de bijzondere voordelen van het sociaal statuut die in geval van toetreding worden geboden door de artikelen 54 en volgende van de Z.I.V.-wet, die toetreding al dan niet te aanvaarden.

Enkel de ziekenhuisgeneesheren die hebben gekozen voor een vergoeding per prestatie zijn hierbij betrokken, aangezien de in het geding zijnde bepalingen geen invloed hebben op de vergoeding van diegene die forfaitair wordt vergoed of weinig invloed hebben op de vergoeding van de geneesheer die door een combinatie van de verschillende aangeboden systemen wordt vergoed.

A.7. De Ministerraad besluit daaruit dat er geen discriminatie is aangezien het systeem van de maximumhonoraria uitsluitend het gevolg is van de keuze van de geneesheer om al dan niet tot de overeenkomst geneesheren-ziekenfondsen toe te treden. Hij voegt eraan toe dat de verschillende behandeling, behalve dat zij slechts zeer gedeeltelijk het gevolg is van de bestreden bepalingen, volkomen verantwoord is vanwege de bijzondere kenmerken van de activiteit van de ziekenhuisgeneesheren en met name doordat ze actief zijn in een gezondheidsbeleid dat tot doel heeft elkeen de toegang tot de beste verzorging in aanvaardbare en duidelijk aanvaarde financiële omstandigheden te waarborgen.

Wat het tweede middel betreft

A.8. De Ministerraad citeert het verslag opgesteld door de auditeur-verslaggever in het beroep ingesteld bij de Raad van State tegen het toepassingsbesluit van 5 mei 1999 en herhaalt dat men, rekening houdend met de veranderbaarheid van de administratieve behandelingen, de administratie niet kan verwijten haar reglementering, zij het meermaals, te wijzigen. Hij is van mening dat artikel 50bis beoogt de tariefzekerheid te waarborgen opdat de ziekenhuispatiënt kan weten welke honoraria hem zullen worden gevraagd, waarbij de wetgever een doelstelling van doorzichtigheid nastreeft, wat hij sinds verschillende jaren doet, vooral aangezien enquêtes hebben aangetoond dat de informatie terzake voor de patiënt vaak onvolledig is.

Wat het derde middel betreft

A.9. De Ministerraad ziet niet welke vormvoorwaarde de wetgever zich zou hebben opgelegd om zoals artikel 15, tweede lid, van het koninklijk besluit nr. 78 het hem toestaat het bedrag van de medische honoraria te bepalen. De Z.I.V.-wet heeft weliswaar tot hoofddoel een verzekeringsstelsel in te voeren, maar daaruit volgt niet dat de wetgever geen bepalingen in verband met het vastleggen van de medische honoraria erin zou kunnen opnemen.

Wat het vierde middel betreft

A.10. Na artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen te hebben geciteerd, dat sinds lange tijd voorschrijft dat voor patiënten opgenomen in een twee- of meerpersoonskamer geneeskundige verstrekkingen tegen het Z.I.V.-tarief moeten worden gewaarborgd, of de geneesheer nu aangesloten is of niet, herhaalt de Ministerraad artikel 139bis van dezelfde wet, alsmede de inhoud van het arrest nr. 62/99 van het Hof. Hij besluit daaruit dat het bedrag van de honoraria niet uitsluitend als vergoeding aan de geneesheren kan worden toegekend maar ook de andere aan de medische ziekenhuisactiviteit gebonden uitgavenfactoren moet dekken. Hij citeert artikel 140, dat de afhoudingen detailleert die worden verricht voor de kostendekking. Hij voegt eraan toe dat de afhoudingen in onderlinge overeenstemming worden bepaald zodat niet in alle gevallen een automatische vermindering van de erelonen die aan de geneesheren toekomen kan worden vastgesteld.

A.11. De Ministerraad geeft toe dat de ziekenhuisgeneesheren zonder overeenkomst, die hoofdzakelijk of uitsluitend per prestatie worden vergoed, inderdaad bij gelijk werk in de gevallen vermeld in de bestreden bepalingen hun vergoeding zullen zien dalen. Maar hij voegt eraan toe dat het middel op dat punt samenvalt met het eerste middel en hetzelfde antwoord vereist, waarbij de wetgever op gematigde wijze met het gewettigd doel van doorzichtigheid en tariefzekerheid van zijn bevoegdheid gebruik heeft gemaakt.

*Antwoord van de verzoekende partij**Wat het eerste middel betreft*

A.12. De verzoekende partij herhaalt dat artikel 138, § 1, van de wet op de ziekenhuizen slechts de geneesheren met overeenkomst betreft. Ze voegt eraan toe dat hoewel artikel 138, § 3, de medische raad verplicht te waarborgen dat de patiënten opgenomen in een twee- of meerpersoonskamer zouden worden verzorgd tegen het in de akkoorden bepaalde tarief, dit niet betekent dat de geneesheer zonder overeenkomst automatisch verplicht is de tarieven van de overeenkomst na te leven. Ze is van mening dat de bestreden bepalingen verder gaan dan datgene waarin artikel 138, § 3, voorziet.

A.13. De verzoekende partij acht de overwegingen met betrekking tot de verschillende vergoedingswijzen van geneesheren irrelevant doordat ze de regels van de medische plichtenleer uit het oog verliezen die verbieden dat de forfaitaire vergoeding van de geneesheer lager zou liggen dan het overeenkomstige inkomen van een geneesheer die voor gelijkwaardige activiteiten per prestatie wordt vergoed (artikel 82 van de Code van geneeskundige plichtenleer).

A.14. Ze herhaalt dat rekening dient te worden gehouden met het feit dat het sociale statuut dat de geneesheer met overeenkomst geniet een belangrijk voordeel inhoudt en dat de geneesheer zonder overeenkomst door de bestreden maatregel wordt gediscrimineerd aangezien hij, hoewel hij niet dat voordeel geniet, zijn honoraria moet afstemmen op die van de geneesheer met overeenkomst.

Wat het tweede middel betreft

A.15. De verzoekende partij is van mening dat de opeenvolging van vijf verschillende honorariumstelsels in dertien maanden een niet te verantwoorden klimaat van onzekerheid creëert.

Wat het derde middel betreft

A.16. De verzoekende partij antwoordt dat zodra men buiten het stelsel van de overeenkomst stapt, men niet kan aannemen dat het optreden van de wetgever in het kader van de wet van 14 juli 1994 zich binnen de doelstelling bepaald in artikel 1 bevindt, namelijk het instellen van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. De verplichte verzekering betreft niet het bedrag van de honoraria die aan de patiënt worden gevraagd, maar enkel het bedrag dat de verzekering dekt.

Wat het vierde middel betreft

A.17. De verzoekende partij is van mening dat geen van de door de Ministerraad aangevoerde bepalingen de bestreden bepalingen verantwoordt en dat hij, door toe te geven dat er voor de geneesheren zonder overeenkomst een vermindering van de honoraria zal zijn, erkent dat aan de financiële betrekkingen tussen de geneesheren en de ziekenhuizen afbreuk wordt gedaan.

*Zaak nr. 1748**Standpunt van de verzoekers*

A.18. De acht verzoekers zijn geneesheren die in een ziekenhuisomgeving werken; zij vorderen de vernietiging van dezelfde artikelen 121 en 122 van de wet van 25 januari 1999. Ze vragen ook de debatten in de zaak nr. 1406 te heropenen en hen daarin als tussenkomende partijen te aanvaarden binnen de grenzen bepaald in B.3.3 van het arrest nr. 71/99. In ondergeschikte orde vragen ze het Hof een prejudiciële vraag te stellen aan het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen.

Ze werken twee middelen uit. Het eerste is afgeleid uit de overtreding van de bevoegdheidsregels, het tweede, in tien onderdelen, uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, afzonderlijk of in samenhang met verscheidene verdrags-, Grondwets- of wetsbepalingen.

Wat het eerste middel betreft

A.19. Het middel is afgeleid uit de schending van artikel 128 van de Grondwet en van artikel 5 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen,

« doordat de wet van 22 januari 1999 is aangenomen door de federale wetgever op grond van zijn bevoegdheid inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering,

terwijl de vaststelling van het bedrag van de honoraria die door de geneesheren mogen worden toegepast deel uitmaakt van het beleid van zorgverlening binnen en buiten de verzorgingsinstellingen, en die vaststelling onder de bevoegdheid van de gemeenschappen valt, en niet van de federale Staat ».

De verzoekers stellen dat krachtens artikel 5, § 1, I, 1°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 de gemeenschappen bevoegd zijn

« voor het beleid inzake zorgverlening, in en buiten de verplegingsinstellingen; dat de aangevochten bepalingen één van de aspecten van het beleid inzake zorgverlening regelen vermits zij de doelstelling zouden nastreven de zorgverlening financieel beter toegankelijk te maken voor de zwakste categorieën van de bevolking ».

Ze betwisten dat de federale wetgever zich kon beroepen op de uitzondering waarin is voorzien bij punt c) van voormeld artikel 5 inzake de ziekte- en invaliditeitsverzekering, aangezien de honoraria slechts voor het terugbetaalbare gedeelte in de toepassingsfeer ervan vallen. Ze doen gelden dat te dezen de honoraria net die zijn die niet ten laste van de ziekteverzekering vallen.

Wat het tweede middel betreft

A.20. Het middel is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, afzonderlijk of in voorkomend geval in samenhang met artikel 14 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, artikel 3, onder g), in samenhang met de artikelen 4 (ex artikel 3 A), 10 (ex artikel 5) en 81 (ex artikel 85) van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap, artikel 23, 1° en 5°, van de Grondwet, artikel 50 van de wet van 14 juli 1994 en artikel 15 van het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de geneeskunst.

A.21. In een eerste onderdeel stellen de verzoekers dat de voormelde bepalingen zijn geschonden,

« doordat de aangevochten bepalingen voorzien in de toepassing van de tarieven die tot grondslag dienen voor de berekening van de tegemoetkoming door de ziekte- en invaliditeitsverzekering indien de verzorging wordt verstrekt in het raam van een georganiseerde wachtdienst of in het raam van een opname in een dienst intensieve verzorging, ongeacht of er al dan niet een akkoord is zoals bedoeld in artikel 50 van de wet van 14 juli 1994,

terwijl, indien die bepalingen in die zin moeten worden geïnterpreteerd dat het verblijf van de patiënt in één van die twee diensten de toepassing met zich meebrengt van de bovenvermelde tarieven voor alle medische verstrekkingen uitgevoerd tijdens zijn opname, de maatregel onredelijk of onevenredig lijkt,

[...]

en terwijl, indien die bepalingen in die zin moeten worden geïnterpreteerd dat enkel de honoraria die verschuldigd zijn voor de medische verstrekkingen verleend in die twee diensten tot een maximum beperkt zijn, in tegenstelling met de andere verstrekkingen uitgevoerd tijdens dezelfde ziekenhuisopname, het criterium van onderscheid onevenredig of onredelijk is ».

A.22. In een tweede onderdeel stellen de verzoekers dat de in het middel vermelde bepalingen zijn geschonden,

« doordat de aangevochten bepalingen voorschrijven dat het tarief dat tot grondslag dient voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming, door de geneesheer in een bepaald aantal gevallen wordt toegepast,

terwijl enkel de geneesheren door die tariefbeperkingen worden getroffen, in tegenstelling met de andere zorgverstrekkers in het ziekenhuismilieu,

terwijl aldus de honoraria van de paramedici, die diensten uitoefenen in de ziekenhuisinstellingen, niet tot een maximum worden beperkt,

terwijl dat onderscheid niet berust op enig redelijk of met het nagestreefde doel evenredig criterium ».

A.23. In een derde onderdeel zijn de verzoekers van mening dat de in het middel vermelde bepalingen zijn miskend,

« doordat de aangevochten bepalingen voorzien in de toepassing van het tarief dat tot grondslag dient voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming wanneer het gaat om een opname van een kind samen met een begeleidende ouder,

terwijl dat criterium noch redelijk, noch evenredig met het nagestreefde doel is; terwijl aldus voor een kind dat wordt opgenomen zonder begeleidende ouder andere tarieven kunnen worden toegepast dan de voormelde, terwijl de ouders wettig verhinderd kunnen zijn zodat ze hun kind niet kunnen begeleiden, terwijl hetzelfde geldt voor ouders die werken en zich niet kunnen vrijmaken vanwege hun beroepsverplichtingen, terwijl hetzelfde ook geldt voor ouders die alleen de last van hun gezin op zich nemen en die, bijvoorbeeld, moeten zorgen voor de andere kinderen van het gezin tijdens de opname van één van hen ».

A.24. In het vierde onderdeel wordt aangevoerd dat de in het middel vermelde bepalingen zijn geschonden,

« doordat de aangevochten bepalingen voorzien in de toepassing van het tarief dat tot grondslag dient voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming in verschillende gevallen die alle betrekking hebben op opgenomen patiënten, met uitsluiting van ambulante patiënten,

terwijl verschillende medische handelingen die worden gesteld in het kader van een ziekenhuisopname, in feite en in rechte kunnen worden gesteld in het kader van de ambulante geneeskunde, terwijl het tarief van de honoraria nochtans niet zo strikt wordt beperkt wanneer de handelingen worden gesteld in het kader van de ambulante geneeskunde en zij dus aanleiding kunnen geven tot honoraria die verschillen van het voormelde tarief ».

A.25. In het vijfde onderdeel wordt beweerd dat de in het middel vermelde bepalingen zijn miskend,

« doordat artikel 50bis, § 3, van de wet van 14 juli 1994, gewijzigd door de aangevochten bepaling, de Koning ertoe machtigt, bij een in Ministerraad overlegd besluit, de maximumhonoraria en de maximumhonorariumsupplementen te bepalen die door de al dan niet verbonden geneesheren kunnen geëist worden indien de verstrekkingen worden verleend aan patiënten die op hun uitdrukkelijk verzoek en zonder dat dit noodzakelijk is voor hun behandeling worden opgenomen in een eenpersoonskamer,

terwijl het recht op collectieve onderhandelingen uitdrukkelijk is erkend door de in het middel bedoelde bepalingen, inzonderheid artikel 23 van de Grondwet, terwijl de Koning de honoraria evenwel eenzijdig vaststelt wanneer het gaat om honoraria die worden gevraagd indien de ziekenhuisopname plaatsheeft in een eenpersoonskamer, op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt en zonder dat dit noodzakelijk is voor zijn behandeling, terwijl de vaststelling van de honoraria daarentegen gebeurt na een adviesprocedure wanneer het gaat om een opname in een meerpersoonskamer of een tweepersoonskamer, of wegens medische redenen in een eenpersoonskamer, terwijl dit verschil in behandeling betreffende de manier waarop de honoraria worden vastgesteld niet berust op een criterium dat redelijk is of evenredig met het nagestreefde doel; terwijl die discriminatie des te erger is daar het recht op collectieve onderhandelingen uitdrukkelijk in de Grondwet is erkend ».

A.26. Het zesde onderdeel bekritiseert de ontstentenis van evenredigheid tussen de beoogde doelen en het in aanmerking genomen criterium,

« doordat de aangevochten bepalingen voorschrijven : ' De Koning kan bij een in Ministerraad overlegd besluit, de maximum honoraria en de maximum honorarium-supplementen bepalen die door de al dan niet verbonden geneesheren kunnen geëist worden indien de verstrekkingen worden verleend aan patiënten die op hun uitdrukkelijk verzoek en zonder dat dit noodzakelijk is voor hun behandeling worden opgenomen in een eenpersoonskamer ',

terwijl, door de medische honoraria aldus te regelen, de meest kwetsbare categorieën van de bevolking niet minder betalen dan vóór de hervormingen van 1998 en 1999, terwijl het systeem van de 'overeenkomst' hen reeds de toegang tot de zorgverstrekking in het ziekenhuismilieu tegen vastgestelde tarieven waarborgde; terwijl de aangevochten bepalingen tot een ander resultaat dan het nagestreefde resultaat leiden,

terwijl het in feite de meest bemiddelde categorieën van de bevolking zijn die voortaan minder zullen betalen; terwijl, als het weliswaar om een gelijkheid van behandeling gaat, die gelijkheid daarom nog niet grondwettig is; terwijl de vergeleken categorieën — de rijksten en de armsten — essentieel verschillend zijn in het licht van het onderwerp en het doel van de aangevochten bepalingen vermits die de honoraria vaststellen of het maximum ervan bepalen; terwijl de in het geding zijnde maatregelen erop gericht zijn de gezondheidszorg toegankelijker te maken maar *de facto* ertoe leiden dat het hotelverblijf in een eenpersoonskamer toegankelijker wordt; terwijl de toegang tot de gezondheidszorg erdoor niet wordt verbeterd ».

A.27. Het middel voert in zijn zevende onderdeel de schending aan van het recht op een billijke vergoeding,

« doordat de aangevochten bepalingen voorzien in de systematische toepassing van het tarief dat als grondslag dient voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming in drie soorten gevallen (opname in een wachtdienst, in een dienst intensieve verzorging en voor begeleide kinderen), en bij ontstentenis van een overeenkomst (of een overeenkomst waarin de honorariumtarieven worden vastgesteld) in het geval van een opname in een meerpersoonskamer, een tweepersoonskamer of om medische redenen in een eenpersoonskamer,

terwijl het tarief dat als grondslag dient voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming de betrokken medische verstrekkingen niet behoorlijk vergoedt; terwijl tal van medische verstrekkingen recht geven op een terugbetalingstarief dat ruim beneden een billijke vergoeding ligt; terwijl, door de voormelde tarieven zonder meer toe te passen, de geneesheren hun inkomen op en significante wijze zien dalen, met schending van de voormelde wetsbepalingen ».

A.28. Het middel klaagt in zijn achtste onderdeel een discriminatie aan onder geneesheren naargelang ze in een openbaar ziekenhuis of een privé-ziekenhuis werken,

« doordat de aangevochten bepalingen de mogelijkheid beperken en/of verbieden honoraria te vragen die hoger liggen dan het tarief dat als grondslag dient voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming, of dan het door de Koning vastgestelde tarief,

terwijl onder meer krachtens de artikelen 109 en volgende van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen het deficit van de openbare ziekenhuizen ten laste wordt genomen door de openbare overheid, volgens de modaliteiten die uitgebreider zijn gedefinieerd in de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en de toepassingsbesluiten ervan,

terwijl in een privé-instelling het deficit verplicht moet worden gedragen door de geneesheren, op straffe van faillissement of stopzetting van de activiteit, terwijl de geneesheren die in de privé-ziekenhuizen werken het deficit dat niet gedekt wordt door de verpleegdagprijs, financieren door een overeenkomstige afhouding op de honoraria die zij ontvangen,

terwijl de aangevochten bepalingen dus een ernstig nadeel berokkenen aan de geneesheren die in de privé-ziekenhuizen werken aangezien die geneesheren een belangrijk deel van de inkomsten waarmee zij de ziekenhuisactiviteit financieren, zien verdwijnen ».

A.29. In het negende onderdeel wordt aangeklaagd dat

« de aangevochten akte de geneesheren die hebben beslist het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen niet in acht te nemen, verplicht de daarin vastgestelde tarieven toe te passen; [dat] het op 20 juni 1988 gesloten akkoord geneesheren-ziekenfondsen, waarnaar artikel L 1 van het akkoord van 15 december 1998 verwijst, in zijn punt H voorwaarden bepaalt voor de toepassing van de tarieven, waaronder voorwaarden inzake tijd, plaats, bijzondere vereisten van de patiënt of inzake het inkomen,

terwijl, indien de aangevochten akte in die zin moet worden geïnterpreteerd dat de tarieven van het akkoord van toepassing zijn, onafhankelijk van de voorwaarden bepaald in artikel H van het akkoord van 20 juni 1988, die bepaling volkomen onevenredig is ten aanzien van het nagestreefde doel dat erin bestaat de toegang tot de zorgverstrekking te verzekeren; terwijl zij het evenwicht dat door de overeenkomst werd bereikt, volkomen verstoort, zodat deze laatste een leonisch contract wordt door de verdwijning van een groot gedeelte, vermits de geneesheren geen enkele mogelijkheid meer hebben om honoraria te vragen waarvan het bedrag hoger ligt dan datgene dat als grondslag dient voor de terugbetaling door de ziekte- en invaliditeitsverzekering; terwijl het geen twijfel lijdt dat het akkoord fundamenteel verschillend zou zijn geweest mochten dergelijke bepalingen niet zijn ingevoerd,

en terwijl, als de aangevochten akte in die zin moet worden geïnterpreteerd dat de voorwaarden voor de toepassing van de tarieven voorgeschreven in de akkoorden geneesheren-ziekenfondsen artikel H van het voormelde akkoord van 20 juni 1988 bevatten, de geneesheren die niet tot het akkoord zijn toegetreden hun honoraria meer beperkt zien dan de geneesheren die wel tot het akkoord zijn toegetreden; terwijl de laatstgenoemden immers de mogelijkheid hebben gedeeltelijk tot het akkoord toe te treden en uitdrukkelijk te bepalen dat zij buiten bepaalde uren of plaatsen niet verplicht zijn een bepaald tarief in acht te nemen; terwijl die discriminatie niet berust op enig criterium dat redelijk of evenredig met het nagestreefde doel is vermits zij tot gevolg heeft dat de honoraria van de geneesheren die het akkoord hebben geweigerd meer worden beperkt dan de honoraria van de geneesheren die het slechts gedeeltelijk hebben aanvaard ».

A.30. Tot slot wordt in een tiende onderdeel aangevoerd dat de in het middel vermelde bepalingen zijn geschonden,

« doordat de aangevochten akte de inachtneming van maximale tarieven in de medische ziekenhuispraktijk oplegt;

terwijl de Belgische wetgeving aldus de Belgische medische praktijk bevoordeelt door aan de zorgverleners die in de ziekenhuizen van het land werken andere dan de opgelegde tarieven te ontzeggen; terwijl zulks in strijd is met de bepalingen van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap, in de in het middel beoogde bepalingen ervan, aangezien die maximumprijzen de concurrentie vervalsen tussen de Belgische zorgverleners en de andere zorgverleners die in de andere Staten van de Gemeenschap in het ziekenhuismilieu werken ».

Ook wordt gevraagd dat krachtens artikel 234 (ex artikel 177) van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap de volgende vraag aan het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen zou worden gesteld :

« Dienen artikel 3, onder g), gelezen in samenhang met de artikelen 4 (ex artikel 3 A), 10 (ex artikel 5) en 81 (ex artikel 85) van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap in die zin te worden geïnterpreteerd dat zij verbieden dat een nationale bepaling, te dezen artikel 50bis van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, gewijzigd door artikel 121 van de wet van 25 januari 1999 houdende sociale bepalingen, maximumhonoraria oplegt die in acht moeten worden genomen voor medische handelingen die in het ziekenhuismilieu worden gesteld ? »

*Standpunt van de Ministerraad**Wat het eerste middel betreft*

A.31. De Ministerraad antwoordt dat artikel 5, § 1, I, 1°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 de gemeenschappen de bevoegdheid inzake het gezondheidsbeleid toekent, onder voorbehoud van de uitzonderingen die het bepaalt, dat uit de parlementaire voorbereiding blijkt dat de reglementering inzake de uitoefening van de geneeskunst en de medische beroepen niet onder de materies betreffende het gezondheidsbeleid valt en dat het de federale wetgever toekomt de doelstellingen inzake sociale zekerheid te bepalen, wat de zorg impliceert de doorzichtigheid en de tariefzekerheid te waarborgen, met uitsluiting van elk honorariumsupplement ten opzichte van het Z.I.V.-tarief in de gevallen waarin het analyse- en begripsvermogen van de patiënt is verminderd. Hij voert ook de bevoegdheid van de federale Staat aan inzake het prijsbeleid (artikel 6, § 1, VI, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980), alsmede inzake het beleid tot bescherming van de verbruiker (artikel 6, § 1, VI, vierde lid, 2°).

Wat het tweede middel betreft

A.32. Ten aanzien van het eerste onderdeel herhaalt de Ministerraad het door de wetgever beoogde doel van doorzichtigheid en tariefzekerheid en beklemtoont dat de betrokken diensten de diensten zijn waar meestal de duurste prestaties worden verricht en dat ze een spoedgeval of een mogelijke vermindering van het beoordelingsvermogen van de patiënt veronderstellen wat overigens niet het spoedgeval uitsluit. Hij vermeldt een enquête uitgevoerd door een tijdschrift van ziekenfondsen waaruit is gebleken dat op 178 ziekenhuizen er 31 zijn die supplementen eisen in geval van opname in een gemeenschappelijke kamer, 50 in geval van opname in een tweepersoonskamer en 172 in geval van opname in een eenpersoonskamer. In dat laatste geval eisen 116 ziekenhuizen supplementen ten belope van 100 pct. van het Z.I.V.-tarief, 21 een supplement van 101 tot 200 pct., 18 een supplement van 201 tot 300 pct., 6 supplementen van meer dan 300 pct.

