



RAAD VAN STATE
afdeling Wetgeving

CONSEIL D'ÉTAT
section de législation

advies 63.313/3
van 22 juni 2018

avis 63.313/3
du 22 juin 2018

over

sur

een voorontwerp van wet ‘tot
wijziging van de
gecoördineerde wet van
10 juli 2008 op de
ziekenhuizen en andere
verzorgingsinrichtingen, wat
de klinische netwerking tussen
ziekenhuizen betreft’

un avant-projet de loi
‘modifiant la loi coordonnée du
10 juillet 2008 sur les hôpitaux
et autres établissements de
soins, en ce qui concerne le
réseautage clinique entre
hôpitaux’

Op 10 april 2018 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid verzocht binnen een termijn van zestig dagen een advies te verstrekken over een voorontwerp van wet ‘tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft’.

Het voorontwerp is door de derde kamer onderzocht op 5 juni 2018. De kamer was samengesteld uit Jan SMETS, staatsraad, voorzitter, Jeroen VAN NIEUWENHOVE en Koen MUYLLE, staatsraden, Jan VELAERS en Bruno PEETERS, assessoren, en Astrid TRUYENS, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Tim CORTHAUT en Wendy DEPESTER, auditeurs.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het advies is nagezien onder toezicht van Jeroen VAN NIEUWENHOVE, staatsraad.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 22 juni 2018.

*

Le 10 avril 2018, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique à communiquer un avis, dans un délai de soixante jours sur un avant-projet de loi ‘modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux’.

L'avant-projet a été examiné par la troisième chambre le 5 juin 2018. La chambre était composée de Jan SMETS, conseiller d'État, président, Jeroen VAN NIEUWENHOVE et Koen MUYLLE, conseillers d'État, Jan VELAERS et Bruno PEETERS, assesseurs, et Astrid TRUYENS, greffier.

Le rapport a été présenté par Tim CORTHAUT et Wendy DEPESTER, auditeurs.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise de l'avis a été vérifiée sous le contrôle de Jeroen VAN NIEUWENHOVE, conseiller d'État.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 22 juin 2018.

*

1. Met toepassing van artikel 84, § 3, eerste lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, heeft de afdeling Wetgeving zich toegespitst op het onderzoek van de bevoegdheid van de steller van de handeling, van de rechtsgrond¹, alsmede van de vraag of aan de te vervullen vormvereisten is voldaan.

*

STREKKING VAN HET VOORONTWERP

2. Het voorontwerp van wet strekt ertoe te voorzien in een verplichte samenwerkingsvorm tussen ziekenhuizen, enerzijds, via locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken die locoregionale zorgopdrachten² uitvoeren en, anderzijds, via de samenwerking tussen de voormelde netwerken, voor de uitvoering van supraregionale zorgopdrachten,³ met minstens één en maximum drie referentiepunten (als het netwerk de betrokken supraregionale zorgopdracht niet zelf aanbiedt) en maximum twee referentiepunten (als het netwerk de betrokken supraregionale zorgopdracht zelf aanbiedt).

Elk algemeen ziekenhuis⁴ moet op de datum bepaald door de Koning en uiterlijk op 1 januari 2020 deel uitmaken van één en slechts één locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Er kunnen voor het hele grondgebied ten hoogste 25 locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken worden opgericht en erkend. Elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk bestrijkt een geografisch aaneensluitend gebied. Locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken waarvan ziekenhuizen binnen de grootsteden Antwerpen, Gent, Charleroi en Luik of binnen het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest zijn gelegen, mogen het geografisch aaneensluitend gebied van naastgelegen locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken overlappen. Elk ziekenhuis dat zich bevindt binnen of dat aan zo'n gebied is gelegen, moet de mogelijkheid hebben zich aan te sluiten bij het overeenstemmende ziekenhuisnetwerk.

Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, dat rechtspersoonlijkheid heeft, moet beschikken over een eigen beheersorgaan, waarin elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het netwerk minstens één vertegenwoordiger heeft en dat minstens één volledig onafhankelijk bestuurder bevat, een netwerkhoofddarts of een college van netwerkhoofddartsen en een medische raad van het netwerk.

Elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk beslist tot op zekere hoogte zelf over de mate van integratie binnen het netwerk. De gecoördineerde wet van 10 juli 2008 'op de

¹ Aangezien het om een voorontwerp van wet gaat, wordt onder "rechtsgrond" de overeenstemming met de hogere rechtsnormen verstaan.

² Dit zijn zorgopdrachten die om diverse redenen, zoals prevalentie, lage kost, urgentie, enz., in de buurt van de woonplaats van elke patiënt moeten worden aangeboden.

³ Dit zijn zorgopdrachten die om diverse redenen, zoals zeldzamere pathologie, dure infrastructuur, multidisciplinaire gespecialiseerde expertise, permanenties, enz., het best op een beperkt aantal locaties worden aangeboden in een beperkt aantal ziekenhuizen.

⁴ Met uitzondering van de algemene ziekenhuizen die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten (kenletter A, T of K) samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) of een dienst voor geriatrie (kenletter G) en met uitzondering van psychiatrische ziekenhuizen.

ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen' (hierna: de ziekenhuiswet) wordt wel reeds op verschillende plaatsen aangevuld teneinde een meer doorgedreven vorm van integratie of samenwerking tussen ziekenhuizen op het niveau van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mogelijk te maken, bijvoorbeeld met betrekking tot het ethisch comité, de ombudsdienst, de boekhouding, de beëdigde bedrijfsrevisor, de vergoeding van de ziekenhuisartsen, de centrale inning van de honoraria van de ziekenhuisartsen, enz.

Ten slotte wordt voorzien in een algemene adviesbevoegdheid van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen met betrekking tot alle problemen met betrekking tot de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken.

BEVOEGDHEID

3. Wat betreft de bevoegdheid van de federale overheid om de ontworpen regeling aan te nemen, wordt in de memorie van toelichting bij het voorontwerp van wet het volgende vooropgesteld:

“Dit wetsontwerp is voornamelijk gebaseerd op de federale voorbehouden bevoegdheid inzake organieke wetgeving voor wat betreft het gezondheidsbeleid meer bepaald het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten verplegingsinrichtingen (artikel 5, §1, I, 1°, a) van de bijzondere wet van 8 augustus 1980). Bij de Zesde Staatshervorming werd deze federale bevoegdheid behouden. Onder ‘organieke wetgeving’ worden de basisregels en krachtlijnen van het ziekenhuisbeleid verstaan. In het kader van deze bevoegdheid worden door onderhavig ontwerp organieke regels vastgelegd voor de klinische netwerken van ziekenhuizen. Onder meer worden basiskennmerken, regels met betrekking tot het beheer en de besluitvorming, met inbegrip van interne adviesorganen, het statuut van de ziekenhuisarts en de betrokkenheid bij de besluitvorming van ziekenhuisartsen, algemene regelen met betrekking tot de structurering van de medische activiteiten, algemene regelen inzake boekhouding, financiële controle en mededeling van gegevens bepaald. Deze domeinen worden uitdrukkelijk door de bijzondere wetgever bij de Zesde Staatshervorming in de voorbereidende werken als federaal aangeduid. In een aantal gevallen wordt bovendien een wettelijke basis gecreëerd voor het vaststellen van organieke regels bij koninklijk besluit. Telkens betreffen het organieke regels waaraan moet worden voldaan om erkend te worden.

De federale bevoegdheid voor de organieke wetgeving met betrekking tot de klinische netwerken van ziekenhuizen belet evenwel niet (mag zelfs niet beletten) dat de deelstaten hun eigen bevoegdheden onder meer met betrekking tot de klinische netwerken van ziekenhuizen uitoefenen. De federale overheid moet trouwens bij het uitoefenen van haar bevoegdheid het evenredigheidsbeginsel in acht nemen. De deelstaten kunnen in het kader van hun bevoegdheden erkenningsnormen vaststellen voor de klinische netwerken van ziekenhuizen (mits naleving van de door de bijzondere wetgever vastgestelde procedure bij het Rekenhof) en op basis daarvan overgaan tot de erkenning van de klinische netwerken. Zij zullen in het kader van hun erkenningsbeleid wel de organieke basisregels (geformuleerd als basisvereisten om erkend te worden), en trouwens ook de vastgestelde programmatiecriteria, meenemen. De door de federale overheid bepaalde basiskennmerken hebben immers een normatieve draagwijdte en de deelstaten moeten ze respecteren bij het bepalen en toepassen van hun erkenningsnormen.

Gelet de raakpunten in de bevoegdheden van de federale overheid en de deelstaten en met het oog op een gecoördineerde beleidsuitoefening werden de deelstaten vooraf geconsulteerd in de schoot van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Naast de federale bevoegdheid voor organieke wetgeving wat betreft het gezondheidsbeleid bieden twee andere federale bevoegdheden een basis voor de ontworpen regeling. Het betreft enerzijds de federale voorbehouden bevoegdheid voor het vaststellen van basisregels betreffende de programmatie. Op basis daarvan worden de locoregionale klinische netwerken van ziekenhuizen geprogrammeerd. Anderzijds biedt de blijvende federale voorbehouden bevoegdheid voor de financiering van de exploitatie wanneer geregeld door organieke wetgeving, een beperkte bevoegdheidsbasis.”

4. De Raad van State kan in grote lijnen met die bevoegdheidsrechtelijke analyse instemmen. De “basiskkenmerken” van ziekenhuizen en van samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen moeten worden gerekend tot de “organieke wetgeving” in de zin van artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1°, a), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 ‘tot hervorming der instellingen’ en bijgevolg tot de bevoegdheid van de federale overheid.⁵ Daarbij is niet relevant of die samenwerkingsverbanden op vrijwillige, dan wel op dwingende wijze zijn ingericht.

Dat betekent echter niet dat het om een exclusieve federale bevoegdheid gaat. Zoals zo-even is uiteengezet, betreft deze bevoegdheid enkel de “basiskkenmerken”, zodat de gemeenschappen zelf ook bepalingen kunnen uitvaardigen met betrekking tot de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken, zolang zij daarbij niet raken aan die basiskkenmerken.⁶ De vooralsnog vrij algemene wijze waarop de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken op dit moment in de ontworpen regeling worden uitgewerkt, kan in die basiskkenmerken worden ingepast. Dat betekent echter niet dat dat ook het geval is voor eender welke toekomstige regeling die daar door de wetgever aan zou worden toegevoegd of voor eender welke regeling die de Koning zal nemen ter uitvoering van de aan te nemen wetsbepalingen (zie daarover opmerking 5.1).

De federale bevoegdheid is zelfs ruimer – want niet beperkt tot de “basiskkenmerken” – voor een aantal aspecten die ook in de ontworpen regeling aan bod komen, namelijk de (algemene) regels met betrekking tot het beheer en de besluitvorming in de ziekenhuizen, het statuut van de ziekenhuisartsen en hun betrokkenheid bij de besluitvorming, alsook de regels inzake de boekhouding en de financiële controle.⁷ In zoverre het de bedoeling is om te komen tot een rationalisering van het zorgaanbod, kan ook worden aangesloten bij de federale bevoegdheid inzake de “basisregelen betreffende de programmatie”.⁸ Voor de

⁵ *Parl.St.* Senaat, 2012-13, nr. 5-2232/1, 35-36.

