Nederlandse tekst (titel VI, hoofdstuk II, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973)

RAAD VAN STATE, AFDELING BESTUURSRECHTSPRAAK

A R R E S T

Nr. 196.246 van 21 september 2009

G/A.185.196/VI-17.515
G/A.185.195/VI-17.516
G/A.185.194/VI-17.517
G/A.185.193/VI-17.518
G/A.185.191/VI-17.519
G/A.185.209/VI-17.521

In zake:

1. **de vereniging zonder winstoogmerk FÉDÉRATION DES INSTITUTIONS HOSPITALIÈRES, (G/A.185.196/VI-17.515)**

2. **de vereniging zonder winstoogmerk COÖRDINATION BRUXELLOISE D'INSTITUTIONS SOCIALES ET DE SANTÉ, (G/A.185.195/VI-17.516)**

3. **de vereniging zonder winstoogmerk ASSOCIATION FRANCOPHONE D'INSTITUTIONS DE SANTÉ, (G/A.185.194/VI-17.517)**

4. **de vereniging zonder winstoogmerk PROVIDENCE DES MALADES ET MUTUALITÉ CHRÉTIENNE, (G/A.185.193/VI-17.518)**

5. **de vereniging zonder winstoogmerk CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRÂCE, (G/A.185.191/VI-17.519)**

6. **de vereniging zonder winstoogmerk CLINIQUE DE L'EUROPE, (G/A.185.209/VI-17.521)**

die woonplaats hebben gekozen bij
Mr. Jean BOURTEMBOURG, advocaat,
Zwitserlandstraat 24
1060 Brussel,

tegen:

de Belgische Staat, vertegenwoordigd door de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie,

die woonplaats heeft gekozen bij Mr. Pierre LEGROS en
Mr. Jérôme SOHIER, advocaten,
Emile De Motlaan 19
1000 Brussel.

DE RAAD VAN STATE, VIe KAMER,

Gezien het op 18 september 2007 ingediende verzoekschrift, waarbij de vereniging zonder winstoogmerk FÉDÉRATION DES INSTITUTIONS HOSPITALIÈRES de nietigverklaring vordert van:

- het koninklijk besluit van 26 april 2007 houdende vaststelling van de normen waaraan het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker moet voldoen om te worden erkend;

- het koninklijk besluit van 26 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 tot vaststelling van de lijst van zorgprogramma's zoals bedoeld in artikel 9*ter* van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, en tot aanduiding van de artikelen van de wet op de ziekenhuizen die op hen van toepassing zijn (G/A.185.196/VI-17.515);

Gezien het op 18 september 2007 ingediende verzoekschrift, waarbij de vereniging zonder winstoogmerk COÖRDINATION BRUXELLOISE D'INSTITUTIONS SOCIALES ET DE SANTÉ de nietigverklaring van dezelfde koninklijke besluiten vordert (G/A.185.195/VI-17.516);

Gezien het op 18 september 2007 ingediende verzoekschrift, waarbij de vereniging zonder winstoogmerk ASSOCIATION FRANCOPHONE D'INSTITUTIONS DE SANTÉ de nietigverklaring van dezelfde koninklijke besluiten vordert (G/A.185.194/VI-17.517);

Gezien het op 18 september 2007 ingediende verzoekschrift, waarbij de vereniging zonder winstoogmerk PROVIDENCE DES MALADES ET MUTUALITÉ CHRÉTIENNE de nietigverklaring van dezelfde koninklijke besluiten vordert (G/A.185.193/VI-17.518);

Gezien het op 18 september 2007 ingediende verzoekschrift, waarbij de vereniging zonder winstoogmerk CLINIQUE NOTRE-DAME DE

GRÂCE de nietigverklaring van dezelfde koninklijke besluiten vordert (G/A.185.191/VI-17.519);

Gezien het op 18 september 2007 ingediende verzoekschrift, waarbij de vereniging zonder winstoogmerk CLINIQUE DE L'EUROPE de nietigverklaring van dezelfde koninklijke besluiten vordert (G/A.185.209/VI-17.521);

Gelet op arrest nr. 180.352 van 3 maart 2008, waarbij de vordering tot schorsing van de tenuitvoerlegging van diezelfde koninklijke besluiten, ingesteld door de vereniging zonder winstoogmerk CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRÂCE, is afgewezen (G/A.185.191/VI-17.519);

Gezien het verzoek tot voortzetting van de procedure dat dezelfde verzoekende partij op 7 april 2008 heeft ingediend (G/A.185.191/VI-17.519);

Gezien de regelmatig uitgewisselde memories van antwoord en van wederantwoord;

Gezien het verslag van de heer BOSQUET, auditeur bij de Raad van State;

Gelet op de kennisgevingen van het verslag aan de partijen en gezien de laatste memories;

Gelet op de beschikkingen van 30 juni 2009, waarvan aan de partijen kennis is gegeven en waarbij wordt bepaald dat de zaken voorkomen op de terechtzitting van 9 september 2009;

Gehoord het verslag van de heer LEWALLE, staatsraad;

Gehoord de opmerkingen van Mr. Jean BOURTEMBOURG, advocaat, die voor de verzoekende partijen verschijnt, en van Mr. Manoël DE KEUKELAERE, loco Mr. Pierre LEGROS en Mr. Jérôme SOHIER, advocaat, die voor de verwerende partij verschijnt;

Gehoord het andersluidend advies van de heer BOSQUET, auditeur;

Gelet op titel VI, hoofdstuk II, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat de voormelde verzoekschriften betrekking hebben op dezelfde koninklijke besluiten en dezelfde middelen bevatten; dat er bijgevolg grond is om ze samen te voegen;

Overwegende dat de volgende feitelijke en juridische gegevens dienstig zijn voor het onderzoek van de beroepen:

1. De artikelen 1 en 2*ter* van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 tot vaststelling van de lijst van zorgprogramma's zoals bedoeld in artikel 9*ter* van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, en tot aanduiding van de artikelen van de wet op de ziekenhuizen die op hen van toepassing zijn, zoals gewijzigd bij het koninklijk besluit van 21 maart 2003, luiden als volgt:

" Art. 1. Voor de toepassing van artikel 9*ter* van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, wordt beschouwd als zorgprogramma:

[...]

- de oncologie;

[...]

Art. 2*ter*. § 1. Het in artikel 1 bedoelde zorgprogramma "oncologie" onderscheidt zich in:
1/ het "zorgprogramma voor oncologische basiszorg" dat zich richt op de diagnose, de behandeling en de opvolging van oncologische aandoeningen van patiënten van 16 jaar of ouder overeenkomstig de richtlijnen en verwijsafspraken opgenomen in het multidisciplinair oncologisch handboek dat dient gebruikt te worden binnen het zorgprogramma, zonder afbreuk te doen aan de vrije keuze van de patiënt;
2/ het "zorgprogramma voor oncologie" dat zich richt op de diagnose, de multidisciplinaire behandeling en de opvolging van oncologische aandoeningen van patiënten van 16 jaar of ouder rekening houdend met de richtlijnen en/of verwijsafspraken in het multidisciplinair oncologisch handboek dat dient gebruikt te worden binnen het zorgprogramma, zonder afbreuk te doen aan de vrije keuze van de patiënt.

§ 2. De artikelen 68, 71, met uitzondering van de bepaling die de integratie in het in artikel 23 bedoelde programma als erkenningsvoorwaarde oplegt, 72, 73, 74, 75, 76 en 86, van voormelde wet zijn van toepassing op de zorgprogramma's bedoeld in § 1, 1/ en 2/."

2. In aansluiting op het koninklijk besluit van 21 maart 2003 tot wijziging van het voormelde koninklijk besluit van 15 februari 1999 is op dezelfde dag nog een ander koninklijk besluit genomen: het koninklijk besluit van 21 maart 2003 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma

voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend.

De doelgroepen van het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie worden in de artikelen 2, § 1, en 13, § 1, van het laatstgenoemde besluit van 21 maart 2003 respectievelijk als volgt omschreven:

" Art. 2. § 1. Het zorgprogramma voor oncologische basiszorg is gericht op de diagnose, de behandeling en de opvolging van oncologische aandoeningen van patiënten van 16 jaar of ouder. Voornoemde activiteiten worden, indien de aandoening het vereist, uitgevoerd in samenwerking met een zorgprogramma voor oncologie (in het kader van een samenwerkingsverband) zoals bedoeld in artikel 10, § 1. De diagnose, behandeling, opvolging en de eventuele samenwerking dienen steeds te gebeuren overeenkomstig de richtlijnen en verwijsafspraken in het multidisciplinair oncologisch handboek bedoeld in artikel 7, § 1, van dit besluit, zonder afbreuk te doen aan de vrije keuze van de patiënt. (Erratum, zie BS 02.06.2003, blz. 29.931);

[...]

Art. 13. § 1. Het zorgprogramma voor oncologie richt zich op de diagnose, de multidisciplinaire behandeling en de opvolging van oncologische aandoeningen van patiënten van 16 jaar of ouder, rekening houdend met de richtlijnen en/of verwijsafspraken in het multidisciplinair oncologisch handboek zoals bedoeld in artikel 21, § 1, van dit besluit, zonder afbreuk te doen aan de vrije keuze van de patiënt."

De essentiële verschillen en de complementariteit tussen die twee zorgprogramma's kunnen inzonderheid worden afgeleid uit de volgende passages van het verslag aan de Koning dat aan datzelfde besluit voorafgaat:

" II. Doel en wettelijke basis

[...]

Het besluit beoogt bij te dragen tot het verstrekken van kwaliteitsvolle zorg aan patiënten met kanker. Het multidisciplinaire karakter van de oncologie en de noodzakelijk transversale benadering van kanker waren dan ook de uitgangspunten van de voorgestelde normen.

