

RAAD VAN STATE, AFDELING BESTUURSRECHTSPRAAK

XIIe KAMER

A R R E S T

**nr. 261.613 van 2 december 2024
in de zaak A. 238.159/XII-9754**

In zake : de VZW ONZE-LIEVE-VROUW ZIEKENHUIS
bijgestaan en vertegenwoordigd door
advocaat Stefaan Callens
kantoor houdend te 1040 Brussel
Tervurenlaan 40
bij wie woonplaats wordt gekozen

tegen :

de BELGISCHE STAAT, vertegenwoordigd door de minister van
Sociale Zaken en Volksgezondheid
bijgestaan en vertegenwoordigd door
advocaat Bert Beelen
kantoor houdend te 3000 Leuven
Justus Lipsiusstraat 24
bij wie woonplaats wordt gekozen

I. Voorwerp van het beroep

1. Het beroep, ingesteld op 13 januari 2023, strekt tot de nietigverklaring van het koninklijk besluit van 20 september 2022 ‘tot wijziging van het koninklijk besluit van 19 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma’s “beroertezorg” moeten voldoen om erkend te worden en tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 december 2018 houdende vaststelling van het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma’s “acute beroertezorg met invasieve procedures”’.

II. Verloop van de rechtspleging

2. De verwerende partij heeft een memorie van antwoord ingediend en de verzoekende partij heeft een memorie van wederantwoord ingediend.

Eerste auditeur Ines Martens heeft een verslag opgesteld.

De verwerende partij heeft een verzoek tot voortzetting van het geding en een laatste memorie ingediend. De verzoekende partij heeft een laatste memorie ingediend.

De partijen zijn opgeroepen voor de terechtzitting, die heeft plaatsgevonden op 21 november 2024.

Kamervoorzitter Chantal Bamps heeft verslag uitgebracht.

Advocaat Stefaan Callens, die verschijnt voor de verzoekende partij en advocaat Arne Van Meerbeeck, die *loco* advocaat Bert Beelen verschijnt voor de verwerende partij, zijn gehoord.

Eerste auditeur Melissa Celis heeft een met dit arrest eensluidend advies gegeven.

Er is toepassing gemaakt van de bepalingen op het gebruik der talen, vervat in titel VI, hoofdstuk II, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973.

III. Feiten

3.1. Artikel 12, § 1 en § 2, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 ‘op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen’ (hierna: de ziekenhuiswet) bepaalt:

“§ 1. De Koning stelt, na advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, de lijst vast van zorgprogramma's, zoals die door Hem nader worden omschreven, en die moeten erkend worden door de overheid bevoegd voor het gezondheidsbeleid op grond van de artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet.

§ 2. De Koning kan, voor ieder der in § 1 bedoelde zorgprogramma's, karakteristieken definiëren om erkend te kunnen worden zoals:

1° de doelgroep;

2° de aard en de inhoud van de zorg;

- 3° het minimaal activiteitsniveau;
- 4° de vereiste infrastructuur;
- 5° de vereiste medische en niet-medische personeelsomkadering en deskundigheid;
- 6° kwaliteitsnormen en normen inzake kwaliteitsopvolging;
- 7° bedrijfseconomische criteria;
- 8° geografische toegankelijkheidscriteria.”

Bij koninklijk besluit van 19 april 2014 werden de zorgprogramma's "beroertezorg" toegevoegd aan de lijst van zorgprogramma's als bedoeld in artikel 12 van de ziekenhuiswet. Daartoe werd aan het koninklijk besluit van 15 februari 1999 'tot vaststelling van de lijst van zorgprogramma's zoals bedoeld in artikel 12 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen en tot aanduiding van de artikelen van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen die op hen van toepassing zijn' een artikel 2sexies toegevoegd. De zorgprogramma's "beroertezorg" onderscheiden zich in het basisprogramma "acute beroertezorg" dat zich richt op de diagnose, de behandeling, de opvolging en de revalidatie van patiënten met een acute beroerte (*Stroke Unit 1 of S1*) en het gespecialiseerd zorgprogramma "acute beroertezorg met invasieve procedures" (*Stroke Unit 2 of S2*) dat zich naast de activiteiten binnen het basiszorgprogramma "acute beroertezorg" richt op neurochirurgische ingrepen en bepaalde endovasculaire technieken. Het voorliggend beroep heeft betrekking op dit laatste zorgprogramma. Onder meer artikel 60 van de ziekenhuiswet wordt van toepassing verklaard op de zorgprogramma's "beroertezorg".

3.2. Op grond van artikel 60, eerste lid, van de ziekenhuiswet kan de Koning het maximum aantal zorgprogramma's bepalen dat mag worden uitgebaat.

Bij koninklijk besluit van 16 december 2018 'houdende vaststelling van het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma's "acute beroertezorg met invasieve procedures"', wordt dit maximum aantal beperkt tot vijftien voor het Rijk.

In het verslag aan de Koning bij dit besluit wordt de volgende duiding gegeven:

“[...] Dat met het huidige besluit het aantal gespecialiseerde zorgprogramma's 'acute beroertezorg met invasieve procedures' op het niveau van het Rijk op maximum 15 is vastgesteld, wordt in het bijzonder ingegeven door het feit dat gecentraliseerde systemen met verwijzing van alle acute beroertepatiënten naar 'stroke units' in een performant netwerk in samenwerking met interventionele centra, meer klinische interventies garanderen die gebaseerd zijn op klinisch-wetenschappelijke evidentie (o.a. intraveneuze trombolysen, trombectomie) en gepaard gaan met een betere uitkomst.

Een betere uitkomst werd ook aangetoond in ziekenhuizen die grotere aantallen patiënten behandelen.

Zowel 'drip-and-ship'- (transfer van een basiszorgprogramma naar een gespecialiseerd zorgprogramma) als 'mothership'-paradigmata (onmiddellijk opname in een gespecialiseerd interventioneel zorgprogramma met kortsluiting van een basiszorgprogramma) worden gebruikt in grotere netwerken. De aanrijtijden om een gespecialiseerd interventioneel zorgprogramma te bereiken en de performantie van de basiszorgprogramma's zijn hierbij bepalend voor de uitkomst en dus de keuze van opname- en verwijzingsstrategie. Indien aangewezen, moet de acute beroertepatiënt hierbij op een zo kort mogelijke tijd in een ziekenhuis opgenomen kunnen worden dat een gespecialiseerde zorgprogramma 'acute beroertezorg met invasieve procedures' aanbiedt, hetzij rechtstreeks, hetzij vanuit een verwijzend ziekenhuis met of zonder basiszorgprogramma 'acute beroertezorg'. De gespecialiseerde zorgprogramma's moeten daarbij voldoen aan de minimale criteria zoals bepaald in het KB van 19 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's 'beroertezorg' (basis en gespecialiseerd) moeten voldoen om erkend te worden en moeten voldoen aan volgende kenmerken eigen aan het zorgtraject:

1. Expertise (team/niet enkel procedure) verwerven en behouden;

[...]

2. Kostenstructuur;

[...]

3. Kwaliteitsgarantie;

3.1. Minimaal aantal trombectomieën per interventionele radioloog;

3.2. Kwaliteitsparameters per netwerk;

3.3. Afspraken tussen netwerken binnen groter geheel (back-up functie gespecialiseerde zorgprogramma's);

De nabijheid van zorg dient verder te worden gegarandeerd door een systematisch snel heen- en terugverwijzen van patiënten binnen het netwerk, van een basiszorgprogramma naar het dichtstbij zijnde en beschikbare gespecialiseerd interventioneel zorgprogramma en vice versa na de hyperacute fase (24-72 uur na de acute interventie).

Uitgaande van een model van 20.000 ischemische beroertes per jaar in België, met daarbij 3.000 à 4.000 (15 à 20%) intraveneuze trombolyses en 1.000 à 1.500 (5 à 7,5%) trombectomieën per jaar, rekening houdend met een minimum van 60 (en in de toekomst bij voorkeur 100) trombectomieën per centrum - met oog op het behoud van de expertise per interventioneel radioloog, waarvan er per centrum minstens 2 nodig zijn om 24/7 permanentie te kunnen verzekeren- en rekening houdend met een toenemend aantal indicaties dient het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma's te worden beperkt tot maximum 15 voor het Rijk.”

3.3. Op 25 maart 2019 sluiten de ministers, leden van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, een Protocolakkoord af ‘over de verdeling van de programmatie van de gespecialiseerde zorgprogramma's “acute beroertezorg met invasieve procedures” tussen de deelstaten’.

Dit Protocolakkoord luidt:

“Gelet op de bepalingen van het koninklijk besluit van 19 april 2014 tot vaststelling van de normen waaraan zorgprogramma's ‘beroertezorg’ moeten voldoen om erkend te worden.

Gezien het feit dat het Koninklijk Besluit van 16 december 2018 het maximale aantal gespecialiseerde zorgprogramma's ‘acute beroertezorg met invasieve procedures’ vastlegt op 15,

De verdeling van de maximaal 15 S2-centra voor interventionele beroertezorg is van belang om te vermijden dat elke overheid bevoegd voor erkenning in de onzekerheid leeft hoeveel centra men kan erkennen.

Een snelle beslissing dringt zich dus op gezien het feit dat het algemeen moratorium na de verkiezingen van 25 mei 2019 (bij de installatie van de nieuw verkozen Kamer van volksvertegenwoordigers) opgeheven zal worden.

Analyse van de situatie

Verschillende elementen moeten in rekening gebracht worden bij de verdeling van de programmatie van de S2-centra voor interventionele beroertezorg :

- Een correcte geografische spreiding: ischemische beroerte is bij uitstek een tijdskritische pathologie die vereist dat de patiënt, indien aangewezen, zo snel als mogelijk een goed bereikbaar, gespecialiseerd centrum kan bereiken waar men interventionele technieken (zoals trombectomie) kan toepassen

- De reeds aanwezige expertise/ verzekerde dienstverlening: het selecteren van de correcte patiënten en het uitvoeren van een trombectomie, alsook de nazorg is een handeling die heel wat expertise vereist van het interventionele team, waaronder de interventionele neuroradioloog. Het aantal artsen met deze specifieke specialisatie is heel beperkt. Daarenboven komt slechts een beperkt aantal patiënten in aanmerking voor een trombectomie en gaat men ervan uit dat men 40 à 60 procedures per arts per jaar moet uitvoeren om de nodige expertise te behouden. Deze feiten pleiten voor een sterke concentratie waarbij beroep wordt gedaan op reeds bestaande en bewezen expertise.

- Sedert begin 2015 is deze aanpak ondersteund door overweldigende evidentie. Een aantal centra hebben het initiatief genomen om, onder moeilijke omstandigheden, maar met het welzijn van de betrokken patiënten voor ogen, deze behandeltrajecten toch op te starten. Daarbij was en is een continuïteit van zorgen door een ervaren equipe die ook buiten de werkuren beschikbaar is, een essentieel element.

- Er is heel sterke wetenschappelijke evidentie dat klinisch relevante uitkomstparameters, waaronder de belangrijkste functionele uitkomst, gemeten met de mRS-schaal, na een ischemische beroerte behandeld met trombectomie, opmerkelijk beter zijn als de patiënt snel wordt behandeld door een team met hoge expertise. De organisatie van het zorglandschap moet zo aangepast zijn dat deze voorwaarden worden verwezenlijkt.

Bij dit alles is het belangrijk om in het achterhoofd te houden dat er geen mogelijkheid is voorzien om een S2-centrum uit te splitsen over 2 of meer vestigingsplaatsen, waarbij de interventionele radioloog zich eventueel tussen de verschillende sites zou verplaatsen. Dergelijke organisatie zou ingaan tegen de evidentie dat het de expertise van het volledige team is die het succes uitmaakt van

dit zorgtraject (en dus niet enkel van de interventionele neuroradioloog). Bovendien maakt een systeem van rondreizende interventionele neuroradiologen het verzekeren van een 24u/7d wachtdienst enorm complex, zoniet onmogelijk. Er valt veel meer te verwachten van een sterke netwerkvorming met goede afspraken voor verwijzing en terug verwijzing tussen S1- en S2-centra.

Tot slot wijzen we erop dat centra voor interventionele beroertezorg per definitie (minder dan 25 centra, complexe zorg, nood aan concentratie,...) een supraregionale zorgopdracht aanbieden. De samenwerkingen tussen S1- en S2-centra kunnen/moeten met andere woorden het locoregionaal netwerk overstijgen.

Cijfers leren ons dat de huidige geografische spreiding suboptimaal is. In Gent, Antwerpen, Limburg, Namen en Luik dient er een optimalisatie doorgevoerd te worden. West-Vlaanderen is een aandachtspunt met drie centra die interventionele procedures uitvoeren. In de streek van de Ardennen dient een aanbod uitgebouwd te worden, hoewel de bevolkingsdichtheid daar mogelijk een ander scenario vereist. (Er is weliswaar een centrum aan het opstarten in ziekenhuis van Arlon.)

Verdeling van de 15 S2-centra ‘acute beroertezorg met invasieve procedures’

De ministers, leden van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, beslissen om de 15 centra S2 acute beroertezorg met invasieve procedures’ te verdelen tussen de bevoegde autoriteiten voor het gezondheidsbeleid volgens artikels 128, 130 en 135 van de Grondwet, als volgt:

- gebied van het Vlaams Gewest: maximaal 7 centra
- gebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest: maximaal 3 centra
- gebied van het Waals Gewest: maximaal 5 centra

De hierboven voorgestelde verdeling is geografisch van aard en zegt niets over de overheden die bevoegd zullen zijn om de erkenningen toe te kennen.

Wanneer meerdere entiteiten bevoegd zijn om op een bepaald grondgebied erkenningen te verlenen, is voor de verdeling van de programmering van de centra op het grondgebied voorafgaande overeenstemming tussen deze verschillende entiteiten vereist.”

Op 26 juli 2019 en op 21 augustus 2019 worden twee annulatieberoepen ingediend bij de Raad van State tegen dit protocolakkoord, onder meer door de verzoekende partij in de huidige zaak. Bij arrest nr. 252.074 van 9 november 2021 worden deze beroepen verworpen op grond van het feit dat het protocolakkoord geen voor vernietiging vatbare rechtshandeling is.

3.4. Op 20 oktober 2019 wordt een koninklijk besluit aangenomen ‘tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 december 2018 houdende vaststelling van het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma's “acute beroertezorg met invasieve procedures”’ dat luidt:

“Artikel 1. In artikel 1 van het koninklijk besluit van 16 december 2018 houdende vaststelling van het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma's ‘acute beroertezorg met invasieve procedures’, worden na de woorden ‘beperkt tot 15 voor het Rijk’ de woorden ‘waarvan 7 gelegen op het grondgebied van het Vlaams Gewest, 5 op het grondgebied van het Waals Gewest, en 3 op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest’ ingevoegd.

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

De afdeling Wetgeving van de Raad van State heeft op 3 oktober 2019 advies 66.499/3 gegeven bij het ontwerp dat heeft geleid tot het koninklijk besluit van 20 oktober 2019.

Tegen het voornoemde koninklijk besluit worden bij de Raad van State annulatieberoepen ingediend door de vzw Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis, de vzw Jessa Ziekenhuis en de vzw AZ Sint-Lucas & Volkskliniek.

3.5. Op 12 mei 2022 brengt de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (hierna: FRZV) een advies uit betreffende zorgprogramma’s beroertezorg.