Hij is van mening dat de wetgever vermocht te strijden tegen situaties van personen met schulden bij ziekenhuizen, die slecht of niet zijn geïnformeerd en aan wie supplementen werden geëist terwijl ze volgens de voorwaarden zelf van de overeenkomst van 20 juni 1988 slechts supplementen aangerekend zouden krijgen zodra ze meer dan 1.040.000 frank bruto verdienen of, als het om een gezin gaat, 1.560.000 frank bruto, verhoogd met 52.000 frank bruto per persoon ten laste.

A.33. Ten aanzien van het tweede onderdeel herhaalt de Ministerraad dat de wetgever, die zijn doelstelling van doorzichtigheid en tariefzekerheid nastreeft, rekening houdt met de hoofdzakelijk medische activiteit in een ziekenhuisomgeving en met het feit dat de supplementen als medische honoraria worden gevraagd. Hij onderstreept dat artikel 44, § 5, van de Z.I.V.-wet al de mogelijkheden van een supplement in geval van opname tot enkel die patiënten die in een eenpersoonskamer verblijven beperkt.

A.34. Ten aanzien van het derde onderdeel is de Ministerraad van mening dat de wetgever van oordeel kon zijn dat in alle gevallen waarin een kind wordt opgenomen, of er nu een overeenkomst is of niet, de gewettigde wens van een ouder om het kind te begeleiden slechts ten volle in een eenpersoonskamer kan worden gerealiseerd.

A.35. Ten aanzien van het vierde onderdeel is de Ministerraad van mening dat de gevallen waarin prestaties, uitgevoerd in het ziekenhuis in een wachtdienst of in een dienst intensieve verzorging, ook buiten het ziekenhuis kunnen worden verricht, financieel en statistisch marginaal zijn voor het budget van de huishoudens zodat de indirect ingevoerde verschillende behandeling verantwoord zou zijn.

A.36. Ten aanzien van het vijfde onderdeel verklaart de Ministerraad niet te vatten waarin het recht van collectieve onderhandeling zou zijn geschonden en hij vermeldt andere bepalingen die voor de geneesheren voorbehouden mechanismen van onderhandeling en besluitvorming in werking stellen.

A.37. Ten aanzien van het zesde onderdeel herhaalt de Ministerraad alle beoogde doelstellingen en hij beklemtoont dat ze niet alleen worden nagestreefd ten aanzien van de meest kwetsbaren maar ook ten aanzien van de vele gezinnen die, zonder hulpbehoevend te zijn, niet over inkomsten beschikken die het hen mogelijk maken de gevraagde honorariumsupplementen te betalen terwijl de informatie die ze kregen ontoereikend was.

A.38. Ten aanzien van het zevende onderdeel stelt de Ministerraad vast dat een vergelijking ontbreekt, tenzij ten opzichte van de rest van de beroepsbevolking. Hij voegt eraan toe dat artikel 23, derde lid, 1°, van de Grondwet niet de situatie beoogde van de geneesheren, die vrij blijven hun honorarium te bepalen in de andere gevallen dan die welke zijn beoogd in de bestreden bepalingen. Hij betwist de stelling volgens welke vele medische prestaties aanleiding zouden geven tot een terugbetaling door de ziekte- en invaliditeitsverzekering die lager ligt dan een billijke vergoeding.

A.39. Ten aanzien van het achtste onderdeel stelt de Ministerraad dat het aangevoerde verschil niet zijn grondslag vindt in de bestreden bepalingen maar in de artikelen 1, 114 en 139bis van de wet op de ziekenhuizen.

A.40. Ten aanzien van het negende onderdeel herhaalt de Ministerraad dat de overeenkomsten geneesheren-ziekenfondsen gesloten sinds 1988 honorariumsupplementen verbieden in geval van opname in een gemeenschappelijke kamer, in een tweepersoonskamer of in een eenpersoonskamer als de patiënt daar is opgenomen om medische redenen. Hij is van mening dat artikel 50bis, § 2, niet in die zin kan worden geïnterpreteerd dat het de toepassing mogelijk maakt van de overeenkomst los van de voorwaarden waarin is voorzien in punt H van de overeenkomst van 20 juni 1998.

Hij voegt eraan toe dat, rekening houdend met de bestreden maatregelen, de gedeeltelijke toetredingen ongetwijfeld minder in aantal zullen zijn, aangezien hun belang niet meer evident blijkt. De doelstelling van doorzichtigheid zal dan ook zijn bereikt.

A.41. Ten aanzien van het tiende onderdeel merkt de Ministerraad op dat, gesteld dat de ziekenhuizen zouden kunnen worden beschouwd als ondernemingen met economisch karakter in de zin van artikel 81, ex artikel 85, van het E.G.-Verdrag, onderzocht dient te worden in welke opzicht de bepaling van een maximumtarief in de beoogde gevallen het mogelijk zou maken ze als ondernemersverenigingen te beschouwen. Hij baseert zich op de rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen en voegt eraan toe dat als de tarieven voor een vrij beroep worden bepaald krachtens de wet en rekening houdend met algemeen belang, het belang van de bedrijven die tot andere sectoren behoren en dat van de gebruikers, die tarieven niet in strijd zijn met artikel 81. Artikel 81 beoogt overigens het gedrag van ondernemingen en niet de wettelijke maatregelen, behalve als een Staat het afsluiten van overeenkomsten in strijd met artikel 81 stimuleert of in andere gevallen die te dezen onbestaand zijn, aangezien niet de aanwezigheid van een bij wet ingestelde schaal in het geding is maar het bepalen van een maximum en niet een minimumtarief, van toepassing in een aantal gevallen.

Hij doet opmerken dat de uitzonderingen waarin is voorzien in ex artikel 36 van het Verdrag moeten kunnen worden toegepast naar analogie met ex artikel 85. Hij beroept zich eveneens op de vroegere artikelen 129 en 129, lid 1, van het Verdrag.

Hij besluit dat er geen reden is het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen te ondervragen.

*Antwoord van de verzoekers**Wat het eerste middel betreft*

A.42. De verzoekers antwoorden dat de bestreden maatregelen de honoraria betreffen die ten laste komen van de patiënt of van zijn privé-verzekeraar en dat de federale wetgever zich dus niet op zijn bevoegdheid inzake de sociale zekerheid kan beroepen om ze te regelen, vooral aangezien die bevoegdheid hem slechts is gelaten bij wijze van uitzondering en die strikt dient te worden geïnterpreteerd.

Ze betwisten dat de in het geding zijnde bepalingen zouden zijn aangenomen in het kader van de federale bevoegdheden die het voorwerp uitmaken van het koninklijk besluit nr. 78, dat die bepalingen overigens noch gewijzigd noch aangevuld hebben. Ze betwisten eveneens dat de federale bevoegdheden inzake het prijsbeleid en de bescherming van de consumenten zouden kunnen worden aangevoerd en brengen het arrest nr. 22/93 van het Hof in herinnering, waarin werd aangenomen, dat de overeenkomsten geneesheren-ziekenfondsen onder de bevoegdheid van de gemeenschappen inzake het gezondheidsbeleid vallen.

Wat het tweede middel betreft

A.43. Ten aanzien van het eerste onderdeel betwisten de verzoekers dat het bestreden stelsel al bestond krachtens artikel 138, § 3, van de wet op de ziekenhuizen, dat een andere draagwijdte heeft aangezien het bestaan van een overeenkomst geneesheren-ziekenfondsen veronderstelt, terwijl de bestreden bepaling van toepassing is bij ontstentenis van een overeenkomst.

Ze betwisten dat de doelstelling van doorzichtigheid en tariefzekerheid alles zou kunnen rechtvaardigen en beklemtonen de duidelijke wanverhouding tussen de genomen maatregelen en die doelstelling.

A.44. Ten aanzien van het tweede onderdeel doen de verzoekers gelden dat de verwijzing die de Ministerraad maakt naar artikel 44, § 5, van de wet van 14 juli 1994 irrelevant is, aangezien dat artikel vreemd is aan de kritiek volgens welke de geneesheren in een ziekenhuisomgeving anders worden behandeld dan de andere zorgverstrekkers.

A.45. Ten aanzien van het derde onderdeel betwisten de verzoekers dat de kinderen om veiligheidsredenen niet in een eenpersoonskamer zouden worden opgenomen. Ze geven voorbeelden die het tegendeel zouden bewijzen.

A.46. Ten aanzien van het vierde onderdeel nemen de verzoekers akte van het feit dat de wetgever de prestaties uitgevoerd in een ambulante omgeving is vergeten en ze betwisten dat die prestaties een statistisch marginaal karakter zouden hebben, waarbij ze zich beroepen op artikel 78quinquies van de wet op de ziekenhuizen.

A.47. Ten aanzien van het vijfde onderdeel zijn de verzoekers van mening dat het verschil tussen de procedures voor het bepalen van de honoraria naargelang ze worden gevraagd voor een opname in een eenpersoonskamer op vraag van de patiënt en zonder dat zijn behandeling het vereist, of voor een opname in een twee- of meerpersoonskamer, of in een eenpersoonskamer om medische redenen, niet berust op een redelijk en objectief criterium. Het verschil kan niet worden verantwoord door de omstandigheid dat in het eerste geval het koninklijk besluit in Ministerraad moet worden overlegd.

A.48. Ten aanzien van het zesde onderdeel houden de verzoekers staande dat de bestreden bepalingen de toegang tot de gezondheidszorg minder duur maken voor personen met een hoger inkomen, zonder dat die maatregelen een betere toegang tot de gezondheidszorg verzekeren voor de personen met een laag inkomen. Ze onderstrepen een neveneffect van de nieuwe maatregelen dat hun argument bevestigt.

A.49. Ten aanzien van het zevende onderdeel geven de verzoekers talrijke voorbeelden waaruit ze afleiden dat de nomenclatuur van de gezondheidszorg geen waarde vastlegt die overeenstemt met een billijke vergoeding van de geleverde prestaties. Ze besluiten daaruit dat de wetgever de in het middel beoogde bepalingen schendt door de honoraria die voor een medische verstrekking kunnen worden gevraagd gelijk te stellen met de terugbetalingsgrondslag die in aanmerking wordt genomen voor de Z.I.V.-tegemoetkoming.

Ze zijn van mening dat niets kan verantwoorden dat de geneesheren worden uitgesloten uit het toepassingsgebied van artikel 23 van de Grondwet en stellen dat ze kunnen worden vergeleken met elke andere persoon die werkt en die recht heeft op een billijke vergoeding.

A.50. Ten aanzien van het achtste onderdeel bevestigen de verzoekers dat volgens hen de discriminatie die ze aanklagen haar oorsprong vindt in de bestreden bepalingen en voorheen niet bestond.

A.51. Ten aanzien van het negende onderdeel houden de verzoekers staande dat de bestreden bepalingen eenzijdig het evenwicht verbreken dat was bereikt door de overeenkomst van 15 december 1998, die zelf naar de overeenkomst van 20 juni 1988 verwijst. Ze voegen eraan toe dat de geneesheren die hadden geweigerd de overeenkomst te aanvaarden zich nu de naleving van die overeenkomst opgelegd zien, terwijl diegenen die slechts hebben gekozen voor een gedeeltelijke aansluiting bij de overeenkomst nu gedeeltelijk hun vrijheid genieten voor het bepalen van hun honoraria, waarbij die verschillende behandeling geenszins verantwoord is. Wat de doelstelling van doorzichtigheid betreft zijn ze van mening dat die wordt bereikt in zoverre de bedragen terugbetaald door de ziekte- en invaliditeitsverzekering worden bepaald door de overheid en voor iedereen bekend zijn. Ze voegen eraan toe dat de honorariumsupplementen niet van die aard zijn dat ze die doorzichtigheid kunnen vertroebelen aangezien ze worden besproken door de geneesheer en de patiënt, zonder dat dit een invloed heeft op de tarificatie van de Z.I.V.-terugbetalingen.

A.52. Ten aanzien van het tiende onderdeel antwoorden de verzoekers dat de in het geding zijnde maatregelen binnen het toepassingsgebied van artikel 81 van het Verdrag vallen, zelfs als het gaat om een wettelijke of verordenende maatregel, zodra die de elementen van overeenkomsten vastgelegd tussen economische operatoren voor zijn rekening neemt en de naleving ervan verplicht maakt voor allen, wat te dezen het geval is.

Ze zijn van mening dat het feit dat de bestreden bepalingen maximumtarieven en geen minimumtarieven vastleggen geen verschil uitmaakt, aangezien een aantasting van de prijsvrijheid in beginsel de concurrentie beperkt.

Ze betwisten de relevantie van het argument afgeleid uit het algemeen belang, in het licht van de door hen geanalyseerde rechtspraak van het Hof van Justitie.

Tot slot voegen ze eraan toe dat ex artikel 36 van het Verdrag slechts van toepassing is op de vroegere artikelen 30 tot 34. De door de Ministerraad aangehaalde rechtspraak zou betrekking hebben op de problematiek van het vrije verkeer en niet op die van de concurrentie, waarbij het enige afwijkende stelsel datgene is waarin bij artikel 81, lid 3, of bij vrijstellingsreglementeringen per categorie is voorzien.

Zaken nrs. 1752 en 1759

Standpunt van de verzoekende partijen

Wat het eerste middel betreft

A.53. Het middel is afgeleid uit de schending van de artikelen 1, 2, 33 en 129 van de Grondwet, 1 en 5 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen en van het algemeen beginsel van evenredigheid in de uitoefening van de bevoegdheden, doordat de bestreden bepalingen tot doel hebben de medische honoraria in een ziekenhuisomgeving te reglementeren met het oog op het stimuleren van de tariefzekerheid, de kwaliteit van de gezondheidszorg en de toegankelijkheid ervan, meer bepaald voor de meest kwetsbare categorieën van de bevolking, terwijl een dergelijke reglementering onder de bevoegdheid van de gemeenschappen valt.

De uiteenzetting van het middel sluit aan bij die vermeld in A.19.

Wat het tweede middel betreft

A.54. Het tweede middel is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang met de artikelen 16 en 23 ervan, met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de Rechten van Mens, met de artikelen 15 tot 18 van het koninklijk besluit nr. 78, met artikel 23 van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, met artikel 50 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met de algemene beginselen van evenredigheid en rechtszekerheid,

doordat het bestreden artikel 121, in een aantal gevallen, in een bovengrens voor de medische honoraria voorziet als geen enkele overeenkomst geneesheren-ziekenfondsen wordt gesloten, doordat het eveneens in een bovengrens voorziet als een dergelijke overeenkomst wordt gesloten, doordat het de Koning machtigt de maximumhonoraria en maximumhonorariumsupplementen vast te leggen die kunnen worden geëist van de patiënten opgenomen in een eenpersoonskamer op hun uitdrukkelijke vraag en zonder dat hun behandeling dat vereist en doordat artikel 122 op 1 december 1998 de datum van inwerkingtreding van artikel 121 vastlegt, waarbij die bepalingen discriminaties creëren door zich te baseren op een criterium dat niet objectief en redelijk is (eerste lid) of dat onevenredig is ten opzichte van de beoogde doelstellingen (tweede lid).

A.55. Het eerste onderdeel beschrijft de discriminaties waarvan het slachtoffer zouden zijn : de geneesheren die hun activiteiten uitoefenen in de ziekenhuizen, de specialisten ten opzichte van de huisartsen, de ziekenhuisgeneesheren ten opzichte van de beoefenaars van paramedische beroepen vergoed door middel van honoraria en die in hetzelfde type instellingen werken, de geneesheren die in privé-ziekenhuizen werken ten opzichte van hen die in openbare ziekenhuizen werken en tot slot de ziekenhuisgeneesheren ten opzichte van de andere vrije beroepen.

A.56. Het tweede onderdeel klaagt een discriminatie van de privé-ziekenhuizen ten opzichte van de openbare ziekenhuizen aan.

A.57. Het derde onderdeel beroept zich op een discriminatie ten nadele van patiënten verzorgd buiten de ziekenhuisinstellingen, ten gunste van patiënten opgenomen in de diensten spoedgevallen of intensieve verzorging, ten nadele van niet-begeleide kinderen, die kwetsbaarder kunnen zijn dan de kinderen begeleid door een ouder, en tot slot ten nadele van begeleide patiënten andere dan kinderen, zoals bejaarden of echtgenoten.

A.58. In een vierde onderdeel verwijt het middel de bestreden bepalingen onevenredig te zijn ten opzichte van het beoogde doel, doordat dat doel ruimschoots is bereikt sinds 1995 zowel wat de W.I.G.W. (weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen), als wat de andere minder goedgeoede categorieën van de bevolking betreft, doordat die bepalingen ertoe leiden dat die laatstgenoemde categorieën niet minder betalen, waarbij het systeem van de overeenkomst hen reeds de toegang tot de zorgverlening in een ziekenhuisomgeving tegen Z.I.V.-tarieven waarborgt, doordat het enige effect ervan zal zijn dat het hotelverblijf toegankelijker wordt en niet de gezondheidszorg op zich, doordat het budget van de ziekenhuizen en dus de kwaliteit van de zorgverlening zullen verminderen aangezien de rijkste patiënten minder zullen betalen, en tot slot doordat ze afbreuk doen aan het beginsel volgens hetwelk elke geneesheer vrij is zich ertoe te engageren de overeenkomst geneesheren-ziekenhuizen al dan niet na te leven, waarbij zo de wezenlijke inhoud van het systeem wordt uitgehouden.

Wat derde middel betreft

A.59. Het middel is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang met de artikelen 16 en 23 ervan, artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, de artikelen 6 en 8 van de wet van 10 december 1997 tot reorganisatie van de gezondheidszorg, artikel 2 van de wet van 16 april 1998 tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78, alsmede de algemene beginselen van evenredigheid en rechtszekerheid.

A.60. De verzoekers verwijten de bestreden bepalingen aangenomen te zijn zonder voorafgaand overleg met de geneesheren, terwijl over de kwestie moest worden onderhandeld binnen de overlegcomités opgericht op grond van artikel 8 van de wet van 10 december 1997, waarbij op discriminerende wijze afbreuk wordt gedaan aan het recht van de geneesheren op beloning, alsmede aan hun eigendomsrecht.

Wat het vierde middel betreft

A.61. Het middel is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang met de artikelen 3, onder g), (ex artikel 5) en 81 (ex artikel 85) van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap, doordat de bestreden bepalingen op discriminerende wijze afbreuk te doen aan de Europese concurrentieregels vervat in de voormelde artikelen.

Wat het vijfde middel betreft

A.62. Het middel is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang met de artikelen 3, 6, 10, 49, 50, 51, 52, 53, 54 en 55 van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap, doordat de bestreden bepalingen de honoraria van geneesheren in een ziekenhuisomgeving naar boven toe begrenzen, waarbij zo de geneesheer uit de Europese Unie die niet is gevestigd in België wordt verhinderd enige economische winst te halen uit het verstrekken van verzorging in een Belgisch ziekenhuis aangezien hij, terwijl hij de prijzen van de overeenkomst toepast, alle kosten die met name gebonden zijn aan zijn verplaatsing zal moeten afschrijven.

*Standpunt van de Ministerraad**Wat het eerste middel betreft*

A.63. De Ministerraad verwijst naar de argumenten uitgewerkt in antwoord op het eerste middel van het beroep in de zaak nr. 1748 (A.31).

Wat het tweede middel betreft

A.64. Ten aanzien van het eerste onderdeel verwijst de Ministerraad naar de argumenten uiteengezet in de zaak nr. 1748 in antwoord op verschillende onderdelen van het tweede middel.

A.65. Datzelfde geldt voor het tweede onderdeel. De Ministerraad voegt eraan toe dat geen enkel statistisch of wiskundig element aantoonde dat de privé-ziekenhuizen door de vermindering van de honoraria van de ziekenhuisgeneesheren geen enkele zekerheid zouden hebben om het budgettaire evenwicht te bereiken. Hij merkt op dat de ziekenhuisgeneesheren in de openbare ziekenhuizen of in de privé-ziekenhuizen op dezelfde wijze worden geraakt, waarbij de ontvangsten er op gelijksoortige wijze afnemen. In de veronderstelling dat ze bestaat zou een discriminatie haar oorsprong vinden in de artikelen 109, 110, 139bis en 140 van de wet op de ziekenhuizen. Die verschillen zijn bovendien verantwoord door de aard en de opdracht van de ziekenhuizen opgericht door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

A.66. Ten aanzien van het derde onderdeel verwijst de Ministerraad naar de argumenten uiteengezet tijdens het onderzoek van het tweede middel, eerste, tweede en derde onderdeel, in de zaak nr. 1748.

Hij voegt eraan toe dat de gevallen van bejaarden of gehuwden vergezeld van een bloedverwant of hun echtgenoot tijdens het verblijf in het ziekenhuis zeldzame gevallen zijn en dat het het Hof niet toekomt zich in de plaats te stellen van de wetgever om te beslissen dat die gevallen ook in de bestreden bepalingen moeten worden beoogd.

A.67. Ten aanzien van het vierde onderdeel herinnert de Ministerraad eraan dat de beoogde doelstelling die is van doorzichtigheid en daadwerkelijke tariefzekerheid, waarbij de toegang tot de zorg er slechts het gevolg van is. Hij analyseert de nationale overeenkomst geneesheren-ziekenfondsen van 20 juni 1988 en leidt daaruit af dat het verkeer is te stellen dat in geval van opname enkel de opname in een meerpersoonskamer van een begunstigde die beschikt over inkomsten lager dan de bepaalde maximumwaarden het mogelijk zou maken de onderhandelde tarieven te genieten. Hij is van mening dat terwijl de toegang tot het Z.I.V.-tarief voor de W.I.G.W.-begunstigden is gerealiseerd sinds 1995, het aangevochten systeem de bescherming versterkt ten opzichte van alle begunstigden met een laag inkomen, die niet allen tot de categorie van de W.I.G.W. behoren. Hij herinnert aan de rechtsspraak van het Hof inzake de sociale zekerheid en de grenzen van zijn evenredigheidcontrole. Hij betwist dat de bestreden bepalingen een positieve discriminatie invoeren, waarbij de zorg erin bestaat alle personen met laag inkomen te beschermen. Hij herhaalt dat artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen in samenhang met de bepalingen van de overeenkomst geneesheren-ziekenfondsen de praktijk van de honoraria tegen Z.I.V.-tarief al waarborgde in geval van opname in een twee- of meerpersoonskamer. Hij verwerpt de stelling volgens welke de ziekenhuisgeneesheren de geneeskunde minder goed zouden uitoefenen om reden van de in het geding zijnde bepalingen en onderstreept dat de vrijheid al dan niet toe te treden niet werd gewijzigd.

Wat het derde middel betreft

A.68. De Ministerraad verwijst naar de argumenten uiteengezet in antwoord op het tweede middel, vierde onderdeel, in de zaak nr. 1748 en herinnert de tekst van artikel 8 van de wet van 10 december 1997 tot reorganisatie van de gezondheidszorg.

Wat het vierde middel betreft

A.69. De Ministerraad verwijst naar het antwoord dat hij heeft gegeven op het tweede middel, laatste onderdeel, in de zaak nr. 1748 en onderstreept de cirkelredenering in de stelling volgens welke de medische honoraria toegepast in België bijzonder laag zouden zijn in verhouding tot andere Lid-Staten van de Gemeenschap.

Wat het vijfde middel betreft

A.70. De Ministerraad antwoordt dat de bestreden bepalingen geen enkele voorwaarde opleggen voor de uitoefening van de geneeskunde in België, dat ze geen afbreuk doen aan het vrije verkeer van personen en diensten en dat geen duidelijke vertraging van de vestiging in België van ziekenhuisgeneesheren uit de Europese Unie noch een uittocht van Belgische ziekenhuisgeneesheren naar het buitenland worden aangediend.

Antwoord van de verzoekende partijen

Wat het eerste middel betreft

A.71. De verzoekende partijen antwoorden dat de bestreden bepalingen de vergoeding van de geneesheren raken en de verhouding tussen de zorgverstrekker en zijn begunstigde betreffen en niet de verzekeraar en het systeem van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Ze betwisten dat de wetgeving ter zake die verhoudingen zou hebben geregeld, waarbij de verwarring tussen de twee bevoegdheden haar oorsprong vindt in het feit dat in 1963, voordat de gemeenschappen bestonden, de geneesheren hebben aanvaard dat een deel onder hen hun tarieven zouden laten overeenstemmen met de terugbetalingsregels. Ze herinneren aan het uitzonderlijke karakter van de federale bevoegdheid inzake het gezondheidsbeleid en vermelden het arrest nr. 83/98 van het Hof, waarbij de tarifiering van handelingen niet onder die bevoegdheid valt, wat de wet van 29 april 1999, waarin de wetgever zich van het regelen van de tarifiering van prestaties heeft onthouden, bevestigt.