III. Structuur

Vooreerst worden de normen vastgelegd voor het zorgprogramma voor oncologische basiszorg. Over dergelijk zorgprogramma moet in principe ieder algemeen ziekenhuis dat geen erkenning heeft voor een zorgprogramma voor oncologie, beschikken. De oncologische basiszorg is voornamelijk gericht op diagnose en minder complexe behandeling.

Anderzijds wordt het zorgprogramma voor oncologie genormeerd. Dit zorgprogramma moet een aantal meer doorgedreven diagnostische mogelijkheden kunnen aanbieden evenals diverse behandelingsmogelijkheden. Het aantal zorgprogramma's dat mag worden ingericht op dit organisatieniveau

is niet beperkt. Indien wordt voldaan aan de normen mag het programma worden erkend en uitgebaat.

Naast deze twee organisatievormen dienen in de toekomst nog een aantal gespecialiseerde zorgprogramma's te worden ontwikkeld voor patiënten met tumoren die een complexe multidisciplinaire benadering en/of een uitermate gespecialiseerde expertise vergen en/of die zeer zeldzaam zijn. Ook voor kinderen jonger dan 16 jaar die een oncologische aandoening hebben die op diagnostisch en therapeutisch vlak specifieke modaliteiten vergt, dienen nog specifieke zorgprogramma's te worden uitgewerkt.

IV. Centrale gemeenschappelijke thema's

In het kader van hoger vermelde doelstelling zijn beide zorgprogramma's opgebouwd rond volgende centrale thema's.

De algemene toegankelijkheid wordt gegarandeerd door het voorzien in een uitgesproken samenwerking. Er dient sprake te zijn van een samenwerking tussen de twee organisatieniveaus, een samenwerking die in de toekomst zal uitgebreid worden in de richting van meer gespecialiseerde zorgprogramma's. Daarnaast moeten de zorgprogramma's deel uitmaken van een palliatief samenwerkingsverband. Via het zorgprogramma voor oncologie wordt bovendien de samenwerking met de thuiszorg en de eerstelijnszorg verzekerd.

De multidisciplinariteit moet maximaal worden gewaarborgd. Daarom worden volgende normen vastgesteld.

Om erkend te worden moet het ziekenhuis beschikken over een kwaliteitshandboek dat richtlijnen met betrekking tot diagnosestelling, behandeling en opvolging van patiënten, verwijsafspraken die gelden in de afgesloten samenwerkingsverbanden en de identiteit van de personen die werkzaam zijn in het zorgprogramma met opgave van hun taken, bevat. [Erratum, zie BS 02.06.2003, blz. 29.931]

Een tweede instrument dat de multidisciplinariteit waarborgt, is de organisatie van multidisciplinair overleg met betrekking tot de individuele patiënt, tussen de betrokken zorgverstrekkers en dit via multidisciplinair consult.

Tevens met het oog op een kwaliteitsvolle, aangepaste en multidisciplinaire aanpak van de kwaadaardige aandoening van iedere patiënt, wordt voor elke patiënt een oncologisch behandelingsplan opgesteld en dit overeenkomstig de afspraken in het voornoemd multidisciplinair oncologisch handboek. Wordt van het handboek afgeweken dan dient een multidisciplinair overleg te worden gepleegd.

Dit multidisciplinair overleg wordt geoperationaliseerd in een multidisciplinair oncologisch consult tussen minstens drie geneesheren. Deze geneesheren zijn ten eerste de behandelende of verwijzende geneesheer-specialist en/of huisarts, ten tweede een geneesheer met ervaring in de oncologie (dit kan zijn: ofwel een geneesheer-specialist in de interne geneeskunde met bijzondere beroepstitel in de oncologie en/of een radiotherapeut-oncoloog en/of een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde houder van de bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie, een chirurg met oncologische ervaring of beroepstitel in de oncologie of een erkende geneesheer-specialist in de gastro-enterologie, pneumologie, gynaecologie-verloskunde, urologie, of een andere geneesheer-specialist met oncologische ervaring of oncologische beroepstitel naargelang de pathologie van de behandelde patiënt). Ten derde een arts vermeld onder de eerste of tweede categorie ofwel een geneesheer-specialist in de anatomo-pathologie, in de röntgendiagnose, in de klinische biologie of in de nucleaire

geneeskunde. Een evenwichtige vertegenwoordiging van de betrokken disciplines dient te worden voorzien zodat voldoende kennis van alle vereiste behandelingsmodaliteiten (chirurgische, chemo-therapeutische en/of radiotherapeutische kennis) ter beschikking gesteld wordt van de patiënt.

[...]

De multidisciplinaire commissie voor oncologie die, in principe, bij ieder zorgprogramma voor oncologie moet worden opgericht, vervult een ondersteunende taak bij de realisatie van een aangepaste, toegankelijke, werkzame, doelmatige en geïntegreerde zorg, kortom een kwaliteitsvolle zorg, aan iedere oncologische patiënt.

Het college van geneesheren dat voor oncologie zal worden opgericht in uitvoering van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen en waaraan in onderhavig besluit welbepaalde specifieke bijkomende taken worden toegekend, zal een specifieke rol gaan vervullen op het vlak van de toetsing van de kwaliteit van de zorg verstrekt in beide programma's. Dit college is multidisciplinair samengesteld met een evenwichtige vertegenwoordiging van de betrokken geneesheren-specialisten. Als taken heeft het college onder meer naast zijn belangrijkste taak die bevordering van kwaliteitsinitiatieven inhoudt, de opstelling van een model van kwaliteitshandboek, mede het bepalen van de te registreren parameters voor de kankerregistratie, het meewerken aan audits, het vergelijken van de handboeken, het formuleren van aanbevelingen in verband met de competentiecriteria van geneesheren-specialisten voor het domein van de oncologie evenals het formuleren van aanbevelingen inzake gespecialiseerde zorgprogramma's voor oncologie en hun minimaal activiteitsniveau. Gezien het vanzelfsprekend is dat een multidisciplinair college dat zeer heterogeen is samengesteld en dat een zeer breed domein als de oncologie bestrijkt, niet over de genoodzaakte kennis per thematische patiëntengroep beschikt, kan dit college specifieke werkgroepen oprichten ter uitvoering van zijn opdrachten.

V. Specifieke bepalingen per zorgprogramma

Inhoudelijk wordt het verschil tussen beide zorgprogramma's bepaald door de onderling gemaakte afspraken die gedocumenteerd zijn in het multidisciplinair oncologisch handboek.

Het verschil in normering voor beide zorgprogramma's situeert zich voornamelijk op het vlak van de omkadering en dan specifiek voor wat betreft de medische omkadering evenals op het vlak van de vereiste infrastructuur en omgevingselementen.

De vereiste omkadering, andere dan de medische omkadering, is praktisch gelijklopend voor het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie.

[...]

Zoals gesteld, verschilt de normering voor beide zorgprogramma's op het vlak van de medische omkadering. Beide zorgprogramma's dienen te beschikken over een medisch coördinator. Binnen het zorgprogramma oncologische basiszorg zal deze geneesheer die een specifieke ervaring in de kankerbehandeling moet hebben en voltijds aan het ziekenhuis moet verbonden zijn, de activiteiten van alle specialisten die in het ziekenhuis kanker behandelen, coördineren. Voor het zorgprogramma voor oncologie wordt echter een bijkomende omkadering en deskundigheid op medisch vlak geëist. Meer in het bijzonder moet het

zorgprogramma minstens beschikken over geneesheren van de volgende disciplines:

- ten minste één voltijds erkende geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde houder van de bijzondere beroepstitel in de oncologie;

- ten minste één geneesheer-specialist in de radiotherapie-oncologie, desgevallend als consulent van de radiotherapiedienst van het ziekenhuis waarmee daaromtrent een samenwerkingsovereenkomst werd gesloten;

- geneesheer-specialisten in de heelkunde met een bijzondere beroepstitel in de oncologie of die binnen hun specialiteit een oncologische activiteit hebben, evenals een ervaring van ten minste drie jaar in de behandeling van oncologische aandoeningen;

- ten minste één geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde houder van de bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie, desgevallend als consulent;

- ten minste één erkende geneesheer-specialist houder van de bijzondere beroepstitel in de oncologie, van drie van de vier volgende specialismen: de gastro-enterologie, de pneumologie, de gynaecologie-verloskunde en de urologie;

- permanent bereikbare geneesheren-specialisten in de pathologische anatomie, in de klinische biologie en in de röntgendiagnose die voltijds tewerkgesteld zijn in het ziekenhuis dat over het zorgprogramma beschikt.

Het is vanzelfsprekend dat andere dan voornoemde geneesheren-specialisten met bijzondere beroepstitel in de oncologie of met een belangrijke oncologische activiteit op geïntegreerde wijze werkzaam zijn in het kader van het oncologisch zorgprogramma en er op een volwaardige wijze deel van uitmaken.

Daarnaast dient de vestigingsplaats te voldoen aan volgende voorwaarden:

- een permanent op de vestigingsplaats beschikbare geneesheer om oncologische urgenties te herkennen en op te vangen;

- een erkend geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde houder van de bijzondere beroepstitel in de oncologie (eventueel bijgestaan door een geneesheer-specialist met voldoende ervaring in de opvang van de toxische en infectieuze complicaties van chemotherapeutische behandelingen), en een geneesheer-specialist in de radiotherapie-oncologie waarop permanent een beroep kan worden gedaan op de vestigingsplaats.

[...]

Eveneens op het vlak van de vereiste infrastructuur en omgevingselementen worden voor het zorgprogramma voor oncologie bijkomende eisen gesteld meer bepaald:

- het zorgprogramma moet beroep kunnen doen op een dienst voor radiotherapie binnen het eigen ziekenhuis of binnen een ander ziekenhuis waarmee hieromtrent een overeenkomst werd afgesloten;

- het ziekenhuis moet op dezelfde vestigingsplaats als deze van het zorgprogramma beschikken over een erkende functie intensieve zorg;

- het ziekenhuis moet beschikken over een hospitalisatie-afdeling voor medische oncologie waar systemische therapie kan worden toegediend;

- het ziekenhuis moet beschikken over faciliteiten waar op een adequate en veilige manier cytostatica in daghospitalisatie kunnen worden toegediend en waar permanent beroep kan worden gedaan op de geneesheren waarover het zorgprogramma voor oncologie moet beschikken.