3.6. Op 20 september 2022 wordt een koninklijk besluit aangenomen ‘tot wijziging van het koninklijk besluit van 19 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma’s “beroertezorg” moeten voldoen om erkend te worden en tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 december 2018 houdende vaststelling van het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma’s “acute beroertezorg met invasieve procedures” dat luidt:

“Hoofdstuk 1. Wijziging van het koninklijk besluit van 19 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma’s ‘beroertezorg’ moeten voldoen om erkend te worden

Artikel 1. Artikel 20 van het koninklijk besluit van 19 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma’s ‘beroertezorg’ moeten voldoen om erkend te worden, wordt aangevuld met een lid luidende:

‘Het gespecialiseerd zorgprogramma ‘acute beroertezorg met invasieve procedures’ mag niet worden uitgebaat op verschillende vestigingsplaatsen van eenzelfde ziekenhuis of een ziekenhuisassociatie.’.

Art. 2. In hoofdstuk III van hetzelfde besluit wordt een afdeling 2/1 ingevoegd die de artikelen 21/1 en 21/2 bevat luidende:

‘Afdeling 2/1. Activiteitsniveau en geografische spreiding

Art. 21/1. Om erkend te worden dient het gespecialiseerd zorgprogramma ‘acute beroertezorg met invasieve procedures’ minimum 50 trombectomiën te verrichten als jaarlijks gemiddelde over de laatste drie jaar voor de erkenning. Enkel trombectomiën die voor de datum van aanvraag van de erkenning werden uitgevoerd, komen in aanmerking om het jaarlijks gemiddelde te berekenen.

Indien in uitvoering van het eerste lid het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma’s ‘acute beroertezorg met invasieve procedures’ zoals bedoeld in

het koninklijk besluit van 16 december 2018 houdende vaststelling van het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma's 'acute beroertezorg met invasieve procedures', niet volledig is ingevuld, kan een ziekenhuis in afwijking op het eerste lid op basis van een omstandige motivering van de medische ervaring en verwachte evolutie daaromtrent een erkenning krijgen met dien verstande dat er in het derde jaar na de erkenning aan de voorwaarde van minimum 50 trombectomiën te verrichten moet zijn voldaan.

Om erkend te blijven dient het gespecialiseerd zorgprogramma 'acute beroertezorg met invasieve procedures' minimum 50 trombectomiën te verrichten als jaarlijks gemiddelde over drie jaar voor de verlenging van de erkenning.'

Art.21/2. De vestigingsplaats waarop het gespecialiseerd zorgprogramma 'acute beroertezorg met invasieve procedures' wordt uitgebaat bevindt zich op minimum 25 km in vogelvlucht van elke andere vestigingsplaats waarop een gespecialiseerd zorgprogramma 'acute beroertezorg met invasieve procedures' wordt uitgebaat die behoort tot de bevoegdheid van dezelfde overheid bevoegd voor de erkenning in toepassing van de artikelen 128, 130, 135 of 138 van de Grondwet.

Indien de vestigingsplaats waarop het gespecialiseerd zorgprogramma "acute beroertezorg met invasieve procedures" wordt uitgebaat gelegen is in een Gewest met meer dan 7000 inwoners per km², bevindt ze zich op minimum 8 km in vogelvlucht van elke andere vestigingsplaats waarop een gespecialiseerd zorgprogramma 'acute beroertezorg met invasieve procedures' wordt uitgebaat binnen hetzelfde Gewest, ongeacht welke overheid bevoegd is voor de erkenning van bedoelde zorgprogramma's in toepassing van de artikelen 128, 130, 135 of 138 van de Grondwet.'

Art. 3. In hoofdstuk III van hetzelfde besluit wordt een afdeling 6 ingevoegd die artikel 28/1 bevat luidende:

'Afdeling 6. Overgangsbepaling

Art. 28/1. Gedurende een overgangsperiode van 2 jaar vanaf de datum van inwerkingtreding van het koninklijk besluit van 20 september 2022 tot wijziging van het koninklijk besluit van 19 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's 'beroertezorg' moeten voldoen om erkend te worden en tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 december 2018 houdende vaststelling van het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma's 'acute beroertezorg met invasieve procedures', mag in afwijking van artikel 20, derde lid, het gespecialiseerd zorgprogramma 'acute beroertezorg met invasieve procedures' worden uitgebaat op twee vestigingsplaatsen van een ziekenhuisassociatie onder volgende voorwaarden:

1° op de datum van inwerkingtreding van bedoeld koninklijk besluit van 20 september 2022 is er sprake van een gestructureerde samenwerking tussen beide gespecialiseerde zorgprogramma's;

2° het gespecialiseerd zorgprogramma beantwoordt op beide vestigingsplaatsen aan alle erkenningsnormen vastgesteld in onderhavig besluit behalve wat betreft het activiteitsniveau bedoeld in artikel 21/1 waaraan gezamenlijk wordt beantwoord door beide gespecialiseerde zorgprogramma's;

3° beide gespecialiseerde zorgprogramma's maken het voorwerp uit van één erkenning;

4° voor wat betreft de toepassing van de regelen inzake het maximum aantal zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 16 december 2018 houdende vaststelling van het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma's 'acute beroertezorg met invasieve procedures', worden de twee samenwerkende gespecialiseerde zorgprogramma's als één zorgprogramma in rekening gebracht;

5° ten laatste twee jaar na de datum van inwerkingtreding van bedoeld koninklijk besluit van 20 september 2022 worden beide gespecialiseerd zorgprogramma's als één gespecialiseerd zorgprogramma dat aan alle erkenningsnormen vastgesteld in

onderhavig besluit voldoet, gegroepeerd en uitgebaat op een van beide vestigingsplaatsen.’.

Hoofdstuk 2. Wijziging van het koninklijk besluit van 16 december 2018 houdende vaststelling van het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma's ‘acute beroertezorg met invasieve procedures’

Art.4. In artikel 1 van het koninklijk besluit van 16 december 2018 houdende vaststelling van het maximumaantal gespecialiseerde zorgprogramma's ‘acute beroertezorg met invasieve procedures’, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 20 oktober 2019, worden de woorden ‘waarvan 7 gelegen op het grondgebied van het Vlaams Gewest, 5 op het grondgebied van het Waals Gewest, en 3 op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest’ vervangen door de woorden ‘waarvan maximum 8 per erkennende overheid’.

Art. 5. De minister bevoegd voor Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.”

Dit is het bestreden besluit.

Het verslag aan de Koning bij dit besluit luidt:

“ Sire, Het besluit dat u ter goedkeuring wordt voorgelegd moet de obstakels uit de weg ruimen die momenteel verhinderen dat in België een correcte organisatie van de acute beroertezorg ontstaat. Beroerte is een leidende oorzaak van morbiditeit en zorgafhankelijkheid alsook van mortaliteit. Jaarlijks worden meer dan 20.000 personen in België door een beroerte getroffen. Tot 60% van de personen met een acute beroerte overlijdt binnen het jaar of blijft zorgafhankelijk. De kans op een goede uitkomst voor een patiënt, die getroffen wordt door een ischemische beroerte is in eerste instantie bepaald door de snelle toegang tot een acute beroertebehandeling met intraveneuze trombolysie al dan niet gecombineerd met een endovasculaire mechanische verwijdering van de klont in de betrokken hersenslagader. De snelheid waarmee een acute beroertebehandeling wordt toegepast, bepaalt in belangrijk mate de kans op een goed herstel en verkort de hospitalisatieduur en de eventuele revalidatietijd. ‘Time is brain’ vat dit krachtadig samen. Hoewel België een voorloper kon genoemd worden inzake het toepassen van interventionele procedures zoals trombectomie, is ons land de laatste jaren achterop geraakt in vergelijking met andere Westerse landen in het uittekenen van een duidelijke organisatie van de beroertezorg op regionaal en nationaal niveau. Sinds april 2014 bestaan er normen voor de zorgprogramma's ‘beroertezorg’ die een gelaagde organisatie van de zorg in functie van de complexiteit en ernstgraad van de beroerte voorstaat, en in functie daarvan een netwerk tussen die verschillende lagen invoert. Bovendien bevatten deze normen een duidelijk kwaliteitskader. Echter, 8 jaar later zijn er nauwelijks zorgprogramma's ‘beroertezorg’ erkend. De reden hiervoor betreft vooral het uitblijven van de erkenning van de zogenaamde zorgprogramma's ‘acute beroertezorg met invasieve procedures’ (of S2-centra) die het kristallisatiepunt uitmaken waarrond de S1 centra zich vanuit netwerkperspectief dienen te organiseren. Uit wetenschappelijke literatuur en uit voorbeelden uit het buitenland blijkt duidelijk dat systemen met verwijzing van alle acute beroertepatiënten naar S1 centra in een performant netwerk in samenwerking met gecentraliseerde interventionele S2 centra, meer klinische interventies garanderen die gebaseerd zijn op klinisch-wetenschappelijke evidentie (o.a. intraveneuze trombolysie, trombectomie) en gepaard gaan met een betere uitkomst. Een betere uitkomst werd ook aangetoond in ziekenhuizen die een minimum aantal patiënten behandelen. Tijdens de vorige legislatuur werd dan ook besloten om het

aantal centra met invasieve procedures te beperken tot maximaal 15 voor het hele grondgebied. Op die manier garandeert men dat de expertise van het gehele beroertezorgteam geconcentreerd wordt met betere uitkomsten als gevolg (koninklijk besluit van 16 december 2018 houdende vaststelling van het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma's 'acute beroertezorg met invasieve procedures'). Later werd bovendien bepaald hoe dit maximum van 15 centra verdeeld wordt over de verschillende deelgebieden van het land met het oog op een correcte geografische spreiding van deze centra. Deze verdeling werd vastgelegd samen met de Gemeenschappen, zijnde de overheden die bevoegd zijn voor de erkenning. Tegen deze laatste specificatie van de programmatie werd door enkele ziekenhuizen echter beroep aangetekend bij de Raad van State. Tot op heden is er nog geen uitspraak ten gronde van de Raad van State en blijft het dossier van de beroertezorg geblokkeerd, en dit ten koste van een kwaliteitsvolle zorgverlening aan de patiënt. Het voorliggende besluit wil het geweer van schouder veranderen. Er wordt afgestapt van de starre benadering van aantallen bepalen per Gewest. In plaats daarvan wordt de onderliggende redenering om aan die aantallen te komen expliciet in de regelgeving opgenomen.

Het beperken van het aantal centra met invasieve procedures wil namelijk twee doelstellingen bereiken: 1. Het concentreren van zeldzame expertise op enkele locaties met het oog op een hoog kwaliteitsniveau van zorg en zodoende betere resultaten; 2. Een correcte geografische spreiding van interventionele beroertezorg organiseren zodat de aanrijtijden beperkt blijven, opnieuw met het oog op betere resultaten aangezien beroertezorg een tijdskritische pathologie is. Om de eerste doelstelling te bereiken, bepaalt het voorliggende besluit dat een zorgprogramma met invasieve procedures minimum 50 trombectomiën moet verrichten als jaarlijks gemiddelde over drie jaar voor de aanvraag van de erkenning. Om de mogelijkheid te bieden om vanuit de beoogde correcte geografische spreiding, een nieuw centrum op te starten in gebieden waar er nog geen centrum aanwezig is, is een tijdelijke uitzondering voorzien op dit minimum aantal zolang er nog ruimte is binnen de programmatie van maximaal 15 centra. Drie jaar na de erkenning dient het centrum dat van deze uitzondering geniet aan de voorwaarde inzake activiteitsniveau te voldoen. Ook voor een verlenging van erkenning dient het activiteitsniveau te worden bereikt als jaarlijks gemiddelde over drie jaar. De tweede doelstelling wordt behaald door een minimaal afstandscriterium te bepalen tussen 2 erkende centra met invasieve procedures. Dit criterium is bepaald op 25 km in vogelvlucht. Een kleinere afstand is niet wenselijk omdat elke toegift op dat vlak de goede geografische spreiding vermindert. Een groter afstandscriterium dreigt dan weer blinde vlekken op de kaart te creëren doordat de inplanting van de ziekenhuizen zelf niet steeds optimaal is. Het afstandscriterium geldt niet als de betrokken ziekenhuizen behoren tot de bevoegdheid van verschillende erkennende overheden. Deze uitzondering is vooral ingegeven door het argument dat de patiënt niet enkel naar een dichtbij gelegen centrum moet kunnen getransporteerd worden, maar indien gewenst naar een centrum van de eigen taalaanhorigheid. Bovendien wordt de bevoegdheid van de erkennende overheden ingeperkt als men rekening moet houden met het erkenningsbeleid van de andere overheden. Er wordt daarbij een specifieke bepaling ingeschreven voor dichtbevolkte gebieden waarbinnen de centra dicht bij elkaar kunnen liggen. In een Gewest met meer dan 7000 inwoners per km² is de minimale afstand tussen de centra binnen het Gewest 8 km in vogelvlucht ongeacht welke overheid bevoegd is voor de erkenning van de centra. Door het bepalen van deze criteria wordt de onderverdeling van de maximaal 15 zorgprogramma's met invasieve procedures over de gewesten, overbodig en dus geschrapt in het koninklijk besluit van 16 december 2018. Wel wordt voorzien dat geen enkele van de erkennende overheden meer dan 8 zorgprogramma's met invasieve procedures mag erkennen. Binnen deze contouren, kunnen de overheden bevoegd voor erkenning aan de slag met deze bijkomende criteria om binnen het

maximale aantal een correcte geografische spreiding te organiseren. Bovendien speelt het principe van de federale loyaliteit en wordt er overlegd en afgestemd over deze materie binnen de interministeriële conferentie volksgezondheid. Er wordt uitdrukkelijk in het besluit ingeschreven dat een spreiding van het zorgprogramma over verschillende vestigingsplaatsen van eenzelfde ziekenhuis of een ziekenhuisassociatie niet mag. Immers het spreiden over meerdere campussen van een enkel erkende entiteit, van deze zorg leidt tot multiplicatie van het zorgteam en dilutie van de expertise. Op deze bepaling wordt gedurende een overgangsperiode van 2 jaar vanaf de datum van inwerking treden van het besluit een uitzondering geformuleerd. Dit teneinde rekening te houden met de bestaande situatie en uiteindelijk een betere geografische spreiding te garanderen. Immers een aantal centra heeft reeds voldoende expertise en heeft een goed uitgewerkte kwaliteitsvolle samenwerking maar voldoet afzonderlijk niet aan het vereiste activiteitsniveau. Deze centra mogen gedurende een overgangsperiode van 2 jaar in het kader van een ziekenhuisassociatie het gespecialiseerde zorgprogramma uitbaten op twee vestigingsplaatsen met dien verstande dat ze uiterlijk bij afloop van de overgangstermijn zich herorganiseren op één vestigingsplaats. De gespecialiseerde zorgprogramma's moeten op beide vestigingsplaatsen aan alle erkenningsnormen beantwoorden behalve wat betreft het activiteitsniveau, ze worden éénmaal in rekening gebracht bij het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma's dat mag worden uitgebaat en maken het voorwerp uit van één erkenning.”

Op 6 september 2022 brengt de afdeling Wetgeving van de Raad van State advies 72.043/1/V uit over het ontwerp dat heeft geleid tot het voornoemde koninklijk besluit.

Naast het voorliggende annulatieberoep, worden tegen dit besluit ook beroepen tot nietigverklaring ingediend door de vzw Jessa Ziekenhuis (A. 237.751/XII-9752) en door het A.S.Z. Autonome verzorgingsinstelling (A. 238.142/XII-9753). In deze laatste zaak wordt eveneens een vordering tot schorsing ingesteld. Bij arrest nr. 256.813 van 16 juni 2023 wordt dit schorsingsberoep verworpen bij gebrek aan spoedeisendheid.