Ze betwisten dat de doorzichtigheid en tariefzekerheid doelstellingen zijn van de sociale zekerheid en zijn van mening dat de tarifiering van honoraria noch onder het prijsbeleid noch onder de bescherming van de consumenten valt.

Wat het tweede middel betreft

A.72. Wat de aangevoerde discriminatie tussen geneesheren betreft beklemtonen de verzoekende partijen dat de Ministerraad niet aantoonde dat de tariefzekerheid en de doorzichtigheid beter zouden zijn verzekerd in de ambulante geneeskunde, terwijl daar geen enkele regel bestaat, en ze bekritisieren de methode die erin bestaat zich te baseren op peilingen uitgevoerd door pressiegroepen of verzekeringsinstellingen.

Ze verwijten de Ministerraad het respectieve aandeel van de medische en paramedische handelingen in een ziekenhuisomgeving niet aan te tonen en zijn van mening dat als die aan de basis ligt van het « informatietekort », het niet verantwoord is door middel van de bestreden maatregelen de geneesheren te raken, met uitsluiting van de paramedische beroepen of de medische handelingen met overeenkomst.

Voor het overige sluiten hun argumenten zich aan bij die van de verzoekende partijen in de zaak nr. 1748.

A.73. Wat de aangevoerde discriminatie tussen ziekenhuizen betreft, herhalen de verzoekende partijen dat die wordt veroorzaakt door de bestreden bepalingen en niet door de wet op de ziekenhuizen. Ze stellen dat de privé-ziekenhuizen niet kunnen wachten tot ze failliet worden verklaard om de gevolgen van de bestreden bepalingen aan te klagen en onderstrepen dat niet werd geantwoord op het argument volgens hetwelk een aantal ziekenhuizen een beroep zullen kunnen doen op de overheid om hun financiële moeilijkheden te overwinnen en andere niet. Ze zijn van mening dat vanaf het ogenblik waarop de privé-ziekenhuizen, die niet door de overheid worden gesubsidieerd, geen honorariumsupplementen meer kunnen factureren de financiering en het evenwicht van het systeem zijn aangetast. Ze zijn van mening dat de mogelijkheid die aan de begunstigden van de verzekering wordt geboden om zich te richten tot de instelling van hun keuze, wordt tenietgedaan aangezien het bestaan van de privé-ziekenhuizen in het geding wordt gebracht.

A.74. Wat de discriminatie tussen patiënten betreft, twijfelen de verzoekende partijen aan het bestaan van het « informatietekort » en vooral aan het toeschrijven ervan aan de ziekenhuisomgeving; ze beklemtonen dat 70 tot 80 pct. van de gevallen die zich aanmelden in de dienst spoedgevallen geen spoedgevallen zijn en onderstrepen dat het niet uitmaakt of een deel van de discriminatie al eerder bestond. Ze herhalen dat kinderen worden opgenomen in een eenpersoonskamer, zelfs als ze niet begeleid zijn, en houden staande dat het niet zeldzaam is dat volwassenen zouden worden begeleid.

A.75. Wat de door hen aangevochten bepalingen betreft, handhaven de verzoekende partijen hun argumentatie en ze preciseren dat de vermindering van de financiële middelen noodzakelijkerwijs de mogelijkheid zal beperken gebruik te maken van een aantal medische technieken, die niet meer zullen kunnen worden afgeschreven of betaald. Ze onderstrepen dat de bestreden maatregelen en de doelstelling van doorzichtigheid en tariefzekerheid totaal niet op elkaar zijn afgestemd.

Wat het derde middel betreft

A.76. De verzoekende partijen voegen aan hun argumentatie toe dat het ontbreken van overleg des te ontoelaatbaarder is daar de bestreden bepalingen zelf geen in enkele vorm van overleg voorzien waarbij de geneesheren zouden zijn betrokken.

Wat het vierde middel betreft

A.77. De verzoekende partijen houden staande dat het invoeren van maximumtarieven de concurrentie beperkt.

Wat het vijfde middel betreft

A.78. De verzoekende partijen doen opmerken dat het hen niet toekomt de migratiestromen van geneesheren binnen de Europese Unie aan te tonen terwijl de Belgische Staat over de geëigende instrumenten beschikt om dat te doen.

— B —

Ten aanzien van de bepalingen die verbonden zijn met de aangevochten bepalingen

B.1. Krachtens artikel 15 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967, dat betrekking heeft op de uitoefening van de geneeskunst, hebben de geneesheren, mits eerbiediging van de regelen van de plichtenleer, recht op honoraria of forfaitaire bezoldigingen voor de door hen geleverde prestaties. Het tweede lid van hetzelfde artikel bevestigt het principe van de vrije bepaling van de honoraria van de geneesheren, onder voorbehoud van de bevoegdheid, in geval van betwisting, van de orde waaronder zij ressorteren of van de rechtbanken. Die vrijheid wordt uitgeoefend « 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 ».

Artikel 50, § 6, tweede lid, *in fine*, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, hierna genoemd de ziekteverzekeringswet, bepaalt dat de geneesheer zijn honoraria vrij bepaalt voor de verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zouden zijn opgenomen.

B.2. Artikel 35, § 1, van de ziekteverzekeringswet machtigt de Koning tot het vaststellen van de nomenclatuur die de geneeskundige verstrekkingen opsomt, die de betrekkelijke waarde ervan bepaalt en die met name de toepassingsregels ervan vaststelt, alsook de bekwaming waarover de persoon dient te beschikken die gemachtigd is om elk van die verstrekkingen te verrichten. Paragraaf 2 bepaalt de procedure die de Koning in acht moet nemen als Hij wijzigingen aanbrengt in de nomenclatuur.

B.3. Artikel 50 van dezelfde wet bepaalt dat de betrekkingen tussen representatieve beroepsorganisaties van het geneesherencorps en de verzekeringsinstellingen worden geregeld door akkoorden (§ 1). Die akkoorden worden gesloten binnen de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen die bij de wet is georganiseerd (§§ 2 tot 5). Zij stellen inzonderheid de honoraria vast die ten opzichte van de rechthebbenden van de verzekering nageleefd moeten worden door de geneesheren die geacht worden tot de akkoorden toegetreden te zijn (§ 6).

B.4. Artikel 35, § 1, derde lid, van de ziekteverzekeringswet verplicht de geneesheren, in het raam van een georganiseerde wachtdienst, zelfs indien zij de voormelde akkoorden niet hebben onderschreven, tot het naleven van de maximumhonoraria ten opzichte van bepaalde categorieën van patiënten.

Artikel 138, § 3, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 8 augustus 1987, zoals het van kracht was bij de aanneming van de aangevochten bepalingen, verplichtte de medische raad van het ziekenhuis ertoe te waarborgen dat de patiënten opgenomen in een twee- of meerpersoonskamer zouden kunnen worden verzorgd tegen de tarieven waarin de akkoorden voorzien.

B.5. Tot slot organiseert artikel 139 van de wet op de ziekenhuizen de informatie voor de patiënten door de beheerder van het ziekenhuis te verplichten hen in staat te stellen de lijst te raadplegen die de verbintenistarieven vermeldt, alsmede de namen van de ziekenhuisgeneesheren die zich ertoe hebben verbonden die tarieven toe te passen en van hen die zich niet daartoe hebben verbonden. Het koninklijk toepassingsbesluit van 3 oktober 1991 bepaalt de regels betreffende de mededeling aan de patiënten van de supplementen die van hen kunnen worden gevraagd.

Ten aanzien van de ontstaansgeschiedenis van de aangevochten bepalingen

B.6. Bij artikel 99 van de wet van 22 februari 1998 houdende sociale bepalingen heeft de wetgever voor het eerst in de ziekteverzekeringswet een artikel 50*bis* ingevoerd volgens hetwelk in vier gevallen die dezelfde zijn als die welke zijn ingeschreven in paragraaf 1 van het nieuwe artikel 50*bis*, ingevoerd bij de bestreden bepalingen, de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming de maximumhonoraria vormen die kunnen worden geëist. Die beperking was van toepassing « ongeacht of de geneesheer verbonden is door een akkoord bedoeld in artikel 50 ».

B.7. Die bepaling vindt haar oorsprong in twee wetsvoorstellen. Het ene wilde strijden tegen de vrije prijsbepaling van de supplementen voor de patiënten opgenomen in een eenpersoonskamer, om reden dat de door de ziekenhuizen gevraagde supplementen onderling zeer sterk verschillen terwijl objectieve criteria niet steeds die verschillen verantwoorden en terwijl de patiënt voor een voldongen feit wordt geplaatst aangezien hij meestal niet « vrij » een ziekenhuis kiest. Het voorstel wilde de « tariefzekerheid » waarborgen (*Parl. St.*, Kamer, 1996-1997, nr. 977/1).

Het tweede onderstreepte dat « de verzekering van de toegang tot de gezondheidszorg, in het bijzonder voor sociaal kwetsbare groepen, en de betaalbaarheid van een kwalitatief hoogstaande verzorging als essentiële doelstellingen » waren vooropgesteld. Het ging ervan uit dat « de toegankelijkheid van de gezondheidszorg bedreigd [blijft] omdat er bij een ziekenhuisopname, naast de remgelden, allerhande supplementen gevraagd worden ». Het vermeldde een onderzoek volgens hetwelk « een identieke verzorging [...] de patiënt 33 keer meer [kan] kosten afhankelijk van het ziekenhuis waarin hij wordt opgenomen ». Hetzelfde onderzoek onderstreepte dat « de aangerekende supplementen kunnen oplopen tot het tienvoudige van het verbintenistarief » (*Parl. St.*, Kamer, 1996-1997, nr. 982/1).

B.8. Bepalingen met dezelfde doelstelling werden opgenomen in het ontwerp van wet houdende sociale bepalingen. Tijdens de parlementaire debatten beklemtoonde de bevoegde minister « het belang van de tariefzekerheid », waarbij ze onderstreepte dat « in 1997 [...] de regering niet anders [kon] dan over te gaan tot een gedwongen en willekeurig bepaalde vermindering van de prestaties ten belope van 2 en 3 %. De artsenstand zag haar kans schoon en greep dat voorwendsel aan om te stellen dat de overeenkomst opgeblazen was ». Ze voegde eraan toe dat, tegen alle verwachtingen in, de partners erin waren geslaagd een overeenkomst artsen-ziekenfondsen te sluiten en dat het « in die onverwachte context [...] het de regering er vooral om te doen [is] niemand voorwendsels in handen te spelen waardoor de zopas herwonnen tariefzekerheid weer teniet kan worden gedaan. Zodoende kan, in een eerste fase, werk worden gemaakt van de procedure voor instemming met de overeenkomst artsen-ziekenfondsen » (*Parl. St.*, Kamer, 1996-1997, nr. 1184/14, pp. 35 en 36).

B.9. Artikel 50*bis*, ingevoerd in de ziekteverzekeringswet bij de wet van 22 februari 1998 houdende sociale bepalingen, werd vervangen door de bestreden bepaling van de wet van 25 januari 1999 houdende sociale bepalingen, waarbij de inwerkingtreding was vastgesteld op dezelfde datum als die van het oude artikel 50*bis*: 1 december 1998.

B.10. De nieuwe bepaling van artikel 50bis bevat hoofdzakelijk drie soorten maatregelen :

1. Als er geen overeenkomst geneesheren-ziekenfondsen is mogen de honoraria de verzekeringstegemoetkoming in vier gevallen niet overschrijden, namelijk indien de verstrekkingen worden verleend :

- a) in het raam van een georganiseerde wachtdienst,
- b) in het raam van een opname in een dienst intensieve verzorging,
- c) aan patiënten die in een twee- of meerpersoonskamer zijn opgenomen, of in een eenpersoonskamer als de patiënt heeft gevraagd daar te worden opgenomen om medische redenen,
- d) aan kinderen die samen met een begeleidende ouder in het ziekenhuis worden opgenomen.

2. Als er een overeenkomst bestaat wordt hetzelfde maximum opgelegd aan alle al dan niet verbonden geneesheren, in de gevallen vermeld onder a), b) en d). In de gevallen beschreven onder c), verklaart de Koning de honoraria die uit de overeenkomst voortvloeien, algemeen verbindend, en zulks tot 31 december 1999 en eventueel vanaf 1 januari 2000, na advies van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen.

3. De Koning kan bij een in Ministerraad overlegd besluit de maximumhonoraria en de supplementen bepalen die door al dan niet verbonden geneesheren kunnen worden geëist van patiënten die op hun uitdrukkelijk verzoek en zonder dat dit noodzakelijk is voor hun behandeling worden opgenomen in een eenpersoonskamer.

De tekst komt uit een amendement neergelegd door de auteurs van de onder B.7 vermelde wetsvoorstellen (*Parl. St., Kamer, 1997-1998, nr. 1722/11, p. 5*). Het werd met name aangevochten door een amendement dat onderstreept dat voortaan de betekenis van het akkoordenstelsel voor de artsen die in een ziekenhuis werken volledig uitgehold was. Er werd herhaald dat de ontwerp tekst financiële problemen dreigde te veroorzaken in de ziekenhuissector en er werd in herinnering gebracht dat de akkoorden steeds de sociale tarieven hadden voorbehouden « aan personen met een klein of middelgroot inkomen » (*Parl. St., Kamer, 1997-1998, nr. 1722/6, p. 4*).

B.11. Uit het geheel van de parlementaire stukken die geleid hebben tot de bestreden maatregelen, blijkt dat de wetgever het stelsel van akkoorden tussen de representatieve beroepsorganisaties van het geneesherenkorps en van de tandheelkundigen enerzijds en de verzekeringsinstellingen anderzijds, zoals geregeld in artikel 50 van de ziekteverzekeringwet, heeft willen handhaven en bepalingen eraan heeft toegevoegd die tot doel hebben de tariefzekerheid te waarborgen ten aanzien van alle gerechtigden en alle geneesheren in de vier situaties bedoeld in paragraaf 1 en paragraaf 2 en in de situatie bedoeld in paragraaf 3 van het bestreden artikel 50bis.

Ten aanzien van de middelen afgeleid uit de schending van de bevoegdheidsverdelende regels

B.12. Naar luid van artikel 5, § 1, I, 1°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen zijn de gemeenschappen, wat het gezondheidsbeleid betreft, bevoegd inzake « het beleid betreffende de zorgenverstreking in en buiten de verplegingsinrichtingen » met uitzondering van de materies opgesomd onder a) tot g). Onder die uitzonderingen bevindt zich de ziekte- en invaliditeitsverzekering (c). Die aangelegenheid valt dus enkel onder de bevoegdheid van de federale overheid.

B.13. De bestreden bepalingen hebben hoofdzakelijk betrekking op het toepassingsgebied van de overeenkomsten gesloten tussen de beroepsorganisaties en de verzekeringsinstellingen, zoals daarin is voorzien en zoals ze zijn georganiseerd bij artikel 50 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Zij vallen dus onder de aangelegenheid van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

B.14. Doordat de bestreden bepalingen de maximumhonoraria die kunnen worden geëist beperken tot de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming, breiden ze het toepassingsgebied van de overeenkomsten weliswaar uit tot buiten het domein van de ziekte- en invaliditeitsverzekering zelf, aangezien ze raken aan het deel van de honoraria dat door de patiënt zelf wordt betaald. Daaruit volgt echter niet dat ze zich de aangelegenheid van de zorgverstreking, toegewezen aan de gemeenschappen, zouden toeëigenen. Ze houden verband met een essentieel kenmerk van de betrekking tussen de geneesheer en de patiënt, waarbij ze erover waken voor de patiënt de « zekerheid » van de tarieven en de doorzichtigheid ervan, noodzakelijk voor de toegang tot de medische zorg, te waarborgen. Er kan worden aangenomen dat, te dezen, dergelijke maatregelen verband houden met de uitoefening van de geneeskunst, die een federale aangelegenheid is gebleven.

B.15. De middelen afgeleid uit de schending van de bevoegdheidsverdelende regels zijn niet gegrond.

Ten aanzien van het geheel van de middelen met betrekking tot discriminaties in strijd met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet in samenhang gelezen met rechten voortvloeiend uit bepalingen van nationaal en internationaal recht, met uitzondering van artikel 23 van de Grondwet

B.16. Uit de parlementaire voorbereiding van de bestreden bepalingen blijkt dat de regels die ze bevatten het evenwicht, in de federale organisatie van de gezondheidszorg, in het geding brengen tussen twee doelstellingen die betrekking hebben op de geneeskunst: enerzijds, de gelijke toegang tot een kwaliteitsgezondheidszorg tegen een redelijke prijs, met daaraan gekoppeld de zekerheid en doorzichtigheid van de tarieven en, anderzijds, de bekommernis een billijke vergoeding voor de zorgverstrekkers te verzekeren, door het principiële behoud van de vrije honoraria te waarborgen. De wetgever heeft die dubbele doelstelling geconcretiseerd door het sluiten van overeenkomsten tussen de beroepsorganisaties en de verzekeringsinstellingen te bevorderen. Hij heeft de geneesheren aangezet tot het onderschrijven van de gesloten overeenkomsten, waarbij buiten die overeenkomsten de vrijheid tot het vastleggen van de honoraria werd behouden.

B.17. De bestreden bepalingen geven tegelijk blijk van de wil om het toepassingsgebied van de overeenkomsten te verruimen door deze algemeen verbindend te verklaren voor de niet tot de overeenkomst toetredende geneesheren in situaties die de wetgever behartenswaardig acht, en om te verhinderen dat de residuele vrijheid het mogelijk zou maken buitensporige honoraria aan te rekenen wanneer de patiënt kiest voor opname in een eenpersoonskamer.

B.18. Er bestaat geen twijfel over dat de bestreden bepalingen de vrijheid tot het vastleggen van de door de ziekenhuisgeneesheren geëiste honoraria aanzienlijk verminderen en dat ze kunnen leiden tot het afremmen van de ziekenhuisinvesteringen in technologische uitrusting. De op dit punt door de verzoekende partijen geuite kritiek is gebaseerd op een relevante analyse van de mogelijke gevolgen van die bepalingen. De bestreden maatregelen vertalen de bedoeling van de wetgever om, in welbepaalde gevallen, de belangen van de patiënten boven die van de geneesheren te stellen.

B.19. Het verzoeken van dergelijke belangen valt onder de beoordelingsbevoegdheid van de wetgever doordat het politieke keuzes veronderstelt die het Hof niet vermag te toetsen.

B.20. Het Hof zou de keuzes van de wetgever slechts kunnen laken als ze blijk gaven van een onverantwoord verschil in behandeling of van onevenredigheid tussen de aangewende middelen en het beoogde doel.

Ten aanzien van artikel 50bis, §§ 1 en 2

B.21. Doordat ze voor een groot deel in een gelijke behandeling voorzien voor geneesheren die tot de overeenkomsten zijn toegetreden en voor diegenen die hebben geweigerd dat te doen, behandelen de bepalingen categorieën van personen die zich in essentieel verschillende situaties bevinden op dezelfde manier. Dergelijke maatregelen zijn in principe onverenigbaar met het gelijkheidsbeginsel. Ze lijken des te minder te kunnen worden verantwoord daar de geneesheren met overeenkomst sociale voordelen genieten die de geneesheren zonder overeenkomst worden geweigerd.

B.22. Zodra echter de beslissing om al dan niet tot de overeenkomst toe te treden aan de beoordeling van de geneesheren wordt overgelaten en zodra elkeen vrij het belang kan bepalen dat hij erbij heeft dat doen, kunnen de bestreden maatregelen niet *a priori* als discriminerend worden beschouwd. De druk die die maatregelen op de keuzevrijheid van de geneesheren uitoefenen, dermate dat hun belang bij het weigeren van de toetreding aanzienlijk vermindert, moet bovendien redelijk verantwoord zijn.

B.23. Door de aangeklaagde beperkingen van toepassing te verklaren in de gevallen beoogd onder *a)* en *b)* van de eerste en de tweede paragraaf van artikel 50bis, heeft de wetgever een maatregel genomen die redelijk verantwoord is. Er kan worden vermoed dat de personen die in een wachtdienst of een dienst intensieve verzorging zijn opgenomen, niet de mogelijkheid hadden het tarief van de verzorging dat op hen zou worden toegepast te beoordelen en te bespreken.

Hetzelfde geldt voor het geval bedoeld in artikel 50bis, § 1, *c)*, en in artikel 50bis, § 2, tweede lid: het is niet onredelijk te vermoeden dat de patiënten die hebben gevraagd te worden opgenomen in een twee- of meerpersoonskamer niet over de middelen beschikken om supplementen te betalen bovenop het tarief dat als grondslag dient voor de verzekeringstegemoetkoming of bovenop de honoraria die uit de overeenkomst voortvloeien. Het is evenmin onverantwoord dat vermoeden uit te breiden tot het geval waarin de patiënten om medische redenen een eenpersoonskamer hebben gevraagd.

B.24. Het geval beoogd onder *d)* van artikel 50bis, § 1, en onder *c)* van artikel 50bis, § 2, is evenmin onredelijk. De wens van een ouder om zijn opgenomen kind te begeleiden kan als gewettigd worden beschouwd en het is verantwoord de last die op hem rust niet te verzwaren. Het nadeel dat de maatregel voor de niet gebonden geneesheren kan veroorzaken, is niet kennelijk onredelijk.

B.25. Het is tevens waar dat de in het geding zijnde maatregelen leiden tot het verschillend behandelen van ziekenhuisgeneesheren in vergelijking met andere geneesheren, van diezelfde geneesheren in vergelijking met andere zorgverstrekkers in een ziekenhuisomgeving, en van een aantal specialisten in vergelijking met andere specialisten of met huisartsen. Die maatregelen zouden ook verschillende gevolgen kunnen hebben voor de geneesheren die in privé-ziekenhuizen werken in vergelijking met diegenen die hun activiteiten in openbare ziekenhuizen uitoefenen. Het is evident dat de ziekenhuisgeneesheren anders worden behandeld dan personen die andere vrije beroepen uitoefenen.

B.26. De bestreden bepalingen hebben tot gevolg dat de in een ziekenhuis opgenomen patiënten anders worden behandeld dan diegenen die een beroep doen op de ambulante geneeskunde en dat de patiënten opgenomen in een eenpersoonskamer anders worden behandeld dan diegenen die zijn opgenomen in een twee- of meerpersoonskamer.

B.27. Het is waarschijnlijk dat de openbare ziekenhuizen makkelijker de financiële gevolgen van de bestreden maatregelen zullen kunnen opvangen dan de privé-ziekenhuizen.

B.28. Tot slot is niet uitgesloten dat de bestreden maatregelen in de praktijk nadelige gevolgen blijken te hebben voor de inkomsten van de geneesheren, voor de middelen van de ziekenhuizen, voor de kwaliteit van de zorgverlening, voor het evenwicht van de overeenkomsten, of zelfs voor het systeem van de overeenkomsten zelf.

B.29. Noch uit de verschillen in behandeling, noch uit de door de verzoekende partijen aangehaalde nadelen is echter nu reeds een duidelijke beoordelingsfout aanwijsbaar.

B.30.1. Aangezien de wetgever zich tot taak stelt de toegang tot de gezondheidszorg te waarborgen door de tariefzekerheid en de doorzichtigheid in de ziekenhuissector te verbeteren en de misbruiken die zich er zouden hebben voorgedaan te vermijden, hebben de door hem genomen maatregelen onvermijdelijk gevolgen die slechts in die sector voelbaar zijn, waarbij het onredelijk zou zijn ze uit te breiden tot sectoren waar de noodzaak van identieke maatregelen zich niet op een vergelijkbare wijze doet voelen.

B.30.2. Ten aanzien van de onevenredige gevolgen die de bestreden maatregelen zouden hebben, berusten de beweringen van de verzoekers op hypothesen die niet van waarschijnlijkheid verstoken zijn, maar men kan niet met zekerheid stellen dat die gevolgen een dergelijke omvang zullen aannemen dat ze de maatregelen discriminerend zouden maken. Het gaat om elementen die het voorwerp moeten uitmaken van een concrete evaluatie en die in voorkomend geval redenen zullen kunnen aangeven voor correcties en voorstellen in het kader van de onderhandelingen die worden gevoerd binnen de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen. Het Hof zou zich mengen in budgettaire evaluaties die tot het domein van de politieke keuzes behoren en het zou de evenwichten van de paritaire onderhandelingen verstoren als het een oordeel zou vellen over de economische gevolgen die de bestreden bepalingen kunnen hebben.