[...]."

3. Bij brief van 15 maart 2006 heeft de minister van Volksgezondheid aan de nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) gevraagd om binnen twee maanden advies uit te brengen over de normen waaraan de borstklinieken moeten voldoen om erkend te worden. In die brief werd verwezen naar het verslag aan de Koning dat voorafgaat aan het koninklijk besluit van 21 maart 2003 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend, waarin werd aangekondigd dat in de toekomst gespecialiseerde zorgprogramma's voor oncologie zouden worden uitgewerkt.

4. Bij een brief van dezelfde dag heeft de minister dezelfde vraag aan het college voor oncologie gesteld.

5. Op een onbepaalde datum, maar waarschijnlijk tussen 15 maart 2006 en 13 juli 2006, datum van het advies van de NRZV, heeft Simon VAN BELLE, voorzitter van het college voor oncologie, aan de minister van Volksgezondheid een brief gericht waarin melding wordt gemaakt van het advies van dat college, namelijk het advies van 13 van de 17 leden van dat college, waarbij slechts 14 leden geantwoord hebben op de vragen die hun waren gesteld.

Een kopie van die brief is ook bezorgd aan de nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen.

Het college voor oncologie heeft in zijn advies geantwoord op de vraag die was gesteld omtrent de normen waaraan de borstklinieken zouden moeten voldoen om erkend te worden als gespecialiseerde zorgprogramma's voor oncologie.

Daarbij was een in het Engels gesteld stuk gevoegd met als opschrift "*The requirements of a specialist Breast Unit*", een in 2004 gerevideerde versie van een document (guidelines) dat in 2000 is uitgegeven door de *European Society of Mastology* (EUSOMA) en dat volgens het inleidende punt 9.1 het gezamenlijke standpunt van EUSOMA en de *European Organization for the*

Research and Treatment of Cancer - Breast Cancer Cooperative Group (EORTC-BCCG) weergeeft.

Het advies begint met de vermelding dat de basisaanbevelingen waarnaar zou moeten worden verwezen opgenomen zijn in het bijgevoegde stuk van EUSOMA, dat de kwaliteitsnormen die daarin worden voorgesteld allemaal zouden moeten worden nageleefd door de borstklinieken als voorwaarde voor de erkenning als gespecialiseerde zorgprogramma's voor oncologie, dat zo'n erkenning om de 4 of 5 jaar opnieuw zou moeten worden geëvalueerd, een nieuwe evaluatie waarbij het college voor oncologie zou kunnen worden betrokken, en dat het gerechtvaardigd is gespecialiseerde borstklinieken op te richten, gelet op het hoge aantal gevallen van borstkanker (7000 nieuwe gevallen per jaar in België), op het feit dat een gespecialiseerde opvang betere kansen op genezing biedt en dat alle betrokken vrouwen recht op een dergelijke opvang moeten hebben.

Daarna volgt een samenvatting van de aanbevelingen (guidelines) van het EUSOMA-document die het college als op te leggen erkenningsvoorwaarden voorstelt, onderverdeeld in zes hoofdstukken:

- een eerste hoofdstuk met als opschrift "Algemeen" dat inzonderheid gaat over de manier waarop de behandelde gevallen moeten worden geregistreerd, de manier waarop de door de autoriteiten aangewezen instanties controle uitoefenen, de multidisciplinaire besprekingen, de locatie en de noodzaak om alle stadia van borstkanker te kunnen behandelen;
- een tweede hoofdstuk met als opschrift "specifieke medische en paramedische omkadering";
- een derde hoofdstuk met als opschrift "Kritische massa van activiteit" waarin inzonderheid het volgende te lezen staat: "Kritische massa van activiteit: Het aantal nieuwe diagnoses van borstkanker per jaar mag niet minder dan 150 zijn" en "Elke chirurg of gynaecoloog moet minimum 50 nieuwe gevallen van borstkanker per jaar opereren";
- een vierde hoofdstuk met als opschrift "Uitrusting en samenwerkingsverbanden", dat inzonderheid gaat over de noodzaak om samen te werken met verschillende diensten gespecialiseerde geneeskunde;
- een vijfde hoofdstuk met als opschrift "Raadplegingen";
- een zesde hoofdstuk met als opschrift "Aanbevolen bijkomende activiteiten".

6. Op 13 juli 2006 heeft de nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen, afdeling Programmatie en Erkenning, zijn advies gegeven.

De NRZV heeft inzonderheid opgemerkt dat hij kennis had genomen van de brief van de voorzitter van het college voor oncologie. In het advies van de NRZV staat dat de status van die brief "onduidelijk" is, dat hij "niet gedateerd noch ondertekend" is, dat 14 van de 17 leden van het college gereageerd hebben op iets wat slechts een ontwerpadvies van de voorzitter van het college zou zijn en staan nog de volgende voorafgaande opmerkingen:

" Het verslag aan de Koning bij het Koninklijk Besluit van 21 maart 2003 spreekt van gespecialiseerde zorgprogramma's voor tumoren die complexe multidisciplinaire benadering en/of uitermate gespecialiseerde expertise vergen en/of zeer zeldzaam zijn. De Raad wijst erop dat borstkanker, in het algemeen, onder geen van de drie vermelde categorieën valt. De behandeling vergt uiteraard een multidisciplinaire benadering maar die onderscheidt zich *prima facie* niet door zijn complexiteit in vergelijking tot andere tumoren. De behandeling veronderstelt evenmin een uitermate gespecialiseerde expertise. En spijtig genoeg is het ook geen zeldzame tumor."

Onder het opschrift "Bespreking" staat in het advies inzonderheid dat de oproep tot oprichting van 'borstklinieken' als gespecialiseerde zorgprogramma's "op het eerste gezicht begrijpelijk" is, maar dat dit "een genuanceerde en behoedzame commentaar" verdient, dat "de Raad immers beducht is voor een doorgedreven centralisatie en/of verregaande opsplitsing en 'balkanisering' van de zorgprogramma's voor oncologie in de ziekenhuizen" en wordt herinnerd aan vroegere standpunten van de NRZV over de behandeling van kankerpatiënten in de ziekenhuizen die nog altijd actueel zijn en luidens welke voor een goede zorg voor kankerpatiënten inzonderheid de volgende vijf principes moeten gelden: (1) gelijkwaardige toegankelijkheid voor alle patiënten, (2) multidisciplinaire werking, (3) overleg, consensus, samenwerking, netwerking in en tussen instellingen, (4) registratie en kwaliteitstoetsing en (5) psychosociale, transmurale en palliatieve begeleiding, en eveneens luidens welke de oncologische pathologie in alle ziekenhuizen terug te vinden is en een derde tot de helft van de werklast vormt, zodat het er dus op aan komt om in elk ziekenhuis goede oncologische zorg te organiseren door alle disciplines en dat het invoeren van een derde niveau tot een kostenexplosie zou leiden aangezien elk ziekenhuis pogingen zou doen om aan de normen van dat derde niveau te beantwoorden en dat 'het begrip verfijningsmodule' in werkelijkheid alleen geschikt is voor "sommige vormen van kanker" die zo zeldzaam zijn dat ze "een bijzondere expertise van specialisten vragen met een sterk multidisciplinaire aanpak en/of zeer bijzondere technische infrastructuur vereisen".

De bespreking bevat voorts de volgende bedenkingen:

" [...] alle bestaande zorgprogramma's, zowel voor oncologische basiszorg als voor oncologie, (moeten) er voor kunnen kiezen om betrokken te zijn bij de

opsporing, diagnose en behandeling van de meest voorkomende kankers, waaronder borstkanker.

Een beperking van het aantal 'borstklinieken', met een monopolie (opgelegd of de facto) voor de behandeling van alle patiënten met borstkanker, door programmatie en/of een rigide toepassing van erkenningsnormen onder vorm van niet gevalideerde kwantitatieve parameters inzake minimale activiteiten voor zorgprogramma en artsen, zal onvermijdelijk leiden tot een slechtere toegankelijkheid én dus een slechtere zorg.

Ook de EUSOMA-richtlijnen stellen de centralisatie op één plaats voor de behandeling van borstkanker niet voorop en laten netwerking duidelijk toe.

Bovendien komt hierdoor het drempelverlagend karakter van de bestaande zorgprogramma's voor oncologische basiszorg, van de zorgprogramma's voor oncologie en van de samenwerking tussen beide op de helling te staan, en niet alleen voor borstkanker.

Dit zou een spijtige terugkeer betekenen naar het verleden toen de patiënt op zoek moest gaan naar zorg, en een afwijzing zijn van de betrachting om via de zorgprogramma's de zorg dichter bij de patiënt te brengen.

Borstkanker is bovendien een erg frequente aandoening waarvan diagnose en behandeling niet complex is in vergelijking met andere tumoren, maar die wel een multidisciplinaire aanpak vereist.

A priori betekent dit dat patiënten met borstkanker dezelfde kans moeten krijgen om een toegangspoort te vinden. Doorgedreven samenwerking en overleg tussen de verschillende niveaus van zorgprogramma's, moeten leiden tot een doordachte, gestroomlijnde en multidisciplinaire benadering en moet de ziekenhuizen toelaten om de zorg te bieden die patiënten vragen. In plaats van de samenwerking tussen geneesheren en ziekenhuizen af te breken moet er dus integendeel gezocht worden naar middelen om deze te versterken.

[...]

Inzake het opleggen van het aantal prestaties of activiteiten als criterium voor erkenning van 'borstklinieken' is de Raad van oordeel dat het vertalen van kwaliteit in zuiver kwantiteit lichtzinnig is. Zonder duidelijke *evidence based* gegevens is de toepassing van kwantitatieve parameters arbitrair.