3.7. Op 23 november 2022 wordt het koninklijk besluit ‘tot kwalificatie van de supraregionale zorgopdrachten en van de locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken en tot bepaling van het geografisch aanbod van locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken’ vastgesteld. Op grond van artikel 2, 6°, h), van dat koninklijk besluit wordt het zorgprogramma “acute beroertezorg met invasieve procedures” als een supraregionale zorgopdracht gekwalificeerd, wat betekent dat het zorgprogramma niet in elk locoregionaal ziekenhuisnetwerk mag worden aangeboden.

3.8. Inmiddels stelt de Vlaamse regering het besluit van 19 januari 2024 ‘tot bepaling van de aanvullende programmatienormen voor het gespecialiseerde zorgprogramma “acute beroertezorg met invasieve procedures”’ vast. Tegen dit besluit wordt door de vzw Jessa ziekenhuis een vordering tot schorsing en een beroep tot nietigverklaring ingesteld bij de Raad van State, gekend onder het rolnummer A. 241.378/XII-9712 en een beroep tot nietigverklaring door het Universitair Ziekenhuis Brussel, gekend onder het rolnummer A. 241.608/XII-9579.

IV. Ontvankelijkheid van het beroep

Excepties van gebrek aan belang in hoofde van de verzoekende partij en gebrek aan geldige beslissing tot in rechte treden

Uiteenzetting van de excepties

4. De verwerende partij werpt in haar memorie van antwoord vooreerst een exceptie van gebrek aan belang op in hoofde van de verzoekende partij. Zij wijst er op dat in het koninklijk besluit van 16 december 2018 een maximum van vijftien S2-centra voor het ganse land werd bepaald en dat dit besluit niet werd aangevochten door de verzoekende partij. Het feit dat het S2-centrum van de verzoekende partij in concurrentie zal komen met twee universitaire S2-centra bij de concrete uitwerking van de geografische spreiding van de S2-centra over het Belgische grondgebied is volgens de verwerende partij het gevolg van het koninklijk besluit van 16 december 2018, alsook van de feitelijke situatie die zich voordoet, waarbij er drie S2-centra op relatief korte afstand van elkaar gelegen zijn. De nadelen die de verzoekende partij meent te ondervinden zijn volgens de verwerende partij niet het gevolg van het bestreden besluit. Evenmin toont de verzoekende partij volgens de verwerende partij aan dat zij na vernietiging van het bestreden besluit meer kans zou maken om een erkenning te krijgen voor haar S2-centrum. Integendeel, in dat geval zou er teruggevallen worden op de versie van artikel 1 van het koninklijk besluit van 16 december 2018, zoals gewijzigd bij koninklijk besluit van 20 oktober 2019, waarin

ECLI:BE:RVSCE:2024:ARR.261.613 XII-9574-12/44

was voorzien dat er op het Vlaamse grondgebied slechts zeven S2-centra konden erkend worden, terwijl dat er ingevolge het bestreden besluit acht kunnen zijn. Deze zeven S2-centra zouden dan nog steeds zo goed mogelijk geografisch gespreid moeten worden over het Vlaamse Gewest, waarbij nog steeds rekening zal gehouden moeten worden met de ligging van het S2-centrum van de verzoekende partij op relatief korte afstand van het UZ Gent en het UZ Brussel. Volgens de verwerende partij zou de verzoekende partij zich dan ook eerder lijken te verzetten tegen een beperking van het aantal S2-centra tot vijftien, welke beperking evenwel reeds in het koninklijk besluit van 16 december 2018 werd bepaald, wat niet door de verzoekende partij werd aangevochten. Evenmin kan volgens haar de verzoekende partij aantonen dat zij voldoet aan de erkenningsvoorwaarden, zodat zij niet aantoont dat zij zonder het afstandscriterium *überhaupt* een erkenning zou kunnen krijgen voor haar S2-centrum.

5. Daarnaast meent de verwerende partij dat niet blijkt dat tijdig en door het bevoegde orgaan van de verzoekende partij werd beslist om in rechte te treden zodat het verzoekschrift niet geldig is ingediend en niet ontvankelijk is.

Beoordeling

6. Door het auditoraat wordt tot de ongegrondheid van de excepties besloten op grond van de volgende overwegingen:

“4.9. Luidens artikel 19, eerste lid, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State kan een annulatieberoep zoals bedoeld in artikel 14, § 1, van de genoemde wetten voor de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State worden gebracht door elke partij die doet blijken van een benadeling of een belang.

Een verzoeker beschikt over dit rechtens vereiste belang indien twee voorwaarden vervuld zijn: hij dient door de bestreden administratieve rechtshandeling een persoonlijk, rechtstreeks, zeker, actueel en wettig nadeel te lijden en de eventueel tussen te komen nietigverklaring van die rechtshandeling moet hem een direct en persoonlijk voordeel verschaffen, hoe miniem ook. Dit geldt evenzeer bij het aanvechten van reglementaire akten. De omstandigheid dat de verzoekende partij als gevolg van de vernietiging opnieuw een kans krijgt om haar situatie in gunstigere zin te zien beoordeeld, volstaat om het belang tot nietigverklaring te verantwoorden.

4.10. De verzoekende partij die reeds gedurende jaren een stroke-unit uitbaat voor acute beroertezorg met invasieve procedures wenst haar kansen te vrijwaren om in aanmerking te komen voor de erkenning als S2-centrum binnen de programmatie

zoals vastgesteld bij het koninklijk besluit van 16 december 2018 houdende vaststelling van het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma's 'acute beroertezorg met invasieve procedures'. Zij meent dat door het afstandscriterium dat in het bestreden besluit wordt vastgesteld, zij, anders dan voorafgaand aan het bestreden besluit het geval was, in concurrentie komt met het UZ Gent en het UZ Brussel die op minder dan 25 km in vogelvlucht van de verzoekende partij verwijderd liggen. Hierdoor vermindert haar kans om als S2-centrum erkend te worden. Met de verzoekende partij moet worden beaamd dat door het vaststellen van een afstandscriterium van minimaal 25 km in vogelvlucht tussen de vestigingsplaatsen waar een zorgprogramma 'acute beroertezorg met invasieve procedures' wordt uitgebaat, een eventuele erkenning van het UZ Brussel of het UZ Gent automatisch en van rechtswege meebrengt dat de verzoekende partij onmogelijk nog kan worden erkend. Dit was voorafgaand aan het bestreden besluit niet het geval. Voor zover er ook zonder het bestreden besluit en het daarin opgenomen afstandscriterium steeds rekening zou moeten gehouden worden met een geografische spreiding van het zorgprogramma waarbij de ligging van de verzoekende partij ten aanzien van het UZ Gent en het UZ Brussel een feitelijk gegeven is, houdt dit echter niet in dat in dat geval de verzoekende partij evenzeer automatisch en van rechtswege uitgesloten moet worden van erkenning in het geval van een erkenning van het UZ Gent of het UZ Brussel, aangezien er dan geen concreet afstandscriterium van 25 km in vogelvlucht geldt.

4.11. Bovendien vermindert ook het criterium inzake minimumactiviteit dat met het bestreden besluit wordt vastgesteld haar kans om als S2-centrum erkend te worden, aangezien zij niet over de vereiste ervaring van 50 trombectomieën per jaar beschikt.

4.12. In tegenstelling tot wat de verwerende partij aanvoert, leidt een vernietiging van het bestreden besluit er niet toe dat de verzoekende partij juist minder kans zou maken op een erkenning omdat in dat geval teruggevallen wordt op de oude regeling vervat in het koninklijk besluit van 16 december 2018 zoals gewijzigd bij het koninklijk besluit van 20 oktober 2019 omdat in dat geval er in het Vlaams Gewest slechts zeven S2-centra erkend kunnen worden terwijl met het bestreden besluit er in het Vlaams Gewest acht S2-centra kunnen erkend worden. Niet alleen doet dit niets af aan het hiervoor geschetste belang bij het bestrijden van het afstandscriterium van 25 km in vogelvlucht dat met het bestreden besluit wordt ingevoerd. Bovendien is er geen enkele zekerheid dat het bestreden besluit ertoe leidt dat er acht S2-centra zullen erkend worden op het grondgebied van het Vlaams Gewest. Het bestreden besluit voorziet weliswaar dat elke erkennende overheid, en dus ook de Vlaamse Gemeenschap, acht S2-centra kan erkennen. Er is echter geen enkele zekerheid dat deze acht S2-centra allemaal op het grondgebied van het Vlaams Gewest zouden worden erkend. De Vlaamse Gemeenschap kan ook een ziekenhuis in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest erkennen. Bovendien wijst de verzoekende partij er ook terecht op dat het aantal van acht nu slechts een hypothetisch aantal is. Dit zal ook afhangen van het erkenningsbeleid van de andere erkennende overheden en de timing van de aanvragen van de verschillende ziekenhuizen, aangezien de Vlaamse Gemeenschap mogelijks ook slechts minder S2-centra zal kunnen erkennen, wanneer de andere erkennende overheden, die ook elk maximaal acht S2-centra kunnen erkennen, reeds zoveel S2-centra hebben erkend dat er van de maximaal vijftien te erkennen centra geen acht meer overblijven voor de Vlaamse Gemeenschap.

Dat de nietigverklaring van het bestreden besluit er toe zou leiden dat de oude verdeling herleeft, kan aan de verzoekende partij bijgevolg niet haar belang ontzeggen. Dit geldt des te meer nu onder meer de verzoekende partij eveneens een annulatieberoep heeft ingesteld bij de Raad van State tegen deze oude regeling, namelijk tegen de wijziging van het koninklijk besluit van 16 december 2018 'houdende vaststelling van het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma's

“acute beroertezorg met invasieve procedures” bij koninklijk besluit van 20 oktober 2019.

4.13. In de mate de verwerende partij opwerpt dat de verzoekende partij niet aantoonst dat zij aan de overige erkenningscriteria kan voldoen, verduidelijkt de verwerende partij niet aan welk van de overige erkenningscriteria de verzoekende partij onmogelijk zou kunnen voldoen. Met betrekking tot het criterium inzake minimumactiviteit van minimaal 50 trombectomieën dat eveneens met het bestreden besluit wordt opgelegd, blijkt dat de verzoekende partij zowel in haar tweede als in haar zevende middel precies de onwettigheid van dit criterium aanvoert. Bovendien is er in het bestreden besluit ook een overgangsregeling voorzien zodat zelfs al mocht het tweede en het zevende middel ongegrond bevonden worden, het op zich nog niet uitgesloten is dat de verzoekende partij beroep zou kunnen doen op de overgangsregeling die voorzien werd in het bestreden besluit waarbij in afwijking van de vereiste inzake minimumactiviteit van 50 trombectomieën een ziekenhuis toch een erkenning kan krijgen op basis van een omstandige motivering van de medische ervaring en verwachte evolutie daaromtrent, met dien verstande dat dat er dan in het derde jaar na erkenning wel aan de voorwaarde van minimum 50 trombectomieën zal moeten zijn voldaan. Tot slot vormt de ontworpen regeling ook vanuit beleidsmatig oogpunt een onlosmakelijk geheel. Het is de samenwerking tussen het vastgelegde afstandscriterium en het criterium inzake minimumactiviteit die volgens de overtuiging van de regelgever zal leiden tot een correcte geografische spreiding en die er zelfs toe zal leiden, naar overtuiging van de regelgever, dat een onderverdeling van de maximaal vijftien zorgprogramma's met invasieve procedures over de gewesten overbodig geacht wordt en bijgevolg vervangen wordt door een regeling dat elke erkennende overheid maximaal acht zorgprogramma's kan erkennen. De Raad kan bij de beoordeling van het belang dan ook niet vooruit lopen op het mogelijk rechtsherstel dat de verwerende partij zou bieden na een gebeurlijke vernietiging van het bestreden besluit. Ook om die reden dient de exceptie te worden verworpen.

4.14. Voor zover de verwerende partij een exceptie van onontvankelijkheid van het verzoekschrift opwerpt omdat geen geldige beslissing tot in rechte treden zou zijn bijgevoegd, moet worden opgemerkt dat sinds de hervorming van artikel 19, 6e lid van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, zoals gewijzigd bij artikel 7, 5° van de wet van 20 januari 2014, inwerking getreden op 3 februari 2014, de beslissing tot in rechte treden niet meer bij het inleidend verzoekschrift dient te worden gevoegd indien de rechtspersoon door een advocaat wordt vertegenwoordigd. Behoudens bewijs van het tegendeel, wordt de advocaat immers verondersteld gemandateerd te zijn door de rechtspersoon die hij beweert te vertegenwoordigen. Dit vermoeden betreft zowel de eigenlijke vertegenwoordigingsbevoegdheid van de advocaat als de bestuursbevoegdheid van het orgaan dat tot de volmachtverlening aan de advocaat heeft besloten. Het vermoeden is wel weerlegbaar. Een partij in het geschil kan de regelmatigheid van de beslissing om te handelen betwisten, maar het komt dan aan die partij toe dit door alle mogelijke rechtsmiddelen te bewijzen. De verwerende partij brengt geen enkel begin van bewijs bij in die zin.

De excepties van onontvankelijkheid dienen te worden verworpen.”

7. In haar laatste memorie beperkt de verwerende partij zich tot het handhaven van haar in de memorie van antwoord opgeworpen excepties, waarnaar zij “integraal” verwijst, zonder inhoudelijk nog een andere visie te geven op de beoordeling door het auditoraat.

8. De Raad van State ziet geen reden om het anders te zien dan het auditoraat en bevindt aldus, na eigen onderzoek, de redenering van het auditoraatsverslag bijvallend, de excepties ongegrond.

V. Onderzoek van de middelen

A. Derde middel

Standpunt van de partijen

9. In een derde middel in het verzoekschrift voert de verzoekende partij onder het kopje “schending van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, in het bijzonder het zorgvuldigheidsbeginsel en het motiveringsbeginsel” aan dat de vestigingsplaatsen die het gespecialiseerd zorgprogramma “acute beroertezorg met invasieve procedures” uitbaten, zich op minimum 25 km in vogelvlucht van elke andere vestigingsplaats die behoort tot de bevoegdheid van dezelfde erkennende overheid moeten bevinden, terwijl een correcte geografische spreiding van interventionele beroertezorg bij een tijdskritische pathologie moet gebeuren in functie van de reële tijd die nodig is voor een patiënt om opgenomen te worden in een gespecialiseerd zorgprogramma “acute beroertezorg met invasieve procedures”.

De verzoekende partij onderscheidt in het derde middel twee middelonderdelen.

In het eerste middelonderdeel waarin de schending van het zorgvuldigheidsbeginsel wordt opgeworpen, verwijst de verzoekende partij vooreerst naar het verslag aan de Koning bij het bestreden besluit waarin wordt aangegeven dat de kans op een goede uitkomst voor een patiënt, die getroffen wordt door een ischemische beroerte in eerste instantie bepaald wordt door de snelle toegang tot een acute beroertebehandeling met intraveneuze trombolysie al dan niet gecombineerd met een endovasculaire mechanische verwijdering van de klonter in de betrokken hersenslagader. De snelheid waarmee een acute

ECLI:BE:RVSCE:2024:ARR.261.613 XII-9574-16/44

beroertebehandeling wordt toegepast, bepaalt volgens het verslag aan de Koning in belangrijke mate de kans op een goed herstel en verkort de hospitalisatieduur en de eventuele revalidatietijd. Het is de bedoeling een correcte geografische spreiding van interventionele beroertezorg te organiseren zodat de aanrijtijden beperkt blijven, opnieuw met het oog op betere resultaten aangezien beroertezorg een tijd kritische pathologie is volgens het verslag aan de Koning. Het bestreden besluit zou echter volgens de verzoekende partij geen rekening houden met bovenstaande elementen, nu het niet verwijst naar de aanrijtijd om de afstand tussen de S2-centra te bepalen, maar naar een afstand in vogelvlucht. Dit is volgens de verzoekende partij een aanzienlijk verschil temeer daar door de ligging van bepaalde S2-centra en de drukke toegangswegen het precies veel tijd vergt voor patiënten om toegang te kunnen krijgen tot het S2-centrum, terwijl precies de snelheid van toegang cruciaal is voor de overlevings- en/of herstelkansen. Hierdoor wordt volgens de verzoekende partij het zorgvuldigheidsbeginsel geschonden.