B.30.3. Tot slot oefenen de geneesheren hun activiteit uit in de gezondheidssector, die georganiseerd is volgens het principe van de onderlinge risicoverdeling en waarvan het deficit uiteindelijk wordt gedragen door de gemeenschap. Dergelijke bijzonderheden maken het niet mogelijk hen inzake het bepalen van de honoraria te vergelijken met alle andere personen die een vrij beroep uitoefenen.

B.31. De middelen die de voormelde discriminaties aanklagen zijn niet gegrond.

Ten aanzien van artikel 50bis, § 3

B.32. Artikel 50bis, § 3, bepaalt:

« De Koning kan bij een in Ministerraad overlegd besluit, de maximum honoraria en de maximum honorarium-supplementen bepalen die door de al dan niet verbonden geneesheren kunnen geëist worden indien de verstrekkingen worden verleend aan patiënten die op hun uitdrukkelijk verzoek en zonder dat dit noodzakelijk is voor hun behandeling worden opgenomen in een eenpersoonskamer.

Hij stelt op dezelfde wijze vast welke informatie door de geneesheer of door de ziekenhuisbeheerder aan de patiënten moet worden gegeven en volgens welke nadere regels deze informatie kan worden verstrekt. »

B.33. Het staat aan de wetgever, aan wie artikel 23, derde lid, 2°, van de Grondwet de verplichting oplegt het recht op de bescherming van de gezondheid te waarborgen, om de honoraria en de honorariumsupplementen vast te stellen wanneer de bij de wet voorgeschreven onderhandelingsprocedures zulks niet mogelijk hebben gemaakt. Het recht op collectief onderhandelen, zou niet zo ver kunnen gaan de overheid haar beslissingsrecht te ontnemen wanneer de onderhandelingen niet tot een overeenkomst leiden.

B.34. De aangevochten bepaling is evenmin onverzoenbaar met de regels vermeld in artikel 15 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 dat betrekking heeft op de geneeskunst. Het tweede lid van dat artikel legt immers het beginsel vast van het vrij bepalen van de honoraria, onverminderd, onder meer, de toepassing van de eventueel « door of krachtens de wet » vastgestelde bedragen.

B.35. Zoals het is geformuleerd, behandelt artikel 50bis, § 3, evenwel op gelijke manier personen die zich in essentie verschillende situaties bevinden. Enerzijds, legt het aan de Koning de verplichting op om de « al dan niet verbonden » geneesheren, zonder merkbare verantwoording, gelijk te behandelen, niettegenstaande de in B.25 vermelde verschillen. Anderzijds, geeft het aan de Koning een identieke bevoegdheid, zonder te onderscheiden of de overeenkomsten de kwestie van de maximumhonoraria en de maximumhonorariumsupplementen hebben geregeld, terwijl tijdens de parlementaire voorbereiding steeds is herhaald dat het Parlement gehecht blijft aan de inachtneming van de overeenkomsten, en ook de nadruk is gelegd op de wens van de Regering dat in de overeenkomsten bepalingen betreffende de honorariumsupplementen zouden worden opgenomen.

B.36. Daaruit volgt dat de bepaling twee soortgelijke behandelingen van verschillende personen bevat zonder dat de eerste op een aanvaardbare manier wordt verantwoord en terwijl de tweede in strijd is met één van de doelstellingen van de wetgever.

B.37. Artikel 50bis, § 3, moet worden vernietigd.

Ten aanzien van de middelen afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 in samenhang gelezen met artikel 23 van de Grondwet en met andere rechten voortvloeiend uit bepalingen van internationaal en nationaal recht

B.38. Artikel 23 van de Grondwet bepaalt :

« 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 :

1° het recht op arbeid en op de vrije keuze van beroepsarbeid in het raam van een algemeen werkgelegenheidsbeleid dat onder meer gericht is op het waarborgen van een zo hoog en stabiel mogelijk werkgelegenheidspeil, het recht op billijke arbeidsvoorwaarden en een billijke beloning, alsmede het recht op informatie, overleg en collectief onderhandelen;

[...]. »

B.39. Het Hof is niet bevoegd om na te gaan of een wetsbepaling artikel 23 van de Grondwet schendt, behalve als die schending wordt aangevoerd in samenhang met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet en als blijkt dat een categorie van personen door een wetgever, zonder redelijke verantwoording, een van de bij die bepaling erkende rechten geweigerd wordt, terwijl dezelfde wetgever dat recht aan een andere, ermee vergelijkbare categorie van personen waarborgt.

B.40. De verzoekende partijen in de zaken nrs. 1752 en 1753 verwijten de wetgever de bestreden bepalingen te hebben aangenomen zonder voorafgaande onderhandeling binnen de overlegcomités die met toepassing van de wet van 10 december 1997 tot reorganisatie van de gezondheidszorg werden opgericht. Ze voegen eraan toe dat dat verzuim tot gevolg heeft dat aan « de rechten op beloning » op discriminerende wijze afbreuk wordt gedaan.

B.41. De toetsing van het Hof aan de artikelen 10 en 11 van de Grondwet slaat op de bestaanbaarheid met die artikelen van de inhoud van een wetsbepaling en niet op de naleving van vormvoorschriften die zouden zijn opgelegd met betrekking tot de totstandkoming van zulk een bepaling.

Het middel betreft niet de inhoud van de bestreden wet, maar wel de wijze van totstandkoming ervan. Het is derhalve vreemd aan de bevoegdheid van het Hof.

B.42. De verzoekende partijen in de zaak nr. 1748 houden in een eerste onderdeel staande dat de bestreden bepalingen afbreuk zouden doen aan het recht op een billijke beloning doordat het tarief dat als grondslag dient voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming de in het geding zijnde medische verstrekkingen niet behoorlijk vergoedt. Ze zijn van mening dat de ziekenhuisgeneesheren vergeleken dienen te worden met « elke persoon die werkt en die recht heeft op een billijke beloning ». Ze geven cijfermatige voorbeelden die volgens hen aantonen dat een aantal verstrekkingen onvoldoende zouden zijn vergoed.

B.43. Het Hof kan niet beoordelen of de medische honoraria — vastgelegd in teksten die vreemd zijn aan zijn bevoegdheid — beantwoorden aan een billijke vergoeding en het kan er niet toe worden gebracht die honoraria te vergelijken met de vergoedingen ontvangen door de rest van de bevolking.

Het middel kan in zijn eerste onderdeel niet worden aangenomen.

B.44. Het middel is in zijn tweede onderdeel gericht tegen paragraaf 3 van artikel 50bis. Het moet niet worden onderzocht aangezien die bepaling moet worden vernietigd, zoals is gesteld in B.37.

Ten aanzien van het middel afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet in samenhang gelezen met het algemene beginsel van de rechtszekerheid

B.45. De verzoekende partijen in de zaak nr. 1737 stellen dat door vijf verschillende honorariumstelsels in te voeren voor de periode van 1 december 1998 tot 31 december 1999, onder voorbehoud van het stelsel van toepassing vanaf 1 januari 2000, de wetgever afbreuk zou hebben gedaan aan de doelstelling van de tariefzekerheid en op discriminerende wijze het algemene beginsel van de rechtszekerheid zou hebben miskend.

B.46. Het door de verzoekende partijen bekritiseerde tempo van de wetswijzigingen wordt verklaard door de noodzaak voor de wetgever om het hoofd te bieden aan de opzegging van de overeenkomst geneesheren-ziekenfondsen, door zijn bekommernis rekening te houden met de nieuw gesloten overeenkomst en door zijn wil de draagwijdte ervan uit te breiden. Die opeenvolgende wijzigingen bemoeilijken weliswaar de toepassing van de opeenvolgende maatregelen, maar ze voeren niet de in het middel aangevoerde discriminatie in.

Ten aanzien van de middelen afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet in samenhang gelezen met de regels van Europees recht inzake mededinging

B.47. In de zaak nr. 1748 stellen de verzoekende partijen dat de bestreden bepalingen, doordat ze de naleving van maximumtarieven in de ziekenhuispraktijk opleggen, op discriminerende wijze de Belgische medische praktijk bevoordelen door aan zorgverstrekkers in de ziekenhuizen van het land de toepassing van andere tarieven dan de opgelegde te verbieden, wat in strijd zou zijn met artikel 3, onder g), in samenhang met de artikelen 4 (ex artikel 3 A), 10 (ex artikel 5) en 81 (ex artikel 85) van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap.

Ze vragen ook dat aan het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen de prejudiciële vraag vermeld onder A.30 zou worden gesteld.

B.48. In de zaken nrs. 1752 en 1753 stellen de verzoekende partijen dat door de naleving van maximumhonorariumtarieven in de medische ziekenhuispraktijk op te leggen, de bestreden bepalingen op discriminerende wijze afbreuk doen aan de Europese regels inzake de mededinging (vierde middel) en dat ze het de geneesheer uit de Europese Unie die niet in België is gevestigd onmogelijk maken enige economische winst te halen uit de zorgverstrekking in een Belgisch ziekenhuis aangezien hij, bij toepassing van de prijzen van de overeenkomst, alle kosten die met name met zijn verplaatsing verbonden zijn zal moeten afschrijven (vijfde middel).

B.49. De regels van het gemeenschapsrecht betreffende het mededingingsrecht zijn niet vreemd aan het gelijkheidsbeginsel aangezien verschillende van die regels tot doel hebben de discriminaties die onverenigbaar zijn met de uitoefening van de economische vrijheden uit de weg te ruimen.

Het is echter niet voldoende een samenhang tussen de algemene beginselen of de bijzondere bepalingen ervan met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet aan te voeren om het Arbitragehof ertoe te brengen de naleving ervan te waarborgen.

B.50. Noch artikel 142 van de Grondwet, noch de bijzondere wet van 6 januari 1989 hebben het Hof de bevoegdheid verleend om wettelijke normen te vernietigen wegens directe schending van een internationaal verdrag.

Het Hof zou de bevoegdheid die de Grondwetgever het Hof heeft toegekend overschrijden als het zou beslissen dat elke schending van het gemeenschapsrecht een schending van het gelijkheidsbeginsel inhoudt. Het Hof kan bij de uitoefening van zijn controle met dat recht slechts rekening houden wat betreft de bepalingen die rechten en vrijheden waarborgen, als de schending ervan van die aard is dat ze een bepaalde categorie van personen kan raken en wanneer wordt gepreciseerd in welk opzicht en in vergelijking met welke andere categorie van personen zij het slachtoffer is van een onverantwoorde ongelijke behandeling.

B.51. De verzoekende partijen in de zaak nr. 1748 alsmede de tweede en de derde verzoeker in de zaak nr. 1752, evenals de tweede en de derde verzoeker in de zaak nr. 1753 zijn geneesheren die in België praktiseren, waarvan geen enkele aangeeft dat hij van buitenlandse nationaliteit zou zijn. De eerste verzoekende partij in de zaak nr. 1752 is een medisch instituut gevestigd te Brussel. De eerste verzoekende partij in de zaak nr. 1753 groepeerde de Belgische beroepsverenigingen van geneesheren-specialisten.

B.52. Geen enkele van de verzoekende partijen geeft aan in welk opzicht de door hen aangevoerde schendingen van het mededingingsrecht op discriminerende wijze afbreuk zouden doen aan de rechten en vrijheden van de categorie van personen waartoe ze behoren en ten opzichte van welke categorie van vergelijkbare personen ze zouden zijn gediscrimineerd.

B.53. Er is geen reden om de middelen te onderzoeken die zijn afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet in samenhang met bepalingen van het Europese recht inzake de mededinging, noch om het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen te ondervragen.

Om die redenen,

het Hof

— vernietigt paragraaf 3 van artikel 50bis, ingevoerd in de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen door artikel 121 van de wet van 25 januari 1999 houdende sociale bepalingen;

— verwierpt de beroepen voor het overige.

Aldus uitgesproken in het Frans, het Nederlands en het Duits, overeenkomstig artikel 65 van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Arbitragehof, op de openbare terechtzitting van 21 december 2000.

De griffier,

L. Potoms.

De voorzitter,

M. Melchior.

SCHIEDSHOF

D. 2001 — 162

[C – 2000/21629]

Urteil Nr. 136/2000 vom 21. Dezember 2000

Geschäftsverzeichnisnummern 1737, 1748, 1752 und 1753

In Sachen: Klagen auf Nichtigerklärung der Artikel 121 und 122 Absatz 2 des Gesetzes vom 25. Januar 1999 zur Festlegung sozialer Bestimmungen, erhoben von der VoG Fédération belge des chambres syndicales de médecins und anderen.

Der Schiedshof,

zusammengesetzt aus den Vorsitzenden M. Melchior und G. De Baets, und den Richtern P. Martens, A. Arts, R. Henneuse, M. Bossuyt und E. De Groot, unter Assistenz des Kanzlers L. Potoms, unter dem Vorsitz des Vorsitzenden M. Melchior,

verkündet nach Beratung folgendes Urteil:

I. Gegenstand der Klagen

Mit Klageschriften, die dem Hof mit am 26., 30. Juli und 4. August 1999 bei der Post aufgegebenen Einschreibebriefen zugesandt wurden und am 27. Juli, 2. und 5. August 1999 in der Kanzlei eingegangen sind, erhoben Klage auf Nichtigerklärung der Artikel 121 und 122 Absatz 2 des Gesetzes vom 25. Januar 1999 zur Festlegung sozialer Bestimmungen (veröffentlicht im *Belgischen Staatsblatt* vom 6. Februar 1999): die VoG Fédération belge des chambres syndicales de médecins, mit Vereinigungssitz in 1050 Brüssel, chaussée de Boondael 6, Bk. 4 (Rechtssache Nr. 1737), F. Rodesch, wohnhaft in 1180 Brüssel, avenue Groelstveld 23, L. Marcelis, wohnhaft in 1060 Brüssel, avenue Docteur Cordier 23, C. Nemry, wohnhaft in 1190 Brüssel, avenue Minerve 21, Bk. 54, M. Dupont, wohnhaft in 1050 Brüssel, avenue Louise 193, G. Andry, wohnhaft in 1380 Ohain, Chemin Fond Coron 13, A. Rauis, wohnhaft in 1180 Brüssel, avenue Franklin Roosevelt 186, A. Unglik, wohnhaft in 1180 Brüssel, avenue Maxime Van Praag 1, und J. Vanderick, wohnhaft in 1150 Brüssel, avenue des Églantines 21 (Rechtssache Nr. 1748), die VoG Institut médical Edith Cavell – les cliniques Edith Cavell, de la Basilique et Lambermont, mit Vereinigungssitz in 1180 Brüssel, rue Edith Cavell 32, M. Clemens, wohnhaft in 1170 Brüssel, avenue de la Tenderie 34, und P. Sepulchre, wohnhaft in 3090 Overijse, Dreef 172 (Rechtssache Nr. 1752), und der «Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes», mit Sitz in 1050 Brüssel, avenue de la Couronne 20, P. Rutten, wohnhaft in 6850 Offagne, rue Baron Poncet 5, und J.-L. De Meere, wohnhaft in 1860 Meise, Sint-Elooiweg 60 (Rechtssache Nr. 1753).

II. Verfahren

Durch Anordnungen vom 27. Juli 1999 und 2. und 5. August 1999 hat der amtierende Vorsitzende gemäß den Artikeln 58 und 59 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Schiedshof die Richter der jeweiligen Besetzungen bestimmt.

Die referierenden Richter haben Artikel 71 bzw. 72 des organisierenden Gesetzes in den jeweiligen Rechtssachen nicht für anwendbar erachtet.

Durch Anordnung vom 22. September 1999 hat der Hof die Rechtssachen verbunden.

Die Klagen wurden gemäß Artikel 76 des organisierenden Gesetzes mit am 15. Oktober 1999 bei der Post aufgegebenen Einschreibebriefen notifiziert.

Die durch Artikel 74 des organisierenden Gesetzes vorgeschriebene Bekanntmachung erfolgte im *Belgischen Staatsblatt* vom 11. November 1999.

Der Ministerrat, rue de la Loi 16, 1000 Brüssel, hat mit am 2. Dezember 1999 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief einen Schriftsatz eingereicht.

Dieser Schriftsatz wurde gemäß Artikel 89 des organisierenden Gesetzes mit am 10. Dezember 1999 bei der Post aufgegebenen Einschreibebriefen notifiziert.

Erwiderungsschriftsätze wurden eingereicht von

— der klagenden Partei in der Rechtssache Nr. 1737, mit am 8. Januar 2000 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief,

— den klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 1748, mit am 12. Januar 2000 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief,

— den klagenden Parteien in den Rechtssachen Nrn. 1752 und 1753, mit am 12. Januar 2000 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief.

Durch Anordnungen vom 23. Dezember 1999 und vom 29. Juni 2000 hat der Hof die für die Urteilsfällung vorgesehene Frist bis zum 26. Juli 2000 bzw. 26. Januar 2001 verlängert.

Durch Anordnung vom 30. Mai 2000 hat der Hof die Rechtssachen für verhandlungsreif erklärt und den Sitzungstermin auf den 21. Juni 2000 anberaumt.

Diese Anordnung wurde den Parteien und deren Rechtsanwälten mit am 30. Mai 2000 bei der Post aufgegebenen Einschreibebriefen notifiziert.

Durch Anordnung vom 20. Juni 2000 hat der amtierende Vorsitzende festgestellt, daß der gesetzmäßig verhinderte Richter H. Coremans als Mitglied der Besetzung durch den Richter M. Bossuyt ersetzt wurde.

Auf der öffentlichen Sitzung vom 21. Juni 2000

— erschienen

. RA M. Vanden Dorpe, in Lüttich zugelassen, *loco* RA E. Thiry, in Brüssel zugelassen, für die klagende Partei in der Rechtssache Nr. 1737,

. RA P. Thiel, ebenfalls *loco* RA E. Gillet, in Brüssel zugelassen, für die klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 1748,

. RA B. Cambier und RA D. Renders, in Brüssel zugelassen, für die klagenden Parteien in den Rechtssachen Nrn. 1752 und 1753,

. RA J. Vanden Eynde und RA J.-M. Wolter, in Brüssel zugelassen, für den Ministerrat,

— haben die referierenden Richter P. Martens und E. De Groot Bericht erstattet,

— wurden die vorgenannten Rechtsanwälte angehört,

— wurden die Rechtssachen zur Beratung gestellt.

Durch Anordnung vom 18. Oktober 2000 hat der Hof festgestellt, daß der gesetzmäßig verhinderte Richter E. Cerexhe als Mitglied der Besetzung durch den Richter R. Henneuse ersetzt wurde, die Verhandlung wieder eröffnet und den Sitzungstermin auf den 16. November 2000 anberaumt.

Diese Anordnung wurde den Parteien und deren Rechtsanwälten mit am 20. Oktober 2000 bei der Post aufgegebenen Einschreibebriefen notifiziert.

Auf der öffentlichen Sitzung vom 16. November 2000

— erschienen

. RA E. Thiry, in Brüssel zugelassen, für die klagende Partei in der Rechtssache Nr. 1737,

. RA E. Gillet, in Brüssel zugelassen, für die klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 1748,

. RA B. Cambier, in Brüssel zugelassen, für die klagenden Parteien in den Rechtssachen Nrn. 1752 und 1753,

. RA J.-M. Wolter, in Brüssel zugelassen, für den Ministerrat,

— haben die referierenden Richter P. Martens und E. De Groot Bericht erstattet,

— wurden die vorgenannten Rechtsanwälte angehört,

— wurden die Rechtssachen zur Beratung gestellt.

Das Verfahren wurde gemäß den Artikeln 62 ff. des organisierenden Gesetzes, die sich auf den Sprachengebrauch vor dem Hof beziehen, geführt.

III. In rechtlicher Beziehung

— A —

Rechtssache Nr. 1737

Standpunkt der klagenden Partei

A.1. Die VoG Fédération belge des chambres syndicales de médecins, der Krankenhausärzte und nicht im Krankenhausbereich tätige Ärzte, Fachärzte und Allgemeinmediziner, einer Vereinbarung beigetretene und keiner Vereinbarung beigetretene Ärzte angeschlossen seien, beantragt die Nichtigerklärung der Artikel 121 und 122 des Gesetzes vom 25. Januar 1999 zur Festlegung sozialer Bestimmungen. Artikel 121 habe einen Artikel 50*bis* in das Gesetz vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung (weiter unten K.I.V.-Gesetz genannt) eingefügt. Dieser Artikel betreffe die maximalen Honorare, die die Ärzte unter gewissen Voraussetzungen fordern dürften, Artikel 122 lege das Datum des Inkrafttretens von Artikel 121 auf den 1. Dezember 1998 fest.

In bezug auf den ersten Klagegrund

A.2. Der Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung, insofern der obengenannte Artikel 50bis in den darin beschriebenen Situationen die Festsetzung gleicher Honorare für die Ärzte vorsehe, ob sie einer Vereinbarung beigetreten seien oder nicht, und somit den keiner Vereinbarung beigetretenen Ärzten die Freiheit zur Bestimmung ihrer Honorare entziehe, obwohl sie nicht die Vorteile des Sozialstatus, in dessen Genuß die einer Vereinbarung beigetretenen Ärzte gelangten, erhielten.

In bezug auf den zweiten Klagegrund

A.3. Der Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung im Zusammenhang mit «dem allgemeinen Grundsatz der Rechtssicherheit», insofern die durch Artikel 50bis geschaffene Situation dazu führe, daß vom 1. Dezember 1998 bis zum 31. Dezember 1999 fünf unterschiedliche Honorarregelungen aufeinander gefolgt seien, während eine sechste Regelung ab dem 1. Januar 2000 anwendbar sei.

In bezug auf den dritten Klagegrund

A.4. Der Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 15 Absatz 2 des königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 über die Ausübung der Heilkunst, der Krankenpflege, der Heilhilfsberufe und über die medizinischen Kommissionen. Es wird bemängelt, daß Artikel 50bis die Freiheit zur Bestimmung der Ärztehonorare außerhalb der im obengenannten Artikel 15 Absatz 2 vorgesehenen Fälle mißachte, ohne daß das Gesetz vom 14. Juli 1994, das ein Versicherungsgesetz sei, als gesetzliche Grundlage für eine Beschränkung der Honorare der keiner Vereinbarung beigetretenen Ärzte dienen könne.

In bezug auf den vierten Klagegrund

A.5. Der Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit den Artikeln 138 und 140 des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser. Es wird bemängelt, daß Artikel 50bis die finanziellen Beziehungen zwischen den Ärzten und den Krankenhäusern, so wie sie durch die obengenannten Bestimmungen organisiert würden, beeinträchtigte. Die Abschaffung der ärztlichen Honorarzusätze habe zur Folge, daß das Haushaltsgleichgewicht der Krankenhäuser beeinträchtigt werde, was unverzüglich dazu führe, daß die Honorare, die letzten Endes den Ärzten zukämen, in ungerechtfertigter Weise verringert würden.

Standpunkt des Ministerrates

In bezug auf den ersten Klagegrund

A.6. Der Ministerrat erwidert, daß die Möglichkeit, die der Gesetzgeber sich vorbehalten habe, in die Festsetzung der Ärztehonorare einzugreifen, sich nicht aus den angefochtenen Bestimmungen, sondern aus Artikel 15 des königlichen Erlasses Nr. 78 ergebe. Der Gesetzgeber habe dieses Vorrecht in den Artikeln 138 ff. des Krankenhausgesetzes genutzt. Dieses System werde durch die angefochtenen Bestimmungen nicht abgeändert, mit Ausnahme der Fälle, die darin vorgesehen seien, und dies nur bis zum 31. Dezember 1999.

Ein Facharzt, der im wesentlichen oder ausschließlich im Krankenhausbereich tätig sei, behalte seine Freiheit, insbesondere unter Berücksichtigung der besonderen Vorteile des Sozialstatus, die im Falle eines Beitritts durch die Artikel 54 ff. des K.I.V.-Gesetzes geboten würden, diesen Beitritt anzunehmen oder nicht.

Es seien nur die Krankenhausärzte betroffen, die sich für eine Vergütung nach Leistung entschieden hätten, wobei die angefochtenen Bestimmungen keinen Einfluß auf die Vergütung derjenigen hätten, die Pauschalbezüge erhielten, oder kaum Einfluß auf diejenige der Ärzte, die durch eine Kombination der verschiedenen Systeme besoldet würden.