Het zou uiteindelijk bijzonder eigenaardig zijn mocht de behandeling van een van de meest voorkomende kankers gecentraliseerd worden door strenge erkenningsnormen terwijl (...) er helemaal geen concentratie bestaat voor de meest complexe oncologische aandoeningen.

Het concept dat chirurgen een bepaalde expertise moeten ontwikkelen en onderhouden door een minimaal volume aan activiteiten te realiseren, lijkt gegrond op bepaalde wetenschappelijke studies. Toch verdient ook dit de nodige nuances.

De competentie van chirurgen (en artsen in het algemeen) kan immers niet uitsluitend gemeten worden in termen van aantal ingrepen of prestaties. De beheersing van de heelkundige technieken bij behandeling van borsttumoren is natuurlijk belangrijk maar tegelijk ook niet bijzonder complex. Het zijn echter ook en vooral de algemene inzichten en kennis van de pathologie, de algemene ervaring met de behandeling van tumoren en de wil en bekwaamheid om multidisciplinair samen te werken, die belangrijk zijn in de beoordeling van de kwaliteit van verstrekte zorg.

Een toepassing van zuiver kwantitatieve parameters zal binnen de betrokken discipline de ene arts uitsluiten en aan de andere een (weliswaar beperkt) monopolie gunnen. Dit houdt gevaren in voor vermarkting en commercialisering van geneeskunde.

Een suggestie om chirurgen te verplichten om zich 'exclusief' aan borstpathologie te wijden is weinig zinvol en zelfs contraproductief. Het is net een brede interesse voor tumoren, voldoende algemene heelkundige kennis, kunde en ervaring die het onderscheid kunnen maken.

Het is bovendien niet wenselijk om dezelfde gedachtegang inzake minimale activiteit en/of exclusiviteit te volgen voor de onderscheiden tumoren in elk deeldomein in de oncologie (bvb. pancreas, colon, long, enz ….).

[...]."

Het eigenlijke advies luidt als volgt:

" De Raad pleit uitdrukkelijk voor een breed toegankelijke en goede zorg voor alle kankerpatiënten.

Aanpassingen aan de wetgeving moeten niet de exclusie van centra of artsen beogen, maar de inclusie van zoveel mogelijk patiënten in een kwalitatief hoogstaand zorgtraject. Ziekenhuizen die op basis van niet gevalideerde kwantitatieve criteria uitgesloten worden om de meest frequente tumor bij vrouwelijke patiënten te behandelen, zullen niet meer in staat zijn om nog oncologen aan te trekken. De totaalzorg voor alle oncologische patiënten zal er dan ongetwijfeld op achteruit gaan.

Om deze toegankelijkheid te bewaren, en gezien de frequentie van voorkomen van borstkanker, wijst de Raad een programmering en/of erkenning als gespecialiseerd zorgprogramma van een beperkt aantal borstklinieken af.

Integendeel, gezien precies het hoge aantal patiënten, is de Raad van oordeel dat álle zorgprogramma's voor oncologische basiszorg en voor oncologie moeten (kunnen) deelnemen aan de zorg voor deze patiënten.

Er zijn belangrijke randvoorwaarden om goede oncologisch zorg te kunnen verstrekken. Deze zijn grotendeels beschreven in de geldende erkenningsnormen.

Uiteraard zullen alle ziekenhuizen beschikken over de noodzakelijke uitrusting en artsen om goede zorg te kunnen verlenen.

De ziekenhuizen nemen de samenwerking met de verwijzende artsen en/of huisartsen ter harte, met bijzondere aandacht voor de permanente vorming en bijscholing om opsporing en diagnose te verbeteren, voor het verstrekken en ontvangen van informatie en voor een wederzijdse ondersteuning bij het begeleiden van de patiënten.

Om de medische zorg dicht bij de patiënten en hun omgeving te houden, zullen de basisprogramma's, in nauwe samenwerking met het zorgprogramma voor oncologie en conform de gezamenlijke richtlijnen van het oncologisch handboek en de actuele stand van medische kennis, meewerken aan de opsporing, diagnose, behandeling en verwijzing van borstkankerpatiënten.

Indien een ziekenhuis dit nuttig acht kan zij, om deze processen te sturen, hiervoor een "borstkliniek" oprichten waarvan de werking zich integreert in de

werking van het basisprogramma én in de samenwerking met het zorgprogramma voor oncologie.

Het zorgprogramma voor oncologie moet patiënten met borstkanker in elk stadium van de ziekte kunnen opvangen. Indien het ziekenhuis dit nuttig acht kan zij hiervoor een "borstkliniek" oprichten waarvan de werking zich integreert in het ganse zorgprogramma en in de samenwerking met de zorgprogramma's voor oncologische basiszorg.

In het (niet afzonderlijke) handboek zijn de nodige richtlijnen voor diagnose, behandeling en opvolging van borstkankerpatiënten opgenomen. Het handboek zal de samenwerking met gespecialiseerde diensten of laboratoria omschrijven.

De samenwerking met de zorgprogramma's voor oncologische basiszorg zal, opnieuw conform de regelgeving, geoptimaliseerd worden.

Conform het EUSOMA-rapport maar in tegenstelling tot het (ontwerp)advies van het College voor Oncologie is de Raad van oordeel dat de zorg voor borstkanker desgevallend moet ondersteund worden door het zorgprogramma en dus in de meeste ziekenhuizen lokaal moet kunnen worden aangeboden.

In deze context pleit de Raad er voor om alle patiënten met borstkanker in alle zorgprogramma's verplicht in een multidisciplinair overleg te bespreken vooraleer zij behandeld (ook geopereerd) worden. Dit overleg moet een optimale behandeling van alle patiënten mogelijk maken en leiden tot continue verbetering van deze gezamenlijke multidisciplinaire benadering.

De Raad onderschrijft aanbevelingen om de tijd tussen eerste contact en mededeling van een duidelijke diagnose en behandelingsplan aan alle patiënten zo beperkt mogelijk te houden.

Het zorgprogramma zal, conform de regelgeving, beschikken over een multidisciplinair team met geneeskundige, verpleegkundige, paramedische en psychologische deskundigen.

De Raad onderschrijft het belang van psychologische ondersteuning en van de aanwezigheid van "borstverpleegkundigen" die de patiënten volgen en begeleiden. Voor deze begeleiding en personeelsleden moet er een aangepaste financiering voorzien worden in het budget van financiële middelen.

De kwaliteit van de behandeling stricto sensu wordt in de eerste plaats verzekerd door de kwaliteit van de geneesheren-specialisten.

Artsen moeten de nodige bekwaamheid verkrijgen en onderhouden. Inzake een eventueel gewenst minimaal activiteitsniveau is de Raad van oordeel dat de wetenschappelijke verenigingen van de onderscheiden disciplines de nodige wetenschappelijk ondersteunde richtlijnen moeten opstellen over wat precies de kwaliteit van de zorg verzekert en verbetert, en om de nodige stappen voor te stellen om het opvolgen van de gestelde eisen daadwerkelijk te controleren.

Bij de strikt te controleren kwaliteitsparameters vermeldt men de inhoud van het MOC-verslag, het percentage sentinelknoopprocedures, type chirurgische ingreep, percentage lokaal en ipsilateraal recidief, effectieve samenwerking met de huisarts en registratie en verslaggeving met een verplicht jaarlijks rapport.
De ervaring van de individuele arts en het aantal gevallen per ziekenhuis zijn belangrijk, evenwel in verschillende mate.

Op basis van de beschikbare informatie is de Raad van oordeel dat het aangewezen is dat in elk ziekenhuis waar borstkanker chirurgisch behandeld

wordt, de patiënten zouden geopereerd worden door een beperkt(er) aantal chirurgen. Dit moet toelaten om de nodige expertise te verwerven en behouden maar mag geen aanleiding geven tot monopolies die de continuïteit van zorgen in gevaar zouden brengen. Het is aangewezen dat deze chirurgen, naar gelang de basisopleiding en (sub)specialisatie zich ook zouden bekommeren om het verwerven en op peil houden van een brede kennis van diagnose, pathofysiologie en behandeling van deze oncologische aandoeningen om zo een bredere bekwaming in de oncologische zorg te verwerven.

De Raad pleit voor de implementatie van de cultuur van de multidisciplinaire samenwerking door een intense samenwerking en onderlinge afstemming tussen de verschillende chirurgen onderling en tussen hen en andere artsen.

Op basis van beschikbare gegevens inzake de relatie tussen de kwaliteit van de zorg en de benodigde competentie en ervaring, stelt de Raad voor dat elke chirurg die borstpathologie behandelt minstens 30 ingrepen per jaar zou verrichten.

Voor de aangehaalde cijfers van 150 of 100 primaire heelkundige ingrepen als kwantitatief criterium zijn er in de literatuur geen argumenten terug te vinden.

Wel is aangetoond dat een minimale case-load per chirurg en per centrum wenselijk is om de chirurgische resectie- en sentinelklierprocedures, de pathologieverslaggeving en stadiëring van de ziekte, en het gebruik van radiotherapie en adjuvante systematische therapie te optimaliseren. Ook het daadwerkelijk organiseren van een goed gestructureerde multidisciplinaire samenwerking met verplicht voorafgaandelijke bespreking van elke casus van borstkanker wordt bevorderd door een minimumaantal.

De kwaliteit van zorgprogramma's bestaat in belangrijke mate door de multidisciplinaire werking en de wetenschappelijke benadering van en reflectie over de eigen werking. Een belangrijk element is dus de verantwoorde en gevalideerde registratie van alle belangrijke gegevens inzake patiënten, behandelingen en activiteiten.

De Raad pleit voor een eenvormige registratie. Het is een opdracht voor de wetenschappelijke verenigingen en het College Oncologie om in consensus inhoud en model voor zulke registratie op te stellen.