⁶ Deze bevoegdheid van de gemeenschappen blijkt onder meer uit de vermelding van een aantal koninklijke besluiten over ziekenhuisgroeperingen, fusies van ziekenhuizen, ziekenhuisassociaties, “alsook de betrokken bepalingen uit de [ziekenhuiswet]” bij de teksten waarvoor de gemeenschappen bevoegd zijn, “voorzover deze bepalingen geen invloed hebben op de programmatie, noch op de financiering van de ziekenhuizen” (*ibid.*, 28-32).

⁷ *Ibid.*, 36.

⁸ Artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1°, c), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980.

financieringsaspecten is er de federale bevoegdheid inzake de “financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving”.⁹

5. Dat neemt niet weg dat op een aantal punten een voorbehoud moet worden gemaakt of zelfs een bijsturing nodig is.

5.1. In de eerste plaats moet een algemeen voorbehoud worden geformuleerd omdat de volledige draagwijdte van de hervorming pas duidelijk zal worden bij de aanneming van de uitvoeringsbesluiten, die slechts doorgang zullen kunnen vinden voor zover ze eveneens ingepast kunnen worden in de bevoegdheid van de federale overheid, zoals ook reeds werd uiteengezet in opmerking 4. Daarbij moet rekening worden gehouden met de principiële bevoegdheid van de gemeenschappen inzake de erkenningsnormen voor ziekenhuizen (onverminderd de federale bevoegdheid inzake de “organieke wetgeving” en de voormelde “basiskenmerken”), alsook met het bevoegdheidsrechtelijk evenredigheidsbeginsel, dat inhoudt dat de uitoefening van de voormelde gemeenschapsbevoegdheden niet onmogelijk of overdreven moeilijk mag worden gemaakt.

5.2. In de tweede plaats wordt in de ontworpen regeling niet bepaald hoe de gemeenschappen,¹⁰ die instaan voor de individuele erkenning van (onderdelen van) ziekenhuizen en die ook zullen instaan voor de individuele erkenning van de ontworpen locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken,¹¹ moeten omgaan met (1) het maximaal aantal te erkennen locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken voor het hele grondgebied en (2) locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken met ziekenhuizen die tot de bevoegdheid van meer dan één gemeenschap behoren.

5.2.1. Wat betreft (1) wordt in de memorie van toelichting bij het ontworpen artikel 14/2 van de ziekenhuiswet (artikel 6 van het voorontwerp) het volgende vermeld:

“Met het oog op een evenwichtige spreiding en een toegankelijke gezondheidszorg zal in het kader van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid vooraf overleg worden gepleegd omtrent de verdeling ervan tussen de verschillende deelstaten. Bij voorkeur worden de netwerken gezamenlijk en gelijktijdig over het hele land gecreëerd. Bij dit overleg wordt tevens de federale regering betrokken.”

Tenzij indien de stellers van het voorontwerp ervan uitgaan dat dit overleg voldoende waarborgen zal inhouden dat de gemeenschappen samen beschouwd ook effectief maximaal 25 locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken zullen erkennen, is het raadzaam om dit maximumaantal op te splitsen volgens de verschillende te erkennen overheden of eventueel

⁹ Artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1°, b), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980.

¹⁰ Daarmee worden bedoeld de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, de Duitstalige Gemeenschap, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie.

¹¹ Dat blijkt ook uit de definitie in het ontworpen artikel 14/1, 1°, van de ziekenhuiswet, maar de individuele toepassingsbevoegdheid van de gemeenschappen inzake ziekenhuizen (onder meer inzake erkenningen en controle op de naleving van de regelgeving) vloeit op algemene wijze voort uit de bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidsbeleid.

volgens de verschillende taalgebieden of gewesten.¹² Een andere mogelijkheid is dat het voormelde overleg wordt geformaliseerd in een samenwerkingsakkoord waarin een bepaalde verdeling en eventuele regels voor een herziening ervan worden uitgewerkt.

5.2.2. Wat betreft (2) wordt in de ontworpen regeling niet uitgesloten dat ziekenhuizen die tot de bevoegdheid van meerdere gemeenschappen behoren, onderling een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk vormen. Zo kan men zich voorstellen dat een universitair ziekenhuis en een of meer niet-universitaire ziekenhuizen in het Franse taalgebied samen deel uitmaken van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Voor het eerstgenoemde ziekenhuis is de Franse Gemeenschap bevoegd, terwijl voor de laatstgenoemde ziekenhuizen het Waalse Gewest bevoegd is.¹³ Dat zou betekenen dat het betrokken locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk door deze twee overheden moet worden erkend. Ook in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kunnen meerdere gemeenschappen bevoegd zijn voor een dergelijke erkenning.

De ontworpen regeling werkt dergelijke situaties zelfs in de hand, nu in het ontworpen artikel 14/3 van de ziekenhuiswet (artikel 7 van het voorontwerp) wordt bepaald dat het geografische gebied dat door een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk wordt bestreken, aaneensluitend van vorm moet zijn en dat “de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken waarvan ziekenhuizen gelegen binnen de grootsteden Antwerpen, Gent, Charleroi of Luik of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest deel uitmaken, [met] het geografisch aaneensluitend gebied van naastgelegen locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken [mogen] overlappen”. Er wordt niet bepaald dat de geografische gebieden de grenzen van een taalgebied niet mogen overschrijden. Voor de erkenning van “taalgrensoverschrijdende” locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken zullen doorgaans meerdere gemeenschappen bevoegd zijn.

Dit kan leiden tot juridische complicaties, onder meer wanneer niet elke gemeenschap gunstig oordeelt over de erkenningsaanvraag of wanneer één gemeenschap een erkenning intrekt. Daarbij mag niet uit het oog worden verloren dat ook de regels inzake de erkenningsprocedure door de gemeenschappen worden bepaald en onderling kunnen afwijken.

5.3. In de derde plaats zullen locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken die bestaan uit ziekenhuizen die tot de bevoegdheid van meerdere gemeenschappen behoren, rekening moeten houden met het bestaan van onderling verschillende en mogelijks zelfs onderling onverzoenbare erkenningsnormen die de betrokken gemeenschappen hebben uitgevaardigd ten aanzien van de (onderdelen van) ziekenhuizen of de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken waarvoor zij bevoegd zijn. Zolang zij de federale bevoegdheid inzake de “basiskenmerken”, alsook het bevoegdheidsrechtelijk evenredigheidsbeginsel eerbiedigen (zie ook opmerking 5.1) zijn dergelijke onderling verschillende of zelfs onverzoenbare erkenningsnormen mogelijk, met

¹² Zie ook adv.RvS 56.687/3 van 6 oktober 2014 over een ontwerp dat heeft geleid tot het koninklijk besluit van 16 december 2014 ‘tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2014 tot vaststelling van het maximum aantal toestellen voor magnetische resonantie tomografie dat uitgebaat mag worden’, opmerkingen 6, 9.1 en 9.2.

¹³ Zie artikel 3, 6°, a), van het bijzonder decreet van de Franse Gemeenschap ‘relatif aux compétences de la Communauté française dont l’exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française’, alsook de gelijklopende bepalingen in de decreten van het Waalse Gewest en van de Franse Gemeenschapscommissie.

alle complicaties die daarmee samenhangen voor de betrokken “gemengde” locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken.

5.4. Veel van de zo-even geschetste problemen zouden kunnen worden verholpen of op zijn minst gemilderd wanneer de federale overheid over de implementatie van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken concrete afspraken zou maken met de gemeenschappen, bijvoorbeeld in de vorm van een samenwerkingsakkoord. In de memorie van toelichting wordt gewag gemaakt van een voorafgaande consultatie van de gemeenschappen in de schoot van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, maar de Raad van State heeft er geen zicht op of daarbij dergelijke afspraken zijn gemaakt of in het vooruitzicht zijn gesteld.

6. Bij het ontworpen artikel 14/7 van de ziekenhuiswet (artikel 11 van het voorontwerp) wordt voorzien in de mogelijkheid voor een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk om, voor supraregionale zorgopdrachten die het zelf niet aanbiedt, “een duurzame en juridisch geformaliseerde samenwerking aan [te] gaan met een ziekenhuis of een onderdeel van een ziekenhuis beheerd door het Ministerie van Landsverdediging” dat door de Koning wordt aangewezen. De Koning bepaalt de specifieke voorwaarden waaraan dat (onderdeel van een) ziekenhuis moet voldoen voor de opname en behandeling van patiënten van het locoregionaal klinische ziekenhuisnetwerk en kan de bepalingen van de ziekenhuiswet geheel of gedeeltelijk of met de nodige aanpassingen uitbreiden tot deze (onderdelen van) ziekenhuizen.

In zoverre aldus de mogelijkheid wordt gecreëerd voor (onderdelen van) een of meer zogenaamde militaire ziekenhuizen om op structurele wijze in te staan voor zorgverstrekking aan de bevolking in het algemeen, en niet specifiek aan het militaire personeel, moet de bevoegdheidsverdeling inzake het gezondheidsbeleid in acht worden genomen, hetgeen onder meer inhoudt dat de erkenningsnormen die de gemeenschappen uitvaardigen met betrekking tot ziekenhuizen en die niet vallen onder de voormelde “basiskennmerken”, ook op deze militaire ziekenhuizen van toepassing zijn. De delegatie aan de Koning om de “specifieke voorwaarden” te bepalen waaraan dat (onderdeel van een) ziekenhuis moet voldoen voor de opname en behandeling van patiënten van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, moet in het licht van die bevoegdheidsverdeling worden gelezen.

7. Overeenkomstig het ontworpen artikel 17/2, eerste lid, 7°, van de ziekenhuiswet (artikel 15 van het voorontwerp) is een van de opdrachten van het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk “het afstemmen en het coördineren met andere zorgactoren binnen het geografisch gebied van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk”. Beslissingen die ter zake worden genomen, zijn overeenkomstig het ontworpen derde lid bindend voor alle ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk. De “zorgactoren” worden in de ontworpen bepaling niet nader gedefinieerd, maar er kan worden aangenomen dat ermee wordt verwezen naar instellingen en eventueel zelfs individuele beroepsbeoefenaars die gezondheidszorgen verstrekken.¹⁴

Het Grondwettelijk Hof heeft er reeds op gewezen dat het de federale overheid niet toekomt unilateraal een regeling te treffen die betrekking heeft op de totaliteit van de

¹⁴ Het is dan ook raadzaam om de notie op zijn minst in de memorie van toelichting te verduidelijken.

zorgverstrekking buiten de ziekenhuizen.¹⁵ In zoverre met “zorgactoren” ook wordt verwezen naar zorginstellingen waarvoor de gemeenschappen bevoegd zijn, kan de ontworpen bepaling niet zo worden begrepen of toegepast dat enige verplichting kan worden opgelegd aan deze instellingen. Elke afstemming en coördinatie moet dan ook gebeuren op basis van volstrekte vrijwilligheid.

Dat neemt overigens niet weg dat de federale overheid de gemeenschappen kan aanzoeken om een samenwerkingsakkoord te sluiten over de samenwerking tussen de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken en de zorginstellingen die tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoren, zoals het Grondwettelijk Hof ook opmerkte.¹⁶

8. Het voorontwerp bevat nog een paar andere delegaties waarvan de draagwijdte niet zo duidelijk is en die, zo ze al moeten worden gehandhaafd, in elk geval bevoegdheidsconform moeten worden begrepen.