In het tweede middelonderdeel waarin de schending van het motiveringsbeginsel wordt opgeworpen, benadrukt de verzoekende partij dat het verslag aan de Koning bij het bestreden besluit uitdrukkelijk verwijst naar aanrijtijden. Toch wordt deze term volgens de verzoekende partij nergens in de artikelen van het bestreden besluit gebruikt. Meer nog, het bestreden besluit verwijst naar een afstand in vogelvlucht om de afstand tussen de S2-centra te bepalen. Dit is een criterium dat de snelle toegang, zoals ook in het verslag aan de Koning vermeld, volgens de verzoekende partij totaal miskent. Toch laat de verwerende partij na om dit verschil in afstandscriterium te motiveren. Het criterium van de afstand in vogelvlucht wordt als criterium, volgens de verzoekende partij, niet gedragen door de stukken in het dossier. Het is volgens de verzoekende partij geen adequaat criterium in functie van het vooropgestelde doel, namelijk een zo snel mogelijke toegang tot de nodige gespecialiseerde zorg realiseren. Hoe snel men in een ziekenhuis geraakt, wordt niet bepaald door de afstand in vogelvlucht tot dat ziekenhuis, maar wel door de werkelijke aanrijtijd, zijnde de tijd die men redelijkerwijze nodig heeft om het ziekenhuis te bereiken via de weg. Hierdoor wordt volgens de verzoekende partij het materiële motiveringsbeginsel geschonden.

In de memorie van wederantwoord wijst de verzoekende partij erop dat het S2-centrum van het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis via de (drukke) wegen op meer dan 25 km ligt van andere S2-centra in de omgeving, namelijk op 30,85 km van UZ Gent via de E40 en op 27,01 km van UZ Brussel via de E40. Deze afstanden worden volgens de verzoekende partij veel kleiner voorgesteld indien men deze “in vogelvlucht” berekent en geen rekening houdt met de werkelijke aanrijtijd langs de drukke wegen, namelijk 24,56 km tussen UZ Gent en het S2-centrum van het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis en 18,78 km tussen UZ Brussel en het S2-centrum van het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis. De verzoekende partij benadrukt dat de keuze voor de afstand in vogelvlucht moeilijk te begrijpen is aangezien de patiënten met een beroerte over de weg vervoerd worden. Het verslag aan de Koning geeft geen enkele motivering voor het criterium van de afstand in vogelvlucht. In tegendeel, het verslag vermeldt uitdrukkelijk dat “de aanrijtijden beperkt [moeten] blijven”. Hiermee wordt dus verwezen naar de effectief af te leggen afstand. De keuze om een afstandscriterium op te leggen dat in vogelvlucht berekend wordt, impliceert volgens de verzoekende partij dat patiënten in werkelijkheid grotere afstanden zullen moeten afleggen. *De facto* zal de afstand tussen S2-centra steeds meer dan 25 km bedragen, hetgeen in strijd is met de tweede doelstelling in het verslag aan de Koning. Tot slot laat de verzoekende partij nog gelden dat, niettegenstaande de deelstaten nog erkenningen moeten toekennen, het reglementair besluit waarvan zij de vernietiging vordert niet strijdig kan zijn met de algemene beginselen van behoorlijk bestuur.

In haar laatste memorie verwijst de verzoekende partij integraal naar hetgeen in het verzoekschrift en in de memorie van wederantwoord is uiteengezet en volhardt. Daaraan toevoegend benadrukt zij andermaal dat in het verslag aan de Koning bij het bestreden besluit wordt gesteld dat aanrijtijden beperkt moeten blijven met het oog op betere resultaten aangezien beroertezorg een tijd kritische pathologie is en dat het hanteren van een afstandscriterium in vogelvlucht tussen S2-centra, zonder rekening te houden met de werkelijke aanrijtijd naar het S2-centrum, hetzij vanaf de plaats van de patiënt, hetzij vanaf de plaats van een S1-centrum, een schending uitmaakt van het zorgvuldigheidsbeginsel en van de materiële motiveringsplicht.

10. In de memorie van antwoord verwijst de verwerende partij eveneens naar het verslag aan de Koning waar de keuze om het afstandscriterium van 25 km in vogelvlucht te hanteren wordt toegelicht, namelijk dat een kleinere afstand niet wenselijk is omdat elke toegift op dat vlak de goede geografische spreiding vermindert en een groter afstandscriterium blinde vlekken op de kaart dreigt te creëren doordat de inplanting van de ziekenhuizen zelf niet steeds optimaal is. Ook de uitzonderingen op het afstandscriterium zouden volgens de verwerende partij afdoende gemotiveerd worden. Door een goede geografische spreiding en het vermijden van blinde vlekken op de kaart zouden volgens haar net aanvaardbare aanrijtijden voor de volledige Belgische bevolking gegarandeerd worden. De verwerende partij wijst er ook op dat het de deelstaten zijn die zullen moeten beslissen over de concrete geografische spreiding van de S2-centra. Daarbij zal volgens de verwerende partij onder meer ook rekening gehouden kunnen worden met de aanrijtijden. Noch het aantal S2-centra dat in de drie verschillende gewesten zal erkend worden, noch de concrete ligging van deze centra of van de centra gelegen in het Vlaamse Gewest zijn reeds gekend en zij zullen door de deelstaten bepaald worden. De opmerkingen van de verzoekende partij m.b.t. de aanrijtijden zijn volgens de verwerende partij bijgevolg voorbarig en ongegrond.

In haar laatste memorie verwijst de verwerende partij, voor wat betreft de weerlegging van het derde middel, vooreerst naar haar verweer in de memorie van antwoord, waarin zij volhardt. Daarnaast benadrukt de verwerende partij dat de aanrijtijd geen vast gegeven is aangezien deze onder meer afhankelijk is van de verkeersdruk, die sterk kan variëren, alsook van de route die gevolgd wordt en het tijdstip waarop deze gevolgd wordt, zodat het *quasi* onmogelijk is om een correcte aanrijtijd te berekenen. Evenmin is volgens haar de rij-afstand een vaststaand gegeven aangezien er vaak verschillende routes mogelijk zijn, waarbij zich dan onder meer de vraag stelt welke route moet gekozen worden, de kortste route, dan wel een route via hoofd- of secundaire wegen. Volgens de verwerende partij is de afstand in vogelvlucht het meest objectieve criterium, dat tevens ook relevant is voor het bepalen van de aanrijtijd en de rij-afstand. Het is volgens haar geenszins onredelijk dat de voorkeur werd gegeven aan dit criterium boven de aanrijtijd of de rij-afstand, waarover steeds discussie mogelijk zal blijven. Daarbij

ECLI:BE:RVSCE:2024:ARR.261.613 XII-9574-19/44

werd volgens de verwerende partij geoordeeld dat enerzijds een afstand van minder dan 25 km kan leiden tot een te hoge concentratie aan S2-centra, wat kan leiden tot het uitvoeren van te weinig procedures per centrum en zo tot minder expertise per centrum, en anderzijds, een afstand van meer dan 25 km kan zorgen voor een slechte geografische spreiding waarbij “blinde vlekken” ontstaan. Volgens de verwerende partij dient te worden benadrukt dat de tijd die een patiënt dient af te leggen tussen de plaats waar de beroerte zich voordoet en een S1-centrum het meest kritisch is. Een patiënt met een beroerte zal de eerste zorg krijgen in een S1-centrum, waar de standaardprocedure erin bestaat dat er een CT-scan zal worden uitgevoerd om na te gaan of er geen bloedingen zijn, om vervolgens een trombolysie uit te voeren, zijnde het toedienen van medicijnen teneinde de bloedklonter op te lossen. De S1-centra zijn niet beperkt tot 15 voor het hele land, zodat er daar veel meer van zijn en zodat de aanrijtijden tot deze S1-centra beperkt zullen blijven en niet beïnvloed zullen worden door de geografische spreiding van de S2-centra. Wanneer de patiënt onvoldoende kan worden geholpen in een S1-centrum zal deze naar een S2-centrum worden overgebracht, waar zo nodig een trombectomie kan uitgevoerd worden. De S1-centra maken daartoe deel uit van een netwerk van een S2-centrum. De aanrijtijd tussen het S1-centrum en het S2-centrum is volgens de verwerende partij minder tijd kritisch dan de aanrijtijd van de plaats waar de beroerte zich voordoet naar het S1-centrum. Teneinde de S2-centra evenwel voor alle patiënten op voldoende korte tijd bereikbaar te maken dient er volgens de verwerende partij wel een voldoende geografische spreiding gegarandeerd te worden, welk doel volgens haar bereikt wordt door het afstandscriterium in vogelvlucht.

Beoordeling

11. Door het auditoraat wordt tot de gegrondheid van het derde middel besloten op grond van de volgende overwegingen:

“Eerste en tweede onderdeel

5.18. In het derde middel bekritiseert de verzoekende partij het afstandscriterium dat met het bestreden besluit wordt ingevoerd en is zij van oordeel dat de verwerende partij het bestreden besluit wat dit betreft onzorgvuldig heeft voorbereid door onvoldoende de feitelijke en juridische aspecten van het dossier deugdelijk te onderzoeken. Uit het verslag aan de Koning blijkt immers dat men een

snelle toegang tot een acute beroertebehandeling wil organiseren en dat de aanrijtijden beperkt moeten blijven terwijl men in het bestreden besluit een afstand in vogelvlucht heeft bepaald in plaats van een aanrijtijd wat de snelle toegang miskent. Een correcte geografische spreiding van interventionele beroertezorg bij een tijdskritische pathologie moet volgens de verzoekende partij gebeuren in functie van de reële tijd die nodig is voor een patiënt om opgenomen te worden in een gespecialiseerd zorgprogramma ‘acute beroertezorg met invasieve procedures’. Het verschil in afstandscriterium tussen het verslag aan de Koning, waar sprake is van aanrijtijden, en het bestreden besluit, waar sprake is van een afstand in vogelvlucht, wordt ook op geen enkele wijze gemotiveerd.

5.19. De Raad van State is in het kader van het vernietigingscontentieux bevoegd om de wettigheid van de bestreden besluiten te toetsen, maar hij kan daarbij niet de opportuniteit van een bestreden besluit of beslissing beoordelen. In het kader van een vernietigingsberoep ontsnapt de keuze van de administratieve overheid tussen verschillende maatregelen die allen wettig zijn aan de toetsing van de Raad. De beleidsruimte waarover de aanbestedende overheid beschikt, houdt per definitie de mogelijkheid in van uiteenlopende beslissingen die elk wettig zijn en meer bepaald elk geacht kunnen worden voort te vloeien uit zorgvuldig handelen binnen de grenzen van de redelijkheid.

Met de verzoekende partij kan worden verwezen naar het verslag aan de Koning waarin wordt vermeld:

‘ [...] De kans op een goede uitkomst voor een patiënt, die getroffen wordt door een ischemische beroerte is in eerste instantie bepaald door de snelle toegang tot een acute beroertebehandeling met intraveneuze trombolysie al dan niet gecombineerd met een endovasculaire mechanische verwijdering van de klonter in de betrokken hersenslagader. De snelheid waarmee een acute beroertebehandeling wordt toegepast, bepaalt in belangrijke mate de kans op een goed herstel en verkort de hospitalisatieduur en de eventuele revalidatietijd. “Time is brain” vat dit krachtig samen. [...]’

Het voorliggende besluit wil het geweer van schouder veranderen. Er wordt afgestapt van de starre benadering van aantallen bepalen per Gewest. In plaats daarvan wordt de onderliggende redenering om aan die aantallen te komen expliciet in de regelgeving opgenomen. Het beperken van het aantal centra met invasieve procedures wil namelijk twee doelstellingen bereiken: 1. Het concentreren van zeldzame expertise op enkele locaties met het oog op een hoog kwaliteitsniveau van zorg en zodoende betere resultaten; 2. Een correcte geografische spreiding van interventionele beroertezorg organiseren zodat de aanrijtijden beperkt blijven, opnieuw met het oog op betere resultaten aangezien beroertezorg een tijdskritische pathologie is. [...]’

Ook in het verslag aan de Koning bij het koninklijk besluit van 16 december 2018 ‘houdende vaststelling van het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma’s “acute beroertezorg met invasieve procedures” werd erop gewezen:

‘Een studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg uit 2012 heeft de organisatie, efficiëntie en kwaliteitsindicatoren voor “stroke units” onderzocht in de beschikbare literatuur en in andere Europese landen. Op basis van deze bevindingen en de nood aan een optimale acute beroertezorg werden aanbevelingen geformuleerd. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten “stroke units” (hyper-acute zorg vs. post-acute zorg), en wordt gesteld dat het aantal hyperacute stroke Units moet gebaseerd zijn op de geschatte incidentie, sociodemografische gegevens, de geografisch bepaalde toegankelijkheid en de nood aan bereikbaarheid van een hyperacuut centrum op een zo kort mogelijke tijd.’

Voorts kan ook verwezen worden naar het advies van de FRZV van 14 juni 2018 ‘Aanbodbeheersing en programmatie van gespecialiseerde zorgprogramma’s voor beroertezorg met invasieve procedure [...]’ waarin werd gesteld:

‘Het traject van een patiënt die getroffen wordt door een cerebrovasculair incident en de prognose van deze patiënt wordt bepaald door de snelheid waarmee de nodige diagnostiek én de adequate beslissingen tot meest gepaste interventies worden genomen. [...]

Zeer bijzondere aandacht wordt door de FRZV gevraagd voor de problematiek van het transport van deze patiënten vanuit de ziekenhuizen naar de centra waar de invasieve procedures kunnen gebeuren. Gezien het gaat om een continu traject dat bovendien tijdskritisch is, is het verzekeren van een vlot transport met verantwoorde aanrijtijden een belangrijke voorwaarde. [...]

Door S2-centra te beschouwen als referentiepunten, wordt tegelijk de basis gelegd voor het vormen van samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen omtrent deze pathologie. Dit veronderstelt dat er op termijn gestreefd wordt naar een nauwere samenwerking tussen ziekenhuizen in een geografisch gebied, waarbij transporttijden belangrijker zijn dan afstanden, zeker voor wat betreft de meer gespecialiseerde zorgprogramma's, waar de invasieve procedures bij beroertezorg toe behoren.'

En naar het advies van de FRZV van 12 mei 2022 'zorgprogramma's beroertezorg' waarin werd gesteld:

‘Slechts een beperkt percentage van het aantal patiënten met beroerte komt in aanmerking voor invasieve procedures als geschikte interventie voor de behandeling van de acute aandoening. Prognostisch is vooral snelle diagnostiek en het toedienen van trombolysen belangrijk.