Het is belangrijk om de verzamelde gegevens te verwerken, (te) bestuderen en terug te koppelen naar ziekenhuizen en geneesheren. Een studie en beoordeling van deze gegevens is noodzakelijk, zowel intramuraal als door onderlinge vergelijking tussen verschillende zorgprogramma's, geneesheren en ziekenhuizen.

Alle ziekenhuizen en zorgprogramma's moeten, conform de regelgeving, hun medewerking verlenen aan externe en interne audit. Ook de organisatie en de uitvoering van een externe audit zijn opdrachten voor het College. De striktere implementatie hiervan zal de kwaliteit van de zorg meer ondersteunen dan het opleggen van niet gevalideerde kwantitatieve criteria."

7. Op 4 december 2006 heeft de commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer een gunstig advies uitgebracht over een ontwerp van koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker moet voldoen om te worden erkend.

8. Op 12 december 2006 heeft de inspecteur van Financiën een advies gegeven over een ontwerp van koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker moet voldoen om te worden erkend en over een ontwerp van koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 februari 1999. In dat advies verwerpt de inspecteur van Financiën het ontwerp dat ertoe strekt slechts een beperkt aantal borstklinieken te erkennen en pleit hij, net als de nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen, voor een integratie in de bestaande programma's om een maximale bereikbaarheid voor de patiënt te verzekeren.

9. Op 15 februari 2007 heeft de minister van Begroting zijn goedkeuring gehecht aan de twee ontwerpen van koninklijk besluit.

10. Op 13 maart 2007 heeft de afdeling Wetgeving, die met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1/, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, verzocht was binnen een termijn van dertig dagen advies uit te brengen, een advies gegeven over elk van de beide ontwerpen.

11. De twee bestreden koninklijke besluiten zijn vastgesteld op 26 april 2007 en zijn bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad van 20 juli 2007.

Het koninklijk besluit van 26 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 is in werking getreden op 30 juli 2007.

Het koninklijk besluit van 26 april 2007 houdende vaststelling van de normen waaraan het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker moet voldoen om te worden erkend is in werking getreden op 1 januari 2008.

Het wordt voorafgegaan door een verslag aan de Koning dat alleen betrekking heeft op de opmerkingen uit het advies van de commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

12. Bij artikel 1 van het koninklijk besluit van 26 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 (tweede bestreden handeling) wordt in artikel 2*ter*, § 1, daarvan, een onderdeel 3/ ingevoegd, luidend als volgt:

" 3/ het gespecialiseerd zorgprogramma voor borstkanker dat zich richt op de diagnose, de multidisciplinaire behandeling, de opvolging, en de revalidatie

van patiënten met kwaadaardige aandoeningen van de borst(en) overeenkomstig de richtlijnen van het multidisciplinair oncologisch handboek dat dient gebruikt te worden binnen het zorgprogramma."

13. Artikel 1 van het koninklijk besluit van 26 april 2007 houdende vaststelling van de normen waaraan het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker moet voldoen om te worden erkend bepaalt:

" Om te worden erkend en erkend te blijven moet het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker voldoen aan de normen vastgesteld in dit besluit.
Dit gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker wordt hierna « borstkliniek » genoemd."

In artikel 2 van het besluit wordt de doelgroep als volgt omschreven:

" § 1. De borstkliniek is gericht op de diagnose, de multidisciplinaire behandeling, de opvolging, en de revalidatie van patiënten met kwaadaardige aandoeningen van de borst(en) overeenkomstig de richtlijnen van het multidisciplinair oncologisch handboek zoals bedoeld in artikel 14 dat dient gebruikt te worden binnen het zorgprogramma zonder afbreuk te doen aan de vrije keuze van de patiënt.

§ 2. De borstkliniek kan enkel worden uitgebaat als bovenbouw op een zorgprogramma voor oncologie zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 21 maart 2003 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend, hierna genoemd « het koninklijk besluit van 21 maart 2003 ».

Voor de borstklinieken die worden uitgebaat door een ziekenhuis, is artikel 76*sexies*, § 2, 2*/*, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, niet van toepassing gedurende de eerste drie jaar die volgen op de datum van inwerkingtreding van dit besluit.

Het vorige lid is niet van toepassing op de borstklinieken die worden uitgebaat door associaties."

In artikel 3, §§ 1 en 2, van het besluit wordt een minimaal activiteitsniveau opgelegd:

" § 1. Teneinde een erkenning voor een borstkliniek te bekomen, moet een bestaande behoefte evenals een ervaring op medisch vlak omstandig worden gemotiveerd.

Voor de eerste aanvraag tot erkenning en voor zover deze wordt ingediend binnen een termijn van twee jaar na de inwerkingtreding van dit besluit, dient deze bestaande behoefte aangetoond te worden door jaarlijks ten minste 100 nieuwe diagnoses van borstkanker zoals bedoeld in §§ 3 en 4, hetzij het jaar vóór de aanvraag tot erkenning, hetzij als gemiddelde gedurende de laatste drie jaar voor de aanvraag tot erkenning.

Na de twee eerste jaren die volgen op de inwerkingtreding van dit besluit bedraagt het vereiste activiteitsniveau zoals bedoeld in het tweede lid, 150 nieuwe diagnoses van borstkanker.

Het vorige lid is niet van toepassing voor zover er geen andere borstkliniek wordt uitgebaat binnen een straal van 50 km van bedoeld zorgprogramma.

§ 2. Om erkend te blijven moet de borstkliniek aantonen dat het elke drie jaar, het laatste jaar of als gemiddelde gedurende de laatste drie jaar vóór de verlenging van de erkenning, het in § 1, derde lid, bedoelde aantal nieuwe diagnoses heeft gesteld."

Het besluit bevat voorts normen inzake medische deskundigheid en medische en niet-medische omkadering (artikelen 4 tot 10), functionele normen, kwaliteitsnormen en normen voor kwaliteitsbewaking (artikelen 13 tot 18), een artikel over de samenwerkingsakkoorden (artikel 19) en normen inzake vereiste infrastructuur en omgevingselementen (hoofdstuk VII).

Overwegende dat de verzoekende partij in de zaak met rolnummer G/A.185.191/VI-17.519 de organiserende instantie is van de CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRÂCE die zichzelf omschrijft als een buurtziekenhuis met 200 acute bedden dat "een echte dienst voor oncologie heeft uitgebouwd die deel uitmaakt van het *Centre d'hémato-oncologie de Charleroi*, dat nauw samenwerkt met de oncologen van de *Clinique Notre-Dame de Grâce*, het *Centre hospitalier Notre-Dame et Reine Fabiola* en de *hôpitaux St-Joseph, Ste-Thérèse et IMTR*"; dat ze sinds 5 mei 2003 voor het zorgprogramma voor oncologie erkend is en betoogt dat ze de jongste tien jaar sterk geïnvesteerd heeft in de medische teams en technische infrastructuur voor oncologie in het algemeen en borstkanker in het bijzonder; dat ze aanvoert dat ze met 144 nieuwe gevallen per jaar niet in staat zal zijn de nieuwe erkenningsnorm te halen;

Overwegende dat de verzoekende vzw PROVIDENCE DES MALADES ET MUTUALITÉ CHRÉTIENNE in de zaak met rolnummer G/A.185.193/VI-17.518 aanvoert dat ze "de organiserende instantie is van een ziekenhuis waarvan de situatie door de bestreden handelingen in het gedrang komt, zodat ze daarmee blijk geeft van haar belang bij het beroep";

Overwegende dat de verzoekende vzw ASSOCIATION FRANCOPHONE D'INSTITUTIONS DE SANTÉ in de zaak met rolnummer G/A.185.194/VI-17.517 verklaart dat ze inzonderheid het volgende tot doel heeft:

- het verdedigen en bevorderen van een gezondheidsbeleid gebaseerd op solidariteit, gelijke toegang tot gezondheidszorg, zorgverlening in multidisciplinaire teams en verantwoordelijkheid van de zorgverleners in het

kader van de sociale zekerheid. Daartoe steunt de vzw alle collectieve of individuele initiatieven die de verwezenlijking van die fundamentele doelstellingen mogelijk maken;

- het groeperen van de zorginstellingen en -diensten van de private, niet-confessionele non-profitsector en van de openbare sector, met het oog op de verdediging en bevordering ervan;
- het vertegenwoordigen en verdedigen van haar leden bij de internationale, federale, communautaire, gewestelijke en lokale overheden die bevoegd zijn inzake volksgezondheid, alsook in het kader van de instanties van de ziekte- en invaliditeitsverzekering en de collectieve arbeidsverhoudingen,

en dat ze daarmee blijk geeft van haar belang bij de nietigverklaring van de bestreden handelingen;

Overwegende dat de verzoekende vzw COÖRDINATION BRUXELLOISE D'INSTITUTIONS SOCIALES ET DE SANTÉ in de zaak met rolnummer G/A.185.195/VI-17.516 verklaart dat ze tot doel heeft bij te dragen tot de oprichting, het behoud, de ontwikkeling en de hervatting van alle activiteiten en instellingen voor medisch-sociale, socio-culturele en charitatieve zorg in het tweetalige Brussels Hoofdstedelijk Gewest, dat ze met dat doel in het bijzonder de samenwerking en de complementariteit van de instellingen kan bevorderen om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan de behoeften van de bevolking, de kwaliteit van de door de leden verleende diensten kan bevorderen, het privé-initiatief in de betrokken sector kan verdedigen en vertegenwoordigen in de instanties waar de rechten en belangen van het privé-initiatief worden besproken en dat ze aldus blijk geeft van het wettelijk vereiste belang om in het geding tot nietigverklaring op te treden;

Overwegende dat de verzoekende vzw FÉDÉRATION DES INSTITUTIONS HOSPITALIÈRES in de zaak met rolnummer G/A.185.196/VI-17.515 verklaart dat ze het volgende doel heeft:

" inzonderheid de coördinatie - met het oog op samenwerking bij de bevordering van de volksgezondheid en de bijstand aan personen - van de medisch-sociale organisaties, structuren, instellingen en diensten die op privé-initiatief, zonder winstoogmerk en met inachtneming van de christelijke principes hun activiteit uitoefenen in de gezondheidssector, de verzorgingssector en de sectoren bijstand aan en opvang van personen.
Met dat doel voor ogen kan ze inzonderheid de kwaliteit van de organisaties, structuren, instellingen en diensten zo bevorderen dat de verzorging, dienstverlening, bijstand aan en opvang van personen wordt verbeterd en kan ze de instellingen vertegenwoordigen.