8.1. Dat is het geval voor de delegatie aan de Koning, in het ontworpen artikel 2, § 2, van de ziekenhuiswet om, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de “basissenmerken” te bepalen waaraan de ziekenhuizen moeten voldoen om erkend te worden. Die delegatie lijkt te overlappen met de delegatie vervat in artikel 66 van de ziekenhuiswet, waarin wordt bepaald dat de ziekenhuizen, na advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, de normen moeten naleven die door de Koning worden bepaald en waarin de elementen worden vermeld waarop die normen betrekking hebben. In de memorie van toelichting wordt daarover het volgende uiteengezet:

“De door de federale overheid voor de Zesde Staatshervorming vastgestelde normen, met als wettelijke basis artikel 66 e.v. van de ziekenhuiswet, bevatten zowel organieke erkenningsnormen als andere erkenningsnormen. De federale overheid was op dat ogenblik immers bevoegd zowel voor het vaststellen van de organieke wetgeving als voor de erkenningsnormen. Bij de Zesde Staatshervorming werden beide bevoegdheden gescheiden. De voorheen uitgewerkte federale normen behoren nog deels tot de bevoegdheid van de federale overheid, deels zijn ze overgegaan naar de gemeenschappen. Voor elke wijzing of voor elke nieuwe erkenningsnorm zal moeten worden uitgeklaard welke overheid bevoegd is voor welke onderdelen of aspecten. Alhoewel opstellers menen dat artikel 66 e.v. van de ziekenhuiswet door de federale overheid nog kan worden aangewend voor het uitwerken van organieke erkenningsnormen, menen ze dat het aangewezen is voor deze organieke erkenningsnormen een uitdrukkelijke afzonderlijke federale wettelijke basis te creëren. Er wordt een paragraaf 2 toegevoegd aan artikel 2 (de huidige bepalingen vormen voortaan een paragraaf 1) waardoor een wettelijke basis wordt gecreëerd voor het wijzigen, vaststellen, (na overleg in Ministerraad) van organieke normen voor het ziekenhuis. (voor algemene ziekenhuizen psychiatrische ziekenhuizen en universitaire ziekenhuizen). Deze wettelijke basis kan bijvoorbeeld worden aangewend voor het wijzigen van de organieke normen van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 betreffende de aanvullende organieke ziekenhuisnormen. Dit zal op termijn immers nodig zijn bij de uitbouw van de klinische netwerken; denk bijvoorbeeld aan de verschuiving van verplichtingen van ziekenhuisniveau naar netwerk niveau. De federale organieke normen zijn normatief voor de deelstaten in de zin dat ze moeten worden geëerbiedigd bij

¹⁵ GwH 31 oktober 2000, nr. 108/2000, B.3.3.

¹⁶ *Ibid.*, B.3.4.

het gevoerde erkenningsbeleid. Met andere woorden, een ziekenhuis moet beantwoorden aan deze organieke regels om erkend te kunnen worden.”

Terecht gaan de stellers van het voorontwerp ervan uit dat artikel 66 van de ziekenhuiswet door de federale overheid nog steeds kan worden benut als rechtsgrond voor het vaststellen van erkenningsnormen, maar dat deze delegatie sinds de Zesde Staatshervorming beperkt is tot de “basissenmerken”. De Raad van State ziet echter niet in wat de zin is van het creëren van een bijkomende rechtsgrond die voor de federale overheid geen ruimere draagwijdte kan hebben dan het voormelde artikel 66 van de ziekenhuiswet. Meer zelfs, de overname van een bevoegdheidsrechtelijke notie (“basissenmerken”) in de ontworpen bepaling kan de indruk wekken dat alles wat ter uitvoering van de ontworpen delegatie wordt vastgesteld, automatisch als “basissenmerken” zou moeten worden beschouwd, terwijl ook deze uitvoeringsregels, net als de regels ter uitvoering van artikel 66 van de ziekenhuiswet, steeds aan de bevoegdheidsrechtelijke notie van “basissenmerken” zullen moeten worden getoetst. Het is met andere woorden mogelijk dat de regels die zouden worden voorgesteld als “basissenmerken” ter uitvoering van het ontworpen artikel 2, § 2, van de ziekenhuiswet, uiteindelijk toch geen “basissenmerken” blijken te zijn in de bevoegdheidsrechtelijke betekenis van het woord en bijgevolg om die reden geen doorgang zullen kunnen vinden.

Het koninklijk besluit van 30 januari 1989 ‘houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen’, waarnaar de stellers van het voorontwerp als voorbeeld verwijzen, vindt rechtsgrond in wat thans de artikelen 66 en 67 van de ziekenhuiswet zijn. Afgezien van de vraag voor welke aspecten (“basissenmerken”) van dat besluit de federale overheid na de Zesde Staatshervorming nog bevoegd is,¹⁷ kan er geen twijfel over bestaan dat die rechtsgrond nog steeds dienstig is voor toekomstige wijzigingen van dat besluit.

Daar komt nog bij dat in de ontworpen bepaling, anders dan in artikel 66 van de ziekenhuiswet, het advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen niet wordt voorgeschreven, zonder dat in de memorie van toelichting wordt uiteengezet waarom die advisering niet nuttig of wenselijk zou zijn voor de koninklijke besluiten ter uitvoering van deze bepaling. De omstandigheid dat, anders dan in artikel 66, in de ontworpen bepaling wel het overleg in de Ministerraad wordt voorgeschreven, doet geen afbreuk aan die vaststelling.

De conclusie is dan ook dat beter wordt afgezien van de ontworpen delegatie, die niet alleen geen enkele meerwaarde biedt, maar die ook geen ruimere draagwijdte kan hebben dan artikel 66 van de ziekenhuiswet omwille van de geldende bevoegdheidsverdeling.

8.2. Bij het ontworpen artikel 96/1 van de ziekenhuiswet (artikel 24 van het voorontwerp) wordt de minister bevoegd voor volksgezondheid gemachtigd om een afzonderlijk

¹⁷ Het besluit wordt in elk geval vermeld in de opsomming van erkenningsnormen waarvoor de gemeenschappen principieel bevoegd zijn geworden (*Parl.St.* Senaat, 2012-13, nr. 5-2232/1, 29), net als bijvoorbeeld het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 ‘tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd’.

budget van financiële middelen te bepalen voor een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk¹⁸ en wordt de Koning gemachtigd om bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de nadere regelen te bepalen voor de toepassing van dit artikel en om inzonderheid te bepalen welke artikelen van hoofdstuk VI (“Financiering van de werkingskosten”) op dat afzonderlijk budget geheel of gedeeltelijk van toepassing zijn en met de aanpassingen die hij nodig acht.

De voormelde delegatie van reglementaire bevoegdheid aan de Koning moet bevoegdheidsconform worden geïnterpreteerd, hetgeen onder meer inhoudt dat de bijkomende financiering enkel betrekking kan hebben op de exploitatie en niet op de investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten.¹⁹

ALGEMENE OPMERKINGEN

9. In de ziekenhuiswet worden thans reeds verscheidene vormen van samenwerking tussen ziekenhuizen geregeld. Naast het veeleer triviale geval van fusies van ziekenhuizen²⁰ zijn er de groeperingen,²¹ de associaties,²² de samenwerkingsverbanden tussen verzorgingsinstellingen en diensten,²³ de netwerken van zorgvoorzieningen en de zorgcircuits.²⁴ Ongetwijfeld hebben sommige van die samenwerkingsvormen andere finaliteiten dan de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken, maar alvast de verhouding tot de ziekenhuisgroepering en de associaties zou moeten worden verduidelijkt in de memorie van toelichting. Bovendien is het raadzaam om op termijn, wanneer voldoende ervaring is opgedaan met de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken, te evalueren of deze samenwerkingsvormen niet kunnen worden gerationaliseerd.

10. In de memorie van toelichting wordt op verschillende plaatsen verwezen naar de mogelijkheid van ziekenhuizen om op vrijwillige basis de mate van samenwerking in klinische netwerken te intensifiëren en om (onderdelen) van ziekenhuizen die niet verplicht moeten toetreden tot een locoregionaal klinisch netwerk, op vrijwillige basis in een dergelijk netwerk op te nemen.²⁵ Omdat dit onder meer gevolgen kan hebben voor het al dan niet voldoen aan de

¹⁸ Dit betreft een delegatie van individuele beslissingsbevoegdheid, analoog aan de delegatie voor het vaststellen van het budget van financiële middelen per ziekenhuis, vervat in artikel 95, eerste lid, van de ziekenhuiswet.

¹⁹ Zie artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1°, a) en b), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980.

²⁰ Zie artikel 67, eerste lid, 3°, van de ziekenhuiswet.

²¹ Zie de artikelen 36 en 67, eerste lid, 3°, van de ziekenhuiswet, alsook het koninklijk besluit van 30 januari 1989 ‘houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen’.

²² Zie de artikelen 67, eerste lid, 3°, en tweede lid, van de ziekenhuiswet, alsook het koninklijk besluit van 25 april 1997 ‘houdende nadere omschrijving van de associatie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen’.

²³ Zie artikel 10 van de ziekenhuiswet.

²⁴ Zie artikel 11 van de ziekenhuiswet.

²⁵ Wat betreft de psychiatrische ziekenhuizen en de ziekenhuizen die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten (kenletter A, T of K) samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) of een dienst voor geriatrie (kenletter G).

erkenningennormen,²⁶ is het raadzaam om uitdrukkelijk te voorzien in een wettelijke basis voor een dergelijke ruimere samenwerking, zowel in de diepte als in de breedte, onverminderd de hiervoor gemaakte opmerkingen over de bevoegdheidsverdeling.

ONDERZOEK VAN DE TEKST

Artikel 2

11. In het ontworpen artikel 2, § 1, laatste lid, van de ziekenhuiswet (artikel 2, 2°, van het voorontwerp) moet de verwijzing naar “artikel 14/1, §1, 1°” worden vervangen door een verwijzing naar “artikel 14/1, 1°”.

Artikel 4

12. In de inleidende zin van artikel 4 van het voorontwerp moeten de woorden “gewijzigd bij de wet van 18 december 2016” worden vervangen door de woorden “laatst gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017”.

Artikel 7

13. Het is niet duidelijk hoe de geografische gebieden waarvan gewag wordt gemaakt in het ontworpen artikel 14/3 van de ziekenhuiswet (artikel 7 van het voorontwerp), zullen worden bepaald. In elk geval zal elke (aanvraag tot) erkenning voor elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk op een voldoende nauwkeurige wijze het betrokken geografisch gebied moeten omschrijven, zodat kan worden nagegaan of voldaan is aan de voorwaarden in de ontworpen bepaling. Hieromtrent zou het best enige uitleg worden opgenomen in de memorie van toelichting.

14. In het ontworpen artikel 14/3, eerste lid, wordt bepaald dat het geografisch gebied dat door een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk wordt bestreken, aaneensluitend van vorm moet zijn, terwijl in het ontworpen tweede lid wordt bepaald dat “[i]n afwijking op (lees: van) het eerste lid” de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken waarvan ziekenhuizen gelegen binnen de grootsteden Antwerpen, Gent, Charleroi of Luik of het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest deel uitmaken, met het geografisch aaneensluitend gebied van naastgelegen locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken mogen overlappen. Hetgeen in het tweede lid wordt bepaald, is echter geen afwijking van het voorschrift vervat in het eerste lid.

Ofwel moeten de woorden “In afwijking op het eerste lid” in het ontworpen artikel 14/3, tweede lid, van de ziekenhuiswet worden weggelaten, ofwel moet aan het ontworpen eerste lid worden toegevoegd dat de geografische gebieden elkaar niet mogen overlappen.