Gezien het tijdskritische karakter van deze acute aandoening is de aanrijtijd in hoge mate bepalend voor de outcome. In het FRZV-advies 552-1 van 20 april 2022 geeft de Raad aan dat een aanrijtijd van maximum 30 minuten voor tijdskritische aandoeningen zoals beroertezorg gegarandeerd moet worden. De geografische dekking van de S1-centra op locoregionaal niveau vormt dan ook een cruciale schakel in de beroertezorg. [...] Indien de patiënt in aanmerking komt voor trombectomie, moet een snelle doorverwijzing naar een S2-centrum georganiseerd kunnen worden.”

In een studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg met betrekking tot de afschaffing van de materniteiten, stelde het kenniscentrum bijvoorbeeld ook:

‘Geografische toegankelijkheid kan uitgedrukt worden in afstand of tijd. Gezien het dichte wegennet in België voornamelijk maar niet alleen in en rond grote steden, hebben we in deze studie de aanrijtijd - met de auto - gebruikt om de toegankelijkheid te evalueren. We hebben, zoals in een aantal buitenlandse studies, een tijdslimiet van 30 minuten gehanteerd en hebben nagegaan welk aandeel van de bevolking binnen deze tijdslimiet een materniteit kan bereiken. Omdat we in onze data geen onderscheid kunnen maken tussen piek- en daluren in het verkeer, werd een aanrijtijd van 15 minuten als proxy voor 30 minuten in grote verkeersdrukte gebruikt.

Voor elke materniteit in april 2019 (N=104) werd het gebied afgebakend van waaruit deze met de wagen binnen de 30 minuten bereikbaar is. De aanrijtijd is gebaseerd op historische verkeersgegevens van Tom Tom voor een normale verkeerssituatie op een gemiddelde weekday. Piek- en daluren zijn verwerkt in de gemiddelde gegevens, maar zijn niet afzonderlijk beschikbaar. Daarnaast wordt het Belgische grondgebied ingedeeld in cellen van 1km², waarbij voor elke cel het aantal vrouwen tussen 15 en 49 jaar oud gekend is (Statbel-gegevens voor 2016). Vervolgens wordt voor elke cel van 1km² nagegaan of die binnen de 30-minuten zone van een materniteit ligt. Deze oefening wordt per cel gedaan voor elke materniteit, omdat sommige cellen tot het 30-minuten gebied van meerdere materniteiten kunnen behoren. Wanneer een cel tot het 30-minuten gebied van geen enkele materniteit behoort, betekent dit dat er voor de inwoners van die km² geen enkele materniteit binnen de 30 minuten bereikbaar is.’

5.20. Uit het verslag aan de Koning bij het bestreden besluit, uit de voorbereidende adviezen alsook uit de voorafgaandelijke wetgevende en andere documenten blijkt bijgevolg nadrukkelijk dat het zorgprogramma ‘acute beroertezorg met invasieve procedures’, net zoals het basisprogramma trouwens, betrekking heeft op de verzorging van een tijdskritische pathologie. Zoals ook uit de voorbereidende adviezen en de verslagen aan de Koning bij de betrokken wetgeving blijkt, zijn aanrijtijden of transporttijden belangrijker dan afstanden bij een tijdskritische pathologie. Niettemin is er in het voorbereidende dossier van het bestreden besluit geen verklaring terug te vinden waarom er in het bestreden besluit alsnog een afstandscriterium in vogelvlucht wordt vastgesteld voor de geografische spreiding van de S2-centra en waarom er geen criterium op basis van aanrijtijden wordt vastgesteld.

Hoewel het op zich niet uitgesloten lijkt dat er redenen kunnen zijn waarom de verwerende partij geopteerd heeft voor het vaststellen van een spreidingscriterium op basis van afstanden in vogelvlucht, vereist een zorgvuldige voorbereiding van het bestreden besluit in dat geval dat blijkt dat de verwerende partij minstens onderzocht heeft welke impact het door haar naar voor geschoven afstandscriterium in combinatie met het maximaal aantal te erkennen S2-centra heeft op de aanrijtijden naar mogelijke S2-centra en dus op de realisatie van een snelle toegang tot een acute beroertebehandeling. Daarbij moet onder meer blijken, gelet op de nadrukkelijke vaststelling door de verwerende partij en alle betrokken actoren dat het om een tijdskritische pathologie gaat, dat de vastgestelde afstand in vogelvlucht van 25 km tussen ziekenhuizen niet verhindert dat alle patiënten op gelijke wijze binnen een aanvaardbaar tijdsverloop toegang kunnen hebben tot het betreffende zorgprogramma. Dit geldt des te meer aangezien slechts bepaalde ziekenhuizen in aanmerking zullen komen voor erkenning gelet op de vereiste inzake ervaring.

Hoewel de uiteindelijke ligging van de S2-centra die erkend zullen worden nog niet gekend is, lijkt een dergelijk onderzoek niet onmogelijk aangezien de verwerende partij wel in staat bleek om een minimaal afstandscriterium te bepalen. Uit geen enkel stuk uit het administratief dossier blijkt waarom specifiek voor deze afstand werd gekozen. Voorts is het inderdaad zo dat de uiteindelijke erkenning door de deelstaten zal gebeuren en dat zij daartoe erkenningsnormen kunnen bepalen, waarbij rekening wordt gehouden met de aanrijtijden. Dat neemt echter niet weg dat door het vaststellen van de minimale afstand in vogelvlucht als een basiskenmerk van het zorgprogramma de beslissingsruimte van de deelstaten op dat vlak wordt beperkt. Ook al houden zij rekening met aanrijtijden, zullen zij in ieder geval geen S2-centra kunnen erkennen die dichterbij dan 25 km in vogelvlucht tegenover elkaar gelegen zijn. Het voorbeeld dat de verzoekende partij geeft met betrekking tot de aanrijtijden tussen haar ziekenhuis en de ziekenhuizen van het UZ Gent en UZ Brussel voor de patiënten uit haar zorggebied, toont alvast aan dat een afstand in vogelvlucht in belangrijke mate verschilt van een afstand via de weg en dat plaatselijk drukke verkeersomstandigheden een groot verschil in aanrijtijd kunnen meebrengen.

In een arrest nr. 168.067 van 21 februari 2007 oordeelde de Raad van State reeds met betrekking tot een erkenningscriterium in het koninklijk besluit van 15 juli 2004 ‘houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma’s “cardiale pathologie” moeten voldoen om erkend te worden’, zoals gewijzigd bij het koninklijk besluit van 1 augustus 2006, waarbij eveneens een afstand in kilometer werd bepaald tussen de vestigingsplaatsen waar het zorgprogramma wordt uitgebaat:

« [...] que rien n’établit, prima facie, que la partie adverse ait tenu compte de la diversité des conditions d’accès aux lieux d’implantation des services hospitaliers et des conditions atmosphériques, qui peuvent rendre cet accès difficile, même pour les véhicules de secours; que l’importance vitale de la rapidité de l’intervention dans le traitement de la pathologie cardiaque requerrait cependant des justifications

précises et spécifiques à l'appui de la réglementation adoptée; que les seuls documents relatifs à l'évaluation du rapport distance/ temps figurant parmi les pièces de la procédure ont été joints par la partie adverse à sa note d'observations (pièces 17 et 18, Extraits du site Internet 'TOURING'); que ces documents, outre qu'ils paraissent avoir été recueillis le 30 octobre 2006, soit postérieurement à la signature l'arrêté royal du 1^{er} août 2006 attaqué, que la partie adverse n'a pu, dès lors, y avoir égard en l'élaborant et qu'ils ne concernent qu'un cas particulier, ne peuvent être considérés comme justificatifs de la règle adoptée; que, dans ces conditions, force est de constater que le Conseil d'Etat n'est pas en mesure de vérifier si, en prenant l'arrêté attaqué, la partie adverse a exercé son pouvoir d'appréciation sans commettre d'erreur manifeste;[...]"

5.21. Er blijkt dan ook niet uit de stukken van het administratief dossier dat de verwerende partij bij het vaststellen van het afstandscriterium alle relevante feiten voldoende heeft onderzocht alvorens tot haar besluit te komen. Evenmin blijken uit de stukken van het administratief dossier de redenen die de keuze voor deze bepaalde minimale afstand kunnen ondersteunen. In het verslag aan de Koning wordt hieromtrent slechts de lapidaire motivering opgenomen dat een kleinere afstand niet wenselijk is omdat elke toegift op dat vlak de goede geografische spreiding vermindert en een groter afstandscriterium blinde vlekken op de kaart dreigt te creëren doordat de inplanting van de ziekenhuizen zelf niet steeds optimaal is. Deze motieven tonen onvoldoende aan of en hoe met de verschillende hiervoor vermelde elementen werd rekening gehouden. Ook in de memorie van antwoord wordt hieromtrent geen verdere toelichting gegeven.

Bijgevolg blijkt evenmin uit de stukken van het administratief dossier dat de toepassing van een abstract afstandscriterium van 25 km in vogelvlucht tussen te erkennen ziekenhuizen in redelijkheid geacht kan worden tot een optimale geografische spreiding te leiden, temeer daar er ook nog eens rekening moet worden gehouden met de voorziene uitzonderingen op het afstandscriterium, namelijk dat het criterium niet geldt tussen ziekenhuizen erkend door verschillende overheden en dat er in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een afstandscriterium van 8 km geldt. Bijgevolg blijkt niet dat bij het vaststellen van het afstandscriterium in het bestreden besluit met alle vereiste elementen werd rekening gehouden of dat vereiste gegevens voldoende werden onderzocht zodat een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel werd aangetoond.

Evenmin blijkt dat het vaststellen van het afstandscriterium in het bestreden besluit op afdoende wijze gedragen wordt door in feite en in rechte juiste motieven zodat eveneens een schending van de materiële motiveringsplicht wordt aangetoond. Het derde middel is gegrond."

12. In haar laatste memorie laat de verwerende partij vooreerst nog gelden dat enerzijds de aanrijtijd geen vast gegeven is aangezien deze onder meer afhankelijk is van i) de verkeersdrukke, die sterk kan variëren; ii) de gevolgde route en iii) het tijdstip waarop deze gevolgd wordt en anderzijds de rij-afstand evenmin een vaststaand gegeven is aangezien er vaak verschillende routes mogelijk zijn, zodat de afstand in vogelvlucht het meest objectieve criterium is, dat tevens ook relevant is voor het bepalen van de aanrijtijd en de rij-afstand.

Daarnaast benadrukt de verwerende partij dat de tijd die een patiënt dient af te leggen tussen de plaats waar de beroerte zich voordoet en een

ECLI:BE:RVSCE:2024:ARR.261.613 XII-9574-24/44

S1-centrum, waar de eerste zorgen zullen worden verstrekt, het meest kritisch is. Zij laat gelden dat i) de S1-centra niet beperkt zijn tot 15 voor het hele land, zodat de aanrijtijden tot deze S1-centra beperkt zullen blijven en niet beïnvloed zullen worden door de geografische spreiding van de S2-centra; ii) wanneer de patiënt onvoldoende kan geholpen worden in een S1-centrum deze naar een S2-centrum zal worden overgebracht; iii) de aanrijtijd tussen het S1-centrum en het S2-centrum minder tijd kritisch is dan de aanrijtijd van de plaats waar de beroerte zich voordoet naar het S1-centrum en iv) teneinde de S2-centra voor alle patiënten op voldoende korte tijd bereikbaar te maken een voldoende geografische spreiding gegarandeerd dient te worden, welk doel volgens haar bereikt wordt door het afstandcriterium in vogelvlucht.

De materiële motiveringsplicht houdt in dat iedere administratieve rechtshandeling moet steunen op motieven waarvan het feitelijk bestaan naar behoren is bewezen en die in rechte ter verantwoording van die handeling in aanmerking kunnen worden genomen. Het genoemde beginsel is een algemeen rechtsbeginsel dat evenzo geldt voor bestuurshandelingen met een algemene strekking met dien verstande dat het volstaat dat deze deugdelijke motieven te vinden zijn in het administratief dossier. Bij de beoordeling van de naleving van de materiële motiveringsplicht is de Raad van State niet bevoegd om zijn oordeel omtrent de feiten in de plaats te stellen van het oordeel van de administratieve overheid. Hij is enkel bevoegd om, desgevraagd, na te gaan of de administratieve overheid is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan binnen de perken van de redelijkheid tot haar besluit is kunnen komen.

Het zorgvuldigheidsbeginsel houdt in dat het bestuur zijn beslissing op zorgvuldige wijze moet voorbereiden. Dit impliceert dat de beslissing dient te steunen op werkelijk bestaande en concrete feiten die met de vereiste zorgvuldigheid werden vastgesteld. De overheid is onder meer verplicht om zorgvuldig te werk te gaan bij de voorbereiding van de beslissing en de feitelijke en juridische aspecten van het dossier deugdelijk te onderzoeken, zodat zij met kennis van zaken kan beslissen.

Niettegenstaande zowel uit het verslag aan de Koning bij het bestreden besluit, als uit de voorbereidende adviezen en de voorafgaandelijke wetgevende en andere documenten nadrukkelijk blijkt dat het zorgprogramma “acute beroertezorg met invasieve procedures”, betrekking heeft op de verzorging van een tijd kritische pathologie, waarbij aanrijtijden of transporttijden belangrijker zijn dan de afstanden, wordt in het voorbereidende dossier van het bestreden besluit geen verklaring gegeven waarom er in het bestreden besluit alsnog een afstandscriterium in vogelvlucht wordt vastgesteld voor de geografische spreiding van de S2-centra en waarom er geen criterium op basis van aanrijtijden wordt vastgesteld.

Niettegenstaande het zich laat verstaan, zoals aangegeven in het auditorsverslag, dat er redenen kunnen zijn waarom de verwerende partij geopteerd heeft voor het vaststellen van een spreidingscriterium op basis van afstanden in vogelvlucht, dient te worden benadrukt dat een zorgvuldige voorbereiding van het bestreden besluit in dat geval vereist dat blijkt dat de verwerende partij minstens onderzocht heeft welke impact het door haar naar voor geschoven afstandscriterium in combinatie met het maximaal aantal te erkennen S2-centra heeft op de aanrijtijden naar mogelijke S2-centra en dus op de realisatie van een snelle toegang tot een acute beroertebehandeling. Niet blijkt uit de stukken voorafgaand aan de totstandkoming van het bestreden besluit de redenen die de keuze voor een afstandscriterium in vogelvlucht kunnen ondersteunen. Het door de verwerende partij in haar laatste memorie aangevoerde betoog, *a posteriori* aan de totstandkoming van het bestreden besluit, doet geen afbreuk aan de voorgaande vaststelling. Meer zelfs, het door de verwerende partij aangevoerde betoog bevestigt de redenering in het auditorsverslag dat bij het vaststellen van het afstandscriterium in het bestreden besluit niet blijkt dat met alle vereiste elementen rekening werd gehouden of dat de vereiste gegevens voldoende werden onderzocht, noch dat deze keuze op afdoende wijze gedragen wordt door in feite en in rechte juiste motieven. Uit geen enkel gegeven voorafgaand aan het nemen van het bestreden besluit blijkt immers dat de interferentie tussen S1- en S2-centra en de incidentie op het afstandscriterium, aangevoerd door de verwerende partij in haar laatste memorie ter verantwoording van het gekozen afstandscriterium, aan bod komt, laat staan onderzocht wordt.

13. In die omstandigheden en na een eigen onderzoek, ziet de Raad van State geen reden om het anders te zien dan het auditoraat en bevindt aldus, de redenering van het auditoraatsverslag bijvallend, het derde middel gegrond.