A.7. Der Ministerrat schlußfolgert, daß keine Diskriminierung vorliege, da das System der Honorarobergrenzen sich ausschließlich aus der Entscheidung des Arztes, der Vereinbarung zwischen den Ärzten und den Krankenkassen beizutreten oder nicht, ergebe. Er fügt hinzu, daß die unterschiedliche Behandlung, die sich ohnehin nur teilweise aus den angefochtenen Bestimmungen ergebe, vollkommen gerechtfertigt sei wegen der besonderen Merkmale der Tätigkeit der Krankenhausärzte, und insbesondere weil sie sich in eine Gesundheitspolitik einfügten, die darauf abziele, jeder Person Zugang zur optimalen Pflege unter annehmbaren und deutlich angenommenen finanziellen Bedingungen zu gewähren.

In bezug auf den zweiten Klagegrund

A.8. Der Ministerrat zitiert den Bericht der Auditorin und Berichterstatterin im Rahmen der beim Staatsrat gegen den Anwendungserlaß vom 5. Mai 1999 eingereichten Klage und erinnert daran, daß man unter Berücksichtigung der Veränderlichkeit der Verwaltungshandlungen der Verwaltung nicht vorwerfen könne, ihre Regelung zu ändern, selbst wenn dies mehrfach geschehe. Er vertritt den Standpunkt, daß Artikel 50bis dazu diene, die Tarifsicherheit zu gewährleisten, damit der hospitalisierte Patient die Sätze der von ihm verlangten Honorare kennen könne, wobei der Gesetzgeber das Ziel der Transparenz verfolge, die er seit mehreren Jahren anstrebe, zumal die Information der Patienten auf diesem Gebiet oft unzulänglich sei, wie Untersuchungen ergeben hätten.

In bezug auf den dritten Klagegrund

A.9. Der Ministerrat erkennt nicht, welche Formbedingungen der Gesetzgeber sich auferlegt hätte, um den Satz der Ärztehonorare festzulegen, so wie Artikel 15 Absatz 2 des königlichen Erlasses Nr. 78 es ihm erlaube. Wenn das K.I.V.-Gesetz hauptsächlich dazu diene, eine Versicherungsregelung zu schaffen, ergebe sich daraus nicht, daß der Gesetzgeber darin keine Bestimmungen im Zusammenhang mit der Festsetzung der Ärztehonorare einfügen könne.

In bezug auf den vierten Klagegrund

A.10. Der Ministerrat zitiert Artikel 138 des Krankenhausgesetzes, der seit langem vorschreibe, daß den in einem Gemeinschaftszimmer oder in einem Zweibettzimmer aufgenommenen Patienten die ärztlichen Leistungen zum K.I.V.-Tarif zu gewährleisten seien, ungeachtet dessen, ob der Arzt einer Vereinbarung beigetreten sei oder nicht, und erinnert an Artikel 139bis desselben Gesetzes sowie an den Inhalt des Urteils Nr. 62/99 des Hofes. Daraus ergebe sich, daß das Honoraraufkommen nicht ausschließlich den Ärzten als Vergütung zugeteilt werden dürfe, sondern ebenfalls die anderen Ausgaben, die mit der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus verbunden seien, decken müsse. Er zitiert Artikel 140, in dem die Abzüge festgesetzt seien, die zur Kostendeckung vorgenommen würden. Er fügt hinzu, daß die Abzüge im gemeinsamen Einvernehmen festgelegt würden, so daß jedenfalls keine automatische Kürzung der Honorare für die Ärzte festzustellen sei.

A.11. Der Ministerrat räumt ein, daß die Bezüge der keiner Vereinbarung beigetretenen Krankenhausärzte, die im wesentlichen oder ausschließlich nach Leistung vergütet würden, tatsächlich unter den in den angefochtenen Bestimmungen erwähnten Voraussetzungen bei gleicher Arbeit verringert würden. Doch er fügt hinzu, daß der Klagegrund sich in diesem Fall mit dem ersten Klagegrund decke und die gleiche Antwort verlange, da der Gesetzgeber in mäßiger Weise seine Befugnis genutzt habe, mit dem rechtmäßigen Ziel der Transparenz und der Tarifsicherheit.

*Antwort der klagenden Partei**In bezug auf den ersten Klagegrund*

A.12. Die klagende Partei wiederholt, daß Artikel 138 § 1 des Krankenhausgesetzes nur die einer Vereinbarung beigetretenen Ärzte betreffe. Sie fügt hinzu, daß die in Artikel 138 § 3 für den Medizinischen Rat vorgesehene Verpflichtung, zu gewährleisten, daß die in einem Gemeinschaftszimmer oder in einem Zweibettzimmer aufgenommenen Patienten zu den in der Vereinbarung vorgesehenen Tarifen gepflegt würden, nicht eine systematische Verpflichtung für die keiner Vereinbarung beigetretenen Ärzte bedeute, die Tarife der Vereinbarung einzuhalten. Sie vertritt den Standpunkt, daß die angefochtenen Bestimmungen über das hinausgingen, was in Artikel 138 § 3 vorgesehen sei.

A.13. Die klagende Partei erachte die Erwägungen in bezug auf die verschiedenen Arten der Vergütung der Ärzte als nicht sachdienlich, da sie nicht die Berufspflichten des Arztes berücksichtigten, die es untersagten, daß die pauschale Vergütung der Ärzte niedriger sei als das entsprechende Einkommen eines Arztes, der für gleichartige Tätigkeiten nach Leistung vergütet würde (Artikel 82 des Kodex der Berufspflichten des Arztes).

A.14. Sie wiederholt, es sei zu berücksichtigen, daß der Sozialstatus, in dessen Vorteil die einer Vereinbarung beigetretenen Ärzte gelangten, einen bedeutenden Vorteil darstelle und daß die keiner Vereinbarung beigetretenen Ärzte durch die angefochtene Maßnahme diskriminiert würden, da sie, obwohl sie nicht in diesen Vorteil gelangten, ihre Honorare denjenigen der einer Vereinbarung beigetretenen Ärzte anpassen müßten.

In bezug auf den zweiten Klagegrund

A.15. Die klagende Partei ist der Meinung, daß ein Aufeinanderfolgen von fünf verschiedenen Honorarregelungen innerhalb von dreizehn Monaten ein nicht zu rechtfertigendes Klima der Unsicherheit schaffe.

In bezug auf den dritten Klagegrund

A.16. Die klagende Partei erwidert, daß man, sobald man das Vereinbarungssystem verlasse, nicht annehmen könne, daß das Einschreiten des Gesetzgebers im Rahmen des Gesetzes vom 14. Juli 1994 im Bereich der in Artikel 1 festgelegten Zielsetzung erfolge, nämlich die Einführung einer Regelung der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung. Die Pflichtversicherung betreffe nicht den vom Patienten geforderten Betrag der Honorare, sondern lediglich den Betrag, den die Versicherung decke.

In bezug auf den vierten Klagegrund

A.17. Die klagende Partei ist der Meinung, daß keine der vom Ministerrat angeführten Bestimmungen die angefochtenen Bestimmungen rechtfertige und daß er, indem er einräume, daß es für die keiner Vereinbarung beigetretenen Ärzte eine Honorarkürzung gebe, zugebe, daß die finanziellen Beziehungen zwischen den Ärzten und den Krankenhäusern beeinträchtigt würden.

*Rechtssache Nr. 1748**Standpunkt der Kläger*

A.18. Die acht Kläger seien Ärzte, die in einem Krankenhaus tätig seien; sie forderten die Nichtigerklärung der gleichen Artikel 121 und 122 des Gesetzes vom 25. Januar 1999. Sie forderten ebenfalls, die Verhandlung in der Rechtssache Nr. 1406 wieder zu eröffnen und sie darin innerhalb der unter B.3.3 des Urteils Nr. 71/99 festgelegten Grenzen als intervenierende Parteien anzunehmen. Hilfsweise bäten sie den Hof, dem Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften eine Vorabentscheidungsfrage zu stellen.

Sie bringen zwei Klagegründe vor. Der erste sei abgeleitet aus der Mißachtung der Zuständigkeitsregeln, der zweite, in zehn Teile gegliederte Klagegrund sei abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung, an sich oder in Verbindung mit verschiedenen Vertrags-, Verfassungs- oder Gesetzesbestimmungen.

In bezug auf den ersten Klagegrund

A.19. Der Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen Artikel 128 der Verfassung und gegen Artikel 5 des Sondergesetzes vom 8. August 1980 zur Reform der Institutionen,

«indem das Gesetz vom 22. Januar 1999 vom föderalen Gesetzgeber aufgrund seiner Zuständigkeit für die Kranken- und Invalidenversicherung angenommen wurde,

während die Festlegung des Betrags der Honorare, die von den Ärzten angewandt werden können, zur Politik der Pflegeerbringung innerhalb und außerhalb von Pflegeeinrichtungen gehört und sie in den Zuständigkeitsbereich der Gemeinschaften und nicht des Föderalstaates fällt».

Die Kläger führen an, daß aufgrund von Artikel 5 § 1 I Nr. 1 des Sondergesetzes vom 8. August 1980 die Gemeinschaften zuständig seien

«für die Politik der Pflegeerbringung innerhalb und außerhalb der Pflegeeinrichtungen; daß die angefochtenen Bestimmungen einen der Aspekte der Pflegeerbringung regeln, da sie bezwecken, den schwächsten Bevölkerungskategorien die Pflege besser zugänglich zu machen».

Sie fechten an, daß der föderale Gesetzgeber sich auf die unter Buchstabe c) des obenerwähnten Artikels 5 in bezug auf die Kranken- und Invalidenversicherung vorgesehene Ausnahme berufen könne, da die Honorare nur für den rückzahlbaren Teil in dessen Anwendungsbereich fielen. Sie machten geltend, daß es sich in diesem Fall gerade um die Honorare handele, für die nicht die Krankenversicherung aufkomme.

In bezug auf den zweiten Klagegrund

A.20. Der Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung, an sich oder gegebenenfalls in Verbindung mit Artikel 14 der Europäischen Menschenrechtskonvention, Artikel 3 Buchstabe g) in Verbindung mit den Artikeln 4 (ex-Artikel 3 A), 10 (ex-Artikel 5) und 81 (ex-Artikel 85) des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, Artikel 23 Nr. 1 und 5 der Verfassung, Artikel 50 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 sowie Artikel 15 des königlichen Erlasses Nr. 78 über die Ausübung der Heilkunst.

A.21. In einem ersten Teil führen die Kläger an, die vorstehenden Bestimmungen würden verletzt,

«indem die angefochtenen Bestimmungen die Anwendung der Tarife vorsehen, die als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Kranken- und Invalidenversicherung dienen, wenn die Pflege im Rahmen eines organisierten Bereitschaftsdienstes oder im Rahmen der Aufnahme in eine Intensivstation geleistet wird, ungeachtet dessen, ob eine Vereinbarung im Sinne von Artikel 50 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 vorliegt oder nicht,

während dann, wenn diese Bestimmungen so auszulegen sind, daß der Aufenthalt des Patienten in einem dieser beiden Dienste die Anwendung der obenerwähnten Tarife auf alle während seines Krankenhausaufenthaltes vorgenommenen medizinischen Leistungen zur Folge hat, die Maßnahme unvernünftig oder unverhältnismäßig erscheint.

[...]

und während dann, wenn diese Bestimmungen so auszulegen sind, daß nur die Honorare für die in diesen beiden Diensten erbrachten medizinischen Leistungen auf einen Höchstsatz begrenzt sind, im Gegensatz zu den anderen Leistungen während des gleichen Krankenhausaufenthaltes, das Unterscheidungskriterium unverhältnismäßig oder unvernünftig ist».

A.22. In einem zweiten Teil führen die Kläger an, die im Klagegrund angegebenen Bestimmungen würden verletzt,

«indem die angefochtenen Bestimmungen vorschreiben, daß der Tarif, der als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung dient, vom Arzt in gewissen Fällen angewandt wird,

während nur die Ärzte von diesen Tarifkürzungen betroffen sind, im Gegensatz zu den anderen Erbringern von Pflegeleistungen im Krankenhausbereich,

während für die Inhaber von Heilhilfsberufen, die in Krankenhauseinrichtungen tätig sind, keine Höchstgrenze für die Honorare festgelegt werden,

während dieser Unterschied auf keinerlei vernünftigem oder im Verhältnis zum Ziel stehenden Kriterium beruht».

A.23. In einem dritten Teil sind die Kläger der Meinung, daß gegen die im Klagegrund angeführten Bestimmungen verstoßen werde,

«indem die angefochtenen Bestimmungen die Anwendung des Tarifs vorsehen, der als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung dient, wenn es sich um Kinder handelt, die mit einem begleitenden Elternteil im Krankenhaus aufgenommen werden,

während dieses Kriterium weder vernünftig ist noch im Verhältnis zum Ziel steht; somit für ein Kind, das ohne begleitenden Elternteil im Krankenhaus aufgenommen wird, andere Tarife als die vorstehenden angewandt werden können, selbst wenn die Eltern aus triftigen Gründen verhindert sein können, so daß sie ihr Kind nicht begleiten können, während das gleiche für Eltern gilt, die arbeiten und sich nicht von ihren beruflichen Verpflichtungen freimachen können, während das gleiche auch für Eltern gilt, die alleine für ihre Familie aufkommen und die sich beispielsweise während des Krankenhausaufenthaltes eines ihrer Kinder um die anderen Kinder kümmern müssen».

A.24. Im vierten Teil wird angeführt, daß die im Klagegrund angeführten Bestimmungen verletzt würden,

«indem die angefochtenen Bestimmungen die Anwendung des Tarifs, der als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung dient, in mehreren Fällen vorsehen, die sich immer auf hospitalisierte Patienten beziehen, unter Ausschluß von ambulant behandelten Patienten,

während verschiedene medizinische Handlungen, die im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes geleistet werden, faktisch und rechtlich im Rahmen der ambulanten Medizin vorgenommen werden können, und der Tarif der Honorare nicht so streng begrenzt ist, wenn die Handlungen im Rahmen der ambulanten Medizin vorgenommen werden und sie somit zu Honoraren führen können, die sich vom obenerwähnten Tarif unterscheiden».

A.25. Im fünften Teil wird angeführt, daß die im Klagegrund angeführten Bestimmungen verletzt würden,

«indem Artikel 50bis § 3 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 in der durch den angefochtenen Artikel abgeänderten Fassung den König ermächtigt, durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß die maximalen Honorare und die maximalen Honorarzusätze festzulegen, die von Ärzten, ob sie einer Vereinbarung beigetreten sind oder nicht, verlangt werden können, wenn Leistungen zugunsten von Patienten erbracht werden, die auf ihren ausdrücklichen Wunsch und ohne daß dies für ihre Behandlung erforderlich wäre, in einem Einzelzimmer aufgenommen werden,

während das Recht auf Tarifverhandlungen ausdrücklich durch die im Klagegrund angeführten Bestimmungen anerkannt ist, insbesondere Artikel 23 der Verfassung, der König jedoch die Honorare einseitig festlegt, wenn es sich um die Honorare handelt, die bei einem Krankenhausaufenthalt gefordert werden, der auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten und ohne daß dies für seine Behandlung erforderlich wäre in einem Einzelzimmer stattfindet, während diese Festlegung der Honorare hingegen im Anschluß an ein Verfahren mit Stellungnahmen erfolgt, wenn es sich um einen Krankenhausaufenthalt im Zweibettzimmer oder im Gemeinschaftszimmer oder aus medizinischen Gründen im Einzelzimmer handelt, und dieser Behandlungsunterschied in bezug auf die Weise der Festsetzung der Honorare nicht auf einem vernünftigen oder im Verhältnis zur Zielsetzung stehenden Kriterium beruht; während diese Diskriminierung um so stärker ist, als das Recht auf Tarifverhandlungen ausdrücklich in der Verfassung anerkannt ist».

A.26. Der sechste Teil bemängelt die fehlende Verhältnismäßigkeit zwischen den angestrebten Zielen und dem berücksichtigten Kriterium,

«indem die angefochtenen Bestimmungen besagen: 'Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß die maximalen Honorare und die maximalen Honorarzusätze festlegen, die von Ärzten, ob sie einer Vereinbarung beigetreten sind oder nicht, verlangt werden können, wenn Leistungen zugunsten von Patienten erbracht werden, die auf ihren ausdrücklichen Wunsch und ohne daß dies für ihre Behandlung erforderlich wäre, in einem Einzelzimmer aufgenommen sind',

während dadurch, daß die Arzthonorare auf diese Weise geregelt werden, die schwächsten Bevölkerungskategorien nicht weniger bezahlen als vor den Reformen von 1998 und 1999 und das System der 'Vereinbarung' ihnen bereits den Zugang zur Pflege im Krankenhausbereich zu festgesetzten Tarifen gewährleistet; während die angefochtenen Bestimmungen zu einem anderen als dem angestrebten Ergebnis führen,

während faktisch die besser bemittelten Bevölkerungskategorien in Zukunft weniger bezahlen werden; während in dem Fall, daß eine gleiche Behandlung vorliegt, diese noch nicht der Verfassung entspricht; während die verglichenen Kategorien — die reichsten und die ärmsten — sich wesentlich unterscheiden in bezug auf den Gegenstand und das Ziel der angefochtenen Bestimmungen, da letztere die Honorare selbst oder deren Obergrenze festlegen; während die betreffenden Bestimmungen eine bessere Zugänglichkeit der Gesundheitspflege bezwecken, *de facto* jedoch dazu führen, daß der Aufenthalt in einem Einzelzimmer zugänglicher wird; während der Zugang zur Gesundheitspflege also dadurch nicht verbessert wird».

A.27. Der Klagegrund führt in seinem siebten Teil die Verletzung des Rechtes auf eine gerechte Entlohnung an,

«indem die angefochtenen Bestimmungen die systematische Anwendung des Tarifs, der als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung dient, in drei Arten von Fällen (Aufnahme in einen Bereitschaftsdienst, in eine Intensivstation oder für begleitete Kinder) und in Ermangelung einer Vereinbarung (oder einer Vereinbarung zur Festlegung der Honorarsätze) im Fall eines Krankenhausaufenthaltes im Gemeinschaftszimmer, im Zweibettzimmer oder aus medizinischen Gründen im Einzelzimmer vorsehen,

während der Tarif, der als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung dient, die betreffenden medizinischen Leistungen nicht angemessen vergütet; während für zahlreiche medizinische Leistungen ein weit unter einer gerechten Entlohnung liegender Rückzahlungstarif gilt; während die Einkünfte der Ärzte dann, wenn sie einfach die obenerwähnten Tarife anwenden, erheblich sinken, dies unter Mißachtung der vorstehend angeführten Gesetzesbestimmungen».

A.28. Der Klagegrund bemängelt in seinem achten Teil eine Diskriminierung zwischen Ärzten, je nachdem, ob sie in einem öffentlichen oder in einem privaten Krankenhaus arbeiten,

«indem die angefochtenen Bestimmungen die Möglichkeit, Honorarzusätze zu dem Tarif, der als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung dient, oder zu dem vom König festgelegten Tarif zu fordern, einschränken und/oder untersagen,

während unter anderem aufgrund der Artikel 109 ff. des koordinierten Krankenhausgesetzes das Defizit von öffentlichen Krankenhäusern von der öffentlichen Hand übernommen wird, gemäß den näher im koordinierten Krankenhausgesetz und seinen Anwendungserlassen festgelegten Modalitäten,

während das Defizit in einem Privatkrankenhaus zwingend von den Ärzten getragen werden muß, unter Strafe des Konkurses oder der Einstellung der Tätigkeit, und die in einem Privatkrankenhaus arbeitenden Ärzte das Defizit, das nicht durch den Tagespflegesatz gedeckt wird, durch einen entsprechenden Abzug von ihren Honoraren finanzieren,

während die angefochtenen Bestimmungen somit die in einem Privatkrankenhaus arbeitenden Ärzten erheblich benachteiligen, insofern ein wesentlicher Teil der Einkünfte, mit denen sie die Krankenhaustätigkeit finanzieren, verschwindet».

A.29. Die im neunten Teil geäußerte Kritik lautet wie folgt:

«indem die angefochtene Handlung die Ärzte, die sich entschieden haben, der Nationalen Vereinbarung Ärzte-Krankenkassen nicht beizutreten, verpflichtet, die darin festgelegten Tarife anzuwenden; indem die am 20. Juni 1988 geschlossene Vereinbarung Ärzte-Krankenkassen, auf die Artikel L 1 der Vereinbarung vom 15. Dezember 1998 verweist, in ihrem Punkt H Bedingungen zur Anwendung der Tarife vorsieht, darunter Bedingungen in bezug auf die Zeit und den Ort, besondere Erfordernisse in bezug auf den Patienten oder das Einkommen,

während in dem Fall, daß die angefochtene Handlung in dem Sinne auszulegen ist, daß die Tarife der Vereinbarung unabhängig von den in Artikel H der Vereinbarung vom 20. Juni 1988 vorgesehenen Bedingungen Anwendung finden, diese Bestimmung absolut unverhältnismäßig zu der Zielsetzung ist, die darin besteht, den Zugang zur Pflege zu gewährleisten; während sie das durch die Vereinbarung erzielte Gleichgewicht vollständig unterbricht, so daß diese Vereinbarung durch Verschwinden eines großen Teils leoninisch wird, da die Ärzte keine Möglichkeit mehr haben, höhere Honorare als diejenigen zu fordern, die als Grundlage für die Erstattung der Kranken- und Invalidenversicherung dienen; daß die Vereinbarung sicherlich von Grund auf anders ausgefallen wäre, wenn solche Bestimmungen nicht eingefügt worden wären,

und während in dem Fall, daß die angefochtene Handlung in dem Sinne auszulegen ist, daß die Bedingungen zur Anwendung der in den Vereinbarungen Ärzte-Krankenkassen vorgesehenen Tarife auch Artikel H der obenerwähnten Vereinbarung vom 20. Juni 1988 umfassen, die Honorare der Ärzte, die der Vereinbarung nicht beigetreten sind, stärker eingeschränkt werden als diejenigen der Ärzte, die der Vereinbarung beigetreten sind; während letztere in der Tat die Möglichkeit haben, der Vereinbarung teilweise beizutreten und ausdrücklich festzuhalten, daß sie außerhalb bestimmter Zeiten oder Orte nicht zur Einhaltung eines bestimmten Tarifs verpflichtet sind; während die Diskriminierung nicht auf einem vernünftigen und im Verhältnis zum Ziel stehenden Kriterium beruht, da sie bewirkt, daß die Honorare der Ärzte, die sich geweigert haben, der Vereinbarung beizutreten, mehr eingeschränkt werden als die Honorare der Ärzte, die ihr nur teilweise beigetreten sind».

A.30. Schließlich wird in einem zehnten Teil angeführt, daß die im Klagegrund angeführten Bedingungen verletzt würden,

«indem die angefochtene Handlung die Einhaltung von Honorarhöchstsätzen in der medizinischen Krankenhauspraxis auferlegt;

während die belgische Gesetzgebung somit die belgische medizinische Praxis bevorteilt, indem sie den Erbringern von Pflegeleistungen, die in den Krankenhäusern des Landes praktizieren, andere Tarife als die auferlegten verbietet; während dies im Widerspruch zu den Bestimmungen des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft in seinen im Klagegrund erwähnten Bestimmungen steht, da die Höchstpreise den Wettbewerb zwischen belgischen Leistungserbringern und anderen Erbringern von Pflegeleistungen im Krankenhausbereich, die in anderen Staaten der Gemeinschaft niedergelassen sind und praktizieren, verzerren».

Es wird ebenfalls beantragt, daß aufgrund von Artikel 234 (ex-Artikel 177) des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft dem Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften folgende Frage gestellt wird:

«Ist Artikel 3 Buchstabe g) in Verbindung mit den Artikeln 4 (ex-Artikel 2 A), 10 (ex-Artikel 5) und 81 (ex-Artikel 85) des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft in dem Sinne auszulegen, daß diese Bestimmungen es verbieten, daß eine nationale Bestimmung, nämlich Artikel 50bis des Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Kranken- und Invalidenpflichtversicherung in der durch Artikel 121 des Gesetzes vom 25. Januar 1999 zur Festlegung sozialer Bestimmung abgeänderten Fassung, Höchstsätze von Honoraren auferlegt, die für medizinische Leistungen im Krankenhausbereich einzuhalten sind?»