²⁶ Dat zou bijvoorbeeld het geval kunnen zijn als een ombudsfunctie wordt samengevoegd voor de verschillende ziekenhuizen van het netwerk, met inbegrip van een psychiatrisch ziekenhuis.

Voorts zou in het ontworpen eerste lid in elk geval kunnen worden toegevoegd dat de geografische gebieden samen het hele grondgebied van het Rijk moeten bestrijken.

Artikel 8

15. Om de redenen uiteengezet in opmerking 8.1 kan beter worden afgezien van de term “basiskanmerken” in het ontworpen artikel 14/4 van de ziekenhuiswet (artikel 8 van het voorontwerp). Het gaat immers om erkenningsnormen.²⁷

Artikel 10

16. In het ontworpen artikel 14/6, derde lid, eerste zin, van de ziekenhuiswet (artikel 10 van het voorontwerp) moeten, naar analogie van de eraan voorafgaande leden, de woorden “voor elke supraregionale zorgopdracht die het zelf niet aanbiedt” worden ingevoegd tussen de woorden “een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk” en de woorden “gedurende drie jaar”. In dezelfde zin moeten dan ook de woorden “per supraregionale zorgopdracht” worden geschrapt.

Voorts moet in de eerste en de tweede zin telkens het woord “afzonderlijke” worden ingevoegd tussen de woorden “een” en “juridisch geformaliseerde samenwerking” om, eveneens analoog aan de eraan voorafgaande leden, te verduidelijken dat voor elke zorgopdracht een samenwerking met een andere constellatie van referentiepunten mag worden aangegaan of behouden.

Artikel 11/1

17. Artikel 11/1 van het voorontwerp moet vernummerd worden tot artikel 12. Uiteraard moeten dan ook de erop volgende bepalingen en de kruisverwijzingen worden vernummerd.

Artikel 12

18. In de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 16, derde lid, 2°, van de ziekenhuiswet (artikel 12 van het voorontwerp) moeten de woorden “het verwijlsbeleid” worden vervangen door de woorden “het verwijls- en terugverwijlsbeleid”, om beter rekening te houden met de Franse tekst, waarin gewag wordt gemaakt van “la politique d’adressage et de renvoi”.

Die opmerking geldt *mutatis mutandis* ook voor het ontworpen artikel 17/2, eerste lid, 6° (artikel 15 van het voorontwerp).

²⁷ Daarbij moet worden aangestipt dat deze machtiging aan de Koning, die dateert van na de Zesde Staatshervorming, hoe dan ook beperkt is tot de in de opmerkingen 5.1 en 8.1 geschetste bevoegdheidsrechtelijke grenzen. De gemeenschappen zullen hoe dan ook een eigen rechtsgrond moeten aanleggen vooraleer hun regeringen bij besluit erkenningsnormen kunnen invoeren voor de klinische ziekenhuisnetwerken.

Artikel 13

19. In de Franse tekst van artikel 13 van het voorontwerp moet de verwijzing naar “chapitre I^{er}” worden vervangen door een verwijzing naar “chapitre II”.

Artikel 14

20. Het ontworpen artikel 17/1, derde lid, van de ziekenhuiswet (artikel 14 van het voorontwerp) kan duidelijker worden geformuleerd, nu het volgens de memorie van toelichting slechts de bedoeling is dat er minstens een arts is die lid is van de beheerraad en die geen ziekenhuisarts is in een van de ziekenhuizen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Het lijkt daarentegen niet de bedoeling te zijn dat als er meerdere artsen zijn – wat niet onwaarschijnlijk is –, die artsen ook geen ziekenhuisarts mogen zijn in een van de ziekenhuizen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. De ontworpen bepaling zou dan ook beter als volgt worden geredigeerd:

“Minstens een derde van de leden van het beheer beschikt over een expertise in gezondheidszorg. Minstens een van de leden is een arts die geen ziekenhuisarts is in een van de ziekenhuizen van het betrokken locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.”

21. Het is niet duidelijk wat in de ontworpen bepaling begrepen moet worden onder “expertise in gezondheidszorg”. Met de term wordt allicht iets anders bedoeld dan een opleiding als arts, maar wat dan wel wordt bedoeld, kan beter worden verduidelijkt, op zijn minst in de memorie van toelichting.

Artikel 15

22. In het ontworpen artikel 17/2, eerste lid, 1°, van de ziekenhuiswet (artikel 15 van het voorontwerp) wordt gewag gemaakt van het bepalen van de strategie betreffende gespecialiseerde zorgopdrachten. De gespecialiseerde zorgopdrachten zijn slechts een onderdeel van de locoregionale zorgopdrachten (zie het ontworpen artikel 14/4, § 1, tweede lid, van de ziekenhuiswet). Omdat in de memorie van toelichting op ruimere wijze gewag wordt gemaakt van “[d]e strategische beslissingen inzake het aanbod aan locoregionale zorgopdrachten (artikel 17/2, eerste lid, 1°)”, is het raadzaam om ofwel de ontworpen bepaling te verruimen, ofwel de betrokken passage in de memorie van toelichting toe te spitsen op de gespecialiseerde zorgopdrachten.

23. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 17/2, eerste lid, 1°, van de ziekenhuiswet (artikel 15 van het voorontwerp) moeten de woorden “régional clinique” worden vervangen door de woorden “locorégional”.

24. In de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 17/2, eerste lid, 2°, moet het woord “netwerk” worden vervangen door het woord “ziekenhuisnetwerk”.

In de Franse tekst van dezelfde ontworpen bepaling moet het woord “hospitalier” worden ingevoegd tussen de woorden “du réseau” en de woorden “clinique locorégional”.

25. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 17/2, eerste lid, 4°, schrijf men “locorégional” in plaats van “régional”.

26. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 17/2, eerste lid, 5°, moeten de woorden “régional clinique” worden vervangen door de woorden “locorégional”.

27. In de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 17/2, eerste lid, 8°, schrijf men “ziekenhuisnetwerk” in plaats van “netwerk”.

In de Franse tekst van dezelfde ontworpen bepaling moet het woord “hospitalier” worden ingevoegd tussen de woorden “du réseau” en de woorden “clinique locorégional”.

28. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 17/2, tweede lid, eerste zin, schrijf men “locorégional” in plaats van “régional”.

Artikel 16

29. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 22/1, eerste lid, van de ziekenhuiswet (artikel 16 van het voorontwerp) moet het woord “régional” telkens worden vervangen door het woord “locorégional”.

30. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 22/1, vijfde lid, moet de zinsnede “Le médecin en chef de réseau hospitalier clinique locorégional ou le collègue de médecins en chefs de réseau hospitalier clinique régional” worden vervangen door de zinsnede “Le médecin en chef de réseau ou le collègue de médecins en chefs de réseau”.

31. In het ontworpen 22/1, zevende lid, wordt bepaald dat de beslissingen van de netwerkhoofddarts of het college van netwerkhoofddartsen genomen in (lees: ter) uitvoering van haar (lees: zijn) verantwoordelijkheden “primeren op en (...) tegenstelbaar [zijn] aan de beslissingen van de hoofddartsen van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk”. Het valt niet goed in te zien welke bijkomende betekenis de uitdrukking “zijn tegenstelbaar” heeft; het volstaat te bepalen dat de eerstgenoemde beslissingen voorgaan op de laatstgenoemde beslissingen.

Artikel 17

32. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 30/3 van de ziekenhuiswet (artikel 17 van het voorontwerp) moet het woord “régional” worden vervangen door het woord “locorégional”.

Artikel 18

33. Bij het ontworpen artikel 32, derde zin, van de ziekenhuiswet (artikel 18 van het voorontwerp) wordt een bijkomende adviesbevoegdheid²⁸ gegeven aan de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen betreffende “alle problemen met betrekking tot de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken die ingevolge artikel 5 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot de hervorming der instellingen, tot de bevoegdheid van de federale overheid behoren”.

Niet alleen is de verwijzing naar de bevoegdheid van de federale overheid overbodig, aangezien die adviesbevoegdheid niet ruimer kan reiken, maar bovendien schrijven men beter “alle *aangelegenheden* met betrekking tot de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken”. Het bestaande artikel 32, eerste zin, zou in dezelfde zin kunnen worden aangepast.

Artikel 19

34. De vraag rijst of de delegaties vervat in het ontworpen artikel 70, zesde lid, van de ziekenhuiswet (artikel 19 van het voorontwerp) niet moeten worden verbonden aan het verplichte advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, nu dit ook het geval is voor de bestaande delegaties in artikel 70, derde tot vijfde lid.

35. In de Nederlandse tekst van dezelfde ontworpen bepaling schrijve men “in verband met de uitoefening”.

Artikel 20

36. In het ontworpen artikel 71, tweede lid, van de ziekenhuiswet (artikel 20 van het voorontwerp) moet met het volledige en juiste opschrift worden verwezen naar “de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt”.

Artikel 23

37. Het ontworpen artikel 94/1 van de ziekenhuiswet (artikel 23 van het voorontwerp) vangt aan met de woorden “In afwijking op (lees: van) de bepalingen van dit hoofdstuk”. Het is echter duidelijk niet de bedoeling om af te wijken van alle bepalingen van titel III, hoofdstuk V, van de ziekenhuiswet, maar enkel om de integratie mogelijk te maken van welbepaalde voorschriften van dat hoofdstuk in de context van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Er moet dan ook worden gepreciseerd van welke (onderdelen van) artikelen precies wordt afgeweken.

²⁸ Zoals de ontworpen bepaling (en het bestaande artikel 32 van de ziekenhuiswet) is geformuleerd, gaat het om een adviesbevoegdheid en niet om een adviesverplichting.

Artikel 24

38. Artikel 96 van de ziekenhuiswet schrijft voor dat de minister bevoegd voor volksgezondheid voor een of meerdere diensten, afdelingen, functies of zorgprogramma's van het ziekenhuis een afzonderlijk budget van financiële middelen kan bepalen en dat de nadere regelen voor de toepassing van dit artikel worden bepaald door de Koning. Het ontworpen artikel 96/1 van de ziekenhuiswet bevat een gelijkaardige bepaling met betrekking tot een afzonderlijk budget van financiële middelen voor een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

De vraag rijst of die ontworpen delegatie aan de Koning niet moet worden verbonden aan het verplichte advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, nu dit ook het geval is voor de bestaande delegatie aan de Koning in artikel 96, tweede lid.

Artikel 25

39. Het ontworpen artikel 140/1 van de ziekenhuiswet (artikel 25 van het voorontwerp) voorziet in een stemplicht voor de leden van de medische raad. Het is onduidelijk hoe die stemplicht kan worden afgedwongen. Bovendien is onduidelijk of de leden zich bij de stemming mogen onthouden. De Raad van State geeft ter overweging om te bepalen dat wanneer een lid na een bepaald tijdsverloop niet heeft gestemd, het wordt geacht zich te onthouden.

Artikel 27

40. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 143/1, eerste lid, van de ziekenhuiswet (artikel 27 van het voorontwerp) moet het woord “régional” worden vervangen door het woord “locorégional”.

41. In de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 143/1, tweede lid, derde zin, moet het woord “netwerk” worden vervangen door het woord “ziekenhuisnetwerk”.

In de Franse tekst van dezelfde ontworpen bepaling moet het woord “hospitalier” worden ingevoegd tussen de woorden “faisant partie du réseau” en de woorden “clinique locorégional”.