B. Vierde middel

Standpunt van de partijen

14. In een vierde middel in het verzoekschrift voert de verzoekende partij onder het kopje “schending van artikel 10 en 11 van de Grondwet en de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, in het bijzonder het gelijkheidsbeginsel” aan dat het bestreden besluit voor het verlenen van toegang tot een gespecialiseerd zorgprogramma “acute beroertezorg met invasieve procedures” gebruik maakt van een afstandscriterium van 25 km in vogelvlucht, terwijl het realiseren van het nagestreefde doel alleen mogelijk is wanneer dit is gebaseerd op een adequaat criterium.

Ter adstructie van het middel laat de verzoekende partij gelden dat alle ziekenhuizen op eenzelfde wijze worden behandeld op basis van een criterium dat niet relevant/adequaaf zou zijn voor het doel dat de wetgever wil bereiken. Het doel van de wetgever is volgens de verzoekende partij om ervoor te zorgen dat bij een tijd kritische pathologie de patiënt snel in een gespecialiseerd centrum geraakt. De snelheid waarop een patiënt het ziekenhuis kan bereiken, wordt volgens de verzoekende partij evenwel niet bepaald door te kijken naar een afstand in vogelvlucht naar dat ziekenhuis, maar door de reële afstand én de verkeerssituatie in rekening te brengen. Er is volgens haar dan ook sprake van discriminatie. Door het bestreden besluit kunnen S2-centra die zich in vogelvlucht binnen 25 km van een ander erkend S2-centrum bevinden, niet worden erkend, ook al is de effectieve weg die moet worden afgelegd om naar het ander S2-centrum te rijden langer dan 25 km en ook al is die weg een drukke verkeersweg met als onvermijdelijk gevolg dat het verkeer op de weg vaak ernstig wordt vertraagd. Het bestreden besluit behandelt volgens de verzoekende partij S2-centra die binnen een straal van 25 km van een ander S2-centrum liggen op een andere manier dan S2-centra die niet binnen een straal van 25 km van een ander S2-centrum liggen.

Die laatste centra zullen volgens haar immers onmiddellijk erkend kunnen worden wanneer zij 50 trombectomiën en per jaar uitvoeren.

De verzoekende partij benadrukt dat haar huidige S2-centrum gelegen is tussen het S2-centrum van UZ Gent en dat van UZ Brussel en dat het perfect mogelijk is dat twee centra op 25 km in vogelvlucht van elkaar liggen, maar dat de effectieve weg naar de voormelde universitaire ziekenhuizen soms veel tijd in beslag neemt. Zo blijkt bijvoorbeeld uit haar stuk 7 dat de route van Aalst naar UZ Gent 30,85 km bedraagt en zeer vaak meer dan een half uur tijd in beslag neemt en dat de afstand over de weg van Aalst naar UZ Brussel ook meer dan 25 km bedraagt, met name 27,01 km en vaak meer dan 40 minuten in beslag neemt. Nochtans is de doelstelling van de wetgever volgens de verzoekende partij wel degelijk om bij deze tijd kritische pathologie een snelle toegang te hebben tot een S2-centrum, zoals blijkt uit het verslag aan de Koning. In het verslag aan de Koning is ook duidelijk bepaald dat de doelstelling is om een correcte geografische spreiding van interventionele beroertezorg te organiseren zodat de aanrijtijden beperkt blijven, met het oog op betere resultaten aangezien beroertezorg een tijd kritische pathologie is. Een criterium waarbij niet de aanrijtijd of de effectieve afstand maar een afstand in vogelvlucht wordt gehanteerd, is volgens de verzoekende partij geen adequaat criterium bij het bepalen van de normen voor S2-centra in het licht van het doel dat de verwerkende partij nastreeft, met name zorgen dat bij deze tijd kritische pathologie de patiënt snel in een gespecialiseerd centrum geraakt. De verzoekende partij verwijst dienaangaande naar het voornoemde advies 72.043/1/V van de afdeling Wetgeving van de Raad van State bij het ontwerp dat heeft geleid tot het bestreden besluit waar vragen werden gesteld bij de toepassing van de nieuwe verdeling in het licht van het gelijkheidsbeginsel. De verzoekende partij is van oordeel dat voor de toegang tot een S2-centrum, ook al worden programmatiecriteria gebruikt, moet gekeken worden naar de behoeften. Die behoeften houden rekening met bevolkingscijfers, met morbiditeit en met leeftijdsstructuur. Dat incidentie en sociodemografische gegevens belangrijk zijn blijkt ook uit het KCE rapport en de aanbevelingen die daarin werden opgenomen, namelijk dat het aantal hyperacute units dat erkend wordt, dient gebaseerd te zijn op sociodemografische gegevens, op geografische toegankelijkheid en te verwachten incidenties in elke regio en op de mogelijkheid

ECLI:BE:RVSCE:2024:ARR.261.613

om het centrum te bereiken binnen de 30 minuten volgend op het eerste professionele contact met de patiënt. In de regio Aalst, zoals trouwens ook in de regio Gent, wonen veel oudere mensen terwijl het risico op een beroerte toeneemt met de leeftijd. Bij het bekijken van de toegang tot een S2-centrum moet volgens de verzoekende partij niet zozeer een afstand in vogelvlucht maar een werkelijke aanrijtijd in zorggebieden met patiënten die een risico op beroertezorg hebben, in rekening worden gebracht. Het gehanteerd criterium houdt volgens de verzoekende partij evenmin rekening met de reële zorggebieden rond de S2-centra. Het hinterland van de verzoekende partij, zoals delen van de gemeenten Brakel, Geraardsbergen en Lierde, liggen veel verder dan 25 km in vogelvlucht van een ander S2-centrum dan dat van de verzoekende partij. Daar komt volgens de verzoekende partij nog bij dat het vogelvluchtcriterium dan weer enkel geldt binnen eenzelfde erkennende overheid. Dit strookt op geen enkele manier met het doel van een correcte geografische spreiding. Het taalargument om de toepassing van het vogelvluchtcriterium te beperken tot het gebied van de erkennende overheden, gaat niet op nu bij de behandeling van de tijd kritische pathologie het communiceren met de patiënt niet (of nauwelijks nog) mogelijk is en elke patiënt in welk gewest hij of zij ook wordt behandeld, sowieso conform artikel 7 van de wet van 2 augustus 2002 ‘betreffende de rechten van de patiënt’, recht heeft op een communicatie in een duidelijke taal. Bovendien en vooral zullen patiënten in geval van een beroerte, via een ambulance naar het meest aangewezen ziekenhuis, rekening houdend met de gezondheidstoestand, worden gebracht (artikel 4bis van de wet van 8 juli 1964 ‘betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening’). In de praktijk zal dit bij een beroerte volgens de verzoekende partij het dichtstbijzijnde ziekenhuis zijn.

In de memorie van wederantwoord benadrukt de verzoekende partij dat, wat het door de verwerende partij aangevoerde argument betreft dat het valabel is om het afstandscriterium niet te hanteren voor S2-centra die tot de bevoegdheid van verschillende erkennende overheden behoren, omdat anders de bevoegdheid van de erkennende overheden wordt ingeperkt als ze rekening moeten houden met het erkenningsbeleid van de andere overheden, ook het criterium van de afstand in vogelvlucht de bevoegdheid van de erkennende overheden sowieso beperkt.

In haar laatste memorie verwijst de verzoekende partij integraal naar hetgeen in het verzoekschrift en in de memorie van wederantwoord is uiteengezet, waarin zij volhardt.

15. In de memorie van antwoord verwijst de verwerende partij vooreerst naar de weerlegging van het derde middel. Voorts stelt zij met betrekking tot de kritiek dat er geen rekening wordt gehouden met de reële zorggebieden rond de S2-centra, alsook dat er gebieden zijn die verder van andere S2-centra gelegen zijn dan van het S2-centrum van de verzoekende partij, dat dit een voorbarig argument is. In de bestreden beslissing wordt volgens de verwerende partij immers nog geen uitspraak gedaan over de vraag welke S2-centra effectief zullen erkend worden. Noch het aantal S2-centra dat in de drie verschillende gewesten zal erkend worden, noch de concrete ligging van deze centra of van de centra gelegen in het Vlaamse Gewest zijn reeds gekend en zullen door de deelstaten bepaald worden. Daarbij zal er rekening gehouden worden met alle relevante gegevens, waaronder mogelijk ook de zorggebieden en de aanrijtijden. Het feit dat het afstandscriterium van 25 km niet geldt voor S2-centra die behoren tot de bevoegdheid van verschillende erkennende overheden is volgens de verwerende partij overeenkomstig het verslag aan de Koning bij het bestreden besluit vooral ingegeven door het argument dat de patiënt niet enkel naar een dichtbij gelegen centrum moet kunnen getransporteerd worden, maar indien gewenst ook naar een centrum van de eigen taalaanhorigheid. In tegenstelling tot wat de verzoekende partij beweert kan het wel degelijk in het belang van de patiënt zijn om zich in zijn eigen taal te kunnen uitdrukken en is het niet zo dat de spraak van alle betreffende patiënten zo sterk aangetast zal zijn dat zij zich ook in hun eigen moedertaal niet meer kunnen uitdrukken. Bovendien is het volgens de verwerende partij aannemelijk dat een patiënt die getroffen is door een beroerte en daardoor spraakproblemen ondervindt zich nog slechter zal kunnen uitdrukken in een vreemde taal dan in de eigen moedertaal. Nog volgens het verslag aan de Koning wordt de bevoegdheid van de erkennende overheden ingeperkt als men rekening moet houden met het erkenningsbeleid van de andere overheden, wat niet gewenst is. Ook dit is volgens de verwerende partij een valabel argument om het

afstandscriterium van 25 km niet te hanteren voor S2-centra die behoren tot de bevoegdheid van verschillende erkennende overheden. Over de keuze om het afstandscriterium van 25 km te hanteren wordt in het verslag aan de Koning onder meer gesteld: “Een kleinere afstand is niet wenselijk omdat elke toegift op dat vlak de goede geografische spreiding vermindert. Een groter afstandscriterium dreigt dan weer blinde vlekken op de kaart te creëren doordat de inplanting van de ziekenhuizen zelf niet steeds optimaal is”. Volgens de verwerende partij focust de verzoekende partij zich enkel op haar eigen situatie, daarbij uit het oog verliezend dat er in gans België maximum vijftien S2-centra kunnen erkend worden. Het is geenszins onredelijk om te stellen dat wanneer er S2-centra korter dan op 25 km van elkaar gevestigd worden, dit – gelet op de beperking van het aantal S2-centra – tot gevolg dreigt te hebben dat er blinde vlekken zullen ontstaan op de kaart, waardoor er in sommige gebieden een te grote afstand zal zijn tussen de S2-centra. Tot slot verwijst de verwerende partij nog naar de bespreking van het vijfde middel.

In haar laatste memorie verwijst de verwerende partij voor de weerlegging van het vierde middel naar de memorie van antwoord, alsook naar de bijkomende weerlegging van het derde middel.

Beoordeling

16. Door het auditoraat wordt tot de gegrondheid van het vierde middel besloten op grond van de volgende overwegingen:

“5.29. In het vierde middel voert de verzoekende partij in hoofddorde aan dat met het bestreden besluit een onderscheiden behandeling in het leven wordt geroepen tussen ziekenhuizen die zich op 25 km in vogelvlucht bevinden van een ander ziekenhuis dat reeds als een S2-centrum werd erkend en ziekenhuizen die zich niet binnen een straal van 25 km in vogelvlucht bevinden van een ander ziekenhuis dat reeds als S2-centrum werd erkend, terwijl het criterium van onderscheid geen adequaat criterium zou zijn. De verzoekende partij meent dat het criterium van onderscheid dat daarbij wordt gehanteerd, het gelegen zijn op 25 km in vogelvlucht ten opzichte van een ziekenhuis dat reeds werd erkend als S2-centrum, geen adequaat criterium zou zijn rekening houdend met het doel van de ontworpen regeling, namelijk ervoor zorgen dat de patiënt zo snel mogelijk in een gespecialiseerd centrum geraakt gelet op het tijdskritische karakter van de pathologie. Zij stelt hier opnieuw dat men een criterium met betrekking tot aanrijtijden had moeten vaststellen.

De vraag of het afstandscriterium, zoals bepaald in het bestreden besluit, een adequaat criterium is om het nagestreefde doel van het bestreden besluit te realiseren, kan maar beoordeeld worden wanneer alle elementen voorliggen waarop de verwerende partij haar keuze voor dit criterium gesteund heeft.

Zoals bij de beoordeling van het derde middel werd vastgesteld, blijkt vooralsnog niet op grond van welke gegevens en welke overwegingen de verwerende partij gekozen heeft om een afstandscriterium op te leggen van 25 km in vogelvlucht in plaats van aanrijtijden te bepalen. Bijgevolg blijkt vooralsnog ook niet of het afstandscriterium in vogelvlucht een adequaat criterium is om de doelstellingen van het bestreden besluit te realiseren.

Het vierde middel is eveneens gegrond.”

17. In haar laatste memorie beperkt de verwerende partij zich tot het verwijzen naar de weerlegging van het vierde middel in de memorie van antwoord, alsook naar de bijkomende weerlegging van het derde middel, zonder inhoudelijk nog een andere visie te geven op de beoordeling door het auditoraat.

18. De Raad van State ziet geen reden om het anders te zien dan het auditoraat en bevindt aldus, na eigen onderzoek, de redenering van het auditoraatsverslag bijvallend, het vierde middel gegrond.

C. Vijfde middel

Standpunt van de partijen

19. In een vijfde middel in het verzoekschrift voert de verzoekende partij onder het kopje “schending van artikel 10 en 11 van de Grondwet en de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, in het bijzonder het non-discriminatiebeginsel” aan dat het bestreden besluit een onderscheid maakt tussen S2-centra naargelang die gelegen zijn in een gewest met al dan niet meer dan 7.000 inwoners per km², terwijl voor het toelaten van S2-centra de prevalentie van beroertezorg van belang is en niet het aantal inwoners per km² in een gewest.

Ter adstructie van het middel benadrukt de verzoekende partij dat het bestreden besluit vereist dat het S2-centrum op minstens 25 km in vogelvlucht gevestigd is van een ander S2-centrum, maar dat die afstand evenwel wordt beperkt tot 8 km indien het S2-centrum gelegen is in een gewest met meer dan 7000 inwoners per km². Uit de gegevens van het dossier blijkt volgens de

verzoekende partij niet dat het criterium van onderscheid om S2-centra verschillend te behandelen naar gelang ze al dan niet gelegen zijn in een gewest met meer dan 7.000 inwoners per km², pertinent en redelijk is in het licht van het doel van de ontworpen regeling. De bestreden overlapping zorgt er volgens haar voor dat er in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest veel S2-centra kunnen worden erkend, terwijl het voor S2-centra zoals dat van de verzoekende partij door het criterium van de 25 km in vogelvlucht niet mogelijk zal zijn om erkend te worden. Nochtans is de prevalentie van beroertezorg in het gewest waar de verzoekende partij is gelegen, met een oudere bevolking, veel hoger dan die van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest die vooral een jonge bevolking heeft. Het S2-centrum van de verzoekende partij is gelegen in de provincie Oost-Vlaanderen. De verzoekende partij brengt tabellen bij waaruit zou blijken dat de prevalentie van ischemische trombectomieën in Vlaanderen veel hoger ligt dan in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest namelijk tussen 98 en 157 gevallen per jaar voor het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest en tussen 536 en 863 gevallen per jaar voor Vlaanderen. Bovendien zijn er ook tussen 124 en 199 gevallen per jaar in de provincie Oost-Vlaanderen die samen met de provincie Antwerpen, het hoogste aantal CVA's en trombectomieën in België kent.