Daarmee geeft ze blijk van het wettelijk vereiste belang bij de nietigverklaring van de bestreden handeling";

Overwegende dat de verzoekende vzw CLINIQUE DE L'EUROPE in de zaak met rolnummer G/A.185.209/VI-17.521 verklaart dat ze "de organiserende instantie is van drie ziekenhuizen waarvan de situatie door de bestreden handelingen in het gedrang komt zodat ze daarmee blijk geeft van haar belang bij het beroep";

Overwegende dat de verwerende partij in haar memories van antwoord aanvoert dat twee verschillende handelingen slechts samen kunnen worden behandeld in één verzoekschrift als die handelingen verknocht of gelijklopend zijn, hetzij omdat er een zo nauw verband tussen die twee handelingen is dat niet in te zien valt hoe beroepen die afzonderlijk tegen die handelingen zijn ingesteld los van elkaar zouden kunnen worden behandeld, dat de twee bestreden koninklijke besluiten een fundamenteel verschillende strekking hebben, dat het als rechtzoekende perfect mogelijk zou zijn alleen de erkenningsvoorwaarden aan te vechten die in het eerste bestreden besluit worden vastgesteld, zonder het principe zelf van de nieuwe programmering in twijfel te trekken en dat het moeilijk te herstellen ernstig nadeel dat de vzw CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRÂCE in het schorsingsgeding heeft aangevoerd, volgens de bewoordingen van het verzoekschrift alleen voortvloeide uit de eerste bestreden handeling, terwijl de aangevoerde middelen slechts gedeeltelijk betrekking hebben op de tweede bestreden handeling; dat ze vraagtekens plaatst bij het belang van de verzoekende vzw PROVIDENCE DES MALADES ET MUTUALITÉ CHRÉTIENNE in de zaak met rolnummer G/A.185.193/VI-17.518 doordat die vzw alleen aangeeft dat ze de organiserende instantie is van een ziekenhuis waarvan de situatie door de bestreden handelingen in het gedrang komt, zonder dat concreet aan te tonen, dat ze vraagtekens plaatst bij het belang van de verzoekende vzw ASSOCIATION FRANCOPHONE D'INSTITUTIONS DE SANTÉ in de zaak met rolnummer G/A.185.194/VI-17.517 doordat "niet duidelijk is in welk opzicht de verzoekende partij een rechtstreeks belang zou hebben bij het beroep, in zoverre de eventuele nietigverklaring van de bestreden koninklijke besluiten zeker niet zou bijdragen tot "de verdediging en de bevordering van een gezondheidsbeleid dat gebaseerd is op solidariteit en een gelijke toegang tot gezondheidszorg"", dat, in verband met het belang van de verzoekende vzw COÖRDINATION BRUXELLOISE D'INSTITUTIONS SOCIALES ET DE SANTÉ om in zaak G/A.185.195/VI-17.516 in rechte op te treden, de verwerende partij aanvoert dat het haar niet duidelijk is "in welk opzicht de verzoekende partij een rechtstreeks belang bij het beroep zou hebben, voor zover de eventuele nietigverklaring van de bestreden koninklijke besluiten zeker niet zou "bijdragen tot

de oprichting, het behoud, de ontwikkeling en de hervatting van alle medisch-sociale, socio-culturele en charitatieve activiteiten en instellingen in het tweetalige Brussels Hoofdstedelijk Gewest"", overeenkomstig haar statuten; dat, in verband met het belang om in rechte op te treden van de verzoekende vzw FÉDÉRATION DES INSTITUTIONS HOSPITALIÈRES in de zaak met rolnummer G/A.185.196/VI-17.515, de verwerende partij aanvoert dat het haar niet duidelijk is in welk opzicht die vzw "een rechtstreeks belang bij het beroep zou hebben, voor zover de eventuele nietigverklaring van de bestreden koninklijke besluiten zeker niet zou bijdragen tot "het bevorderen van de kwaliteit van de organisaties, structuren, instellingen en diensten om de zorg te verbeteren"; dat de verwerende partij in de zaak met rolnummer G/A.185.209/VI-17.521 vraagtekens plaatst bij het belang van de verzoekende vzw CLINIQUE DE L'EUROPE, op de grond dat deze vzw alleen aangeeft dat ze de organiserende instantie is van drie ziekenhuizen waarvan de situatie door de bestreden handelingen in het gedrang komt, zonder dat concreet aan te tonen;

Overwegende dat, volgens artikel 2, § 1, 3/, van het besluit van de Regent van 23 augustus 1948 tot regeling van de rechtspleging voor de afdeling Bestuursrechtspraak van de Raad van State, het verzoekschrift tot nietigverklaring het onderwerp van de vordering bevat; dat het een verzoeker derhalve niet toekomt om zijn verzoekschrift verscheidene onderwerpen te geven; dat op die regel alleen een uitzondering mag worden gemaakt als de diverse bestreden handelingen met elkaar verknocht zijn en als er - gelet op de aangevoerde middelen of één daarvan en onder voorbehoud van het onderzoek van de ontvankelijkheid van de middelen - grond is om de verschillende onderwerpen van het verzoekschrift samen te behandelen met het oog op een goede rechtsbedeling;

Overwegende dat in het onderhavige geval de twee bestreden koninklijke besluiten op dezelfde dag zijn uitgevaardigd nadat ze met eenzelfde procedure waren voorbereid en dat ze allebei betrekking hebben op eenzelfde zorgprogramma; dat ze aldus verknocht zijn; dat de drie aangevoerde middelen bovendien op de twee bestreden besluiten slaan, zonder onderscheid; dat het eerste middel voornamelijk een algemene kritiek is op de motieven die de verwerende partij ertoe aangezet hebben om een nieuw zorgprogramma in het leven te roepen; dat dit middel, als het gegrond zou worden verklaard, tot de nietigverklaring zou kunnen leiden van de twee bestreden koninklijke besluiten aangezien het eerste besluit, dat de erkenningsnormen voor het nieuwe zorgprogramma bepaalt, geen reden van bestaan meer zou hebben als zou blijken dat het instellen van een nieuw zorgprogramma, dat bij het tweede koninklijk besluit wordt geregeld, nergens op

steunt; dat de exceptie die de verwerende partij in dat verband heeft opgeworpen, moet worden afgewezen;

Overwegende, met betrekking tot het belang van de verzoekende vzw CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRÂCE om in de zaak met rolnummer G/A.185.191/VI-17.519 in rechte op te treden, dat de twee bestreden koninklijke besluiten van verordenende aard zijn; dat ze betrekking hebben op de organisatie van de ziekenhuiszorg; dat de verzoekende partij een ziekenhuis beheert, waarvan ze de activiteit 'senologie' preciseert; dat de bestreden koninklijke besluiten op de verzoekende vzw van toepassing zijn, dat ze zich kan beroepen op een voldoende belang om in rechte op te treden; dat de exceptie moet worden afgewezen ten aanzien van haar;

Overwegende, met betrekking tot het belang van de verzoekende vzw PROVIDENCE DES MALADES ET MUTUALITÉ CHRÉTIENNE om in de zaak met rolnummer G/A.185.193/VI-17.518 in rechte op te treden, dat de twee bestreden koninklijke besluiten van verordenende aard zijn; dat ze betrekking hebben op de organisatie van de ziekenhuiszorg; dat de verzoekende vzw een ziekenhuis beheert, zodat de bestreden koninklijke besluiten op haar van toepassing zijn; dat ze zich kan beroepen op een voldoende belang om in rechte op te treden; dat de exceptie moet worden afgewezen ten aanzien van haar;

Overwegende, met betrekking tot het belang van de verzoekende vzw ASSOCIATION FRANCOPHONE D'INSTITUTIONS DE SANTÉ om in de zaak met rolnummer G/A.185.194/VI-17.517 in rechte op te treden, dat die vzw zich beroept op een schending van artikel 4, a, van haar statuten waarin staat dat ze inzonderheid tot doel heeft "een gezondheidsbeleid te verdedigen en te stimuleren dat gebaseerd is op solidariteit, gelijke toegang tot gezondheidszorg en zorgverlening in multidisciplinaire teams"; dat de bestreden besluiten en de kritiek erop betrekking hebben op die doelstellingen; dat de exceptie moet worden afgewezen ten aanzien van deze vzw;

Overwegende, met betrekking tot het belang van de verzoekende vzw COÖRDINATION BRUXELLOISE D'INSTITUTIONS SOCIALES ET DE SANTÉ om in de zaak met rolnummer G/A.185.195/VI-17.516 in rechte op te treden, - een vzw die in haar laatste memorie toegeeft dat bij vergissing is gesteld dat ze drie ziekenhuizen beheert - dat artikel 3, eerste lid, van haar statuten waarin haar doel wordt omschreven geen betrekking heeft op de bevordering en verdediging van een gezondheidsbeleid, maar op de oprichting, het behoud, de uitbouw en de hervatting

van alle zorgactiviteiten en zorginstellingen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest; dat de verzoekende vzw tot doel heeft samenwerking tussen haar leden te creëren; dat ze dus optreedt als een vereniging die een ziekenhuis kan beheren waarop de bestreden koninklijke besluiten van toepassing zouden kunnen zijn en niet rechtstreeks als beheerder van een ziekenhuis waarop die besluiten van toepassing zijn; dat zo'n belang onzeker blijft; dat het niet voldoende is om de ontvankelijkheid van het verzoekschrift te wettigen; dat, in zoverre, de exceptie ten aanzien van haar opgaat;

Overwegende, met betrekking tot het belang van de verzoekende vzw FÉDÉRATION DES INSTITUTIONS HOSPITALIÈRES om in de zaak met rolnummer G/A.185.196/VI-17.515 in rechte op te treden, dat deze vzw zich beroept op een schending van artikel 3 van haar statuten dat als volgt luidt:

" De vereniging is een christelijke beroepsorganisatie die zonder enig winstoogmerk tot doel heeft, met het oog op het bijdragen tot het bevorderen van de volksgezondheid en de bijstand aan personen, medisch-sociale organisaties, structuren, instellingen en diensten te coördineren die, privaat en zonder winstoogmerk, met inachtneming van de christelijke principes, hun activiteit uitoefenen in de sectoren van de gezondheid, de zorg, de bijstand aan en de opvang van personen.

