

RAAD VAN STATE, AFDELING BESTUURSRECHTSPRAAK

XIIe KAMER

A R R E S T

**nr. 261.614 van 2 december 2024
in de zaak A. 237.751/XII-9752**

In zake : de VZW JESSA ZIEKENHUIS
bijgestaan en vertegenwoordigd door
advocaat Sarah Van Haute
kantoor houdend te 3700 Tongeren
Vlasmarkt 4
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 24 november 2022, 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 Hadewijch Jansen, die *loco* advocaat Sarah Van haute 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 maximumaantal 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 trombolyse, 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. Minimumaantal 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 trombolyse 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 procedure', 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 procedure', 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 uitgebraat 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.

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

Naast het voorliggende beroep tot nietigverklaring, worden tegen dit besluit ook beroepen tot nietigverklaring ingediend door het A.S.Z. te Aalst (A. 238.142/XII-9753) en door het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis te Aalst (A. 238.159/XII-9754).

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, 5°, 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
ECLI:BE:RVSCE:2024:ARR.261.614 XII-9752-9/16

gespecialiseerde zorgprogramma “acute beroertezorg met invasieve procedures” vast. Tegen dit besluit wordt door de huidige verzoekende partij een beroep tot schorsing en 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. Samenvoeging

4. De verzoekende partij vraagt in het verzoekschrift de samenvoeging van het voorliggende beroep met de zaken gekend onder de rolnummers A.229.966/XII-9600, A.229.969/XII-9601 en A.229.987/XII-9602 die allen gericht zijn tegen het koninklijk besluit van 20 oktober 2019 ‘tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 december 2018 houdende vaststelling van het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma's “acute beroertezorg met invasieve procedures”’.

5. Het komt aan de Raad van State toe om te oordelen of er grond is om met toepassing van artikel 60 van het besluit van de Regent van 23 augustus 1948 ‘tot regeling van de rechtspleging voor de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State’, de samenvoeging ervan te bevelen in het belang van een goede rechtsbedeling.

6. In tegenstelling tot wat de verzoekende partij voorhoudt, is de inhoud van het besluit dat het voorwerp uitmaakt van de voormelde beroepen tot nietigverklaring niet identiek aan de inhoud van het besluit waarvan de vernietiging wordt gevraagd met het thans voorliggende beroep. Het gegeven dat de verzoekende partij feitelijk en juridisch een zeer gelijklopende argumentatie heeft ontwikkeld ter ondersteuning van haar vernietigingsberoepen tegen de beide besluiten vormt geen reden om de beroepen samen te voegen. Evenmin is de gevraagde samenvoeging in het belang van een efficiënte afhandeling van de beroepen.

Het verzoek tot samenvoeging wordt geweigerd.

V. Ontvankelijkheid van het beroep

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

Uiteenzetting van de excepties

7. 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 het nadeel dat de patiënt volgens de verzoekende partij zou lijden door het bestreden besluit niet samenvalt met het belang van de verzoekende partij en dat een *actio popularis* niet op ontvankelijke wijze voor de Raad van State kan worden gebracht. De verwerende partij benadrukt dat het logischerwijze de Vlaamse gemeenschap is die opkomt voor het belang van de Vlaamse patiënten en zij heeft het Protocolakkoord goedgekeurd waarin voorzien was dat de Vlaamse overheid zeven S2-centra zou kunnen erkennen. Voorts is de verwerende partij de mening toegedaan dat de verzoekende partij niet aannemelijk maakt dat door de beperking van het aantal S2-centra dat de Vlaamse Gemeenschap kan erkennen tot maximaal acht, deze centra overbevolkt zouden worden. Door de bundeling van expertise in deze centra kunnen de patiënten net een betere gespecialiseerde zorg krijgen. Door het afstandscriterium kunnen er ook steeds S2-centra worden erkend die op beperkte afstand zijn gelegen voor alle patiënten in de *catchment area* van de verzoekende partij. 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 voorzien was dat er op het Vlaamse grondgebied slechts zeven S2-centra konden worden erkend, terwijl dat er ingevolge het bestreden besluit acht kunnen zijn. De verwerende partij laat nog gelden dat in zoverre de verzoekende partij zich zou verzetten tegen een beperking van het aantal S2-centra tot vijftien, deze beperking reeds werd bepaald door het

koninklijk besluit van 16 december 2018, wat niet door de verzoekende partij werd aangevochten. Evenmin kan volgens haar de verzoekende partij aantonen dat zij voldoet aan de erkenningsvoorwaarden, nu zij zelf aangeeft dat zij slechts 30 trombectomomieën op jaarbasis verricht.

8. 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

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

“5.13. 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.