De verzoekende partij wijst er in de memorie van wederantwoord vooreerst op dat er geen enkele garantie bestaat dat de Vlaamse Gemeenschap daadwerkelijk acht S2-centra zal goedkeuren. Veel hangt af van het aantal centra dat de andere overheden zullen erkennen nu ook zij tot acht centra kunnen erkennen. Daar komt nog bij dat, ook al bevinden er zich in Vlaanderen nu acht ziekenhuizen met een S2-capaciteit (AZ Groeninge (Kortrijk), Sint-Jan Brugge, UZ Gent, UZA, UZ Leuven, ZOL Genk, AZ Turnhout en Aalst) het afstandscriterium van 25 km in vogelvlucht voor een gewest met minder dan 7.000 inwoners per km² er sowieso voor zorgt dat bepaalde centra niet in aanmerking zullen komen om te worden erkend. Het gehanteerde onderscheid waarborgt ook geen goede geografische spreiding van de S2-centra volgens de verzoekende partij. Zij verwijst in dit verband ook naar het voornoemde advies van de afdeling Wetgeving van de Raad van State waarin werd aangegeven dat ook met inachtneming van de afstandsregels waarin artikel 2 van het ontwerp voorziet, het eindresultaat van de erkenningen zou kunnen leiden tot situaties waarbij

ECLI:BE:RVSCE:2024:ARR.261.613 XII-9574-33/44

bijvoorbeeld in het Nederlandse of in het Franse taalgebied te weinig voldoende (onvoldoende?) nabije zorgprogramma's kunnen worden erkend, doordat in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad reeds ruim meer dan drie zorgprogramma's werden erkend die voordien het maximum vormden voor dat gebied. De verzoekende partij meent ook dat het argument van de verwerende partij dat "1 centrum per 1,2 miljoen inwoners eigenlijk voldoende is" niet opgaat daar er meer dan één S2-centrum in Brussel erkend kan worden. Het voor het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest te erkennen aantal centra is ook met het bestreden besluit niet beperkt tot drie, ook al was dit destijds het standpunt van de Vlaamse minister van Welzijn. De verzoekende partij hekelt het feit dat de verwerende partij enerzijds argumenteert dat de taalaanhorigheid afwijkingen op het afstandscriterium van 25 km verantwoordt en anderzijds stelt dat enkel de Brusselse ziekenhuizen een veel groter hinterland hebben zonder dat de verwerende partij de stelling van dit groter hinterland onderbouwt noch preciseert of dit wel geldt voor dringende hulpverlening zoals bij beroertezorg en zonder dat wordt nagegaan welk het hinterland is van ziekenhuizen die vallen onder de Vlaamse overheid. Voor het ziekenhuis van de verzoekende partij bevinden de patiënten uit het hinterland zich trouwens nog veel verder dan 25 km in vogelvlucht van een ander S2-centrum dan de verzoekende partij (zoals de patiënten uit de gemeenten Brakel, Geraardsbergen en Lierde). In elk geval blijkt alleen al uit de tabel die de verzoekende partij heeft vermeld in het verzoekschrift dat de provincie Oost-Vlaanderen alleen al meer ischemische trombectomiën uitvoert dan het Brussels Hoofdstedelijke Gewest. De verwerende partij mag dan wel beweren dat er recent iets meer CVA's voorkomen bij jongeren dan in het verleden, feit is volgens de verzoekende partij dat uit de door de verwerende partij bijgebrachte stukken blijkt dat de incidentie van CVA bij jongeren (slechts) 9,55 per 100.000 personen bedraagt, terwijl dit voor de categorie van patiënten tussen 64 en 75 jaar wel 50 x hoger ligt, met name 503 per 100.000 personen. Het toepassen van een afstandscriterium in vogelvlucht van 25 km of het voorzien van een uitzondering daarop uitsluitend op basis van de bevolkingsdichtheid per km² zonder rekening te houden met het zorggebied, de prevalentie van beroertezorg en/of het belang van het snel handelen bij een beroerte, is volgens de verzoekende partij discriminerend nu het genoemde legitieme doel van geografische spreiding niet bereikt wordt. Dat niet zozeer het aantal inwoners per km² maar de prevalentie

van beroertezorg van belang is om een onderscheid te maken tussen S2-centra blijkt volgens de verzoekende partij ook uit de aanbevelingen van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, waarin werd voorgesteld om het aantal S2-centra dat kan worden erkend te baseren op de mogelijkheid om het centrum te bereiken binnen de 30 minuten maar ook op de te verwachten incidenties in de regio.

In haar laatste memorie verwijst de verzoekende partij vooreerst integraal naar hetgeen in het verzoekschrift en in de memorie van wederantwoord is uiteengezet, waarin zij volhardt. Daarnaast benadrukt de verzoekende partij dat de verwerende partij op pagina vijf van haar laatste memorie een tabel aanbrengt, zonder dat de vindplaats wordt vermeld. Uit die tabel zou moeten blijken dat 43% van de in Brussel behandelde patiënten niet in Brussel zijn gedomicilieerd en dat 37% en 45% van de patiënten die respectievelijk in Vlaams-Brabant en Waals-Brabant zijn gedomicilieerd in een andere provincie dan in hun eigen provincie worden behandeld. Volgens de verzoekende partij maakt deze informatie evenwel niet aannemelijk waarom voor het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest slechts een afstandscriterium van 8 km i.p.v. het afstandscriterium van 25 km geldt. Zij is dan ook de mening toegedaan dat de verwerende partij met het voorgaande trouwens alleen maar duidelijk maakt dat niet alleen Brusselse maar ook Vlaamse ziekenhuizen veel patiënten uit een ander hinterland aantrekken, hetgeen het verschil in afstandscriterium voor het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest niet kan verklaren.

20. De verwerende partij benadrukt in de memorie van antwoord dat de Vlaamse Gemeenschap acht S2-centra kan erkennen, wat ruimschoots voldoende is om aan de behoeften van de Vlaamse patiënten te voldoen, nu de ervaring in het buitenland leert dat één centrum per 1,2 miljoen inwoners eigenlijk voldoende is. Het belang van de demografische samenstelling per gewest is volgens de verwerende partij relatief beperkt, gelet op de vaststelling dat ook de centra met de grootste gemiddelde incidentie (in Vlaanderen), nog steeds ver onder de norm van één centrum per 1,2 miljoen inwoners blijven, zodat er zich bijgevolg géén probleem zal stellen van een te grote druk op de Vlaamse S2-centra. Voorts

verwijst de verwerende partij naar de argumentatie achter de vroegere 7-5-3 -verdeling verwoord door de toenmalige Vlaamse minister van Welzijn waarbij rekening werd gehouden met het feit dat de ziekenhuizen van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest een ruimer hinterland bedienen. Volgens de verwerende partij moet ervan uitgegaan worden dat de Brusselse ziekenhuizen tot 30% Vlamingen opnemen. De verwerende partij stelt ook dat de verzoekende partij ervan uitgaat dat het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest een belangrijk overtal aan S2-centra zou krijgen terwijl er nog niet is beslist hoeveel S2-centra dat gewest effectief krijgt. Dienaangaande benadrukt de verwerende partij dat bij het bepalen van de criteria er ook met andere elementen rekening werd gehouden zoals i) het voldoende hoog zijn van de incidentie per centrum opdat het medisch team voldoende ervaring kan opdoen; ii) de nood om in dunbevolkte gebieden zoals Luxemburg een bereikbaar centrum uit te bouwen; iii) het van belang zijn van de aanrijtijden, ... De verzoekende partij zou er tevens aan voorbij gaan dat CVA's tegenwoordig meer en meer voorkomen bij een jongere leeftijdsgroep en dat vanaf een zekere leeftijd vaak geen trombectomieën meer worden uitgevoerd wegens overdreven risicovol. De demografische cijfers die de verzoekende partij hanteert, zouden bijgevolg volgens de verwerende partij een vertekend en onvolledig beeld geven. Tot slot laat de verwerende partij gelden dat in Brussel verschillende ziekenhuizen zijn, die gelet op hun bestaande ervaring in aanmerking komen voor de erkenning en die erg verspreid liggen in Brussel, vaak tegen de grens met het Waalse Gewest of Vlaamse Gewest aan van waaruit zij patiënten aantrekken. Ook dit verantwoordt – samen met de hoge bevolkingsdichtheid in Brussel – volgens de verwerende partij, het feit dat er in Brussel een ander afstandscriterium wordt gebruikt dan in Vlaanderen en Wallonië, alsook dat het afstandscriterium van 25 km niet wordt gehanteerd voor S2-centra die onder de bevoegdheid van verschillende erkennende overheden vallen.

In haar laatste memorie benadrukt de verwerende partij dat de onderstaande tabel aantoont dat 43% van de in Brussel behandelde patiënten niet in Brussel gedomicilieerd zijn of dat 37% en 45% van de patiënten die respectievelijk in Vlaams-Brabant en Waals-Brabant gedomicilieerd zijn, in een andere provincie dan hun eigen provincie worden behandeld.

Séjours I63 2020	nb venant de	nb traités à	% traités hors Province/Région	no treatment	plan de traitement	thrombolyse	Thrombectomies	thrombolyse + thrombectomies	% traitement combiné
Région flamande	12.367	12.168	-2%	29%	67%	9%	6%	13%	9%
Flandre occidentale	2.926	3.068	5%	32%	65%	8%	7%	15%	7%
Flandre orientale	2.868	3.014	5%	27%	71%	8%	5%	12%	
Anvers	3.246	3.464	7%	26%	70%	8%	5%	12%	3%
Limbourg	1.483	1.453	-2%	36%	60%	13%	6%	17%	12%
Brabant flamand	1.844	1.169	-37%	30%	67%	9%	5%	14%	7%
Région de Bruxelles-Ca	1.460	2.089	43%	39%	54%	12%	8%	17%	7%
Région wallonne	6.129	5.736	-6%	58%	37%	8%	5%	12%	12%
Brabant wallon	598	326	-45%	23%	76%	11%	0%	11%	0%
Hainaut	2.350	2.325	-1%	54%	41%	9%	5%	13%	12%
Liège	1.952	1.999	2%	67%	27%	8%	7%	13%	7%
Luxembourg	356	293	-18%	95%	1%	1%	1%	2%	0%
Namur	873	793	-9%	49%	47%	9%	3%	11%	12%
Total général	19.956	19.993	0%	39%	57%	9,1%	5,6%	13,3%	10%
MAX /MIN				23,0%	75,8%	12,9%	7,8%	16,9%	15,7%

Hieruit blijkt volgens de verwerende partij dat Brusselse ziekenhuizen zeer veel patiënten, namelijk 43 % van hun patiënten, aantrekken uit het Vlaamse en Waalse Gewest, terwijl de situatie in Vlaanderen en Wallonië net omgekeerd is en veel van de patiënten die uit die gewesten afkomstig zijn in een ander gewest behandeld worden. De Brusselse ziekenhuizen zorgen bijgevolg niet enkel voor de behandeling van de 1,2 miljoen inwoners van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest, doch ook van vele patiënten uit het Vlaamse en Waalse Gewest. Samen met de redenen zoals vermeld in de weerlegging van het vijfde middel in de memorie van antwoord, waarnaar wordt verwezen, geeft dit alles volgens de verwerende partij wel degelijk een voldoende verantwoording voor het feit dat er voor het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest een afstandscriterium van 8 km wordt gehanteerd.

Beoordeling

21. Door het auditoraat wordt tot de gegrondheid van het vijfde middel besloten op grond van de volgende overwegingen:

“5.36. Met het bestreden besluit wordt in het koninklijk besluit van 19 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's ‘beroertezorg’ moeten voldoen om erkend te worden een afstandscriterium ingevoegd dat luidt als volgt:

‘Art. 2. In hoofdstuk III van hetzelfde besluit wordt een afdeling 2/1 ingevoegd die de artikelen 21/1 en 21/2 bevat luidende:

‘Afdeling 2/1. Activiteitsniveau en geografische spreiding

Art.21/2. De vestigingsplaats waarop het gespecialiseerd zorgprogramma “acute beroertezorg met invasieve procedures” wordt uitgebaat bevindt zich op minimum 25 km in vogelvlucht van elke andere vestigingsplaats waarop een gespecialiseerd zorgprogramma “acute beroertezorg met invasieve procedures” wordt uitgebaat die

behoort tot de bevoegdheid van dezelfde overheid bevoegd voor de erkenning in toepassing van de artikelen 128, 130, 135 of 138 van de Grondwet.

Indien de vestigingsplaats waarop het gespecialiseerd zorgprogramma “acute beroertezorg met invasieve procedures” wordt uitgebaat gelegen is in een Gewest met meer dan 7000 inwoners per km², bevindt ze zich op minimum 8 km in vogelvlucht van elke andere vestigingsplaats waarop een gespecialiseerd zorgprogramma “acute beroertezorg met invasieve procedures” wordt uitgebaat binnen hetzelfde Gewest, ongeacht welke overheid bevoegd is voor de erkenning van bedoelde zorgprogramma's in toepassing van de artikelen 128, 130, 135 of 138 van de Grondwet.’

5.37. In dit middel wijst de verzoekende partij op de verschillende vaststelling van het afstandscriterium voor het Vlaams Gewest en het Waals Gewest enerzijds en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest anderzijds. Voor dit laatste gewest, het enige gewest met een bevolkingsdichtheid van meer dan 7.000 inwoners per km², wordt bijgevolg een afwijkend afstandscriterium voorzien. Daar kan de uitbating van zorgprogramma's “acute beroertezorg met invasieve procedures” erkend worden in vestigingsplaatsen die slechts 8 km in vogelvlucht van elkaar verwijderd liggen in plaats van minimaal 25 km. Dit heeft ook tot gevolg dat ziekenhuizen die gelegen zijn in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest meer kans maken om erkend te worden als S2-centrum omdat er een korter afstandscriterium geldt dan ziekenhuizen die gelegen zijn in het Vlaams Gewest of het Waals Gewest, zoals de verzoekende partij aanvoert. Deze kritiek raakt rechtstreeks aan de gevolgen van de vaststelling van het afstandscriterium voor de verdeling van het zorgprogramma over de deelgebieden. Doordat het afstandscriterium op verschillende wijze wordt geformuleerd voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ten opzichte van de rest van het Rijk, zullen er in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest meer ziekenhuizen erkend kunnen worden dan wanneer daar eenzelfde afstandscriterium zou gelden als in de rest van het Rijk.

5.38. Het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie sluit niet uit dat een verschil in behandeling tussen categorieën van personen wordt ingesteld, voor zover dat verschil op een objectief criterium berust en het redelijk verantwoord is in het licht van het nagestreefde doel. Daarbij moet rekening gehouden worden met het doel en de gevolgen van de betwiste maatregel. Het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie is geschonden wanneer vaststaat dat er geen redelijk verband van evenredigheid bestaat tussen de aangewende middelen en het beoogde doel.

In het verslag aan de Koning wordt deze afwijkende regeling als volgt gemotiveerd: ‘Er wordt daarbij een specifieke bepaling ingeschreven voor dichtbevolkte gebieden waarbinnen de centra dicht bij elkaar kunnen liggen. In een Gewest met meer dan 7000 inwoners per km² is de minimale afstand tussen de centra binnen het Gewest 8 km in vogelvlucht ongeacht welke overheid bevoegd is voor de erkenning van de centra.’

De enige verantwoording voor het vaststellen van een verschillende afstandscriterium voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest die blijkt uit het verslag aan de Koning betreft bijgevolg de hogere bevolkingsdichtheid. Op die manier wordt voor de programmatie van het zorgprogramma alsnog rekening gehouden met de bevolkingsdichtheid. De bevolkingsdichtheid wordt echter maar relevant geacht voor de programmatie van de S2-centra van zodra het gaat om een bevolkingsdichtheid van meer dan 7.000 inwoners per km². Hiervoor zijn er geen redenen terug te vinden in het dossier.