De vereniging kan elke activiteit uitoefenen waarmee ze haar doel direct en indirect kan verwezenlijken, onder andere: [...]: het bevorderen van de kwaliteit van de genoemde organisaties, structuren, instellingen en diensten om de zorg, de dienstverlening, de bijstand aan en de opvang van personen te verbeteren";

dat verzoekster echter niet aantoont dat de bestreden besluiten afbreuk doen aan de belangen die specifiek tot haar doel behoren; dat ze zich niet mag beperken tot het argument dat de bestreden handelingen van toepassing zijn op haar leden of een deel van hen; dat de exceptie ten aanzien van haar opgaat;

Overwegende, met betrekking tot het belang van de verzoekende vzw CLINIQUE DE L'EUROPE om in de zaak met rolnummer G/A.185.209/VI-17.521 in rechte op te treden, dat deze vzw drie ziekenhuizen beheert; dat de bestreden koninklijke besluiten op haar van toepassing zijn; dat de exceptie moet worden afgewezen ten aanzien van haar;

Overwegende dat de verzoekende partijen een eerste middel ontlenen aan:

" [...] schending van artikel 23 van de Grondwet, gebrek aan motivering en machtsoverschrijding,

doordat de bestreden handelingen een nieuw gespecialiseerd programma voor oncologische zorg instellen voor borstkanker en normen bepalen waaraan dat programma moet voldoen om te worden erkend; dat die normen tot doel hebben het aantal programma's voor oncologische zorg die borstkankerpatiënten kunnen opvangen drastisch te verminderen ten opzichte van het aantal programma's voor oncologische zorg die thans erkend zijn om die patiënten te behandelen,

terwijl de gezondheidsbescherming die de kankerpatiënten genoten en de toegankelijkheid van de zorg die in hun gezondheidstoestand noodzakelijk is, die inzonderheid voortvloeien uit het koninklijk besluit van 21 maart 2003 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend, tot doel hadden ertoe bij te dragen dat kankerpatiënten een kwalitatief hoogstaande zorg krijgen en ervoor zorgden dat die doelstelling werd bereikt, zodat de bestreden handelingen de gezondheidsbescherming niet zonder reden aanzienlijk mochten terugschroeven";

Overwegende dat de verzoekende partijen in hun memories van wederantwoord verwijzen naar arrest 180.352 van 3 maart 2008, waarbij de exceptie van niet-ontvankelijkheid van het middel is afgewezen, dat ze, wat de grond van de zaak betreft, in hun memories van wederantwoord stellen dat de toepassing van de bestreden koninklijke besluiten zal leiden tot een drastische vermindering van het aantal ziekenhuizen die borstkankerpatiënten behandelen, dat dit ertoe zal leiden dat de gezondheidsbescherming er aanzienlijk op achteruit gaat, dat geen enkel stuk uit het administratief dossier van de verwerende partij wettigt waarom aan de erkenningsvoorwaarden van de twee koninklijke besluiten van 21 maart 2003 wordt getornd, dat die voorwaarden een niet-bekritiseerde graad van bescherming en kwaliteit op het gebied van de verzorging van kankerpatiënten boden, dat het college voor oncologie overeenkomstig artikel 38 van het koninklijk besluit van 21 maart 2003 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend weliswaar onder meer "het formuleren van aanbevelingen inzake de gespecialiseerde zorgprogramma's voor oncologie en hun minimaal activiteitsniveau" tot doel heeft, maar dat dit college over gegevens moet beschikken die het in staat stellen adviezen te geven en die gegevens moet meedelen, dat de motieven van de bestreden besluiten enerzijds een advies van het college voor oncologie en anderzijds de studie van EUSOMA zijn, dat in de bestreden besluiten evenwel niet naar het advies van het college voor oncologie wordt verwezen, dat de kopie ervan in het administratief dossier noch gedateerd, noch ondertekend is, dat het advies zou zijn aangenomen zonder beraadslaging, maar op basis van schriftelijke antwoorden van 14 van de 17 leden van het college en dat de studie van EUSOMA op onbekende wetenschappelijke grondslagen steunt; dat de verzoekende partijen in hun laatste memorie volhouden dat het niet de vraag is of er een ideeënstrijd bestaat tussen de verdedigers van twee stellingen omtrent het beleid dat moet worden gevoerd inzake preventie en behandeling van borstkanker, maar dat de vraag is of het

administratief dossier passende en relevante motieven bevat om de bestreden maatregelen de wettigen, terwijl de geldende normen waren vastgesteld om de best mogelijke zorg te verlenen en ervoor zorgden dat de beoogde doelstellingen werden bereikt;

Overwegende dat de verzoekende partijen - in hun hoedanigheid van organiserende instantie of, wat de vzw ASSOCIATION FRANCOPHONE D'INSTITUTIONS DE SANTÉ betreft, als vereniging met als doel "de verdediging en bevordering van een gezondheidsbeleid dat gebaseerd is op solidariteit, gelijke toegang tot gezondheidszorg en zorgverlening in multidisciplinaire teams" - er belang bij hebben op te komen tegen een hervorming die een weerslag heeft op hun activiteiten en die de gezondheidsbescherming en de toegankelijkheid van de zorg volgens hen zonder reden beknot; dat, in tegenstelling tot wat de verwerende partij in haar memorie van antwoord aanvoert, het middel ontvankelijk is;

Overwegende, wat de grond van de zaak betreft, dat de bestreden koninklijke besluiten, en inzonderheid het eerste, door de erkenningsvoorwaarden die in artikel 3 ervan in termen van minimumactiviteit worden geformuleerd, tot gevolg hebben dat er een beperking komt op het aantal ziekenhuiscentra die voortaan nog kunnen beschikken over de nieuwe erkenning voor het zorgprogramma dat specifiek bestemd is voor de behandeling van borstkanker; dat een dergelijke erkenningsvoorwaarde niet bestaat voor de twee andere zorgprogramma's voor oncologie die van toepassing blijven en in het kader waarvan alle borstkankers vroeger behandeld werden; dat de verwerende partij de hervorming wil rechtvaardigen met het feit dat ze de zorg kwalitatief wil verbeteren en wil rationaliseren; dat die motieven zowel gebaseerd zijn op de voormelde aanbevelingen van EUSOMA als op het Belgische college voor oncologie; dat ze relevant zijn; dat blijkt dat het middel eigenlijk tot doel heeft de knoop door te hakken in een opportuniteitsdebat tussen de voorstanders van geneeskunde dicht bij de bevolking die tegen deze hervorming gekant zijn en de voorstanders van een specialisatie van bepaalde zorgprogramma's en de verwezenlijking ervan in grote centra, zoals voor de specifieke behandeling van borstkanker; dat, onder voorbehoud dat een kennelijke dwaling omtrent de beoordeling aan het licht komt die in het onderhavige geval niet wordt aangevoerd of aangetoond, de Raad van State niet bevoegd is om zo'n geschil te beslechten;

Overwegende dat de verzoekende partijen in twijfel trekken dat het advies van het college voor oncologie als geldige wettiging voor de bestreden koninklijke besluiten kan dienen, inzonderheid op de grond dat de leden van het

college niet over dit advies beraadslaagd zouden hebben, maar dat dit advies zou voortvloeien uit brieven die zij onderling hebben uitgewisseld; dat ze echter niet aantonen in welk opzicht die interne werkwijze, gesteld dat ze bewaarheid wordt, onwettig zou zijn; dat de handmatige ondertekening van de voorzitter van het college van oncologie wel niet terug te vinden is op het afschrift van dat advies dat bij het administratief dossier is gevoegd en dat de verwerende partij in haar laatste memorie toegeeft dat ze het origineel ervan niet kan indienen; dat het toch van een overdreven formalisme zou getuigen als daaruit zou worden opgemaakt dat die nalatigheid ertoe verplicht om te besluiten dat dit advies materieel niet bestaat en bijgevolg te besluiten dat de bestreden koninklijke besluiten niet gewettigd zijn, te meer daar de NRZV daarnaar verwijst in zijn advies, al was het maar onder voorbehoud; dat de verwerende partij bij haar laatste memorie een afschrift van het advies van de NRZV d.d. 13 juli 2006 heeft gevoegd dat wel eensluidend is verklaard; dat, in de gegeven omstandigheden, het middel niet gegrond is;