Standpunkt des Ministerrates

In bezug auf den ersten Klagegrund

A.31. Der Ministerrat erwidert, daß Artikel 5 § 1 I Nr. 1 des Sondergesetzes vom 8. August 1980 den Gemeinschaften die Zuständigkeit der Gesundheitspolitik verleihe, vorbehaltlich der darin festgelegten Ausnahmen, und aus den Vorarbeiten hervorgehe, daß die Bestimmungen über die Ausübung der Heilkunst und der medizinischen Berufe nicht zu den Sachbereichen der Gesundheitspolitik gehörten und daß es dem föderalen Gesetzgeber obliege, die Zielsetzungen der sozialen Sicherheit zu bestimmen, wozu diejenige gehöre, die Transparenz und die Tarifsicherheit zu gewährleisten, wobei in den Fällen, wo Fähigkeiten des Patienten zur Analyse und zum Verständnis geschwächt seien, jegliche Honorarzusätze im Verhältnis zum K.I.V.-Tarif ausgeschlossen seien. Er führt auch die Zuständigkeit des Föderalstaates für die Preispolitik (Artikel 6 § 1 VI des Sondergesetzes vom 8. August 1980) sowie für die Politik des Verbraucherschutzes (Artikel 6 § 1 VI Absatz 4 Nr. 2) an.

In bezug auf den zweiten Klagegrund

A.32. In bezug auf den ersten Teil erinnert der Ministerrat an die vom Gesetzgeber verfolgte Zielsetzung der Transparenz und Tarifsicherheit und hebt hervor, daß die Dienste betroffen seien, in denen im allgemeinen die teuersten Leistungen erbracht würden, und daß diese eine Dringlichkeit oder eine mögliche Verringerung der Beurteilungsfähigkeit des Patienten, die im übrigen nicht die Dringlichkeit ausschließe, voraussetzten. Er erwähnt eine Umfrage einer Krankenkassenzeitschrift, die aufgezeigt habe, daß 31 von 178 Krankenhäusern Tarifizusätze bei einer Hospitalisierung im Gemeinschaftszimmer verlangten, 50 im Falle der Hospitalisierung im Zweibettzimmer und 172 im Falle der Hospitalisierung im Einzelzimmer. In diesem letzten Fall verlangten 116 Krankenhäuser Tarifizusätze in Höhe von 100 Prozent des K.I.V.-Tarifs, 21 einen Zusatz von 101 bis 200 Prozent, 18 einen Zusatz von 201 bis 300 Prozent und 6 Zusätze von mehr als 300 Prozent.

Er ist der Auffassung, daß der Gesetzgeber Verschuldungssituationen in Krankenhäusern von schlecht oder nicht informierten Personen habe bekämpfen können, von denen Tarifizusätze verlangt würden, während ihnen unter den eigentlichen Bedingungen der Vereinbarung vom 20. Juni 1988 diese Zusätze nur dann auferlegt würden, wenn sie mehr als 1.040.000 Franken brutto, oder im Falle eines Haushaltes, 1.560.000 Franken brutto, zuzüglich 52.000 Franken brutto pro unterhaltsberechtigter Person, verdienen.

A.33. In bezug auf den zweiten Teil erinnert der Ministerrat daran, daß der Gesetzgeber bei der Verfolgung seiner Zielsetzung der Transparenz und Tarifsicherheit der im wesentlichen medizinischen Tätigkeit im Krankenhausbereich sowie dem Umstand, daß die Tarifizusätze als Ärzthonorare verlangt würden, Rechnung trage. Er hebt hervor, daß Artikel 44 § 5 des K.I.V.-Gesetzes bereits die Möglichkeiten von Tarifizusätzen im Falle der Hospitalisierung auf die Patienten beschränke, die in einem Einzelzimmer untergebracht seien.

A.34. In bezug auf den dritten Teil ist der Ministerrat der Auffassung, daß der Gesetzgeber davon habe ausgehen können, daß in allen Fällen — mit oder ohne Vereinbarung —, in denen ein Kind hospitalisiert werde, der rechtmäßige Wunsch eines Elternteils, es zu begleiten, nur in einem Einzelzimmer vollauf erfüllt werden könne.

A.35. In bezug auf den vierten Teil ist der Ministerrat der Auffassung, daß die Fälle, in denen Leistungen, die im Krankenhaus in einem Bereitschaftsdienst oder in einer Intensivstation erbracht würden, auch außerhalb des Krankenhauses erbracht werden könnten, statistisch und finanziell unbedeutend für die Finanzlage der Haushalte seien, so daß der indirekt entstandene Behandlungsunterschied gerechtfertigt wäre.

A.36. In bezug auf den fünften Teil erklärt der Ministerrat, er erkenne nicht, inwiefern das Recht auf Tarifverhandlungen verletzt werde, und zitiert andere Bestimmungen, mit denen die Mechanismen der Verhandlungen und der Entscheidungen, die den Ärzten vorbehalten seien, ausgeführt würden.

A.37. In bezug auf den sechsten Teil erinnert der Ministerrat an sämtliche Zielsetzungen und hebt er hervor, daß diese nicht nur gegenüber den Minderbemittelten, sondern auch gegenüber den zahlreichen Familien verfolgt würden, die zwar nicht hilfsbedürftig seien, aber nicht über ein ausreichendes Einkommen verfügten, um die geforderten Honorarzusätze bezahlen zu können, während die diesbezügliche Information mangelhaft sei.

A.38. In bezug auf den siebten Teil stellt der Ministerrat fest, daß kein Vergleich bestehe, es sei denn im Verhältnis zur gesamten erwerbstätigen Bevölkerung. Er fügt hinzu, daß Artikel 23 Absatz 3 Nr. 1 der Verfassung sich nicht auf die Situation der Ärzte bezogen habe, denen es weiterhin freistehe, ihre Honorare in den anderen Fällen als denjenigen, die in den angefochtenen Bestimmungen vorgesehen seien, frei zu bestimmen. Er ficht die Behauptung an, wonach zahlreiche medizinische Leistungen zu einer K.I.V.-Erstattung führten, die niedriger sei als eine gerechte Entlohnung.

A.39. In bezug auf den achten Klagegrund macht der Ministerrat geltend, daß der vorgebliche Unterschied sich nicht aus den angefochtenen Bestimmungen, sondern aus den Artikeln 1, 114 und 139bis des Krankenhausgesetzes ergebe.

A.40. In bezug auf den neunten Teil erinnert der Ministerrat daran, daß die seit 1988 geschlossenen Vereinbarungen zwischen Ärzten und Krankenkassen Honorarzusätze im Fall der Hospitalisierung im Gemeinschaftszimmer, im Zweibettzimmer oder im Einzelzimmer, wenn der Patient aus medizinischen Gründen dort aufgenommen werde, untersagten. Er ist der Auffassung, daß Artikel 50bis § 2 nicht so ausgelegt werden könne, als ob er die Anwendung der Vereinbarung unabhängig von den in Punkt H der Vereinbarung vom 20. Juni 1998 vorgesehenen Bedingungen erlauben würde.

Er fügt hinzu, daß angesichts der ergriffenen Maßnahmen die Fälle eines teilweisen Beitritts vermutlich weniger zahlreich sein würden, da ihr Vorteil nicht mehr so deutlich sei. Somit werde also das Ziel der Transparenz erreicht.

A.41. In bezug auf den zehnten Teil bemerkt der Ministerrat, daß es in der Annahme, daß die Krankenhäuser als Wirtschaftsunternehmen im Sinne von Artikel 81 — ex-Artikel 85 — des EG-Vertrags angesehen werden könnten, angebracht wäre zu prüfen, inwiefern die Festsetzung einer Tarifobergrenze in den vorgesehenen Fällen die Annahme zuließe, sie seien Unternehmensvereinbarungen. Indem er sich auf die Rechtsprechung des Gerichtshofes der Europäischen Gemeinschaften stützt, fügt er hinzu, daß dann, wenn Tarife für einen freien Beruf aufgrund eines Gesetzes und unter Berücksichtigung des Gemeinwohls, der Interessen von Unternehmen aus anderen Sektoren und der Interessen der Benutzer festgesetzt würden, diese Tarife nicht im Widerspruch zu Artikel 81 stünden. Artikel 81 beziehe sich im übrigen auf das Verhalten der Unternehmen, und nicht auf gesetzgeberische Maßnahmen, außer wenn ein Staat Absprachen begünstige, die im Widerspruch zu Artikel 81 stünden, oder in anderen Fällen, die hier jedoch nicht vorlägen, da nicht das Bestehen eines gesetzlich eingeführten Tarifs angefochten werde, sondern die Festsetzung einer Tarifobergrenze und nicht eines in gewissen Fällen anwendbaren Minimums.

Er bemerkt, daß die im ehemaligen Artikel 36 des Vertrags vorgesehenen Ausnahmen in Anlehnung an den ehemaligen Artikel 85 anzuwenden sein müßten. Er führt ebenfalls die ehemaligen Artikel 129 und 129 Absatz 1 des Vertrags an.

Er schlußfolgert, daß der Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften nicht zu befragen sei.

*Antwort der Kläger**In bezug auf den ersten Klagegrund*

A.42. Die Kläger erwidern, daß die angefochtenen Maßnahmen sich auf die Honorare, für die der Patient oder sein Privatversicherer aufkämen, bezögen, und daß der föderale Gesetzgeber sich folglich nicht auf seine Befugnis für den Sachbereich der sozialen Sicherheit stützen könne, um sie zu regeln, zumal diese Befugnis ihm nur als Ausnahme zugestanden werde und streng auszulegen sei.

Sie fechten an, daß die angefochtenen Bestimmungen im Rahmen der föderalen Zuständigkeiten angenommen worden seien, die Gegenstand des königlichen Erlasses Nr. 78 seien, den sie im übrigen weder abgeändert noch ergänzt hätten. Sie fechten ebenfalls an, daß die föderalen Befugnisse im Bereich der Preispolitik und des Verbraucherschutzes geltend gemacht werden könnten, und erinnern an das Urteil Nr. 22/93 des Hofes, in dem dieser anerkannt habe, daß die Vereinbarungen zwischen Ärzten und Krankenkassen zum Zuständigkeitsbereich der Gemeinschaften hinsichtlich der Gesundheitspolitik gehörten.

In bezug auf den zweiten Klagegrund

A.43. In bezug auf den ersten Teil fechten die Kläger an, daß die angefochtene Regelung bereits aufgrund von Artikel 138 § 3 des Krankenhausgesetzes bestanden hätte, da dieses eine andere Tragweite habe, weil es das Bestehen einer Vereinbarung zwischen Ärzten und Krankenhäusern voraussetze, während die angefochtene Bestimmung ohne eine Vereinbarung Anwendung finde.

Sie fechten an, daß die Zielsetzung der Transparenz und der Tarifsicherheit alles rechtfertigen könnte, und heben die offensichtliche Unverhältnismäßigkeit zwischen den ergriffenen Maßnahmen und dieser Zielsetzung hervor.

A.44. In bezug auf den zweiten Teil machen die Kläger geltend, daß die Bezugnahme des Ministerrates auf Artikel 44 § 5 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 irrelevant sei, da dieser Artikel nichts mit der Kritik zu tun habe, wonach die Ärzte im Krankenhausbereich anders behandelt würden als die anderen Erbringer von Pflegeleistungen.

A.45. In bezug auf den dritten Teil fechten die Kläger an, daß Kinder aus Sicherheitsgründen nicht in Einzelzimmern hospitalisiert würden. Sie führen Beispiele an, die das Gegenteil beweisen würden.

A.46. In bezug auf den vierten Teil nehmen die Kläger zur Kenntnis, daß der Gesetzgeber die im ambulanten Bereich erteilten Leistungen vergessen habe, und fechten an, daß diese Leistungen statistisch gesehen unbedeutend seien, wobei sie auf Artikel 78*quinquies* des Krankenhausgesetzes Bezug nähmen.

A.47. In bezug auf den fünften Teil vertreten die Kläger den Standpunkt, daß es keinerlei vernünftiges und objektives Kriterium für den Unterschied zwischen den Verfahren zur Festlegung der Honorare gebe, je nachdem, ob sie für eine Hospitalisierung im Einzelzimmer auf Wunsch des Patienten und ohne Notwendigkeit für die Behandlung verlangt würden oder für eine Hospitalisierung im Gemeinschaftszimmer oder im Zweibettzimmer oder aber aus medizinischen Gründen im Einzelzimmer. Der Unterschied könne nicht mit dem Umstand gerechtfertigt werden, daß im ersteren Fall der königliche Erlass im Ministerrat beraten werden müsse.

A.48. In bezug auf den sechsten Teil halten die Kläger daran fest, daß die angefochtenen Bestimmungen den Zugang zur Gesundheitspflege für Personen mit hohem Einkommen kostengünstiger machten, ohne daß diese Maßnahmen den Personen mit geringem Einkommen einen besseren Zugang zur Gesundheitspflege sicherten. Sie heben eine perverse Wirkung der neuen Maßnahmen hervor, die ihr Argument bestätige.

A.49. In bezug auf den siebten Teil führen die Kläger zahlreiche Beispiele an, aus denen sie schlußfolgern, daß das Verzeichnis der Gesundheitsleistungen keinen Wert festlege, der einer angemessenen Vergütung der erbrachten Leistungen entspreche. Sie schlußfolgern daraus, daß der Gesetzgeber, indem er die Honorare, die für eine medizinische Leistung verlangt werden könnten, der Berechnungsgrundlage für die K.I.V.-Beteiligung gleichstelle, die im Klagegrund angeführten Bestimmungen mißachte.

Sie sind der Auffassung, nichts könne es rechtfertigen, daß die Ärzte aus dem Anwendungsbereich von Artikel 23 der Verfassung ausgeschlossen würden, und führen an, daß sie nicht mit gleich welcher anderen Person, die arbeite und Anspruch auf eine gerechte Entlohnung habe, verglichen werden könnten.

A.50. In bezug auf den achten Teil bestätigen die Kläger, daß nach ihrer Auffassung die von ihnen angeprangerte Diskriminierung sich aus den angefochtenen Bestimmungen ergebe und vorher nicht bestanden habe.

A.51. In bezug auf den neunten Teil bestehen die Kläger darauf, daß die angefochtenen Bestimmungen das durch die Vereinbarung vom 15. Dezember 1998, die selbst auf diejenige vom 20. Juni 1988 verweise, erzielte Gleichgewicht einseitig zerstöre. Sie fügen hinzu, daß die Ärzte, die sich geweigert hätten, der Vereinbarung beizutreten, verpflichtet würden, diese einzuhalten, während diejenigen, die der Vereinbarung nur teilweise beigetreten seien, zum Teil ihre Honorare frei festsetzen könnten, wobei dieser Behandlungsunterschied keineswegs gerechtfertigt sei. Hinsichtlich der Zielsetzung der Transparenz sind sie der Auffassung, daß diese erreicht werde, insofern die von der Kranken- und Invalidenversicherung erstatteten Beträge behördlicherseits festgesetzt würden und allgemein bekannt seien. Sie fügen hinzu, daß Honorarzusätze diese Transparenz nicht trüben könnten, weil sie zwischen dem Arzt und dem Patienten besprochen würden, ohne daß dies sich auf die Tariffestsetzung der K.I.V.-Erstattungen auswirke.

A.52. In bezug auf den zehnten Teil erwidern die Kläger, daß die betreffenden Maßnahmen in den Anwendungsbereich von Artikel 81 des Vertrags fielen, selbst wenn es sich um eine Gesetzes- oder Verordnungsmaßnahme handele, sobald diese Bestandteile von Vereinbarungen zwischen Wirtschaftskräften übernehme und deren Einhaltung allgemein verpflichtend mache, was im vorliegenden Fall zutreffe.

Sie erachten es als bedeutungslos, ob die angefochtenen Bestimmungen maximale und nicht minimale Tarife festlegten, da eine Verletzung der Preisfreiheit grundsätzlich den Wettbewerb einschränke.

Sie bestreiten die Sachdienlichkeit des aus dem Gemeinwohl abgeleiteten Argumentes im Lichte der Rechtsprechung des Gerichtshofes, die sie analysieren.

Schließlich fügen sie hinzu, daß der ehemalige Artikel 36 des Vertrags nur auf die ehemaligen Artikel 30 bis 34 anwendbar sei. Die vom Ministerrat zitierte Rechtsprechung beziehe sich auf die Problematik des freien Verkehrs und nicht auf diejenige des Wettbewerbs, da alleine die in Artikel 81 Absatz 3 oder in Befreiungsbestimmungen nach Kategorien vorgesehene Regelung eine Abweichung beinhalte.

Rechtssachen Nrn. 1752 und 1759

Standpunkt der klagenden Parteien

In bezug auf den ersten Klagegrund

A.53. Der Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 1, 2, 33 und 129 der Verfassung, 1 und 5 des Sondergesetzes vom 8. August 1980 zur Reform der Institutionen und den allgemeinen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit in der Ausübung der Befugnisse, insofern die angefochtenen Bestimmungen die Regelung der Ärzthonorare im Krankenhausbereich bezweckten, um die Sicherheit der Tarife, die Qualität der Gesundheitspflege und deren Zugänglichkeit, insbesondere für die schwächsten Bevölkerungskategorien, zu begünstigen, während für eine solche Regelung die Gemeinschaften zuständig seien.

Die Darlegung des Klagegrunds schließt sich derjenigen an, die unter A.19 angeführt ist.

In bezug auf den zweiten Klagegrund

A.54. Der zweite Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung, in Verbindung mit deren Artikeln 16 und 23, mit Artikel 1 des Ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention, mit den Artikeln 15 bis 18 des königlichen Erlasses Nr. 78, mit Artikel 23 des am 7. August 1987 koordinierten Krankenhausgesetzes, mit Artikel 50 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, mit den allgemeinen Grundsätzen der Verhältnismäßigkeit und der Rechtssicherheit,

indem der angefochtene Artikel 121 in gewissen Fällen eine Obergrenze der Ärzthonorare vorsehe für den Fall, daß keine Vereinbarung zwischen den Ärzten und Krankenkassen geschlossen würde, insofern er ebenfalls eine Obergrenze für den Fall, daß eine solche Vereinbarung geschlossen würde, vorsehe, insofern er es dem König erlaube, die Obergrenzen der Honorare und die Honorarzusätze festzusetzen, die von Patienten verlangt werden könnten, die auf ausdrücklichen eigenen Wunsch und ohne daß ihre Behandlung es erfordere, in einem Einzelzimmer aufgenommen würden, und insofern Artikel 122 das Datum des Inkrafttretens von Artikel 121 auf den 1. Dezember 1998 festlege, da diese Bestimmungen Diskriminierungen einführen, indem sie sich auf ein Kriterium stützten, das nicht objektiv und vernünftig sei (Absatz 1) oder nicht im Verhältnis zur Zielsetzung stehe (Absatz 2).

A.55. Der erste Teil beschreibt die Diskriminierungen, unter denen die Ärzte litten, die ihre Tätigkeiten in Krankenhäusern ausübten, die Fachärzte im Verhältnis zu den Allgemeinmediziner, die Krankenhausärzte im Verhältnis zu Inhabern von Heilhilfsberufen, die durch Honorare vergütet würden und in der gleichen Art von Einrichtung arbeiteten, die in Privatkrankenhäusern arbeitenden Ärzte im Verhältnis zu den in öffentlichen Krankenhäusern arbeitenden Ärzten und schließlich die Krankenhausärzte im Verhältnis zu den anderen Freiberuflern.

A.56. Der zweite Teil prangert eine Diskriminierung zum Nachteil der Privatkrankenhäuser im Verhältnis zu den öffentlichen Krankenhäusern an.

A.57. Im dritten Teil wird eine Diskriminierung zum Nachteil der Patienten, die außerhalb von Krankenhauseinrichtungen gepflegt würden, und zugunsten der in einem Bereitschaftsdienst oder in einer Intensivstation aufgenommenen Patienten, zum Nachteil der nicht begleiteten Kinder, die verletzlicher sein könnten als diejenigen, die von einem Elternteil begleitet seien, und schließlich zum Nachteil von anderen begleiteten Patienten als Kindern, wie ältere Menschen oder Ehepartner, angeführt.

A.58. In einem vierten Teil wirft der Klagegrund den angefochtenen Bestimmungen vor, unverhältnismäßig zum angestrebten Ziel zu sein, indem das Ziel seit 1995 sowohl hinsichtlich der Personen mit Vorzugstarif (VIPO) als auch der anderen minderbemittelten Bevölkerungskategorien umfassend erreicht sei, indem diese Bestimmungen bewirkten, daß diese Kategorien von Patienten nicht weniger bezahlten, da das System der Vereinbarung ihnen bereits den Zugang zur Pflege im Krankenhausbereich zu den K.I.V.-Tarifen gewährleiste, indem ihre einzige Wirkung darin bestehen werde, den Hotelaufenthalt und nicht die Gesundheitspflege selbst zugänglicher zu machen, indem der Haushalt der Krankenhäuser und damit die Qualität der Pflege sinken werde, da die reichsten Patienten weniger bezahlen würden, und schließlich indem sie gegen den Grundsatz verstießen, wonach es jedem Arzt freistehe, sich zur Einhaltung der Vereinbarung zwischen Ärzten und Krankenkassen zu verpflichten oder nicht, wobei auf diese Weise das System seines wesentlichen Inhaltes beraubt werde.

In bezug auf den dritten Klagegrund

A.59. Der Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung, in Verbindung mit deren Artikeln 16 und 23, mit Artikel 1 des Ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention, den Artikeln 6 und 8 des Gesetzes vom 10. Dezember 1997 zur Reorganisation der Gesundheitspflege, Artikel 2 des Gesetzes vom 16. April 1998 zur Abänderung des königlichen Erlasses Nr. 78 sowie den allgemeinen Grundsätzen der Verhältnismäßigkeit und der Rechtssicherheit.

A.60. Die Kläger bemängeln, daß die angefochtenen Bestimmungen ohne vorherige Abstimmung mit dem Ärzten angenommen worden seien, während diese Frage innerhalb der aufgrund von Artikel 8 des Gesetzes vom 10. Dezember 1997 geschaffenen Konzertierungsausschüsse habe verhandelt werden müssen, wobei auf diskriminierende Weise gegen das Recht der Ärzte auf Entlohnung sowie gegen ihr Eigentumsrecht verstoßen werde.

In bezug auf den vierten Klagegrund

A.61. Der Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung, in Verbindung mit den Artikeln 3 Buchstabe g) (ex-Artikel 5) und 81 (ex-Artikel 85) des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, indem die angefochtenen Bestimmungen auf diskriminierende Weise gegen die im obenerwähnten Artikel enthaltenen europäischen Wettbewerbsregeln verstießen.

In bezug auf den fünften Klagegrund

A.62. Der Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung, in Verbindung mit den Artikeln 3, 6, 10, 49, 50, 51, 52, 53, 54 und 55 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, indem die angefochtenen Bestimmungen eine Obergrenze für die Honorare der in Krankenhäusern tätigen Ärzte festlegten und auf diese Weise die Ärzte aus der Europäischen Union, die nicht in Belgien niedergelassen seien, daran hinderten, irgendeinen wirtschaftlichen Gewinn aus der Erbringung von Pflegeleistungen in einem belgischen Krankenhaus zu erzielen, da sie bei Anwendung der Preise der Vereinbarung alle Kosten abschreiben müßten, insbesondere im Zusammenhang mit ihren Reisen.

*Standpunkt des Ministerrates**In bezug auf den ersten Klagegrund*

A.63. Der Ministerrat verweist auf die in Erwiderung des ersten Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 1748 dargelegten Argumente (A.31).

In bezug auf den zweiten Klagegrund

A.64. Hinsichtlich des ersten Teils verweist der Ministerrat auf die in der Rechtssache Nr. 1748 in Erwiderung auf verschiedene Teile des zweiten Klagegrunds dargelegten Argumente.

A.65. Das gleiche gelte für den zweiten Teil. Der Ministerrat fügt hinzu, es sei durch keinerlei statistisches oder mathematisches Element erwiesen, daß die Privatkrankenhäuser durch die Verringerung der Honorare der Krankenhausärzte keinerlei Sicherheit haben würden, zu einem ausgewogenen Haushalt zu gelangen. Er merkt an, daß die Krankenhausärzte in den öffentlichen Krankenhäusern und in den Privatkrankenhäusern auf gleiche Weise betroffen seien, da die Einnahmen dort auf ähnliche Weise verringert würden. Sollte man annehmen, daß eine Diskriminierung vorläge, so ergäbe sie sich aus den Artikeln 109, 110, 139bis und 140 des Krankenhausgesetzes. Diese Unterschiede seien im übrigen durch die Art und den Auftrag der von den öffentlichen Sozialhilfezentren gegründeten Krankenhäuser gerechtfertigt.

A.66. In bezug auf den dritten Teil verweist der Ministerrat auf die bei der Prüfung des ersten, zweiten und dritten Teils des zweiten Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 1748 dargelegten Argumente.