Het verschil in bevolkingsdichtheid tussen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest enerzijds en het Vlaams en Waals Gewest anderzijds is weliswaar een objectief criterium van verschil tussen de regio's waarin de ziekenhuizen gelegen zijn. De vraag is of het een voldoende pertinent criterium is om een verschillend afstandscriterium toe te passen in het licht van het doel van de ontworpen regeling. In beginsel is de bevolkingsdichtheid een parameter die in rekening kan worden gebracht bij het bepalen van de programmatie van een zorgprogramma. Artikel 37

van de ziekenhuiswet stelt uitdrukkelijk dat programmatiecriteria bestemd zijn om de behoeften te meten, rekening houdende onder meer met de bevolkingscijfers, de leeftijdsstructuur, de morbiditeit en met de geografische spreiding. Op geen enkele wijze werden bij het vaststellen van het bestreden besluit de bevolkingscijfers of de bevolkingsdichtheid echter betrokken bij een verdeling van de zorgprogramma's behalve voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Zoals blijkt uit het verslag aan de Koning, is de doelstelling van de programmatie van het aantal centra met invasieve procedures:

‘Het beperken van het aantal centra met invasieve procedures wil namelijk twee doelstellingen bereiken: 1. Het concentreren van zeldzame expertise op enkele locaties met het oog op een hoog kwaliteitsniveau van zorg en zodoende betere resultaten; 2. Een correcte geografische spreiding van interventionele beroertezorg organiseren zodat de aanrijtijden beperkt blijven, opnieuw met het oog op betere resultaten aangezien beroertezorg een tijdskritische pathologie is. Om de eerste doelstelling te bereiken, bepaalt het voorliggende besluit dat een zorgprogramma met invasieve procedures minimum 50 trombectomieën moet verrichten als jaarlijks gemiddelde over drie jaar voor de aanvraag van de erkenning. [...] De tweede doelstelling wordt behaald door een minimaal afstandscriterium te bepalen tussen 2 erkende centra met invasieve procedures. Dit criterium is bepaald op 25 km in vogelvlucht. Een kleinere afstand is niet wenselijk omdat elke toegift op dat vlak de goede geografische spreiding vermindert. Een groter afstandscriterium dreigt dan weer blinde vlekken op de kaart te creëren doordat de inplanting van de ziekenhuizen zelf niet steeds optimaal is.’

Het nagestreefde doel van de ontworpen regeling is bijgevolg enerzijds de expertise te concentreren op enkele locaties en anderzijds een correcte geografische spreiding te realiseren van de S2-centra. Omwille van deze eerste reden heeft men oorspronkelijk ook het maximum aantal te erkennen zorgprogramma's beroertezorg met invasieve procedures beperkt tot vijftien. Dit maximum aantal werd enkel bepaald op basis van de incidentie van trombectomieën over heel België tegenover het minimum aantal trombectomieën dat een centrum moet uitvoeren om de nodige expertise te bewaren, namelijk een 60-tal en in de toekomst bij voorkeur een 100-tal. Met het bestreden besluit is er voor gekozen om het aantal zorgprogramma's niet te verdelen over de gewesten of de erkennende overheden in functie van de bevolkingscijfers, de bevolkingsdichtheid of de incidentie binnen de populatie die elk van de erkennende overheden vertegenwoordigt, maar om een gelijk maximum aantal centra te bepalen per erkennende overheid, namelijk acht en om daarnaast twee basiskennmerken voor het zorgprogramma vast te leggen namelijk een minimale activiteit per te erkennen S2-centrum van 50 trombectomieën met het oog op voldoende expertise van het centrum en een geografische spreiding via een minimaal afstandscriterium tussen te erkennen S2-centra. Wat dat laatste betreft moet een afstandscriterium tussen de te erkennen zorgprogramma's van 25 km in vogelvlucht zorgen voor een optimale spreiding waarbij een kortere afstand in beginsel niet wenselijk wordt geacht omdat elke toegift op dat vlak volgens het verslag aan de Koning de goede geografische spreiding vermindert.

Bij de bepaling van het afstandscriterium hanteert men dan toch de bevolkingsdichtheid van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest als criterium om daar een ander afstandscriterium toe te passen, zonder dat wordt verklaard waarom vanaf deze bevolkingsdichtheid een aanpassing van het afstandscriterium aangewezen is terwijl dit zowel afdoet aan de optimale spreiding van 25 km in vogelvlucht als een het principe om de ervaring zoveel mogelijk te concentreren in een beperkt aantal centra. Het spreiden van de patiënten binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest over meerdere S2-centra die dicht bij elkaar gelegen zijn leidt er immers toe dat deze centra een lagere activiteitsgraad hebben dan wanneer een zelfde afstandscriterium zou gelden als voor de andere gewesten.

5.39. De argumenten die de verwerende partij daarvoor aanhaalt in haar memorie van antwoord, pleiten eerder tegen het hanteren van een verschillend afstandscriterium. Zo wijst zij er op dat de ervaring in het buitenland leert dat één S2-centrum per 1,2 miljoen inwoners op zich voldoende is. Toegepast op het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, met een inwonersaantal van ongeveer 1,2 miljoen, houdt dit in dat qua bevolkingscijfer er geen reden is om in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een afstandscriterium in te voeren dat toelaat om meer S2-centra te erkennen, ook al kan een hogere bevolkingsdichtheid ertoe leiden dat meer patiënten naar een zelfde ziekenhuis gebracht worden in het kader van het zorgprogramma. Indien de verwerende partij van dat standpunt uitgaat bij de spreiding van de S2-centra, dan zou in theorie één S2-centrum op zich immers voldoende zijn om aan de behoefte te voldoen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Zij wijst er ook op dat de incidentie per centrum voldoende hoog moet zijn opdat het medisch team voldoende ervaring kan opdoen. Zoals gezegd dient een S2-centrum een minimum aantal van 50 trombectomieën per jaar uit te voeren en zou het idealiter om 100 trombectomieën per jaar gaan. Ook dit argument kan een onderscheiden afstandscriterium niet verantwoorden. Het argument tot slot dat er zich in Brussel verschillende ziekenhuizen bevinden die reeds ervaring hebben met het uitvoeren van trombectomieën die voor erkenning in aanmerking komen, vormt evenmin een voldoende verantwoording aangezien niet blijkt dat dit niet evenzeer geldt voor bijvoorbeeld het Vlaams Gewest. Wel integendeel blijkt de toepassing van het afstandscriterium van 25 km voor de ziekenhuizen die erkend worden door de Vlaamse Gemeenschap er evenzeer toe te leiden dat ziekenhuizen die over ervaring beschikken niet allemaal voor erkenning in aanmerking zullen kunnen komen. Het argument dat de Brusselse ziekenhuizen met ervaring ook patiënten uit het hinterland, uit het Vlaamse Gewest en het Waalse Gewest aantrekken, wordt onvoldoende aannemelijk gemaakt en wederom blijkt niet dat dat niet evenzeer geldt voor ziekenhuizen die erkend kunnen worden door de Vlaamse Gemeenschap en die tegen de grens met het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn gelegen. Er zijn geen stukken in het administratief dossier waaruit zou blijken dat de Brusselse ziekenhuizen meer CVA-opnames zouden hebben in verhouding tot de bevolkingscijfers van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, in vergelijking met de andere gewesten. Gelet op de fileproblematiek rond Brussel is deze aantrekking van patiënten vanuit het Vlaamse of Waalse hinterland ook niet zonder meer evident in het kader van de behandeling van een tijdskritische pathologie. Bovendien werd de overweging dat de Brusselse ziekenhuizen ook patiënten uit het Vlaamse en Waalse hinterland zouden aantrekken niet opgenomen in het verslag aan de Koning zodat ook niet blijkt dat deze overweging een motief vormt voor het afwijkende afstandscriterium in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Dit blijkt ook niet uit andere voorbereidende documenten met betrekking tot het bestreden besluit.

Daarnaast blijkt ook niet of werd onderzocht of er ook andere gebieden zijn waar het omwille van een hogere bevolkingsdichtheid aangewezen kan zijn om meer ruimte te laten voor de erkenning van centra die dichter bij elkaar gelegen zijn. Zoals gezegd blijkt ook niet waarom de verwerende partij deze gedifferentieerde aanpak nodig achtte vanaf een bevolkingsdichtheid van 7.000 inwoners per km².

In het advies van de FRZV van 12 mei 2022 werd weliswaar ook geadviseerd om voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een afwijkend afstandscriterium van 8 km te voorzien, maar ook in dit advies worden hiervoor geen redenen weergegeven.

5.40. Gelet op de voorgaande gegevens wordt dan ook onvoldoende aangetoond dat de hogere bevolkingsdichtheid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een pertinent en evenredig criterium is om een onderscheiden afstandscriterium in te voeren tussen de gewesten en zo een verschil in behandeling in te stellen tussen ziekenhuizen die gelegen zijn in het Waalse of het Vlaamse Gewest en ziekenhuizen die gelegen zijn in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Tot slot sluit het feit dat het uiteindelijk aantal erkenningen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest nog niet gekend is niet uit dat het bestreden besluit reeds een schending van het gelijkheidsbeginsel inhoudt wanneer daarbij een gedifferentieerde toepassing van criteria wordt ontworpen zonder dat blijkt op grond van welke pertinente criteria deze onderscheiden regeling wordt toegepast. Het middel is gegrond.”

22. Het verweer van de verwerende partij in haar laatste memorie dat Brusselse ziekenhuizen zeer veel patiënten aantrekken uit het Vlaamse en Waalse Gewest, terwijl de situatie in Vlaanderen en Wallonië net omgekeerd is en veel van de patiënten die uit die gewesten afkomstig zijn in een ander gewest behandeld worden en dat de Brusselse ziekenhuizen bijgevolg niet enkel zorgen voor de behandeling van inwoners van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest, doch ook van vele patiënten uit het Vlaamse en Waalse Gewest en dat samen met de redenen zoals vermeld in de weerlegging van het vijfde middel in de memorie van antwoord, een voldoende verantwoording geeft voor het feit dat er voor het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest een afstandscriterium van 8 km wordt gehanteerd, is enerzijds een herhaling van haar verweer zoals uiteengezet in de memorie van antwoord en anderzijds een parafrasering van haar standpunt. Zij reageert evenwel hiermee niet inhoudelijk op de bespreking dienaangaande in het auditorsverslag, laat staan dat zij er afbreuk aan doet. Evenmin kan er, zoals terecht wordt aangevoerd door de verzoekende partij, een begin van verantwoording worden afgeleid uit de door de verwerende partij — op grond van een overgemaakte tabel — aangevoerde informatie, waarom voor het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest slechts een afstandscriterium van 8 km i.p.v. het afstandscriterium van 25 km geldt, temeer nu uit deze informatie blijkt dat niet alleen Brusselse maar ook Vlaamse ziekenhuizen veel patiënten uit een ander hinterland aantrekken, hetgeen het verschil in afstandscriterium voor het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest niet kan verklaren.

23. De Raad van State ziet geen reden om het anders te zien dan het auditoraat en bevindt aldus, na eigen onderzoek, de redenering van het auditorsverslag bijvallend, het vijfde middel gegrond.

VI. Omvang van de nietigverklaring

24. Het beroep tot nietigverklaring wordt, zoals uit de beoordeling van het derde, vierde en vijfde middel is gebleken, gegrond bevonden in de mate het is gericht tegen het in artikel 21/2 van het koninklijk besluit van 19 april 2014 vastgestelde afstandscriterium, zoals ingevoegd bij artikel 2 van het bestreden besluit.

25. Een reglementair besluit is in beginsel één en ondeelbaar. Dit impliceert dat wanneer de Raad van State heeft vastgesteld dat in een ontvankelijk annulatieberoep een gegrond middel wordt aangevoerd hij in beginsel het bestreden besluit in zijn geheel vernietigt. Wanneer, in afwijking van het voornoemde beginsel wordt overgegaan tot een gedeeltelijke vernietiging van het besluit, moet aan twee voorwaarden worden voldaan. Vooreerst moet blijken dat de gedeeltelijke vernietiging aan de verzoeker volledige genoegdoening geeft in het licht van het door hem aangevoerde belang. Vervolgens moet komen vast te staan dat het vernietigde gedeelte kan worden afgesplitst van de rest van het besluit en dat de overheid ook afgezien van het afgesplitste gedeelte voor het overige dezelfde beslissing zou hebben genomen. Die tweede voorwaarde is méér dan een technische vraag of sommige bepalingen van het besluit afsplitsbaar zijn van de andere en ook zonder die bepalingen autonoom kunnen voortbestaan en toegepast. Het is daarenboven, en uit oogpunt van de wettigheidsrechter vooral, de vraag of het bestuur het besluit onbetwistbaar óók zou hebben aangenomen indien het wist dat de afsplitsbare en vernietigde bepalingen geen doorgang konden vinden. Er anders over oordelen zou tot gevolg hebben dat de Raad van State zich op het domein van de beleidsuitoefening van de betrokken overheid zou begeven en zou overgaan tot hervorming van de beslissing waarvan het onwettig bevonden gedeelte een – hetzij technisch, hetzij beleidsmatig – onlosmakelijk onderdeel is, vermits het besluit voor het overige hoe dan ook zou blijven bestaan.

26. Te dezen dient te worden vastgesteld dat uit het verslag aan de Koning bij het bestreden besluit blijkt dat de regeling die met het bestreden besluit werd vastgesteld als een samenhangende regeling werd bedoeld waarbij het geenszins onbetwistbaar blijkt dat het bestuur het besluit ook zou hebben

aangenomen indien het wist dat de bepaling met betrekking tot het afstandscriterium geen doorgang kon vinden. De ontworpen regeling vormt vanuit beleidsmatig oogpunt een onlosmakelijk geheel. Het is de samenwerking tussen het vastgelegde afstandscriterium en het criterium inzake minimumactiviteit die volgens de overtuiging van de regelgever zal leiden tot een correcte geografische spreiding en die er zelfs toe zal leiden, naar overtuiging van de regelgever, dat een onderverdeling van de maximaal vijftien zorgprogramma's met invasieve procedures over de gewesten overbodig geacht wordt en bijgevolg vervangen wordt door een regeling dat elke erkennende overheid maximaal acht zorgprogramma's kan erkennen.

27. Gelet op het voorgaande dient het bestreden besluit in zijn geheel uit het rechtsverkeer te worden verwijderd.

BESLISSING

1. De Raad van State vernietigt het koninklijk besluit van 20 september 2022 ‘tot wijziging van het koninklijk besluit van 19 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's “beroertezorg” moeten voldoen om erkend te worden en tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 december 2018 houdende vaststelling van het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma's “acute beroertezorg met invasieve procedures”’.

2. De verwerende partij wordt verwezen in de kosten van het beroep tot nietigverklaring, begroot op een rolrecht van 200 euro, een bijdrage van 24 euro en een rechtsplegingsvergoeding van 770 euro, die verschuldigd is aan de verzoekende partij.

3. Dit arrest dient bij uittreksel te worden bekendgemaakt op dezelfde wijze als het vernietigde besluit.

Dit arrest is uitgesproken te Brussel, op twee december tweeduizend vierentwintig,
door de Raad van State, XIIe kamer, samengesteld uit:

Chantal Bamps,	kamervoorzitter,
Inge Vos,	staatsraad,
Ann Coolsaet,	staatsraad,
bijgestaan door	
Silja Doms,	griffier.

De griffier

De voorzitter

Silja Doms

Chantal Bamps