42. In het ontworpen artikel 143/1, derde lid, moeten de woorden “van ziekenhuizen” worden geschrapt.

Artikel 28

43. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 143/2, eerste lid, van de ziekenhuiswet (artikel 28 van het voorontwerp) moet het woord “régional” worden vervangen door het woord “locorégional”.

44. De Nederlandse en de Franse tekst van het ontworpen artikel 143/2, tweede lid, sporen niet met elkaar. Zo wordt in de Franse tekst (en ook in de memorie van toelichting) gewag gemaakt van door de Koning vast te stellen regels met betrekking tot “la durée du mandat”, terwijl daarover in de Nederlandse tekst niets wordt vermeld.

Overigens rijst de vraag of dergelijke regels nodig zijn, nu in het ontworpen artikel 143/2, eerste lid, reeds wordt voorgeschreven dat het mandaat van lid van de medische raad van het netwerk drie jaar duurt en dat dit mandaat hernieuwbaar is. Indien ter zake nog bijkomende regels moeten worden voorgeschreven, zou in de delegatiebepaling het best gewag worden gemaakt van *nadere* regels.

Artikel 29

45. In de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 143/3, § 1, eerste lid, en § 2, eerste lid, van de ziekenhuiswet moet het woord “netwerk” telkens worden vervangen door het woord “ziekenhuisnetwerk”.

In de Franse tekst van dezelfde ontworpen bepalingen moet het woord “hospitalier” telkens worden ingevoegd tussen de woorden “du réseau” en de woorden “clinique locorégional”.

46. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 143/3, § 1, tweede lid, tweede zin, moeten de woorden “la décision” worden vervangen door de woorden “les décisions” (zoals in de eerste zin).

Artikel 34

47. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 144, § 4, eerste en tweede lid, van de ziekenhuiswet (artikel 34 van het voorontwerp) moet het woord “régional” telkens worden vervangen door het woord “locorégional”.

Die opmerking geldt ook voor het ontworpen artikel 145, § 3, van de ziekenhuiswet (artikel 35 van het voorontwerp).

Artikel 37

48. Het ontworpen artikel 157/1, eerste lid, van de ziekenhuiswet (artikel 37 van het voorontwerp) vangt aan met de woorden “In afwijking op (lees: van) de bepalingen van dit hoofdstuk (...)”. Het ontworpen tweede lid vangt dan weer aan met de woorden “De bepalingen van dit hoofdstuk zijn van toepassing op (...)”.

Het is blijkbaar enkel de bedoeling om voor de aangelegenheden die geregeld worden in hoofdstuk III van titel IV van de ziekenhuiswet (vergoedingsstelsels, inning, vaststelling en inhoud van de honoraria, aanwending van het bedrag van de centraal geïnde

honoraria en vordering van de bedragen verschuldigd voor de gehospitaliseerde patiënten), de integratie in de context van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mogelijk te maken, zonder dat inhoudelijk van die bepalingen wordt afgeweken. De woorden “In afwijking op de bepalingen van dit hoofdstuk” aan het begin van het ontworpen eerste lid kunnen dan ook beter worden weggelaten.

49. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 157/1, derde lid, moet het woord “régional” worden vervangen door het woord “locorégional”.

*

1. En application de l'article 84, § 3, alinéa 1^{er}, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, la section de législation a fait porter son examen essentiellement sur la compétence de l'auteur de l'acte, le fondement juridique ¹ et l'accomplissement des formalités prescrites.

*

PORTÉE DE L'AVANT-PROJET

2. L'avant-projet de loi entend organiser une forme de collaboration obligatoire entre les hôpitaux, d'une part, par la voie de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux qui effectuent des missions de soins locorégionales ² et, d'autre part, par la collaboration entre les réseaux précités, pour l'exécution de missions de soins suprarégionales ³, avec minimum un et maximum trois points de référence (si le réseau ne propose pas lui-même la mission de soins suprarégionale concernée) et maximum deux points de référence (si le réseau propose lui-même la mission de soins suprarégionale concernée).

Chaque hôpital général ⁴ doit faire partie d'un seul et unique réseau hospitalier clinique locorégional à la date fixée par le Roi et au plus tard le 1^{er} janvier 2020. Un maximum de 25 réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux peuvent être créés et agréés pour l'ensemble du territoire. Chaque réseau hospitalier clinique locorégional couvre une zone géographiquement continue. Les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux dont font partie les hôpitaux situés dans les grandes villes d'Anvers, Gand, Charleroi ou Liège ou dans la Région de Bruxelles-Capitale, peuvent chevaucher la zone géographiquement continue de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux voisins. Chaque hôpital situé dans une telle zone, ou adjacent à celle-ci, doit avoir la possibilité d'adhérer au réseau hospitalier correspondant.

Le réseau hospitalier clinique locorégional, qui est doté de la personnalité juridique, doit disposer d'un organe de gestion propre comprenant au moins un représentant de chaque hôpital faisant partie du réseau et au moins un administrateur entièrement indépendant, d'un médecin en chef de réseau ou d'un collège de médecins en chef de réseau et d'un conseil médical du réseau.

Chaque réseau hospitalier clinique locorégional décide lui-même, jusqu'à un certain degré, de son intégration au sein du réseau. Plusieurs dispositions de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 'sur les hôpitaux et autres établissements de soins' (ci-après : la loi sur les

¹ S'agissant d'un avant-projet de loi, on entend par « fondement juridique » la conformité avec les normes supérieures.

² Il s'agit de missions de soins qui, pour diverses raisons, telles que la prévalence, le faible coût, l'urgence, etc., doivent être proposées à proximité du domicile de chaque patient.

³ Il s'agit de missions de soins dont il est préférable, pour diverses raisons telles qu'une pathologie plus rare, une infrastructure coûteuse, l'expertise spécialisée pluridisciplinaire, les permanences, etc., qu'elles soient proposées sur un nombre limité de sites dans un nombre limité d'hôpitaux.

⁴ À l'exception des hôpitaux généraux disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers (indices A, T ou K) associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) ou à un service de gériatrie (indice G), et des hôpitaux psychiatriques.

hôpitaux) sont cependant déjà complétées afin de permettre une forme d'intégration ou de collaboration plus poussée entre hôpitaux au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional, par exemple en ce qui concerne le comité d'éthique, le service de médiation, la comptabilité, le réviseur d'entreprise assermenté, la rémunération des médecins hospitaliers, la perception centrale des honoraires des médecins hospitaliers, etc.

Enfin, le projet confère une compétence générale d'avis au Conseil fédéral des établissements hospitaliers concernant l'ensemble des problèmes relatifs aux réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux.

COMPÉTENCE

3. En ce qui concerne la compétence permettant à l'autorité fédérale d'adopter le dispositif en projet, l'exposé des motifs de l'avant-projet de loi précise ce qui suit :

« Ce projet de loi repose essentiellement sur la compétence réservée au fédéral en matière de législation organique pour ce qui concerne la politique de santé, en particulier la politique relative à la dispensation de soins dans et en dehors des établissements de soins (article 5, §1, I, 10, a) de la loi spéciale du 8 août 1980). Cette compétence fédérale a été maintenue lors de la sixième réforme de l'État. Par "loi organique", on entend les règles de base et les lignes directrices de la politique hospitalière. Dans le cadre de cette compétence, le présent projet de loi fixe les règles organiques pour les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. On y détermine, entre autres, les caractéristiques de base, les règles relatives à la gestion et au processus décisionnel, internes, le statut du médecin hospitalier et son association au processus décisionnel des médecins hospitaliers, les règles générales relatives à la structuration des activités médicales, les règles générales en matière de comptabilité, de contrôle financier et de communication de données. Ces domaines sont explicitement désignés comme fédéraux par le législateur spécial dans les travaux préparatoires de la sixième réforme de l'État. Dans certains cas, en outre, une base légale est créée pour la fixation de règles organiques par arrêté royal. Chaque fois, il s'agit de règles organiques auxquelles il faut satisfaire pour obtenir un agrément.

La compétence fédérale afférente à la législation organique relative aux réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux n'empêche toutefois pas (et même ne peut pas empêcher) les entités fédérées d'exercer leurs compétences propres en relation, notamment, avec les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. L'autorité fédérale doit par ailleurs respecter le principe de proportionnalité dans l'exercice de sa compétence. Dans le cadre de leurs compétences, les entités fédérées peuvent établir des règles d'agrément pour les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux (à condition de respecter la procédure devant la Cour des comptes fixée par le législateur spécial) et, sur la base de celles-ci, procéder à l'agrément des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. Elles reprendront toutefois dans le cadre de leur politique d'agrément les règles organiques de base (formulées en tant qu'exigences de base pour l'obtention d'un agrément), de même par ailleurs les critères de programmation fixés. Les caractéristiques de base définies par l'autorité fédérale ont en effet portée normative et les entités fédérées sont tenues de les respecter lors de la définition et de l'application de leurs normes d'agrément.

Compte tenu des points de tangence entre les compétences de l'autorité fédérale et des entités fédérées et en vue d'un exercice coordonné de la politique, les entités fédérées ont été préalablement consultées dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique.

Outre la compétence fédérale pour la législation organique en ce qui concerne la politique de santé, deux autres compétences fédérales offrent une base à la réglementation élaborée. Il s'agit, d'une part, de la compétence réservée au fédéral pour la fixation de règles de base en matière de programmation. Les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux sont programmés sur cette base. D'autre part, la compétence résiduelle réservée au fédéral pour le financement de l'exploitation lorsque celle-ci est régie par une législation organique, offre une base de compétence limitée ».

4. Dans les grandes lignes, le Conseil d'État peut se rallier à cette analyse opérée à la lumière de la répartition des compétences. Les « caractéristiques de base » des hôpitaux et des collaborations interhospitalières doivent être regardées comme relevant de la « législation organique » au sens de l'article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 1^o, a), de la loi spéciale du 8 août 1980 'de réformes institutionnelles' et, partant, comme étant du ressort de l'autorité fédérale⁵. À cet égard, il importe peu que ces collaborations soient organisées d'une manière volontaire ou contraignante.

Cela ne signifie pas pour autant qu'il s'agit d'une compétence fédérale exclusive. Ainsi qu'il vient d'être exposé, cette compétence concerne uniquement les « caractéristiques de base », de sorte que les communautés peuvent elles-mêmes édicter des règles concernant les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, pour autant que, pour ce faire, elles n'affectent pas ces caractéristiques de base⁶. La manière relativement générale dont les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux sont conçus pour l'heure dans le dispositif en projet, peut s'inscrire dans les caractéristiques de base. Cela ne signifie toutefois pas que tel est également le cas pour n'importe quelle règle future qui serait ajoutée par le législateur ou pour n'importe quel dispositif que le Roi arrêtera en exécution des dispositions législatives envisagées (voir à ce propos l'observation 5.1).

La compétence fédérale est même plus étendue – parce qu'elle ne se limite pas aux « caractéristiques de base » – pour un certain nombre d'aspects qui sont également abordés dans le dispositif en projet, à savoir les règles (générales) relatives à la gestion et au processus décisionnel dans les hôpitaux, le statut des médecins hospitaliers et leur implication dans le processus décisionnel, ainsi que les règles relatives à la comptabilité et au contrôle financier⁷. Dans la mesure où l'intention est de rationaliser l'offre de soins, on peut également invoquer la compétence fédérale concernant les « règles de base relatives à la programmation »⁸. En ce qui concerne la question du financement, on peut aussi évoquer la compétence fédérale en matière de « financement de l'exploitation, lorsqu'il est organisé par la législation organique »⁹.