Er fügt hinzu, daß die Fälle von älteren oder verheirateten Personen, die bei ihrem Krankenhausaufenthalt von einem Blutsverwandten oder von ihrem Ehepartner begleitet würden, seltene Fälle seien und daß es nicht dem Hof zustehe, an Stelle des Gesetzgebers zu entscheiden, daß diese Fälle ebenfalls in den angefochtenen Bestimmungen vorgesehen sein müßten.

A.67. Hinsichtlich des vierten Teils erinnert der Ministerrat daran, daß die angestrebte Zielsetzung die Transparenz und die tatsächliche Tarifsicherheit seien, wobei die Zugänglichkeit der Pflege lediglich eine Folge davon sei. Er analysiert die Nationale Vereinbarung Ärzte-Krankenkassen vom 20. Juni 1988 und leitet daraus ab, die Behauptung sei falsch, daß im Fall einer Hospitalisierung nur die Aufnahme eines Begünstigten, dessen Einkünfte bestimmte Höchstgrenzen nicht überschritten, in ein Gemeinschaftszimmer es gestatte, in den Vorteil der vereinbarten Tarife zu gelangen. Er vertritt den Standpunkt, daß der Zugang zum K.I.V.-Tarif für die Personen mit Vorzugstarif (VIPO) seit 1995 verwirklicht sei und das angefochtene System den Schutz für alle Begünstigten mit niedrigem Einkommen verstärke, die nicht alle der Kategorie der Personen mit Vorzugstarif (VIPO) angehörten. Er erinnert an die Rechtsprechung des Hofes in bezug auf die soziale Sicherheit und die Grenzen seiner Prüfung der Verhältnismäßigkeit. Er bestreitet, daß die angefochtenen Bestimmungen eine positive Diskriminierung einführen, da man bemüht sei, alle Personen mit niedrigem Einkommen zu schützen. Er wiederholt, daß Artikel 138 des Krankenhausgesetzes in Verbindung mit den Bestimmungen der Vereinbarung zwischen Ärzten und Krankenkassen die Praxis der Honorare zum K.I.V.-Tarif im Fall der Aufnahme in ein Zweibett- oder Gemeinschaftszimmer bereits gewährleiste. Er weist die Behauptung zurück, wonach die Krankenhausärzte die Heilkunst aufgrund der angefochtenen Bestimmungen weniger gut ausüben, und hebt hervor, daß die Freiheit, der Vereinbarung beizutreten oder nicht, nicht geändert worden sei.

In bezug auf den dritten Klagegrund

A.68. Der Ministerrat verweist auf die in Beantwortung des vierten Teils des zweiten Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 1748 angeführten Argumente und erinnert an den Wortlaut von Artikel 8 des Gesetzes vom 10. Dezember 1997 zur Reorganisation der Gesundheitspflege.

In bezug auf den vierten Klagegrund

A.69. Der Ministerrat verweist auf seine Antwort auf den letzten Teil des zweiten Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 1748 und geht davon aus, es liege eine *petitio principii* vor, wenn behauptet werde, die in Belgien angewandten Arzthonorare seien besonders niedrig im Vergleich zu denen in den anderen Mitgliedstaaten der Gemeinschaft.

In bezug auf den fünften Klagegrund

A.70. Der Ministerrat erwidert, daß die angefochtenen Bestimmungen keinerlei Bedingung für die Ausübung der Heilkunde in Belgien auferlegten, daß sie nicht den freien Personen- und Dienstleistungsverkehr beeinträchtigten und daß weder ein deutlicher Rückgang bei der Niederlassung von Krankenhausärzten aus der Europäischen Union in Belgien noch eine Abwanderung von belgischen Krankenhausärzten ins Ausland festzustellen sei.

Erwiderung der klagenden Parteien

In bezug auf den ersten Klagegrund

A.71. Die klagenden Parteien erwidern, daß die angefochtenen Bestimmungen die Vergütung der Ärzte berührten und die Beziehungen zwischen dem Pflegebringer und seinem Begünstigten betrafen und nicht den Versicherer und das System der Kranken- und Invalidenversicherung. Sie bestreiten, daß die diesbezügliche Gesetzgebung diese Beziehungen geregelt habe, wobei die Verwechslung zwischen den beiden Zuständigkeiten sich daraus ergebe, daß die Ärzte 1963, vor dem Bestehen der Gemeinschaften, sich damit einverstanden erklärt hätten, daß ein Teil von ihnen ihre Tarife auf die Höhe der Erstattungsregeln festgesetzt habe. Sie erinnern daran, daß die föderale Zuständigkeit für die Gesundheitspolitik eine Ausnahme bilde, und zitieren das Urteil Nr. 83/98 des Hofes, wobei die Tariffestsetzung der Handlungen nicht unter diese Zuständigkeit falle, was im Gesetz vom 29. April 1999 bestätigt werde, in dem der Gesetzgeber darauf verzichtet habe, die Tariffestsetzung der Leistungen zu regeln.

Sie fechten an, daß die Transparenz und die Tarifsicherheit Zielsetzungen der sozialen Sicherheit seien, und vertreten den Standpunkt, die Tariffestsetzung der Honorare gehöre weder zum Sachbereich der Preispolitik noch zu demjenigen des Verbraucherschutzes.

In bezug auf den zweiten Klagegrund

A.72. Was die angeführte Diskriminierung zwischen den Ärzten betreffe, heben die klagenden Parteien hervor, der Ministerrat weise nicht nach, daß die Tarifsicherheit und die Transparenz im Bereich der ambulanten Medizin besser gewährleistet seien, obwohl darin keine einzige Regel bestehe, und sie bemängeln die Methode, sich auf Umfragen zu berufen, die durch Interessensvereinigungen oder Versicherungsanstalten durchgeführt worden seien.

Sie werfen dem Ministerrat vor, er weise nicht den jeweiligen Anteil der medizinischen und paramedizinischen Handlungen im Krankenhausbereich nach, und vertreten den Standpunkt, daß es dann, wenn dieser das «Informationsdefizit» hervorrufe, nicht gerechtfertigt sei, mit den angefochtenen Maßnahmen die Ärzte zu treffen, dies unter Ausschluß der Heilhilfsberufe oder der unter Einhaltung der Vereinbarung ausgeführten medizinischen Praktiken.

Im übrigen schließt ihre Argumentation sich derjenigen der klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 1748 an.

A.73. In bezug auf die angebliche Diskriminierung zwischen Krankenhäusern wiederholen die klagenden Parteien, daß diese durch die angefochtenen Bestimmungen verursacht werde und nicht durch das Krankenhausgesetz. Sie führen an, daß die Privatkrankenhäuser nicht ihren Konkurs abwarten könnten, um die Folgen der angefochtenen Bestimmungen anzuprangern, und heben hervor, daß die Argumentation nicht erwidert werde, wonach verschiedene Krankenhäuser zur Überwindung ihrer finanziellen Schwierigkeiten die öffentliche Hand in Anspruch nehmen könnten, während andere dies nicht tun könnten. Sie vertreten den Standpunkt, daß die Finanzierung und das Gleichgewicht des Systems beeinträchtigt würden, sobald die Privatkrankenhäuser, die nicht durch die öffentliche Hand bezuschußt würden, keine Honorarzusätze mehr in Rechnung stellen dürften. Sie sind der Auffassung, daß die dem Versicherungsbegünstigten überlassene Möglichkeit, die Einrichtung seiner Wahl in Anspruch zu nehmen, zunichte gemacht werde, da der Fortbestand der Privatkrankenhäuser in Frage gestellt sei.

A.74. Was die Diskriminierung zwischen Patienten betreffe, bezweifeln die klagenden Parteien, daß es ein «Informationsdefizit» gebe, und vor allem, daß dieses dem Krankenhausbereich anzulasten sei, und sie heben hervor, daß es sich bei 70 bis 80 Prozent der Fälle, die als Notfall angemeldet würden, nicht um Notfälle handle, und daß es keine Rolle spiele, ob die Diskriminierung teilweise schon vorher bestanden habe. Sie erinnern daran, daß Kinder in Einzelzimmer aufgenommen würden, auch wenn sie nicht begleitet würden, und wiederholen, daß es nicht selten vorkomme, daß Erwachsene begleitet würden.

A.75. In bezug auf die von ihnen angefochtenen Bestimmungen halten die klagenden Parteien ihre Argumentation aufrecht und erläutern sie, daß die Kürzung der finanziellen Mittel notwendigerweise die Möglichkeit des Einsatzes gewisser medizinischer Techniken beschränken werde, die nicht abgeschrieben oder bezahlt werden könnten. Sie unterstreichen, daß die angefochtenen Maßnahmen nicht auf die Zielsetzung der Transparenz und der Tarifsicherheit abgestimmt seien.

In bezug auf den dritten Klagegrund

A.76. Die klagenden Parteien fügen ihrer Argumentation hinzu, daß das Fehlen einer Abstimmung um so unannehbarer sei, als in den angefochtenen Bestimmungen selbst keinerlei Form der Abstimmung unter Einbeziehung der Ärzte vorgesehen sei.

In bezug auf den vierten Klagegrund

A.77. Die klagenden Parteien beharren auf ihrem Standpunkt, daß die Einführung von Tarifobergrenzen den Wettbewerb einschränke.

In bezug auf den fünften Klagegrund

A.78. Die klagenden Parteien bemerken, daß es nicht ihnen obliege, die Wanderströme von Ärzten innerhalb der Europäischen Union nachzuweisen, da der Belgische Staat über die geeigneten Instrumente verfüge, um dies zu tun.

— B —

In bezug auf die im Zusammenhang mit den angefochtenen Bestimmungen stehenden Bestimmungen

B.1. Aufgrund von Artikel 15 des königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 über die Ausübung der Heilkunst haben die Ärzte unter Einhaltung der Regeln der Standespflichten Anrecht auf Honorare oder Pauschalentgelte für die von ihnen erbrachten Leistungen. Der zweite Absatz dieses Artikels bestätigt den Grundsatz der freien Festsetzung der Ärztehonorare, vorbehaltlich der Zuständigkeit ihrer Kammer oder der Gerichte im Falle einer Anfechtung. Ausgeübt wird diese Freiheit «unbeschadet der Anwendung der Sätze, die eventuell durch das oder aufgrund des Gesetzes festgelegt sind oder in Statuten oder Abkommen, denen die Fachkräfte beigetreten sind, vorgesehen sind».

Artikel 50 § 6 Absatz 2 *in fine* des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, nachstehend Gesetz über die Gesundheitspflegeversicherung genannt, besagt, daß der Arzt sein Honorar für Leistungen, die nicht im Verzeichnis aufgeführt sind, frei bestimmt.

B.2. Artikel 35 § 1 des Gesetzes über die Gesundheitspflegeversicherung ermächtigt den König zur Festlegung des Verzeichnisses, in dem die Gesundheitsleistungen aufgezählt werden, der relative Wert dieser Leistungen festlegt wird und insbesondere die Regeln für seine Anwendung und die erforderliche Qualifikation der Person, die jeweils ermächtigt ist, diese Leistungen zu erbringen, bestimmt werden. Paragraph 2 legt das Verfahren fest, das der König bei der Änderung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen einhalten muß.

B.3. Artikel 50 desselben Gesetzes besagt, daß die Beziehungen zwischen den repräsentativen Berufsorganisationen der Ärzteschaft und den Versicherungsträgern durch Vereinbarungen geregelt werden (§ 1). Diese Vereinbarungen werden innerhalb der durch Gesetz organisierten Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen geschlossen (§§ 2 bis 5). Darin werden insbesondere die Honorare festgelegt, die von den Ärzten, für die davon ausgegangen wird, daß sie den Vereinbarungen beigetreten sind, gegenüber den Begünstigten der Versicherung einzuhalten sind (§ 6).

B.4. Artikel 35 § 1 Absatz 3 des Gesetzes über die Gesundheitspflegeversicherung verpflichtet die Ärzte, im Rahmen eines organisierten Bereitschaftsdienstes, auch wenn sie den obenerwähnten Vereinbarungen nicht beigetreten sind, die Honorarobergrenzen gegenüber bestimmten Kategorien von Patienten einzuhalten.

Artikel 138 § 3 des am 8. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser in der am Datum der Annahme der angefochtenen Bestimmung geltenden Fassung verpflichtete den Medizinischen Rat des Krankenhauses zu gewährleisten, daß die in einem Gemeinschaftszimmer oder in ein Zweibettzimmer aufgenommenen Patienten zu den in der Vereinbarung vorgesehenen Tarifen gepflegt werden können.

B.5. Schließlich organisiert Artikel 139 des Krankenhausgesetzes die Information der Patienten, indem er den Krankenhausverwalter verpflichtet, ihnen die Möglichkeit zu bieten, die Liste mit den allgemeinverbindlichen Tarifen sowie den Namen der Krankenhausärzte, die sich zur Einhaltung dieser Tarife verpflichtet haben, und derjenigen, die sich nicht dazu verpflichtet haben, einzusehen. Der königliche Anwendungserlaß vom 3. Oktober 1991 legt die Regeln über die Mitteilung der Honorarzusätze fest, die von den Patienten gefordert werden können.

In bezug auf die Entstehungsgeschichte der angefochtenen Bestimmungen

B.6. Durch Artikel 99 des Gesetzes vom 22. Februar 1998 zur Festlegung sozialer Bestimmungen hat der Gesetzgeber zum ersten Mal in das Gesetz über die Gesundheitspflegeversicherung einen Artikel 50*bis* eingefügt, wonach in den gleichen vier Fällen, wie sie in Paragraph 1 des neuen Artikels 50*bis*, der durch die angefochtenen Bestimmungen eingefügt wurde, vorgesehen sind, die als Grundlage für die Berechnung der Versicherungsbeteiligung dienenden Tarife die maximalen Honorarsätze darstellen, die verlangt werden können. Diese Einschränkung war anwendbar, «ob ein Arzt der in Artikel 50 erwähnten Vereinbarung beitrifft oder nicht».

B.7. Diese Bestimmung hat ihren Ursprung in zwei Gesetzesvorschlägen. Mit dem einen sollte die freie Festsetzung der Zusätze für die in einem Einzelzimmer aufgenommenen Patienten bekämpft werden, und zwar mit der Begründung, daß diese Zusätze von einem Krankenhaus zum anderen sehr unterschiedlich seien, während diese Unterschiede nicht immer durch objektive Kriterien gerechtfertigt seien, und der Patient vor vollendete Tatsachen gestellt werde, da er in den meisten Fällen sein Krankenhaus nicht «frei» auswähle. Mit dem Vorschlag sollte die «Tarifsicherheit» gewährleistet werden (*Parl. Dok.*, Kammer, 1996-1997, Nr. 977/1).

Der zweite unterstrich «die Hauptzielsetzung, die Zugänglichkeit der Gesundheitspflege zu gewährleisten, insbesondere für die sozial schwachen Gruppen» und «die Zielsetzung, die Erschwinglichkeit einer qualitativ hohen Gesundheitspflege zu gewährleisten». Er ging davon aus, daß «die Zugänglichkeit der Gesundheitspflege weiterhin gefährdet ist, da bei einer Aufnahme ins Krankenhaus neben dem Eigenanteil die verschiedensten Zusätze gefordert werden können». Er führte eine Studie an, wonach «eine gleiche Behandlung den Patienten 33 mal mehr kosten kann, je nachdem, in welchem Krankenhaus er behandelt wird». Die gleiche Studie unterstrich, daß «die in Rechnung gestellten Zusätze das Zehnfache des allgemeinverbindlichen Tarifs erreichen können» (*Parl. Dok.*, Kammer, 1996-1997, Nr. 982/1).

B.8. In den Entwurf des Gesetzes zur Festlegung sozialer Bestimmungen wurden Bestimmungen mit der gleichen Zielsetzung aufgenommen. Im Laufe der parlamentarischen Debatten hob die zuständige Ministerin «die Bedeutung der Sicherheit der Pauschaltarife» hervor, wobei sie unterstrich, daß «die erzwungene und willkürliche Kürzung der Leistungen um 2 und 3 Prozent, zu der sich die Regierung 1997 gezwungen sah, um die Ausgaben zu beschränken, der Ärzteschaft die Gelegenheit und den Vorwand bot, einen Vertragsbruch anzuprangern». Sie fügte hinzu, daß es den Partnern entgegen allen Erwartungen gelungen sei, eine Vereinbarung zwischen Ärzten und Krankenkassen abzuschließen, und daß es «der Regierung unter diesen unerwarteten Bedingungen vor allem darum ging, niemandem einen Vorwand zu bieten, um die wiedergefundene Tarifsicherheit wieder zunichte zu machen, so daß in einer ersten Phase somit das Verfahren des Beitritts zur Vereinbarung zwischen Ärzten und Krankenkassen in Angriff genommen werden kann» (*Parl. Dok.*, Kammer, 1996-1997, Nr. 1184/14, SS. 35 und 36).

B.9. Artikel 50*bis*, der durch das Gesetz vom 22. Februar 1998 zur Festlegung sozialer Bestimmungen in das Gesetz über die Gesundheitspflegeversicherung eingefügt wurde, wurde durch die angefochtene Bestimmung des Gesetzes vom 25. Januar 1999 zur Festlegung sozialer Bestimmungen ersetzt, wobei er am gleichen Datum wie der ehemalige Artikel 50*bis* in Kraft treten sollte, nämlich am 1. Dezember 1998.

B.10. Die neue Bestimmung von Artikel 50*bis* enthält im wesentlichen drei Arten von Maßnahmen:

1. Ist keine Vereinbarung zwischen Ärzten und Krankenkassen in Kraft, dürfen die Honorare in vier Fällen nicht die Beteiligung der Versicherung überschreiten, nämlich wenn die Leistungen erbracht werden:

- a) in einem organisierten Bereitschaftsdienst,
- b) in einer Intensivstation,
- c) in einem Gemeinschafts- oder Zweibettzimmer oder in einem Einzelzimmer, wenn der Patient dies aus medizinischen Gründen beantragt hat,
- d) zugunsten von Kindern, die mit einem begleitenden Elternteil in ein Krankenhaus aufgenommen werden.

2. Ist eine Vereinbarung in Kraft, so gelten die gleichen Obergrenzen für alle Ärzte, ob sie der Vereinbarung beigetreten sind oder nicht, in den unter den Buchstaben a), b) und d) genannten Fällen. In den unter Buchstabe c) genannten Fällen erklärt der König die aus der Vereinbarung hervorgehenden Honorare bis zum 31. Dezember 1999 für allgemeinverbindlich oder gegebenenfalls ab dem 1. Januar 2000, nach Stellungnahme der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen.

3. Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß die maximalen Honorare und die maximalen Honorarzusätze festlegen, die Ärzte, ob sie einer Vereinbarung beigetreten sind oder nicht, von Patienten verlangen können, die auf ihren ausdrücklichen Wunsch, ohne daß dies für ihre Behandlung erforderlich wäre, in einem Einzelzimmer aufgenommen sind.

Der Text ist einem Abänderungsantrag entnommen, der von den Verfassern der unter B.7 erwähnten Gesetzesvorschläge hinterlegt wurde (*Parl. Dok.*, Kammer, 1997-1998, Nr. 1722/11, S. 5). Er wurde insbesondere durch einen Abänderungsantrag angefochten, der hervorhob, daß das System der Vereinbarungen in Zukunft für die im Krankenhausbereich arbeitenden Ärzte vollkommen sinnlos werde. Es wurde wiederholt, der Text des Entwurfes drohe finanzielle Probleme im Krankenhausbereich zu verursachen, und es wurde daran erinnert, daß die Vereinbarungen die sozialen Tarife immer «den Personen mit kleinem oder mittlerem Einkommen» vorbehalten hätten (*Parl. Dok.*, Kammer, 1997-1998, Nr. 1722/6, S. 4).

B.11. Aus den gesamten parlamentarischen Dokumenten, die zur Annahme der angefochtenen Bestimmungen geführt haben, wird ersichtlich, daß der Gesetzgeber das System der Vereinbarungen zwischen den repräsentativen Berufsorganisationen der Ärzteschaft und der Fachkräfte der Zahnheilkunde einerseits und den Versicherungsträgern andererseits aufrechterhalten wollte, so wie es in Artikel 50 des Gesetzes über die Gesundheitspflegeversicherung vorgesehen ist, und daß er Bestimmungen darin eingefügt hat, die darauf abzielen, die Tarifsicherheit gegenüber allen Begünstigten und allen Ärzten in den vier Fällen, die in Paragraph 1 und Paragraph 2 vorgesehen sind, sowie in dem Fall, der in Paragraph 3 des angefochtenen Artikels 50*bis* vorgesehen ist, aufrechtzuerhalten.

In bezug auf die Klagegründe, die aus dem Verstoß gegen die Regeln der Zuständigkeitsverteilung abgeleitet sind

B.12. Aufgrund von Artikel 5 § 1 I Nr. 1 des Sondergesetzes vom 8. August 1980 zur Reform der Institutionen sind die Gemeinschaften im Bereich der Gesundheitspolitik für die Politik der Pflegeleistungen innerhalb und außerhalb der Pflegeeinrichtungen zuständig, mit Ausnahme der unter den Buchstaben a) bis g) angeführten Sachbereiche. Zu diesen Ausnahmen gehört die Kranken- und Invalidenversicherung (c). Für diesen Sachbereich ist somit alleine die Föderalbehörde zuständig.

B.13. Die angefochtenen Bestimmungen beziehen sich hauptsächlich auf das Anwendungsgebiet der zwischen den Berufsorganisationen und den Versicherungsträgern geschlossenen Vereinbarungen, so wie diese in Artikel 50 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vorgesehen und organisiert sind.

Sie gehören somit zum Sachbereich der Kranken- und Invalidenversicherung.

B.14. In der Tat dehnen die angefochtenen Bestimmungen, insofern sie die Höchstbeträge der Honorare, die gefordert werden können, auf die Tarife begrenzen, die als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung dienen, den Anwendungsbereich der Vereinbarungen über den eigentlichen Bereich der Krankenversicherung hinaus aus, weil sie den Teil der Honorare berühren, für den der Patient selbst aufkommt. Daraus ergibt sich jedoch nicht, daß sie auf den Sachbereich der Pflegeleistungen übergreifen würden, der den Gemeinschaften zugeteilt worden ist. Sie beziehen sich auf einen wesentlichen Aspekt der Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten, indem sie darauf achten, daß letzterem die «Sicherheit» der Tarife und deren Transparenz gewährleistet werden, die für den Zugang zur medizinischen Pflege unerlässlich sind. Es ist annehmbar, daß solche Maßnahmen im vorliegenden Fall mit der Ausübung der Heilkunst zusammenhängen, die eine föderale Zuständigkeit geblieben ist.

B.15. Die aus dem Verstoß gegen die Regeln der Zuständigkeitsverteilung abgeleiteten Klagegründe sind unbegründet.

In bezug auf sämtliche Klagegründe, in denen Diskriminierungen angeprangert werden, die unvereinbar wären mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Rechten, die sich aus Bestimmungen des internen und des internationalen Rechts ergeben, mit Ausnahme von Artikel 23 der Verfassung

B.16. Aus den Vorarbeiten zu den angefochtenen Bestimmungen geht hervor, daß die darin enthaltenen Regeln das Gleichgewicht zwischen zwei Zielsetzungen hinsichtlich des Sachbereichs der Heilkunde in der föderalen Organisation der Gesundheitspflege gefährden: einerseits der gleiche Zugang zu einer Gesundheitspflege von guter Qualität und zu einem erschwinglichen Preis, mit dem die Sicherheit und die Transparenz der Tarife einhergehen, und andererseits das Bemühen um die Gewährleistung einer gerechten Entlohnung für die Erbringer der Pflegeleistungen unter Wahrung des Grundsatzes der Freiheit der Honorarfestsetzung. Der Gesetzgeber hat diese doppelte Zielsetzung verwirklicht, indem er den Abschluß von Vereinbarungen zwischen den Berufsorganisationen und den Versicherungsträgern begünstigt hat. Er hat die Ärzte aufgefordert, den Vereinbarungen beizutreten, und gleichzeitig außerhalb dieser Vereinbarungen die Freiheit der Honorarfestsetzung aufrechterhalten.

B.17. Die angefochtenen Bestimmungen drücken gleichzeitig den Willen aus, den Anwendungsbereich der Vereinbarungen auszudehnen, indem diese in Situationen, die der Gesetzgeber als beachtenswert betrachtet, für die Ärzte, die ihnen nicht beigetreten sind, verbindlich werden, und zu verhindern, daß in Situationen, wo der Patient sich für eine Hospitalisierung im Einzelzimmer entscheidet, der verbleibende Teil der Freiheit nicht die Fakturierung von übertriebenen Honoraren erlaubt.