5.14. 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 de bestreden regeling het aantal S2-centra dat door de Vlaamse Gemeenschap erkend kan worden ten onrechte beperkt wordt tot acht, waarbij de toepassing van de ontworpen regeling zelfs nog kan leiden tot een lager aantal. Er kan worden aangenomen dat wanneer er minder S2-centra kunnen erkend worden in het Vlaams Gewest dan wel door de Vlaamse Gemeenschap, de verzoekende partij ook minder kans maakt op een erkenning als een S2-centrum. De verzoekende partij heeft er dan ook belang bij een regeling aan te vechten waarbij het aantal S2-centra dat de Vlaamse Gemeenschap kan erkennen beperkt wordt tot acht.

In tegenstelling tot wat de verwerende partij aanvoert, leidt een vernietiging van het bestreden besluit er ook 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 waarbij er in het Vlaams Gewest slechts zeven S2-centra erkend kunnen worden. Niet alleen doet dit niets af aan het hierna 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. Doordat de Nederlandstalige centra in het Vlaams Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest door één bevoegde overheid worden erkend, is de kans groot dat er in het Vlaams Gewest uiteindelijk minder dan acht centra zullen worden erkend. Bovendien is het aantal van acht nu slechts een hypothetisch aantal. 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. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest geldt het afstandscriterium van 25 km niet. Daar geldt slechts een afstandscriterium van 8 km, zodat niet valt uit te sluiten dat er daar uiteindelijk meer dan drie S2-centra zouden worden erkend. Bovendien kunnen in het Waals Gewest twee erkennende overheden S2-centra erkennen, namelijk de Franse Gemeenschap voor de universitaire ziekenhuizen en het Waals Gewest voor de klassieke algemene ziekenhuizen terwijl daartussen geenszins het afstandscriterium geldt, zodat de kans bestaat dat er ook daar meer dan vijf S2-centra zouden worden erkend. 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.

5.15. Hoewel ze haar belang op dit punt zeer summier uiteenzet, raakt de verzoekende partij bij de uiteenzetting van haar belang ook het afstandscriterium aan dat in het bestreden besluit wordt vastgesteld. Zij wijst er immers op dat zij door de regeling opgenomen in het bestreden koninklijk besluit, omwille van de daardoor geïnduceerde dilutie en haar centrale ligging in het oosten van Limburg tussen het ZOL en UZ Leuven, niet meer in aanmerking riskeert te komen voor een erkenning.

Anders dan voorafgaand aan het bestreden besluit het geval was, komt zij door het bestreden besluit in concurrentie met het ZOL te Genk dat op minder dan 25 km in vogelvlucht van de verzoekende partij verwijderd ligt. Hierdoor vermindert haar kans om als S2-centrum erkend te worden. 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, brengt een eventuele erkenning van het ZOL te Genk immers automatisch en van rechtswege mee dat de verzoekende partij onmogelijk nog kan worden erkend. Dit was voorafgaand aan het bestreden besluit niet het geval.

5.16. In de mate de verwerende partij opwerpt dat de verzoekende partij niet aantoonbaar dat zij aan de erkenningscriteria kan voldoen, verduidelijkt zij niet aan welke erkenningscriteria de verzoekende partij niet kan voldoen. Wat betreft de met het bestreden besluit vastgestelde criteria volstaat de vaststelling dat de

verzoekende partij in haar middelen de onwettigheid van de verdeling van de zorgprogramma's aanvoert in combinatie met het afstandscriterium en het verbod op samenwerking tussen twee ziekenhuizen van een associatie met het oog op erkenning. De ontworpen regeling vormt 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. De exceptie dient te worden verworpen.

5.17. Voor zover de verwerende partij nog 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.”

10. 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.

11. 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.

B. Ambtshalve exceptie – voorwerp van het beroep

12. Het bestreden besluit werd door de Raad van State vernietigd bij arrest nr. 261.613 van heden. Ingevolge deze vernietiging door de

Raad van State is het bestreden besluit met terugwerkende kracht en *erga omnes* uit de rechtsorde verdwenen. Deze vernietiging heeft tot gevolg dat het voorwerp van het beroep is teloorgegaan.

13. Ambtshalve wordt vastgesteld dat het beroep tot nietigverklaring zonder voorwerp is.

VI. Kosten en rechtsplegingsvergoeding

14. Het bestreden besluit werd door de Raad van State vernietigd bij arrest nr. 261.613 van heden. Zoals hiervoor werd vastgesteld, heeft deze vernietiging tot gevolg dat het voorwerp van het beroep is teloorgegaan. Het teloorgaan van het voorwerp van het beroep is derhalve uitsluitend aan de verwerende partij toe te schrijven. In deze omstandigheden kan de verzoekende partij worden beschouwd als een “in het gelijk gestelde partij” in de zin van artikel 30/1, § 1, eerste lid, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State.

In de gegeven omstandigheden past het de kosten, met inbegrip van een rechtsplegingsvergoeding, ten laste van de verwerende partij te leggen.

BESLISSING

1. De Raad van State verworpt het beroep.

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.

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