⁵ *Doc. parl.*, Sénat, 2012-13, n° 5-2232/1, pp. 35 à 36.

⁶ Cette compétence des communautés ressort notamment de la mention d'un certain nombre d'arrêtés royaux relatifs aux groupements d'hôpitaux, aux fusions d'hôpitaux, aux associations d'hôpitaux, « ainsi que [d]es dispositions concernées de la loi [sur les hôpitaux] » dans la liste des textes relevant de la compétence des communautés, « pour autant que ces dispositions n'aient pas d'influence sur la programmation ni sur le financement des hôpitaux » (*ibid.*, pp. 28 à 32).

⁷ *Ibid.*, p. 36.

⁸ Article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 1^o, c), de la loi spéciale du 8 août 1980.

⁹ Article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 1^o, b), de la loi spéciale du 8 août 1980.

5. Il n'empêche qu'il est nécessaire de formuler des réserves, voire d'opérer une correction concernant un certain nombre de points.

5.1. Il s'impose tout d'abord de formuler une réserve générale parce que la pleine portée de la réforme n'apparaîtra clairement que lors de l'adoption des arrêtés d'exécution, qui ne se concrétiseront que pour autant qu'ils puissent également s'inscrire dans la compétence de l'autorité fédérale, ainsi qu'il a déjà été exposé dans l'observation 4. À cet égard, il y a lieu de tenir compte de la compétence de principe des communautés en matière de normes d'agrément des hôpitaux (sans préjudice de la compétence de l'autorité fédérale en ce qui concerne la « législation organique » et les « caractéristiques de base » précitées), ainsi que du principe de proportionnalité en matière de répartition des compétences, qui implique qu'on ne peut pas rendre impossible ou exagérément difficile l'exercice des compétences communautaires précitées.

5.2. Ensuite, le dispositif en projet ne précise pas comment les communautés¹⁰, qui sont chargées de l'agrément individuel des hôpitaux (parties d'hôpitaux) et qui seront également chargées de l'agrément individuel des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux en projet¹¹, doivent gérer (1) le nombre maximum de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux à agréer pour l'ensemble du territoire et (2) les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux comportant des hôpitaux relevant de la compétence de plus d'une communauté.

5.2.1. En ce qui concerne le point (1), l'exposé des motifs relatif à l'article 14/2, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 6 de l'avant-projet) mentionne ce qui suit :

« En vue d'un étalement équilibré et de soins de santé accessibles, une concertation préalable sera menée dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique sur leur répartition entre les différentes entités fédérées. Les réseaux seront de préférence créés conjointement et simultanément sur l'ensemble du pays. Le gouvernement fédéral sera lui aussi associé à cette concertation ».

Sauf si les auteurs de l'avant-projet partent du principe que cette concertation garantira suffisamment que les communautés, considérées globalement, agréeront effectivement 25 réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux au maximum, il est recommandé de scinder ce plafond d'après les différentes autorités à agréer ou éventuellement selon les différentes régions linguistiques ou régions¹². Une autre option consiste à formaliser la concertation précitée dans un accord de coopération prévoyant une certaine répartition et d'éventuelles règles de révision de cette dernière.

¹⁰ Il s'agit en l'occurrence de la Communauté française, de la Communauté flamande, de la Communauté germanophone, de la Commission communautaire commune, de la Région wallonne et de la Commission communautaire française.

¹¹ C'est ce qui ressort également de la définition à l'article 14/1, 1°, en projet, de la loi sur les hôpitaux, mais le pouvoir d'application individuel des communautés en matière d'hôpitaux (concernant, notamment, les agréments et le contrôle du respect de la réglementation) résulte d'une manière générale de la répartition des compétences relatives à la politique de santé.

¹² Voir également l'avis C.E 56.687/3 du 6 octobre 2014 sur un projet devenu l'arrêté royal du 16 décembre 2014 'modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2014 fixant le nombre maximum d'appareils de tomographie à résonance magnétique pouvant être exploités', observations 6, 9.1 et 9.2.

5.2.2. En ce qui concerne le point (2), le dispositif en projet n'exclut pas que des hôpitaux du ressort de plusieurs communautés constituent entre eux un réseau hospitalier clinique locorégional. On peut ainsi imaginer qu'un hôpital universitaire et un ou plusieurs hôpitaux universitaires de la région de langue française fassent tous ensemble partie d'un réseau hospitalier clinique locorégional. L'hôpital cité en premier relève de la compétence de la Communauté française, alors que les hôpitaux mentionnés en dernier sont du ressort de la Région wallonne¹³. Cela signifierait que le réseau hospitalier clinique locorégional concerné doit être reconnu par ces deux autorités. Dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, plusieurs communautés peuvent également être compétentes pour un tel agrément.

Le dispositif en projet favorise même la survenance de telles situations, dès lors que l'article 14/3, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 7 de l'avant-projet) dispose que la zone géographique couverte par un réseau hospitalier clinique locorégional doit être de forme continue et que « les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux dont font partie certains hôpitaux situés dans les grandes villes d'Anvers, Gand, Charleroi ou Liège ou dans la Région de Bruxelles-Capitale, peuvent chevaucher la zone géographiquement continue de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux voisins ». Il n'est pas précisé que les zones géographiques ne peuvent pas dépasser les limites d'une zone linguistique. L'agrément de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux « dépassant la frontière linguistique » relèvera généralement de la compétence de plusieurs communautés.

Il peut en résulter des complications sur le plan juridique, notamment lorsque les communautés ne statuent pas toutes favorablement sur la demande d'agrément ou lorsqu'une seule communauté retire l'agrément. À cet égard, on gardera à l'esprit que les règles relatives à la procédure d'agrément sont fixées par les communautés et qu'elles peuvent diverger entre elles.

5.3. Enfin, les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, composés d'hôpitaux relevant de la compétence de plusieurs communautés, doivent tenir compte de normes d'agrément différentes, voire inconciliables, que les communautés concernées ont édictées à l'égard des hôpitaux (parties d'hôpitaux) ou des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux de leur ressort. Tant qu'elles respectent la compétence fédérale concernant les « caractéristiques de base », ainsi que le principe de proportionnalité en matière de répartition des compétences (voir l'observation 5.1), de telles normes d'agrément différentes, voire inconciliables, sont possibles, avec toutes les complications qu'elles entraînent pour les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux « mixtes ».

5.4. Nombre des problèmes évoqués pourraient être résolus ou à tout le moins tempérés si l'autorité fédérale concluait des accords concrets avec les communautés sur la mise en œuvre des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, par exemple sous la forme d'un accord de coopération. L'exposé des motifs fait état d'une consultation préalable des communautés dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique, mais le Conseil d'État ne sait pas si de tels accords ont ainsi été conclus ou s'ils ont été envisagés.

¹³ Voir l'article 3, 6°, a), du décret spécial de la Communauté française 'relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française', ainsi que les dispositions similaires des décrets de la Région wallonne et de la Commission communautaire française.

6. L'article 14/7, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 11 de l'avant-projet) permet à un réseau hospitalier clinique locorégional, pour des missions de soins suprarégionales qu'il ne propose pas lui-même, de « conclure une collaboration durable et juridiquement formalisée avec un hôpital ou une partie d'hôpital géré par le Ministère de la Défense » désigné par le Roi. Ce dernier détermine les conditions spécifiques auxquelles un hôpital (une partie d'hôpital) doit satisfaire pour l'admission et le traitement de patients issus du réseau hospitalier clinique locorégional et il peut étendre les dispositions de la loi sur les hôpitaux, totalement ou partiellement, moyennant les adaptations nécessaires, à ces hôpitaux (parties d'hôpitaux).

Dans la mesure où la possibilité est ainsi offerte à un ou plusieurs hôpitaux militaires (ou des parties de ces hôpitaux) d'assurer d'une manière structurelle la dispensation des soins à la population en général, et non spécifiquement au personnel militaire, il convient de tenir compte de la répartition des compétences en matière de politique de la santé, ce qui implique notamment que les normes d'agrément, qui sont édictées à l'égard des hôpitaux par les communautés et ne s'inscrivent pas dans les « caractéristiques de base » précitées, sont également applicables à ces hôpitaux militaires. La délégation au Roi lui permettant de déterminer les « conditions spécifiques » auxquelles un hôpital (une partie d'hôpital) doit satisfaire pour l'admission et le traitement de patients issus du réseau hospitalier clinique locorégional, doit être lue à la lumière de cette répartition des compétences.

7. Conformément à l'article 17/2, alinéa 1^{er}, 7^o, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 15 de l'avant-projet), l'une des missions de gestion du réseau hospitalier clinique locorégional consiste en « l'harmonisation et la coordination avec d'autres acteurs de soins situés dans la zone géographique du réseau hospitalier clinique locorégional ». Conformément à l'alinéa 3, en projet, les décisions prises en la matière sont contraignantes pour l'ensemble des hôpitaux faisant partie du réseau. Les « acteurs de soins » ne sont pas définis précisément dans la disposition en projet, mais on peut admettre qu'il est fait référence à des établissements, voire éventuellement à des praticiens individuels qui dispensent des soins de santé ¹⁴.

La Cour constitutionnelle a déjà souligné qu'il n'appartient pas à l'autorité fédérale d'édicter unilatéralement une réglementation qui concerne la totalité de la dispensation de soins au dehors des hôpitaux ¹⁵. Dans la mesure où la notion d'« acteurs de soins » vise également les établissements de soins relevant de la compétence des communautés, la disposition en projet ne peut être interprétée ou appliquée en ce sens que l'on puisse imposer quelque obligation que ce soit à ces établissements. Toute harmonisation et coordination doit dès lors se faire sur une base purement volontaire.

Il n'en demeure d'ailleurs pas moins que l'autorité fédérale peut inviter les communautés à conclure un accord de coopération portant sur la collaboration entre les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux et les établissements de soins relevant de la compétence des communautés, ainsi que la Cour constitutionnelle l'a également fait remarquer ¹⁶.

¹⁴ Il est dès lors recommandé de préciser la notion, à tout le moins dans l'exposé des motifs.

¹⁵ C.C., 31 octobre 2000, n° 108/2000, B.3.3.

¹⁶ *Ibid.*, B.3.4.

8. L'avant-projet comporte encore d'autres délégations dont la portée manque de clarté et qui, si elles doivent toutes être maintenues, devront en tous les cas s'interpréter conformément aux règles répartitrices de compétences.