B.18. Es steht außer Zweifel, daß die angefochtenen Bestimmungen die Freiheit zur Festsetzung der von den Krankenhausärzten verlangten Honorare erheblich einschränken und daß sie dazu führen können, die Investitionen der Krankenhäuser in technische Ausrüstungen zu verringern. Die diesbezügliche Kritik der klagenden Parteien beruht auf einer sachdienlichen Analyse der möglichen Auswirkungen dieser Bestimmungen. Die angefochtenen Maßnahmen drücken die Absicht des Gesetzgebers aus, in bestimmten Fällen den Interessen der Patienten den Vorrang vor denjenigen der Ärzte einzuräumen.

B.19. Solche Interessen miteinander in Einklang zu bringen, gehört zur Ermessensbefugnis des Gesetzgebers, insofern es politische Entscheidungen voraussetzt, die der Hof nicht zu kontrollieren hat.

B.20. Der Hof könnte die Entscheidungen des Gesetzgebers nur dann ahnden, wenn sie einen ungerechtfertigten Behandlungsunterschied oder ein Mißverhältnis zwischen den angewandten Mitteln und der Zielsetzung aufweisen würden.

In bezug auf Artikel 50bis §§ 1 und 2

B.21. Insofern die Bestimmungen zu einem Großteil eine gleiche Behandlung der Ärzte, die den Vereinbarungen beigetreten sind, und derjenigen, die dies verweigert haben, vorsehen, behandeln sie Kategorien von Personen, die sich in wesentlich unterschiedlichen Situationen befinden, auf die gleiche Weise. Solche Maßnahmen sind grundsätzlich nicht mit dem Gleichheitsprinzip vereinbar. Sie sind um so weniger zu rechtfertigen, als die den Vereinbarungen beigetretenen Ärzte soziale Vorteile genießen, die den diesen Vereinbarungen nicht beigetretenen Ärzten verweigert werden.

B.22. Da jedoch die Entscheidung, den Vereinbarungen beizutreten oder nicht, dem Ermessen der Ärzte überlassen bleibt und jeder von ihnen frei erwägen kann, inwiefern es interessant ist, dies zu tun, können die angefochtenen Maßnahmen nicht *a priori* als diskriminierend betrachtet werden. Allerdings muß der Druck, den diese Maßnahmen auf die Entscheidungsfreiheit der Ärzte ausüben und der so weit geht, daß ihr Interesse an einer Verweigerung des Beitritts erheblich geschmälert wird, vernünftig zu rechtfertigen sein.

B.23. Indem der Gesetzgeber die beanstandeten Einschränkungen in den Fällen, auf die sich die Buchstaben a) und b) der Paragraphen 1 und 2 von Artikel 50bis beziehen, für anwendbar erklärt hat, hat er eine Maßnahme ergriffen, die vernünftig gerechtfertigt ist. Es kann angenommen werden, daß die Personen, die in einem Bereitschaftsdienst oder in einer Intensivstation aufgenommen werden, nicht die Möglichkeit hatten, den Tarif der Pflegeleistungen, der auf sie angewandt werden wird, zu beurteilen und zu erörtern.

Das gleiche gilt für den in Artikel 50bis § 1 Buchstabe c) und in Artikel 50bis § 2 Absatz 2 vorgesehenen Fall; es ist nicht unvernünftig, davon auszugehen, daß die Patienten, die darum gebeten haben, in ein Gemeinschaftszimmer oder in ein Zweibettzimmer aufgenommen zu werden, nicht über die Mittel verfügen, um Zusätze zu den Tarifen, die als Grundlage für die Beteiligung der Versicherung dienen, oder zu den Honoraren, die sich aus der Vereinbarung ergeben, zu bezahlen. Es ist ebensowenig ungerechtfertigt, diese Annahme auf den Fall auszudehnen, in dem Patienten aus medizinischen Gründen um ein Einzelzimmer gebeten haben.

B.24. Der unter Buchstabe d) von Artikel 50bis § 1 und unter Buchstabe c) von Artikel 50bis § 2 vorgesehene Fall ist ebenfalls nicht unvernünftig. Der Wunsch eines Elternteils, sein hospitalisiertes Kind zu begleiten, kann als rechtmäßig angesehen werden, und es ist gerechtfertigt, dessen Belastung nicht zu erhöhen. Der Nachteil, den die Maßnahme den nicht der Vereinbarung beigetretenen Ärzten zufügen kann, ist nicht eindeutig unverhältnismäßig.

B.25. Es stimmt ebenfalls, daß die angefochtenen Maßnahmen dazu führen, die Krankenhausärzte anders zu behandeln als die übrigen Ärzte, dieselben Ärzte anders als andere Erbringer von Pflegeleistungen im Krankenhausbereich, und gewisse Fachärzte anders als die übrigen Fachärzte oder die Allgemeinmediziner. Es kann sein, daß diese Maßnahmen für die in Privatkrankenhäusern arbeitenden Ärzte andere Auswirkungen haben als für diejenigen, die ihre Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern ausüben. Es ist klar, daß die Krankenhausärzte anders behandelt werden als Personen, die andere freie Berufe ausüben.

B.26. Die angefochtenen Bestimmungen führen zu einer unterschiedlichen Behandlung der hospitalisierten Patienten und derjenigen, die die ambulante Medizin in Anspruch nehmen, und zu einer anderen Behandlung der in Einzelzimmer aufgenommenen Patienten als derjenigen, die in Gemeinschaftszimmern oder in Zweibettzimmern aufgenommen wurden.

B.27. Es ist wahrscheinlich, daß die öffentlichen Krankenhäuser die finanziellen Auswirkungen der angefochtenen Maßnahmen leichter werden ausgleichen können als die Privatkrankenhäuser.

B.28. Schließlich ist es nicht ausgeschlossen, daß sich im Laufe der Erfahrung herausstellt, daß die angefochtenen Maßnahmen nachteilige Auswirkungen auf die Einkünfte der Ärzte, auf die Mittel der Krankenhäuser, auf die Qualität der Pflege, auf die Ausgewogenheit der Vereinbarungen oder gar auf das eigentliche System der Vereinbarungen haben.

B.29. Dennoch wird weder aus den Behandlungsunterschieden noch aus den von den klagenden Parteien angeführten Nachteilen derzeit ein eindeutiger Beurteilungsfehler ersichtlich.

B.30.1. Insofern der Gesetzgeber bemüht ist, den Zugang zur Gesundheitspflege zu gewährleisten, indem er die Tarifsicherheit und die Transparenz im Krankenhausesektor verbessert, und Mißbräuche, die dort offenbar vorgekommen sind, zu vermeiden, haben die von ihm ergriffenen Maßnahmen unweigerlich Auswirkungen, die nur diesen Sektor betreffen, und es wäre unvernünftig, sie auf Sektoren auszudehnen, in denen die Notwendigkeit solcher Maßnahmen nicht in vergleichbarem Maße spürbar ist.

B.30.2. Hinsichtlich der angeblich unverhältnismäßigen Folgen der angefochtenen Maßnahmen beruhen die Behauptungen der Kläger auf Annahmen, die nicht einer Wahrscheinlichkeit entbehren, doch man kann nicht mit Sicherheit behaupten, daß diese Auswirkungen so umfangreich sein werden, daß die Maßnahmen dadurch diskriminierend würden. Es handelt sich um Elemente, die Gegenstand einer konkreten Bewertung sein müssen und die gegebenenfalls Korrekturen und Vorschläge im Rahmen der Verhandlungen, die innerhalb der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen geführt werden, begründen können. Der Hof würde sich in die Haushaltsbewertungen, die von politischen Entscheidungen abhängig sind, einmischen und die Gleichgewichte bei den Tarifverhandlungen stören, wenn er zu den etwaigen wirtschaftlichen Folgen der angefochtenen Bestimmungen Stellung beziehen würde.

B.30.3. Schließlich üben die Ärzte ihre Tätigkeit im Gesundheitssektor aus, der nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit der Risiken geregelt ist und dessen Defizit letztendlich von der Gemeinschaft getragen wird. Aufgrund solcher Besonderheiten ist es nicht möglich, sie hinsichtlich der Honorarfestsetzung mit allen anderen Personen zu vergleichen, die einen freien Beruf ausüben.

B.31. Die Klagegründe, mit denen die vorstehenden Diskriminierungen angeprangert werden, sind unbegründet.

In bezug auf Artikel 50bis § 3

B.32. Paragraph 3 von Artikel 50bis bestimmt:

«Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß die maximalen Honorare und die maximalen Honorarzusätze festlegen, die von Ärzten, ob sie einer Vereinbarung beigetreten sind oder nicht, verlangt werden können, wenn Leistungen zugunsten von Patienten erbracht werden, die auf ihren ausdrücklichen Wunsch und ohne daß dies für ihre Behandlung erforderlich wäre, in einem Einzelzimmer aufgenommen sind.

Er bestimmt auf dieselbe Weise, welche Informationen der Arzt oder Krankenhausverwalter den Patienten geben muß und wie diese Informationen erteilt werden können.»

B.33. Es obliegt dem Gesetzgeber, der aufgrund von Artikel 23 Absatz 3 Nr. 2 der Verfassung verpflichtet ist, das Recht auf den Schutz der Gesundheit zu gewährleisten, Honorare und Honorarzusätze festzulegen, wenn dies mit den gesetzlich vorgeschriebenen Verhandlungsverfahren nicht möglich war. Das Recht auf Tarifverhandlungen kann nicht so weit gehen, daß der öffentlichen Hand ihre Entscheidungsbefugnis entzogen wird, wenn die Verhandlungen nicht zu einer Vereinbarung führen.

B.34. Die angefochtene Bestimmung ist ebenfalls nicht unvereinbar mit den in Artikel 15 des königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 über die Heilkunst enthaltenen Regeln. Der zweite Absatz dieses Artikels bestätigt nämlich den Grundsatz der freien Festsetzung der Honorare, insbesondere unbeschadet der Anwendung der gegebenenfalls «durch das oder aufgrund des Gesetzes» festgelegten Sätze.

B.35. In seiner Formulierung behandelt Artikel 50bis § 3 jedoch Personen, die sich in wesentlich unterschiedlichen Situationen befinden, auf die gleiche Weise. Einerseits verpflichtet er den König, die Ärzte, «ob sie einer Vereinbarung beigetreten sind oder nicht», ohne erkennbare Rechtfertigung ähnlich zu behandeln, trotz der unter B.25 angeführten Unterschiede. Andererseits verleiht er dem König die gleiche Befugnis, ohne zu unterscheiden, ob die Frage der Höchstsätze der Honorare und der Honorarzusätze durch Vereinbarungen geregelt wurde, obwohl im Laufe der Vorarbeiten stets wiederholt wurde, daß das Parlament an der Einhaltung der Vereinbarungen festhält, und auch der Wunsch der Regierung hervorgehoben wurde, daß Bestimmungen über die Honorarzusätze in die Vereinbarungen aufgenommen werden sollten.

B.36. Daraus ist zu schlußfolgern, daß die Bestimmung zwei ähnliche Behandlungen von verschiedenen Personen enthält, ohne daß die erste auf annehmbare Weise gerechtfertigt wäre und wobei die zweite im Gegensatz zu einer der Zielsetzungen des Gesetzgebers steht.

B.37. Artikel 50bis § 3 ist für nichtig zu erklären.

In bezug auf die Klagegründe, die aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 in Verbindung mit Artikel 23 der Verfassung und mit anderen Rechten, die sich aus Bestimmungen des internationalen und des nationalen Rechts ergeben, abgeleitet sind

B.38. Artikel 23 der Verfassung bestimmt:

«Jeder hat das Recht, ein menschenwürdiges Leben zu führen.

Zu diesem Zweck gewährleistet das Gesetz, das Dekret oder die in Artikel 134 erwähnte Regel unter Berücksichtigung der entsprechenden Verpflichtungen die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte und bestimmt die Bedingungen für ihre Ausübung.

Diese Rechte umfassen insbesondere:

1. das Recht auf Arbeit und auf freie Wahl der Berufstätigkeit im Rahmen einer allgemeinen Beschäftigungspolitik, die unter anderem darauf ausgerichtet ist, einen Beschäftigungsstand zu gewährleisten, der so stabil und hoch wie möglich ist, das Recht auf gerechte Arbeitsbedingungen und gerechte Entlohnung sowie das Recht auf Information, Konsultation und kollektive Verhandlungen;

[...].»

B.39. Der Hof ist nicht befugt zu prüfen, ob eine Gesetzesbestimmung gegen Artikel 23 der Verfassung verstößt, außer wenn dieser Verstoß in Verbindung mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung angeführt wird und sich herausstellt, daß der Gesetzgeber einer Kategorie von Personen ohne vernünftige Rechtfertigung eines der aufgrund dieser Bestimmung zuerkannten Rechte verweigert, während derselbe Gesetzgeber einer anderen, mit ihr vergleichbaren Kategorie von Personen dieses Recht garantiert.

B.40. Die klagenden Parteien in den Rechtssachen Nrn. 1752 und 1753 werfen dem Gesetzgeber vor, die angefochtenen Maßnahmen ohne vorherige Verhandlung innerhalb der Konzertierungsausschüsse, die in Anwendung des Gesetzes vom 10. Dezember 1997 zur Reorganisation der Gesundheitspflege gegründet wurden, angenommen zu haben. Sie fügen hinzu, daß dieses Versäumnis zur Folge habe, «die Rechte auf Entlohnung» auf diskriminierende Weise zu beeinträchtigen.

B.41. Bei der durch den Hof vorgenommenen Prüfung anhand der Artikel 10 und 11 der Verfassung geht es darum, ob der Inhalt einer Gesetzesbestimmung mit diesen Artikeln vereinbar ist und nicht darum, ob Formalitäten, die gegebenenfalls für die Annahme einer solchen Bestimmung vorgeschrieben sind, eingehalten wurden.

Der Klagegrund betrifft nicht den Inhalt des angefochtenen Gesetzes, sondern die Art und Weise seiner Entstehung. Er fällt somit nicht in die Zuständigkeit des Hofes.

B.42. Die klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 1748 führen in einem ersten Teil an, daß die angefochtenen Bestimmungen gegen das Recht auf eine gerechte Entlohnung verstießen, da der Tarif, der als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung diene, die betreffenden medizinischen Leistungen nicht angemessen vergüte. Sie vertreten den Standpunkt, daß die Krankenhausärzte mit «jeder Person, die arbeitet und die Anrecht auf eine gerechte Entlohnung hat», verglichen werden müßten. Sie legen Beispiele mit Zahlenangaben vor, die nach ihrem Dafürhalten nachwiesen, daß bestimmte Leistungen nicht ausreichend vergütet würden.

B.43. Der Hof kann nicht beurteilen, ob die Arzthonorare — die in Texten festgelegt sind, für die er nicht zuständig ist — einer gerechten Entlohnung entsprechen, und er kann nicht dazu veranlaßt werden, diese Honorare mit den von der übrigen Bevölkerung empfangenen Vergütungen zu vergleichen.

Der Klagegrund ist in seinem ersten Teil nicht annehmbar.

B.44. Der Klagegrund ist in seinem zweiten Teil gegen Paragraph 3 von Artikel 50bis gerichtet. Er ist nicht zu prüfen, da diese Bestimmung für nichtig zu erklären ist, wie unter B.37 festgestellt wurde.

In bezug auf den Klagegrund, der aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit dem allgemeinen Grundsatz der Rechtssicherheit abgeleitet ist

B.45. Die klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 1737 führen an, daß der Gesetzgeber durch die Einführung von fünf verschiedenen Honorarsystemen im Zeitraum vom 1. Dezember 1998 bis zum 31. Dezember 1999, unter Vorbehalt des ab dem 1. Januar 2000 anwendbaren Systems, die Zielsetzung der Tarifsicherheit beeinträchtigt und auf diskriminierende Weise den allgemeinen Grundsatz der Rechtssicherheit mißachtet habe.

B.46. Das von den klagenden Parteien bemängelte Tempo der Gesetzesänderungen wird erklärt durch die Notwendigkeit für den Gesetzgeber, die Kündigung der Vereinbarung zwischen Ärzten und Krankenkassen zu bewältigen, durch sein Bemühen, die neu geschlossene Vereinbarung zu berücksichtigen, und durch seinen Willen, dessen Tragweite auszudehnen. Diese aufeinanderfolgenden Änderungen erschweren zwar die Anwendung der aufeinanderfolgenden Maßnahmen, doch sie rufen nicht die im Klagegrund angeführte Diskriminierung hervor.

In bezug auf die Klagegründe, die aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit den Regeln des europäischen Wettbewerbsrechts abgeleitet sind

B.47. In der Rechtssache Nr. 1748 führen die klagenden Parteien an, die angefochtenen Bestimmungen würden dadurch, daß sie die Einhaltung von Honorarhöchstsätzen in der medizinischen Krankenhauspraxis auferlegten, auf diskriminierende Weise die belgische medizinische Praxis bevorteilen, indem sie den Pflegebringern, die in den Krankenhäusern des Landes praktizierten, die Anwendung anderer Tarife als der vorgeschriebenen verbieten würden, was im Widerspruch zu Artikel 3 Buchstabe g) in Verbindung mit den Artikeln 4 (ex-Artikel 3 A), 10 (ex-Artikel 5) und 81 (ex-Artikel 85) des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft stehe.

So beantragen sie, dem Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften die unter A.30 angeführte Vorabentscheidungsfrage zu stellen.

B.48. In den Rechtssachen Nrn. 1752 und 1753 führen die klagenden Parteien an, die angefochtenen Bestimmungen würden, indem sie die Einhaltung von Honorarhöchstsätzen in der medizinischen Krankenhauspraxis auferlegten, auf diskriminierende Weise gegen die europäischen Wettbewerbsregeln verstoßen (vierter Klagegrund) und die Ärzte aus der Europäischen Union, die nicht in Belgien niedergelassen seien, daran hindern, irgendeinen wirtschaftlichen Gewinn aus der Erbringung von Pflegeleistungen in einem belgischen Krankenhaus zu erzielen, da sie bei Anwendung der Preise der Vereinbarung alle Kosten abschreiben müßten, insbesondere im Zusammenhang mit ihren Reisen (fünfter Klagegrund).

B.49. Die Regeln des Gemeinschaftsrechtes in bezug auf das Wettbewerbsrecht sind dem Gleichheitsgrundsatz nicht fremd, da mehrere dieser Regeln zum Ziel haben, die Diskriminierungen, die nicht sind mit der Ausübung der wirtschaftlichen Freiheiten vereinbar sind, aufzuheben.

Es reicht jedoch nicht aus, einen Zusammenhang der allgemeinen Grundsätze oder der besonderen Bestimmungen des Gemeinschaftsrechtes mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung geltend zu machen, damit der Hof dazu veranlaßt wird, ihre Einhaltung zu gewährleisten.

B.50. Weder Artikel 142 der Verfassung noch das Sondergesetz vom 6. Januar 1989 haben dem Hof die Befugnis verliehen, Gesetzesnormen wegen eines direkten Verstoßes gegen einen internationalen Vertrag für nichtig zu erklären.

Der Hof würde die ihm vom Gesetzgeber verliehene Befugnis überschreiten, wenn er entscheiden würde, daß jeder Verstoß gegen das Gemeinschaftsrecht einen Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz beinhaltet. Er kann bei der Ausübung seiner Kontrolle dieses Recht nur in bezug auf die Bestimmungen zur Gewährleistung der Rechte und Freiheiten berücksichtigen, wenn deren Mißachtung eine bestimmte Kategorie von Personen betreffen kann und wenn angegeben wird, in welcher Hinsicht und im Vergleich zu welcher anderen Kategorie von Personen sie Opfer einer ungerechtfertigten ungleichen Behandlung ist.

B.51. Bei den klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 1748 sowie dem zweiten und dritten Kläger in der Rechtssache Nr. 1752, ebenso wie bei dem zweiten und dritten Kläger in der Rechtssache Nr. 1753 handelt es sich um in Belgien praktizierende Ärzte, von denen keiner anführt, daß er eine ausländische Staatsangehörigkeit besitze. Die erste klagende Partei in der Rechtssache Nr. 1752 ist ein in Brüssel niedergelassenes medizinisches Institut. Die erste klagende Partei in der Rechtssache Nr. 1753 vereinigt die belgischen Berufsvereinigungen der Fachärzte.

B.52. Keine dieser klagenden Parteien gibt an, in welcher Hinsicht die von ihnen angeführten Verstöße gegen das Wettbewerbsrecht auf diskriminierende Weise die Rechte und Freiheiten der Kategorie von Personen, der sie angehören, beeinträchtigen würden und im Vergleich zu welcher vergleichbaren Kategorie von Personen sie diskriminiert würden.

B.53. Es besteht keine Veranlassung, die Klagegründe, die aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit den Bestimmungen des europäischen Wettbewerbsrechts abgeleitet sind, zu prüfen oder den Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften zu befragen.

Aus diesen Gründen:

Der Hof

— erklärt Paragraph 3 von Artikel 50*bis*, in das Gesetz vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eingefügt durch Artikel 121 des Gesetzes vom 25. Januar 1999 zur Festlegung sozialer Bestimmungen, für nichtig;

— weist die Klagen im übrigen zurück.

Verkündet in französischer, niederländischer und deutscher Sprache, gemäß Artikel 65 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Schiedshof, in der öffentlichen Sitzung vom 21. Dezember 2000.

Der Kanzler,
L. Potoms.

Der Vorsitzende,
M. Melchior.



ARBITRAGEHOF

N. 2001 — 163

[C — 2000/21631]

Arrest nr. 140/2000 van 21 december 2000

Rolnummer 1872

In zake : het beroep tot vernietiging van artikel 6 van de wet van 4 mei 1999 tot verbetering van de bezoldigingsregeling en van het sociaal statuut van de lokale verkozenen, ingesteld door F. Bourdon.

Het Arbitragehof,
samengesteld uit de voorzitters G. De Baets en M. Melchior, en de rechters H. Boel, P. Martens, J. Delruelle, R. Henneuse en M. Bossuyt, bijgestaan door de griffier L. Potoms, onder voorzitterschap van voorzitter G. De Baets, wijst na beraad het volgende arrest :

I. Onderwerp van het beroep

Bij verzoekschrift dat aan het Hof is toegezonden bij op 25 januari 2000 ter post aangetekende brief en ter griffie is ingekomen op 26 januari 2000, is beroep tot vernietiging ingesteld van artikel 6 van de wet van 4 mei 1999 tot verbetering van de bezoldigingsregeling en van het sociaal statuut van de lokale verkozenen (bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* van 28 juli 1999), door F. Bourdon, wonende te 8200 Brugge, Diederik van de Elzasstraat 13.

II. De rechtspleging

Bij beschikking van 26 januari 2000 heeft de voorzitter in functie de rechters van de zetel aangewezen overeenkomstig de artikelen 58 en 59 van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Arbitragehof.

De rechters-verslaggevers hebben geoordeeld dat er geen aanleiding was om artikel 71 of 72 van de organieke wet toe te passen.

Van het beroep is kennisgegeven overeenkomstig artikel 76 van de organieke wet bij op 15 februari 2000 ter post aangetekende brieven.

Het bij artikel 74 van de organieke wet voorgeschreven bericht is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* van 26 februari 2000.

De Ministerraad, Wetstraat 16, 1000 Brussel, heeft een memorie ingediend bij op 3 april 2000 ter post aangetekende brief.

Van die memorie is kennisgegeven overeenkomstig artikel 89 op de organieke wet bij op 12 mei 2000 ter post aangetekende brief.

Bij beschikking van 29 juni 2000 heeft het Hof de termijn waarbinnen het arrest moet worden gewezen, verlengd tot 25 januari 2001.

Bij beschikking van 22 november 2000 heeft het Hof de zaak in gereedheid verklaard en de dag van de terechtzitting bepaald op 13 december 2000 enkel wat betreft de ontvankelijkheid van het beroep, na te hebben vastgesteld dat rechter H. Coremans, wettig verhinderd zitting te nemen, als lid van de zetel werd vervangen door rechter M. Bossuyt.

Van die beschikking is kennisgegeven aan de partijen en hun advocaten bij op 23 november 2000 ter post aangetekende brieven.

Op de openbare terechtzitting van 13 december 2000 :

— zijn verschenen :

. Mr. J. Dewit, advocaat bij de balie te Brugge, voor de verzoekende partij;

. Mr. G. Janssens *loco* Mr. D. D'Hooghe en Mr. F. Vandendriessche, advocaten bij de balie te Brussel, voor de Ministerraad;

— hebben de rechters-verslaggevers H. Boel en P. Martens verslag uitgebracht;

— zijn de voornoemde advocaten gehoord;

— is de zaak in beraad genomen.

De rechtspleging is gevoerd overeenkomstig de artikelen 62 en volgende van de organieke wet, die betrekking hebben op het gebruik van de talen voor het Hof.