Overwegende dat de verzoekende partijen een tweede middel ontlenen aan "schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, artikel 9*quater* van de ziekenhuiswet, ontstentenis van motivering, schending van de rechtsregels en rechtsbeginselen en inzonderheid van het beginsel van redelijk bestuur en het gelijkheidsbeginsel, kennelijke dwaling omtrent de beoordeling en machtsoverschrijding"; dat ze aanvoeren dat de bestreden koninklijke besluiten een nieuw programma voor oncologische zorg in het leven roepen dat specifiek bedoeld is voor borstkanker en normen bevatten waaraan dat programma moet voldoen om erkend te worden, dat die normen zijn vastgesteld zonder dat ze gemotiveerd zijn en zonder dat het advies van de nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen onderzocht en in aanmerking genomen is; dat ze tot gevolg hebben dat de ziekenhuizen die wel voldoen aan de erkenningsnormen die hen in staat stellen om zorgprogramma's voor oncologie op te stellen maar die niet aan de nieuwe normen voldoen, geen borstkankerpatiënten mogen behandelen en dat de bestreden besluiten, in het licht van de toegankelijkheid van de zorg, kankerpatiënten verschillend behandelen naar gelang van het feit of ze al dan niet borstkanker hebben; dat ze voorts aanvoeren dat het inwinnen van het advies van de nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen, dat wettelijk voorgeschreven is, volledig doelloos is wanneer het advies van dat orgaan niet wordt onderzocht en niet in aanmerking wordt genomen, dat tot het bepalen van normen om kwalitatief hoogstaande zorg te verlenen alleen mag worden besloten op grond van redelijke en objectieve motieven die in verhouding staan tot het beoogde doel, dat een afwijking van de normen betreffende de zorgprogramma's voor oncologie behoorlijk gemotiveerd moet worden en dat, zonder redelijke en objectieve wettiging, niet belet mag worden dat ziekenhuizen die kankerpatiënten kwalitatief

hoogstaande zorg kunnen verlenen kwalitatief hoogstaande zorg verlenen aan borstkankerpatiënten, terwijl ze hen altijd verzorgd hebben zoals het hoort;

Overwegende dat de verzoekende partijen in hun memories van wederantwoord en in hun laatste memories verwijzen naar arrest 180.352 van 3 maart 2008 waarbij de exceptie van niet-ontvankelijkheid is afgewezen, stellen dat borstkanker een zeer vaak voorkomende ziekte is die, in vergelijking met andere soorten van tumoren, vrij gemakkelijk te diagnosticeren en te behandelen is, dat de nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen dat in zijn advies heeft bevestigd en in het bijzonder heeft vastgesteld dat borstkankerpatiënten geen bijzonder complexe multidisciplinaire benadering vergen in vergelijking met andere soorten kanker, noch een uitermate gespecialiseerde expertise en dat borstkanker geen vorm van kanker is die, volgens het verslag aan de Koning dat voorafgaat aan het koninklijk besluit van 21 maart 2003 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend, de ontwikkeling van een gespecialiseerd zorgprogramma zou rechtvaardigen; dat ze aanvoeren dat geen enkel gegeven van het administratief dossier kan staven dat de verwerende partij rekening heeft gehouden met de bezwaren van de nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen, terwijl niet wordt betwist dat alle ziekenhuizen die onder het voormelde koninklijk besluit van 21 maart 2003 vallen, tot de inwerkingtreding van de bestreden besluiten, kwalitatief hoogstaande zorg hebben verleend aan borstkankerpatiënten; dat ze het volgende stellen:

" Uit de studies die daarover beschikbaar zijn, wat de situatie in België betreft, en in het bijzonder uit de Europese studie "*Eurocare*" die gepubliceerd is door *The Lancet Oncology* en die in het verzoekschrift vermeld wordt, blijkt dat het gemiddelde aantal borstkankerpatiënten dat overleeft in België hoger is dan het Europese gemiddelde en zelfs hoger is dan het gemiddelde voor nagenoeg alle soorten kanker.

Met andere woorden: patiënten met een kankertype dat een complexe multidisciplinaire benadering en een gespecialiseerde expertise vereist, dat bijzonder zelden voorkomt en waarbij de kansen op genezing gering zijn, kunnen in aanmerking komen voor programma's voor oncologie, maar dat is niet het geval met patiënten die een kanker hebben waarvan verondersteld wordt dat die geen complexe multidisciplinaire benadering of uitermate gespecialiseerde expertise vereist, die niet zeldzaam is en waarbij de behandeling tot opmerkelijke resultaten leidt. Zij zullen behandeld worden volgens programma's die perfect geschikt zijn voor de behandeling van hun pathologie.

Aldus schendt de bestreden handeling wel het beginsel van redelijk bestuur; ze vloeit voort uit een kennelijke dwaling omtrent de beoordeling en schendt het gelijkheidsbeginsel";

Overwegende dat de exceptie van niet-ontvankelijkheid van het tweede middel niet kan worden aangenomen op basis van de motieven die hebben geleid tot het verwerpen van de exceptie die tegen het eerste middel was opgeworpen;

Overwegende dat noch de bewoordingen van het verzoekschrift, noch de toelichtingen in de memories van wederantwoord en in de laatste memories toereikend zijn om kennelijke dwaling omtrent de beoordeling en schending van het beginsel van redelijk bestuur aan te tonen; dat de schending van het beginsel van de gelijkheid tussen borstkankerpatiënten en patiënten met een andere vorm van kanker niet gegrond is; dat dit argument immers neerkomt op een abstracte vergelijking van alle kankers, terwijl de behandeling ervan kan variëren naargelang van de respectieve specifieke kenmerken ervan; dat de verzoekende partijen bovendien niet aantonen dat de ontwikkeling van een gespecialiseerd zorgprogramma voor oncologie dat specifiek is afgestemd op borstkanker de verwerende partij zou beletten om andere gespecialiseerde programma's voor oncologie te ontwikkelen die specifiek bedoeld zijn voor andere of zeldzamere vormen van kanker, zoals luidens het verslag aan de Koning dat voorafgaat aan het koninklijk besluit van 21 maart 2003 de bedoeling is, aangezien de schending van artikel 9*quater* van de ziekenhuiswet en de niet-inachtneming van het ongunstige advies van de nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen evenmin in aanmerking kunnen worden genomen; dat het advies van de nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen, wanneer het moet worden ingewonnen, niet hoeft te worden gevolgd, dat een overheid die van dat advies afwijkt, niet verplicht is te verklaren waarom ze dat doet, dat het advies van de NRZV weliswaar vrij ongunstig is ten aanzien van de ingevoerde hervorming, maar de verwerende partij er niet zonder motief van afgeweken is, dat ze zich gebaseerd heeft op het advies van het college voor oncologie; dat bovendien, wat de bereikbaarheid van de toekomstige borstklinieken betreft, artikel 3, § 1, van het eerste bestreden koninklijk besluit gedeeltelijk tegemoet komt aan de kritiek van de NRZV door te voorzien in een afwijking van de voorwaarde van de minimumactiviteit wanneer er geen andere borstkliniek bestaat binnen een straal van 50 kilometer; dat het tweede middel niet gegrond is;

Overwegende dat de verzoekende partijen een derde middel ontlenen aan schending van artikel 84, § 1, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, ontstentenis van motivering en machtsoverschrijding; dat ze stellen dat de Regering de afdeling Wetgeving op 16 februari 2007 heeft gevraagd om binnen een termijn van 30 dagen advies uit te brengen over de ontwerpen die de bestreden koninklijke besluiten zouden worden, dat de adviezen op 13 maart 2007 zijn gegeven, dat de ontwerpen op 27 maart 2007 door de minister van Begroting akkoord zijn

bevonden, dat de bestreden koninklijke besluiten uitgevaardigd zijn op 26 april 2007 en bijna drie maanden later - op 20 juli 2007 - bekendgemaakt zijn in het Belgisch Staatsblad, dat de afdeling Wetgeving van de Raad van State de zaken in principe onderzoekt in de volgorde waarin ze op de rol zijn ingeschreven, dat een uitzondering op dat principe op motieven moet kunnen steunen die in het onderhavige geval niet voorhanden zijn, dat de regering sinds 13 maart 2007 over de adviezen van de Raad van State beschikte en sinds 27 maart 2007 over de akkoordbevinding van de minister van Begroting die ze had moeten aanvragen vóór ze de afdeling Wetgeving om advies verzocht, dat de regering tot 27 april 2007 heeft gewacht om de bestreden koninklijke besluiten uit te vaardigen en tot 20 juli 2007 om ze bekend te maken, zodat de nieuwe erkenningsnormen bovendien eerst op 1 januari 2008 in werking traden; dat ze tot de slotsom komen dat de regering de afdeling Wetgeving duidelijk ten onrechte belet heeft om de ontwerpen exhaustief te onderzoeken;

Overwegende dat, wanneer de afdeling Wetgeving van de Raad van State, zoals in het onderhavige geval, verzocht wordt om met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1/, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State binnen een termijn van dertig dagen advies te verstrekken, het verzoek om spoedbehandeling niet uitdrukkelijk gemotiveerd hoeft te worden en de redenen waarom de overheid besluit om het advies binnen dertig dagen te vragen, een opportuniteitskwestie zijn, zodat de afdeling Bestuursrechtspraak van de Raad van State niet bevoegd is om die redenen te toetsen; dat het derde middel niet gegrond is,

B E S L U I T:

Artikel 1.

De zaken met de nummers G/A.185.196/VI-17.515, G/A.185.195/VI-17.516, G/A.185.194/VI-17.517, G/A.185.193/VI-17.518, G/A.185.191/VI-17.519 en G/A.185.209/VI-17.521 worden samengevoegd.

Artikel 2.

De beroepen worden verworpen.

Artikel 3.

De kosten, bepaald op 1225 euro, komen ten laste van de vereniging zonder winstoogmerk CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRÂCE ten

belope van 350 euro en ten laste van de andere verzoekende partijen ten belope van elk 175 euro.

Aldus uitgesproken te Brussel, in openbare terechtzitting van de VIe kamer, op eenentwintig september tweeduizend negen door:

Mevr.	DAURMONT,	staatsraad, wnd. voorzitter,
de HH.	LEWALLE,	staatsraad,
	NIHOUL,	staatsraad,
Mevr.	SCHMITZ,	griffier.

De Griffier **De wnd. Voorzitter**

V. SCHMITZ **O. DAURMONT**

**VERTALING OVEREENKOMSTIG ARTIKEL 63,
EERSTE LID, VAN DE WETTEN OP DE RAAD VAN STATE,
GECOÖRDINEERD OP 12 JANUARI 1973.**