8.1. Tel est le cas de la délégation au Roi, inscrite à l'article 2, § 2, en projet, de la loi sur les hôpitaux en vue de déterminer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les « caractéristiques de base » auxquelles les hôpitaux doivent satisfaire pour être agréés. Cette délégation semble faire double emploi avec la délégation figurant à l'article 66 de la loi sur les hôpitaux qui prévoit que les hôpitaux doivent répondre aux normes fixées par le Roi, après avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers et qui énumère les éléments concernés par ces normes. L'exposé des motifs précise à cet égard que :

« Les normes fixées par l'autorité fédérale avant la sixième réforme de l'État, avec comme base légale les articles 66 et suivants de la loi sur les hôpitaux, comprennent à la fois des normes organiques d'agrément et d'autres normes d'agrément. En effet, à ce moment-là, l'autorité fédérale était compétente à la fois pour fixer la législation organique et les normes d'agrément. Lors de la sixième réforme de l'État, ces deux compétences ont été scindées. Les normes auparavant élaborées au fédéral relèvent encore en partie de la compétence de l'autorité fédérale, et ont en partie été transférées aux Communautés. Pour toute modification ou toute nouvelle norme d'agrément, il faudra déterminer quelle est l'autorité compétente pour quels éléments ou aspects. Bien que les auteurs pensent que les articles 66 et suivants de la loi sur les hôpitaux peuvent encore être utilisés par l'autorité fédérale pour l'élaboration de normes organiques d'agrément, ils estiment qu'il est judicieux de créer pour ces normes organiques d'agrément une base légale fédérale distincte explicite. Un paragraphe 2 est ajouté à l'article 2 (les dispositions actuelles constituent désormais un paragraphe 1^{er}), de sorte qu'une base légale est créée pour la modification, la fixation,... (après concertation en Conseil des ministres), de normes organiques pour les hôpitaux (hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques et hôpitaux universitaires). Cette base légale peut par exemple être utilisée pour la modification des normes organiques de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 relatif aux normes organiques complémentaires des hôpitaux. Ceci sera nécessaire à terme lors du déploiement des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux; songeons par exemple au glissement d'obligations du niveau de l'hôpital au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional. Les normes organiques fédérales sont normatives pour les entités fédérées en ce sens qu'elles doivent être respectées dans la politique d'agrément menée. En d'autres termes, un hôpital doit répondre à ces règles organiques pour pouvoir être agréé ».

Les auteurs de l'avant-projet considèrent à juste titre que l'article 66 de la loi sur les hôpitaux peut encore et toujours être utilisé par l'autorité fédérale comme fondement juridique pour l'élaboration de normes d'agrément mais que cette délégation est limitée aux « caractéristiques de base » depuis la sixième réforme de l'État. Le Conseil d'État n'aperçoit toutefois pas quel sens pourrait avoir un fondement juridique supplémentaire qui ne peut pas avoir une portée plus étendue pour l'autorité fédérale que l'article 66 précité de la loi sur les hôpitaux. Plus encore, l'intégration, dans la disposition en projet, d'une notion touchant à la répartition des compétences (« caractéristiques de base ») peut donner l'impression que toutes les règles qui seront fixées en exécution de la délégation en projet, devraient automatiquement être considérées comme étant des « caractéristiques de base » alors qu'à l'instar des règles prises en exécution de l'article 66 de la loi sur les hôpitaux, ces modalités d'exécution devront elles aussi toujours être examinées au regard de la notion, liée à la répartition des compétences, de « caractéristiques de base ». En d'autres termes, il est possible que les règles qui sont proposées

comme « caractéristiques de base » en exécution de l'article 2, § 2, en projet, de la loi sur les hôpitaux, s'avèrent, somme toute, ne pas être des « caractéristiques de base » au sens où elles s'entendent au regard de la répartition de compétences et que, partant, ces règles ne puissent, pour ce motif, pas se concrétiser.

L'arrêté royal du 30 janvier 1989 'fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter' que les auteurs de l'avant-projet visent à titre d'exemple, trouve un fondement juridique dans ce qui constitue actuellement les articles 66 et 67 de la loi sur les hôpitaux. Indépendamment de la question de savoir pour quels aspects (« caractéristiques de base ») de cet arrêté l'autorité fédérale est restée compétente à l'issue de la sixième réforme de l'État ¹⁷, il ne peut y avoir de doute quant au fait que ce fondement juridique est encore et toujours utile pour de futures modifications de cet arrêté.

À cela s'ajoute qu'à la différence de l'article 66 de la loi sur les hôpitaux, la disposition en projet ne prévoit pas de recueillir l'avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers et l'exposé des motifs ne précise pas la raison pour laquelle cet avis ne serait ni utile ni souhaitable pour les arrêtés royaux pris en exécution de cette disposition. La circonstance qu'à la différence de l'article 66, la disposition en projet prévoit effectivement la délibération en Conseil des ministres, ne change rien à cette constatation.

On en conclura dès lors qu'il vaut mieux renoncer à la délégation en projet qui, non seulement ne présente aucune plus-value, mais qui en plus ne peut pas avoir une portée plus étendue que l'article 66 de la loi sur les hôpitaux en raison de la répartition de compétence en vigueur.

8.2. L'article 96/1, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 24 de l'avant-projet) habilite le ministre qui a la santé publique dans ses attributions à fixer un budget des moyens financiers distinct pour un réseau hospitalier clinique locorégional ¹⁸ et habilite le Roi à fixer par arrêté délibéré en Conseil des ministres, des règles plus précises pour l'application de cet article ainsi qu'à déterminer notamment quels articles du chapitre VI (« Financement des coûts d'exploitation ») sont applicables, en tout ou en partie, à ce budget distinct, et ce moyennant les adaptations qu'il juge nécessaires.

La délégation de pouvoir réglementaire au Roi précitée doit s'interpréter selon le critère de compétence, ce qui implique entre autres que le financement additionnel peut uniquement concerner l'exploitation et non le coût des investissements de l'infrastructure et des services medicotechniques ¹⁹.

¹⁷ L'arrêté figure en tout cas dans l'énumération des normes d'agrément pour lesquelles les communautés sont par principe devenues compétentes (*Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 29), tout comme par exemple l'arrêté royal du 23 octobre 1964 'portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre'.

¹⁸ Il s'agit d'une délégation de pouvoir de décision individuel analogue à la délégation accordée pour fixer le budget des moyens financiers par hôpital, inscrite à l'article 95, alinéa 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux.

¹⁹ Voir l'article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 1°, a) et b), de la loi spéciale du 8 août 1980.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES

9. Actuellement, la loi sur les hôpitaux règle déjà plusieurs formes de collaboration entre hôpitaux. Outre le cas plutôt trivial des fusions d'hôpitaux²⁰, on recense les groupements²¹, les associations²², les associations d'institutions de soins et de services²³, les réseaux d'équipements de soins et les circuits de soins²⁴. S'il ne fait aucun doute que certaines de ces formes d'association poursuivent d'autres finalités que les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, l'exposé des motifs devrait en tout cas clarifier l'articulation avec le groupement hospitalier et les associations. En outre, il est conseillé d'évaluer à terme, lorsqu'une expérience suffisante aura été acquise dans le domaine des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, si ces formes d'association ne peuvent pas être rationalisées.

10. À plusieurs endroits, l'exposé des motifs évoque la possibilité pour les hôpitaux d'intensifier sur une base volontaire le degré de collaboration dans des réseaux cliniques et d'intégrer sur une base volontaire dans un tel réseau des (parties d')hôpitaux qui n'ont pas l'obligation de s'affilier à un réseau clinique locorégional²⁵. Dès lors que ce point peut notamment avoir des répercussions sur le respect ou non des normes d'agrément²⁶, il est conseillé de prévoir expressément pour une telle collaboration une base légale plus étendue, approfondie et complète, sans préjudice des observations formulées ci-dessus au sujet de la répartition des compétences.

EXAMEN DU TEXTE

Article 2

11. Dans l'article 2, § 1^{er}, dernier alinéa, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 2, 2^o, de l'avant-projet), la référence à « l'article 14/1, §1^{er}, 1^o » doit être remplacée par une référence à « l'article 14/1, 1^o ».

²⁰ Voir l'article 67, alinéa 1^{er}, 3^o, de la loi sur les hôpitaux.

²¹ Voir les articles 36 et 67, alinéa 1^{er}, 3^o, de la loi sur les hôpitaux de même que l'arrêté royal du 30 janvier 1989 'fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter'.

²² Voir l'article 67, alinéa 1^{er}, 3^o, et alinéa 2, de la loi sur les hôpitaux de même que l'arrêté royal du 25 avril 1997 'précisant la description d'une association d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter'.

²³ Voir l'article 10 de la loi sur les hôpitaux.

²⁴ Voir l'article 11 de la loi sur les hôpitaux.

²⁵ En ce qui concerne les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux disposant uniquement de services hospitaliers psychiatriques (indices A, T ou K) associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) ou un service de gériatrie (indice G).

²⁶ Tel pourrait par exemple être le cas si une fonction de médiation était regroupée dans les différents hôpitaux du réseau, y compris un hôpital psychiatrique.

Article 4

12. Dans la phrase liminaire de l'article 4 de l'avant-projet, il y a lieu de remplacer les mots « modifié par la loi du 18 décembre 2016 » par les mots « modifié en dernier lieu par la loi du 11 août 2017 ».

Article 7

13. On n'aperçoit pas comment vont être déterminées les zones géographiques dont il est fait mention à l'article 14/3, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 7 de l'avant-projet). En tout cas, chaque (demande d') agrément portant sur tout réseau hospitalier clinique locorégional devra définir avec suffisamment de précision la zone géographique concernée, afin qu'il soit possible de vérifier si les conditions figurant dans la disposition en projet, sont remplies. Mieux vaudrait que l'exposé des motifs éclaircisse ce point.

14. L'article 14/3, alinéa 1^{er}, en projet, dispose que la zone géographique qui est couverte par un réseau hospitalier clinique locorégional, doit être de forme continue alors que l'alinéa 2 en projet prévoit que « [p]ar dérogation à l'alinéa 1^{er} », les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux dont font partie certains hôpitaux situés dans les grandes villes d'Anvers, Gand, Charleroi ou Liège ou dans la Région de Bruxelles-Capitale, peuvent chevaucher la zone géographiquement continue de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux voisins. Toutefois, la règle énoncée à l'alinéa 2 ne déroge pas à la prescription de l'alinéa 1^{er}.

Il y a lieu, soit d'omettre les mots « Par dérogation à l'alinéa 1^{er} » figurant dans l'article 14/3, alinéa 2, en projet, de la loi sur les hôpitaux, soit d'ajouter à l'alinéa 1^{er} en projet que les zones géographiques ne peuvent pas se chevaucher.

Au demeurant, l'alinéa 1^{er} en projet pourrait de toute façon être complété en précisant qu'ensemble, les zones géographiques doivent couvrir l'ensemble du territoire du Royaume.

Article 8

15. Pour les motifs exposés au point 8.1, mieux vaudrait renoncer au terme « caractéristiques de base » dans l'article 14/4, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 8 de l'avant-projet). En effet, il s'agit de normes d'agrément²⁷.

²⁷ À cet égard, il convient de relever que cette habilitation accordée au Roi, postérieure à la sixième réforme de l'État, doit en tout cas s'inscrire dans les limites des compétences qui ont fait l'objet des observations 5.1 et 8.1. Quoi qu'il en soit, les communautés devront prévoir un fondement juridique propre avant que leurs gouvernements puissent instaurer, par arrêté, des normes d'agrément pour les réseaux hospitaliers cliniques.

Article 10

16. Dans l'article 14/6, alinéa 3, première phrase, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 10 de l'avant-projet), on insérera, par analogie avec les alinéas qui précèdent, les mots « pour chaque mission de soins suprarégionale qu'il ne propose pas lui-même » entre les mots « un réseau hospitalier clinique locorégional peut » et les mots « pendant les trois ans ». Dans la même phrase, les mots « par mission de soins suprarégionale » seront dès lors supprimés.

En outre, dans les première et deuxième phrases, on ajoutera chaque fois le mot « distincte » après les mots « une collaboration juridiquement formalisée » afin de préciser – également par analogie avec les alinéas précédents – que pour chaque mission de soins une collaboration avec une autre constellation de points de référence peut être engagée ou maintenue.

Article 11/1

17. Il y a lieu de renuméroter l'article 11/1 de l'avant-projet qui devient l'article 12. Bien évidemment, il y aura lieu de modifier la numérotation des dispositions subséquentes et des références croisées.

Article 12

18. Dans le texte néerlandais de l'article 16, alinéa 3, 2°, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 12 de l'avant-projet), les mots « het verwijlsbeleid » seront remplacés par les mots « het verwijls- en terugverwijlsbeleid », afin de tenir davantage compte du texte français qui fait état de « la politique d'adressage et de renvoi ».

Cette observation s'applique *mutatis mutandis* également à l'article 17/2, alinéa 1^{er}, 6°, en projet (article 15 de l'avant-projet).

Article 13

19. Dans le texte français de l'article 13 de l'avant-projet, on remplacera la référence au « chapitre 1^{er} » par une référence au « chapitre II ».

Article 14

20. L'article 17/1, alinéa 3, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 14 de l'avant-projet) pourrait être formulé de manière plus précise, dès lors qu'aux termes de l'exposé des motifs, le but poursuivi est uniquement qu'il y ait au moins un médecin qui soit membre du conseil de gestion et que ce médecin ne soit pas médecin hospitalier dans l'un des hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional. Par contre, il ne semble pas que l'objectif soit qu'au cas où il y aurait plusieurs médecins – ce qui n'est pas improbable –, ceux-ci ne puissent pas être non plus médecins hospitaliers dans l'un des hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional concerné. Mieux vaudrait donc rédiger la disposition en projet comme suit :

« Au moins un tiers des membres de la gestion disposent d'une expertise en matière de soins de santé. Au moins l'un des membres est un médecin qui n'est pas médecin hospitalier dans l'un des hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional concerné ».

21. Dans la disposition en projet, on n'aperçoit pas ce qu'il convient d'entendre par « expertise en matière de soins de santé ». Ce terme vise sans doute autre chose que la formation de médecin, mais mieux vaudrait préciser ce que recouvre au juste cette notion, à tout le moins dans l'exposé des motifs.

Article 15

22. L'article 17/2, alinéa 1^{er}, 1^o, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 15 de l'avant-projet) fait état de la prise des décisions stratégiques relative aux missions de soins spécialisées. Les missions de soins spécialisées ne représentent qu'une partie des missions de soins locorégionales (voir l'article 14/4, § 1^{er}, alinéa 2, en projet, de la loi sur les hôpitaux). Dès lors que l'exposé des motifs fait état plus largement des « décisions stratégiques en matière d'offre de missions de soins locorégionales (article 17/2, alinéa 1^{er}, 1^o) », il est conseillé, soit d'élargir la disposition en projet, soit d'axer, dans l'exposé des motifs, le passage concerné sur les missions de soins spécialisées.

23. Dans le texte français de l'article 17/2, alinéa 1^{er}, 1^o, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 15 de l'avant-projet), il y a lieu de remplacer les mots « régional clinique » par le mot « locorégional ».

24. Dans le texte néerlandais de l'article 17/2, alinéa 1^{er}, 2^o, en projet, on remplacera le mot « netwerk » par le mot « ziekenhuisnetwerk ».

Dans le texte français de la même disposition en projet, il convient d'insérer le mot « hospitalier » entre les mots « du réseau » et les mots « clinique locorégional ».

25. Dans le texte français de l'article 17/2, alinéa 1^{er}, 4^o, en projet, on écrira « locorégional » au lieu de « régional ».

26. Dans le texte français de l'article 17/2, alinéa 1^{er}, 5^o, en projet, il y a lieu de remplacer les mots « régional clinique » par le mot « locorégional ».

27. Dans le texte néerlandais de l'article 17/2, alinéa 1^{er}, 8^o, en projet, on écrira « ziekenhuisnetwerk » au lieu de « netwerk ».

Dans le texte français de la même disposition en projet, il convient d'insérer le mot « hospitalier » entre les mots « du réseau » et les mots « clinique locorégional ».

28. Dans le texte français de l'article 17/2, alinéa 2, première phrase, en projet, on écrira « locorégional » au lieu de « régional ».

Article 16

29. Dans le texte français de l'article 22/1, alinéa 1^{er}, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 16 de l'avant-projet), il y a lieu de remplacer chaque fois le mot « régional » par le mot « locorégional ».

30. Dans le texte français de l'article 22/1, alinéa 5, en projet, le segment de phrase « Le médecin en chef de réseau hospitalier clinique locorégional ou le collège de médecins en chefs de réseau hospitalier clinique régional » doit être remplacé par le segment de phrase « Le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chef de réseau ».

31. L'article 22/1, alinéa 7, en projet, dispose que les décisions prises par le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chef de réseau en exécution de ses missions « priment sur les décisions des médecins en chef des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional et y sont opposables ». On aperçoit mal la signification additionnelle de l'expression « et y sont opposables » ; il suffit de disposer que les décisions visées en premier priment les décisions citées en dernier.

Article 17

32. Dans le texte français de l'article 30/3, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 17 de l'avant-projet), le mot « régional » doit être remplacé par le mot « locorégional ».

Article 18

33. L'article 32, troisième phrase, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 18 de l'avant-projet) confère une compétence d'avis²⁸ supplémentaire au Conseil fédéral des établissements hospitaliers en ce qui concerne « tous les problèmes relatifs aux réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux qui, en vertu de l'article 5 de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, relèvent de la compétence de l'autorité fédérale ».

Non seulement le renvoi à la compétence de l'autorité fédérale est superflu dès lors que cette compétence d'avis ne peut pas être plus étendue, mais en outre, mieux vaudrait écrire « toutes les *matières* relatives aux réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux ». L'actuel article 32, première phrase, devrait être adapté dans le même sens.

Article 19

34. La question se pose de savoir s'il ne faut pas subordonner les délégations contenues à l'article 70, alinéa 6, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 19 de l'avant-projet)

²⁸ Telle que la disposition en projet (et l'article 32 existant de la loi sur les hôpitaux) est formulée, il s'agit d'une compétence d'avis et non d'une obligation d'avis.

à l'avis obligatoire du Conseil fédéral des établissements hospitaliers, tel étant déjà le cas pour les délégations existantes prévues à l'article 70, alinéas 3 à 5.

35. Dans le texte néerlandais de la même disposition en projet, on écrira « in verband met de uitoefening ».

Article 20

36. L'article 71, alinéa 2, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 20 de l'avant-projet) doit viser « la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient » en mentionnant son intitulé correct et complet.

Article 23

37. L'article 94/1, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 23 de l'avant-projet) commence par les mots « Par dérogation aux dispositions du présent chapitre ». Il est toutefois manifeste que l'intention n'est pas de déroger à toutes les dispositions du titre III, chapitre V, de la loi sur les hôpitaux, mais uniquement de permettre l'intégration de prescriptions bien déterminées de ce chapitre dans le contexte d'un réseau hospitalier clinique locorégional. Il conviendra dès lors de préciser les (parties d') articles dont on s'écarte exactement.

Article 24

38. L'article 96 de la loi sur les hôpitaux prescrit que le ministre qui a la santé publique dans ses attributions peut, pour un ou pour plusieurs services, sections, fonctions ou programmes de soins hospitaliers, fixer un budget distinct de moyens financiers et que les règles plus précises pour l'application de cet article sont fixées par le Roi. L'article 96/1, en projet, de la loi sur les hôpitaux contient une disposition similaire en ce qui concerne un budget des moyens financiers distinct pour un réseau hospitalier clinique locorégional.

La question se pose de savoir s'il ne faut pas subordonner cette délégation au Roi en projet à l'avis obligatoire du Conseil fédéral des établissements hospitaliers, tel étant déjà le cas pour la délégation au Roi existante contenue à l'article 96, alinéa 2.

Article 25

39. L'article 140/1, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 25 de l'avant-projet) prévoit une obligation de vote pour les membres du conseil médical. On n'aperçoit pas comment faire respecter cette obligation de vote. On n'aperçoit pas non plus si les membres peuvent s'abstenir durant le vote. Le Conseil d'État suggère de disposer que si un membre n'a pas voté après un certain laps de temps, il est réputé s'abstenir.

Article 27

40. Dans le texte français de l'article 143/1, alinéa 1^{er}, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 27 de l'avant-projet), on remplacera le mot « régional » par le mot « locorégional ».

41. Dans le texte néerlandais de l'article 143/1, alinéa 2, troisième phrase, en projet, il convient de remplacer le mot « netwerk » par le mot « ziekenhuisnetwerk ».

Dans le texte français de la même disposition en projet, il y a lieu d'insérer le mot « hospitalier » entre les mots « faisant partie du réseau » et les mots « clinique locorégional ».

42. À l'article 143/1, alinéa 3, en projet, les mots « d'hôpitaux » doivent être supprimés.

Article 28

43. Dans le texte français de l'article 143/2, alinéa 1^{er}, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 28 de l'avant-projet), on remplacera le mot « régional » par le mot « locorégional ».

44. Les textes français et néerlandais de l'article 143/2, alinéa 2, en projet, ne concordent pas. Ainsi, le texte français (de même que l'exposé des motifs) fait état de règles relatives à « la durée du mandat », à fixer par le Roi, tandis que le texte néerlandais ne mentionne rien à ce sujet.

La question se pose au demeurant de savoir si pareilles règles sont nécessaires, dès lors que l'article 143/2, alinéa 1^{er}, en projet, prescrit déjà que le mandat de membre du conseil médical du réseau a une durée de trois ans, et qu'il est renouvelable. Si des règles complémentaires devaient encore être prévues en la matière, mieux vaudrait que la délégation fasse mention de *modalités*.

Article 29

45. Dans le texte néerlandais de l'article 143/3, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, et § 2, alinéa 1^{er}, en projet, de la loi sur les hôpitaux, il convient de remplacer chaque fois le mot « netwerk » par le mot « ziekenhuisnetwerk ».

Dans le texte français des mêmes dispositions en projet, on insérera chaque fois le mot « hospitalier » entre les mots « du réseau » et les mots « clinique locorégional ».

46. Dans le texte français de l'article 143/3, § 1^{er}, alinéa 2, deuxième phrase, en projet, les mots « la décision » doivent être remplacés par les mots « les décisions » (à l'instar de la première phrase).

Article 34

47. Dans le texte français de l'article 144/4, § 4, alinéas 1^{er} et 2, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 34 de l'avant-projet), il y a lieu de remplacer chaque fois le mot « régional » par le mot « locorégional ».

Cette observation s'applique également à l'article 145, § 3, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 35 de l'avant-projet).

Article 37

48. L'article 157/1, alinéa 1^{er}, en projet, de la loi sur les hôpitaux (article 37 de l'avant-projet) commence par les mots « Par dérogation aux dispositions du présent chapitre (...) ». L'alinéa 2, en projet, commence, quant à lui, par les mots « Les dispositions du présent chapitre s'appliquent au (...) ».

L'intention est manifestement de permettre l'intégration dans le contexte d'un réseau hospitalier clinique locorégional des matières réglées dans le chapitre III du titre IV de la loi sur les hôpitaux (systèmes de rémunération, perception, fixation et contenu des honoraires, affectation du montant des honoraires perçus de façon centrale et réclamation des montants dus pour les patients hospitalisés), sans s'écarter de ces dispositions quant au fond. Mieux vaudrait par conséquent omettre les mots « Par dérogation aux dispositions du présent chapitre, » au début de l'alinéa 1^{er} en projet.

49. Dans le texte français de l'article 157/1, alinéa 3, en projet, on remplacera le mot « régional » par le mot « locorégional ».

DE GRIFFIER - LE GREFFIER

DE VOORZITTER - LE PRÉSIDENT

Astrid TRUYENS

Jan SMETS